

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA PSICANALÍTICA

NATASHA MELLO HELSINGER

A PSICANÁLISE EM TEMPOS DE RISCOS E PERFORMANCE:
o que é comprimido hoje?

RIO DE JANEIRO

2015

NATASHA MELLO HELSINGER

A PSICANÁLISE EM TEMPOS DE RISCOS E PERFORMANCE:
o que é comprimido hoje?

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Orientador: Prof. Joel Birman

RIO DE JANEIRO

2015

Helsingier, Natasha Mello

A psicanálise em tempos de riscos e de performance: o que é comprimido hoje? / Natasha Mello Helsingier. – 2015.
xi, 211f.:il.

Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Rio de Janeiro, 2015.

Orientador: Joel Birman

1. Corpo pulsional, corpo-indivíduo e o corpo-espécie. 2. O supermercado da performance, dos riscos e dos psicofármacos. 3. Eficácia, longevidade e finitude da psicanálise. I. Birman, Joel (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. III: Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica. IV: A psicanálise em tempos de riscos e de performance: o que é comprimido hoje?

NATASHA MELLO HELSINGER

A PSICANÁLISE EM TEMPOS DE RISCOS E PERFORMANCE:
o que é comprimido hoje?

Orientador: Joel Birman

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica

Aprovada em

Prof. Joel Birman (PPGTP/UFRJ), mestre em Filosofia (PUC-RJ), mestre em Saúde Coletiva (UERJ), doutor em Filosofia (USP), pós-doutor em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise (Université Paris VII).

Prof. Silvia Alexim Nunes (UNESA), pós-doutora em Saúde Coletiva (IMS/UERJ)

Prof. Simone Perelson (PPGTP/UFRJ), doutora em Psicopatologia Fundamental (Université Paris VII).

Para Eduardo, pelas forças da vida contra a morte.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de expressar minha gratidão ao Prof. *Joel Birman*. Não só pelo ensino, pelas orientações e supervisões, mas, também, por todo o afeto. Obrigada por ter apostado nessa pesquisa e por me ensinar a correr riscos. Sem dúvida, sua presença é uma *verdade-acontecimento* em minha trajetória.

Agradeço à *Simone Perelson* e à *Silvia Alexim Nunes* pelos ricos e cruciais apontamentos feitos, tanto no meu Exame de Qualificação, como na Banca de Defesa. Obrigada por terem aceitado meu convite e por terem contribuído, de forma decisiva, para a elaboração dessa pesquisa. A leitura atenta, afetuosa e instigante de vocês me fizeram lembrar, como diria Deleuze, que pensar é uma ação, um ato perigoso.

Gostaria de agradecer a oportunidade de ter me inserido como aluna do *Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica* e aos professores que, por apresentarem leituras diferenciadas da psicanálise e de suas interfaces, enriqueceram bastante minha formação profissional, do ponto de vista teórico e clínico.

Agradeço à *CAPES* (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo apoio financeiro dessa e das demais pesquisas realizadas no Brasil. Não basta nosso país ser gigante pela própria natureza, pois para o futuro espelhar essa grandeza é necessário esse tipo de investimento no trabalho investigativo.

Ainda em relação ao incentivo à pesquisa, não posso deixar de mencionar a *Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro*, onde iniciei meu percurso acadêmico e recebi a Bolsa TEPP (Tutoria de Ensino e Pesquisa) e a Bolsa-Prêmio de Mérito Acadêmico. Agradeço aos meus professores, sobretudo, *Álvaro Pinheiro*, *Auterives Maciel* e *Claudia Garcia*, pelo ensino e amizade.

Meus agradecimentos também vão para o *Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos*, espaço de *trocas* e de *encontros*, onde pude conhecer muitos colegas, apresentar partes dessa pesquisa e obter retornos, múltiplos e singulares.

À *Casa Verde - Núcleo de Assistência em Saúde Mental* e ao *Instituto de Estudos da Complexidade*, lugares bem diferentes, mas que, cada um à sua maneira, proporcionam algo em comum: uma rica experiência clínica e teórica. Além dos amigos, agradeço às pessoas queridas que sustentam esses projetos, na Casa Verde, destaco *Carmen Tourinho*, *Sônia Araguez* e *Ana Paula Sanzana* e no IEC, *Fátima Amorim* e *Tereza Mendonça*.

Amizade e gratidão caminham juntas, ao meu ver, pois não existe amizade egoísta nem gratidão solipsista. Uma das ilustrações disso é minha parceria com *Patricia Andrade* que, além de todo percurso que estamos traçando juntas, me encorajou a me aventurar nessa etapa e a driblar todos os impasses que apareceram. Mostra-me a todo dia que amigo é feito casa, como também, o faz *Moraes*, que, carinhosamente, se fez presente na defesa desta dissertação. Falando em casa, devo mencionar, também, *Conrado* e *Alejandra*, que sempre me receberam como parte da família, sendo que esta, belamente, está se expandindo. *Priscila*, por sempre oferecer sua escuta com tanto carinho e pela sua generosidade, do chuveiro ao agasalho. Todos nós, junto de *Inês* – que sempre nos alegra com seu humor singular – formamos um grupo de estudos com Joel, o que faz de nossas sextas-feiras o ponto de muitos *encontros*.

Infelizmente, não poderei agradecer e mencionar todos os amigos como eu gostaria, mas espero que eles saibam da importância que têm para mim. Os amigos da UFRJ e que frequentavam os seminários da UERJ (como *Cristina*, *Mariana Pombo*, *Mariana Toledo*, *João Galvão*, *Luciano*, *Maicon*, *Luiz Paulo*, *João Gabriel*, *Marcos*, *Leila*, *Nelma*, *Eloah* e *Beth*) puderam acompanhá-lo mais de perto, então agradeço pelas interpelações, sugestões e contribuições.

Aos meus amigos que, pelo contrário, ficaram sem me ver muito tempo, obrigado por compreenderem minha dedicação a esse trabalho e espero que gostem do resultado. Mesmo que mais distantes, continuaram sempre presentes. Agradeço à *Maria Luiza*, a quem tenho como irmã, pela relação ter se colocado com tanto afeto, e à *Miranda*, das aventuras pelo mundo ao ninho que me ofereceu com carinho, o que não me esquecerei. À *Nataly*, que desde a aurora da minha infância me acompanha, me incentiva, me escolhe. À *Gabriela*, pelo infinitamente aqui que vai da “ajuda aos universitários” e do “pagar a faculdade uma vez por mês” à madrinha de casamento. À *Mariana*, exemplo de que a vida pode se impor fartamente às suas forças contrárias. À *Manuela*, que cativa a todos com sua singularidade cheia de graça. À *Laura*, grande figura que, permanentemente, me surpreende sem me deixar palavras para definir. À *Patricia Flórido*, com quem tenho muitas coisas em comum além do signo, médica que resistirá as estratégias do biopoder. Falando em médico, obrigado *Rafael*, por compartilhar comigo as críticas sobre a indústria farmacêutica e pensar a articulação medicina e psicanálise. À *Gabriel Raggio*, por estar presente nesse processo de pesquisa e mostrar, junto de *Bethania*, que não andamos só. À *Christian*, quem escreve os

sonhos, sabendo que eles não se restringem ao rebaixamento do nível de consciência. À *Pedro Tambellini*, quem cria e se recria a partir da música. À *Breno*, vamos e convenhamos na filosofia. À *Gabriel Ninô*, que me ensinou bastante e, nos encontros e desencontros, continua presente. À *Isa*, sobretudo, pela essencial ajuda que me deu em cima da hora. À *Giovanna*, que se movimenta que nem uma capoeirista enigmática e sensível. À *Vitória*, que em seu nome mostra seu lado forte e meigo, que luta pelo Direito. À *Julia*, a quem conheço desde pequena e sei que o palco da vida já estava montado. À *Alejandra Tarin*, que preferiu correr riscos do que se conformar à lógica neoliberal. À *Rita*, pela insustentável leveza do ser. À *Bel*, quem batalha e se dedica às estampas, estampando sempre um sorriso no rosto e à *Fernanda*, com que as boas conversas não deixam ocultar o interesse pela psicanálise.

Ao falar de psicanálise, não posso deixar de destacar a importância do meu analista *Carlos Alberto da Silva*, que durante todos esses anos me impulsiona a fazer de cada *crise* uma *verdade-acontecimento*, me fazendo pensar sobre os *riscos* que devo correr e quando é melhor correr dos *riscos*. Obrigada por me ajudar a construir saídas criativas a cada vez que o desamparo se coloca.

Agradeço aos meus padrinhos *Fernando Rocha* e *Eni Mendlowicz* pelo carinho de sempre. Aos meus avós *Lígia* e *Helvécio*, pelos longos anos de afirmação da vida. Ao *Lionel Fischer*, eterno parceirinho, obrigada pelas presenças, por tudo.

À minha mãe *Eliana Mello*, pela *exigência de trabalho* que me impulsiona a ter um *savoir-faire* com os riscos, com a vida, com a imperfeição...com a *feminilidade*. Com a água que passa e com a areia que fica no lugar.

À minha irmã *Luana Siegfried* que se aventurou, junto de seu amável *Sean*, a fazer uma *viagem-acontecimento*. Obrigada por suas ações, investimentos e por evidenciar que os valores transcendem o mercado. As saudades só me deixam dizer que em toda Terra do Nunca há um terreno do sempre.

Ao meu amor *Eduardo Medeiros*, por sempre me dar a mão para enfrentar os batalhões da vida. Tudo era apenas uma brincadeira e foi crescendo, até nos tornarmos a mão e a luva, até minha força se amarrar no seu passo. Obrigada por ser o paletó que enlaça o meu vestido.

Ao meu pai, *Luis Alberto Helsinger*, que não pôde nem ver eu entrando no mestrado, mas que tenho certeza que ficaria orgulhoso. Sem dúvida isso tem sua influência, por isso, agradeço pela transmissão e pela herança. Aliás, obrigado por mostrar que a morte não anula a vida.

Elle sourit, elle dit que c'est la première fois, qu'elle ne savait pas avant de vous rencontrer que la mort pouvait se vivre. Elle vous regarde à travers le vert filtre de ses prunelles. Elle dit: Vous annoncez le règne de la mort. On ne peut pas aimer la mort si elle vous est imposée du dehors. Vous croyez pleurer de ne pas aimer. Vous pleurez de ne pas imposer la mort. Elle est déjà dans le sommeil. Elle vous dit d'une façon à peine intelligible: Vous allez mourir de mort. Votre mort a déjà comencé.

Marguerite Duras¹

¹ “Ela sorri, ela diz que é a primeira vez, que ela não sabia antes de encontrá-lo que a morte podia ser vivida. Ela o olha através do verde filtrado das suas pupilas. Ela diz: Você anuncia o reino da morte. Não se pode amar a morte se ela for imposta de fora. Você pensa chorar por não amar. Você chora por não impor a morte. Ela já está no sono. Ela lhe diz de modo quase inteligível: Você vai morrer de morte. Sua morte já começou.” (DURAS, 1984, p. 48).

RESUMO

HELSINGER, Natasha Mello. **A psicanálise em tempos de riscos e performance: o que é comprimido hoje?**. Rio de Janeiro, 2015. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Considerando a *eficácia produtiva* dos *dispositivos de saber-poder*, a pesquisa objetiva investigar os modos de subjetivação que estão sendo forjados em tempos de exigência de performance e de gestão dos riscos, interrogando como a atual conjuntura sociocultural, política e ética contribui para a crise da psicanálise. Para isso, será discutido como a lógica neoliberal incide nas modalidades de mal-estar e, ainda, como ela propiciou com que as neurociências, a psiquiatria biológica e as *tecnopsicologias* conquistassem uma notoriedade científica e social. Investigar-se-á como esses discursos se inscrevem na cultura do narcisismo e no ideário da performance que, por sua vez, preconiza o reforço da normalidade por meio da gestão dos riscos, dos psicofármacos, da instrumentalização e da naturalização das propriedades humanas. Indicar-se-á como isso vem acompanhado pelas promessas de longevidade e de imortalidade que serão pensadas como um signo de que a problemática da *finitude*, tal como inscrita na modernidade, está sendo eclipsada em nome da preocupação generalizada com os riscos e com a saúde. Essa discussão remete para o projeto do biopoder e para a nova cartografia do corpo da medicina contemporânea, que radicalizou o projeto de fragmentação do organismo. A questão que se coloca é se as dimensões simbólica e histórica do sujeito estão sendo silenciadas, na medida em que este é fracionado em uma série de *fatores e reações bioquímicas*. É por essa vertente que se encaminhará a investigação sobre a perda do poder simbólico da psicanálise como um discurso fundado no inconsciente. Finalmente, o trabalho se voltará para a importância da psicanálise sustentar a singularidade do discurso freudiano, resistindo aos paradigmas normativos e naturalistas, o que supõe problematizar quando ela se coloca a serviço da *normalização* e quando ela propicia a *estilização*. A partir desta, as noções de *feminilidade* e da *finitude* serão apresentadas como formas de resistência ao discurso do risco e ao imperativo da performance.

Palavras-chave: finitude, medicalização, performance, psicanálise, risco.

RÉSUMÉ

HELSINGER, Natasha Mello. **A psicanálise em tempos de riscos e performance: o que é comprimido hoje?**. Rio de Janeiro, 2015. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Considérant l'efficacité productive des *dispositifs de savoir-pouvoir*, la recherche vise étudier les moyens de subjectivation qui sont forgées dans un moment d'exigence de performance e de gestion de risques, se demandant comment l'actuelle conjoncture socioculturelle, politique et éthique contribuent à la crise de la psychanalyse. Pour celà, sera mis en discussion comment la logique néolibérale influence dans les modalités de malaises et, encore, comment cela a mis en conditions pour que les neurosciences, la psychiatrie biologique et les *tecnopsychologies* conquérir une notoriété scientifique et social. Sera encore investigué comment ces discours s'inscrivent dans la culture du narcissisme et dans l'idée de la performance qui, à son tour, préconise le renforcement de la normalité par la gestion des risques, des psychotropes, de l'instrumentalisation et de la naturalisation des propriétés humaines. Ainsi, sera indiqué comment cela accompagne des promesses de longévité et l'immortalité qui seront pensées comme un signe où le problème de la *finitude*, telle comme inscrite dans la modernité, est éclipsé au nom de l' inquiétude généralisée au sujet des risques et de la santé. Cette discussion fait référence au projet du biopouvoir et pour la nouvelle cartographie du corps de la médecine contemporaine, qui a radicalisé le projet de fragmentation de l'organisme. La question qui se pose est si les dimensions symbolique et historique sont réduites au silence, à mesure de la fraction d'une série de *facteurs et réactions biochimiques*. Par cette voie sera menée l'investigation à propos de la perde du pouvoir symbolique de la psychanalyse comme un discours soutenu par l'inconscient. Enfin, ce travail va se tourner vers l'importance de la psychanalyse de maintenir l'unicité du discours freudien, résistant les paradigmes normatifs et naturalistes, ce qui suppose problématiser quand mise au service de la *normalisation* et quand elle permet la *stylisation*. À partir de cela, les notions de *féminité* et *finitude* seront présentés comme des formes de résistance au discours du risque et de l'impératif de la performance.

Mots clés: finitude, médicalisation, performance, psychanalyse, risque.

SUMÁRIO

Introdução	p. 12
1. Corpo pulsional, corpo-indivíduo e o corpo-espécie: riscos no investimento do corpo?	p. 24
1.1. A modernização do social, a exclusão do corpo e dos afetos.....	p. 28
1.2. Risco e diagnóstico: a herança mórbida do higienismo e da degenerescência....	p. 35
1.3. A eficácia produtiva: o homem, a liberdade e o corpo-indivíduo.....	p. 41
1.4. A população, o biopoder e o corpo-espécie.....	p. 47
1.5. Medicalização e saúde: um obscuro objeto de desejo?.....	p. 51
1.6. Antamoclínica, tempo e história: o homem e a finitude.....	p. 54
2. O supermercado da performance, dos riscos e dos psicofármacos: o consumidor, o consumo da dor e o sujeito consumido	p. 64
2.1. Neoliberalismo e insegurança: luz, performance e ação?	p. 67
2.2. Os riscos na pós-modernidade: globalização, gestão e biopoder.....	p. 72
2.3. Neuróticos, desculpem os transtornos estamos trabalhando para melhor medicá-los.....	p. 88
2.4. O neokraepelianismo: o retorno dos que não foram?	p. 93
2.5. Remediando o mal-estar: a gangorra da psicanálise e da psiquiatria.....	p. 96
2.6. A eficácia do <i>sujeito cerebral</i>	p. 100
2.7. Imortalidade, humanismo e animalismo: crônica de uma morte exorcizada?...p.	105
2.8. Crise da psicanálise: o sujeito comprimido no supermercado da eficácia?.....	p. 108
3. Eficácia, longevidade e finitude da psicanálise: a crise e seus contornos	p. 117
3.1. Clínica e ética: a <i>finitude</i> no discurso freudiano.....	p. 121
3.2. A psicanálise entre a medicina moderna e a medicina pré-moderna.....	p. 126
3.3. <i>Verdade-acontecimento e verdade-demonstrativa</i>	p. 132
3.4. A psicanálise: <i>verdade-acontecimento e arte-erótica</i> ?.....	p. 143
3.5. Terapeutização e medicalização da psicanálise: o bem-estar da curabilidade?..	p. 156
3.6. Desamparo, masoquismo e feminilidade.....	p. 163
3.7. O falo performático, a imperfeita feminilidade e a finitude que afirma a vida.....	p. 176
3.8. A singularidade do discurso psicanalítico: contornando a crise?.....	p. 185
Conclusão	p. 192
Referências bibliográficas	p. 210

Introdução¹

Se interrogarmos quais são os campos de saber que estão sendo mais investidos como enunciadores da verdade sobre o psíquico, perceberemos que são aqueles que possuem maior notoriedade científica, como a psiquiatria biológica, a psicofarmacologia, as neurociências e o cognitivismo, de forma que a psicanálise parece ocupar um lugar periférico (Birman, 2000).

Não podemos perder de vista que a psicanálise se constituiu na modernidade, entre o século XIX e XX, sendo este seu solo histórico e, até mesmo, sua condição de possibilidade (Birman, 1995). Desde de seus primórdios, Freud (1905[1904]/1980) precisou lutar pelo reconhecimento do método e da teoria psicanalítica, que foram recebidos de forma desfavorável, sobretudo, pelos médicos, que acusavam a psicanálise de ser um produto do misticismo moderno. Acreditava-se que, diante dos remédios físico-químicos, ela não era positivamente científica e Freud a defendia afirmando, por exemplo, que mesmo com a descoberta desses medicamentos, os esforços terapêuticos nunca haviam sido excluídos, integralmente, da medicina.

A recepção desfavorável em relação ao discurso freudiano se intensificou de forma significativa, sobretudo, a partir de 1915-1920, quando o autor radicalizou sua análise sobre a modernidade (Birman, 2000). Neste momento, o *mal-estar* foi condensado na experiência psíquica de desamparo e a dimensão trágica do sujeito moderno foi revelada de forma enfática. Afinal, a constituição da modernidade foi caracterizada pela diluição dos referenciais simbólicos, como a perda do poder da religião (Freud, 1927/1974). Isso provocou o incremento da experiência de orfandade e de desproteção, o que já nos permite afirmar que a noção de *vulnerabilidade* se inscreveu neste contexto histórico.

As críticas se apresentavam, também, devido à importância que o discurso freudiano conferiu à sexualidade, o que gerou uma “tempestade de oposição indignada”, segundo Freud (1925[1924]/1976). Mas, mesmo assim, ele afirmava que seus oponentes não conseguiriam frear o movimento psicanalítico que já havia se tornado um tema de interesse geral, de forma que, em duas décadas, ele deixou de ser o único porta-voz da psicanálise, pois muitos colegas passaram a utilizá-la como forma de tratamento e método de pesquisa. Freud

¹ A dissertação foi elaborada seguindo o **Manual para elaboração e normalização de Dissertações e Teses**. (Org.) Elaine Baptista de Matos Paula et al. – 3. ed. rev. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Sistema de Bibliotecas e Informação. Rio de Janeiro: SiBI, 2011. Disponível em: <http://www.sibi.ufrj.br/documentos/manual-teses-dissertacoes.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2014.

(1926b[1925]/1976) chegou a acreditar que, no futuro, a psicanálise seria reconhecida mais como uma ciência do inconsciente do que, propriamente, como um procedimento terapêutico.

É preciso dizer que, por um lado, as expectativas otimistas de Freud foram satisfeitas, pois, de modo geral, entre 1930-1960, a psicanálise ocupou um lugar simbólico importante no campo dos saberes sobre o psíquico em alguns contextos socioculturais. Mas, como aponta Birman (2000), a partir desse momento, ela começou a ser concebida como *estrangeira*, como ocorreu nos Estados Unidos, a partir de 1960, e na França, nos anos 1980. Isso intensificou-se, ainda mais, em 1980-1990, quando houve uma diminuição significativa da demanda pelo tratamento psicanalítico e um aumento de interesse pela psiquiatria biológica, pela psicologia, pelas neurociências, terapias corporais e, ainda, pelas promessas salvacionistas da religião. A partir disso, já podemos indagar: como será o futuro da psicanálise?

Interrogar sobre o futuro da psicanálise significa, segundo Birman (2002a), que reconhecemos que a psicanálise passa por uma crise, o que envolve fatores políticos, sociais e simbólicos e, ainda, a indagação ética sobre o mal-estar das subjetividades contemporâneas. Em outras palavras, se a crise da psicanálise ocorre de forma radical na atualidade, isso se deve a elementos que a transcendem, como também, a fatores que lhe são intrínsecos, como o enfraquecimento de sua postura crítica, a construção de fundamentalismos e o empobrecimento da criatividade teórica. Considerando que a crise da psicanálise ganhou novas feições na contemporaneidade e que isso abrange uma complexidade de elementos, destacamos dois eixos centrais para discutirmos essa *problemática*, a saber, a *gestão dos riscos* e a *exigência de performance*. Esses serão pensados, sobretudo, em articulação com o biopoder (Foucault, 1976/1977) e contextualizados a partir da constituição histórica do neoliberalismo, o que nos exigirá que analisemos algumas transformações que foram se dando de forma progressiva e sistemática em nossa cultura (Birman, 1995). Por exemplo, para o sociólogo alemão Ulrich Beck (1986/2010), a passagem da modernidade para a modernidade tardia² foi marcada por mudanças significativas no campo da economia, da política e do comportamento. Em sua perspectiva, isto está relacionado à acumulação de riscos - sejam estes ecológicos, financeiros, terroristas, bioquímicos ou informacionais - que se tornaram “onipresentes” ao ponto de vivemos em uma *sociedade de risco*.

² Sabemos que as categorias de *hipermodernidade* e de *modernidade tardia* têm maior pregnância no contexto europeu, pelo fato da tradição européia ter sido constituída pela tradição da modernidade. Já na cultura norte-americana, a categoria de *pós-modernidade*, como um novo tempo e uma nova história, se apresenta mais, por ela não ter um apego à ideia de modernidade (Birman, 2004). Para a nossa pesquisa, utilizaremos essas categorias, como também, a *contemporaneidade*, de forma indiscriminada, até porque sinalizamos a constituição histórica do neoliberalismo como um ponto nodal para pensar nossa *problemática*.

Observamos, sem dificuldade, que a disseminação de riscos se dá de forma ampla, geral e irrestrita em nosso cotidiano, apresentando-se tanto em veículos de comunicação de cunho científico, como também, naqueles que não têm pretensão de cientificidade, mas sim, de promover uma conscientização social. Isso já nos leva a indagar como a consciência cotidiana e “cientificizada” dos riscos (Beck, 1986/2010) incide nas subjetividades que, por exemplo, se identificariam facilmente ao ler em uma revista os “sintomas” do transtorno bipolar: pessimismo ou otimismo; aumento ou diminuição da velocidade do pensamento; excesso ou falta de apetite, de sono e de prazer (Tung, 2008). Sem dúvida, isso favorece a auto-gestão dos riscos e o autodiagnóstico, de forma que não é incomum que os pacientes cheguem aos consultórios se dizendo portadores de algum transtorno ou demandando algum medicamento específico.

Evidentemente, não podemos pensar os *discursos* da saúde, da prevenção e do risco na exterioridade do processo de medicalização que se iniciou, no Ocidente, sobretudo, na França, Alemanha e Inglaterra, no final do século XVIII e no início do século XIX (Foucault, 1979). Neste contexto, o saber científico ganhou pregnância no cenário social, na medida em que ele ocupou o lugar do discurso religioso. Uma das resultantes disso foi a transição que ocorreu do ideário da *salvação* para o ideário da *cura*, o que promoveu uma subversão no campo dos valores e dos poderes (Birman, 2007). O processo de medicalização perdura até hoje, de forma ainda mais intensa e complexa (Birman, 2013b). Na hipótese de Robert Castel (1987), emergiram, a partir de 1980, novas formas de gestão do social que abriram as portas para a “psiquiatrização da normalidade”, o que remete para o projeto da *performance*. Pois, o que está em pauta não é apenas a detecção de riscos e a reparação das deficiências, mas, sobretudo, a programação da eficiência, seja pelas *tecnopsicologias*, que realizam uma “terapia dos normais”, seja pelos psicofármacos.

A psicofarmacologia parece ganhar um lugar estratégico no mundo da *performance*, o que é uma chave de leitura para pensarmos o poder simbólico que a psiquiatria biológica ganhou nas últimas décadas. No que concerne a isso, devemos lembrar que foi se apoiando nas neurociências e na neurobiologia molecular que a psiquiatria conseguiu se inscrever na *Big Science*, o que permitiu com que seus enunciados e instrumentos fossem legitimados cientificamente (Ehrenberg, 2009). Devemos sublinhar que isso foi acompanhado pelo aumento exponencial das categorias psiquiátricas nas últimas décadas – o DSM-IV (1994), por exemplo, apresenta 191 categorias a mais do que o DSM-I (1952) –, o que, segundo Caponi (2011), relaciona-se ao “neokraepelianismo”. Este passou a nortear a nomenclatura psiquiátrica desde 1980, o que representou o triunfo do paradigma biológico em detrimento da

psicanálise. Já para Borch-Jacobsen (2013), a proliferação das descrições psiquiátricas está ligada ao fato da indústria farmacêutica ter começado a ser, desde 1960, regida pela lógica do *marketing* e pelo imperativo da rentabilidade³. Segundo o autor, uma das resultantes do *psychopharmmarketing* é o aumento vertiginoso do consumo dos psicofármacos, como ocorreu na Grã-Bretanha, onde foram expedidas 6.000 prescrições para o transtorno de déficit de atenção, em 1994 e, em 2003, esse número subiu para 345.000.

Como defende Birman (2014), há um silêncio eloqüente sobre a expansão do uso de drogas psicofarmacológicas, pois as finalidades terapêuticas legitimam seu uso, construindo a crença que elas são usadas para promover a saúde e o *bem-estar*, enquanto as drogas ilícitas provocam o *mal*. Em sua perspectiva, ficou silenciado, também, que o desenvolvimento dos dispositivos tecnológicos e científicos, propulsionado pela indústria farmacêutica, contribui para a realização de novas misturas químicas, para a produção de drogas sintéticas e ilícitas (como na Floresta Amazônica e no Afeganistão) e, portanto, para a expansão do narcotráfico. Ademais, o autor sublinha que as drogas ilegais já foram foco de muitas pesquisas, enquanto os psicofármacos não se tornaram, ainda, um objeto de reflexão, publicação e investigação crítica como deveriam. Neste sentido, uma das contribuições que a presente investigação pode vir a ter é enriquecer o debate sobre a facilitação no acesso das drogas psicofarmacológicas. Até porque, não podemos perder de vista, que a popularização dos psicofármacos está coadunada a uma mudança significativa no campo da demanda clínica, na medida em que há um interesse significativo pela regulação bioquímica em detrimento dos tratamentos centrados na linguagem. Isso nos coloca a seguinte indagação: o que impulsiona as subjetividades a se inscreverem no circuito promissor e mortífero da psiquiatrização (Birman, 2012)?

Uma pista para se pensar essa questão é o fato da lógica neoliberal ter uma relação íntima com o aumento do poder simbólico da psicologia, da psiquiatria biológica e das neurociências (Birman, 2013a). Isto está ligado, por exemplo, à competitividade e as novas condições do mercado de trabalho (Sennet, 1999/2009) que, por sua vez, exigem um desempenho performático para o qual são usadas estratégias comportamentais, os psicofármacos e as *práticas de si cerebrais* (Ortega, 2009). É neste sentido que Ehrenberg (2009) defende que o sucesso das neurociências está relacionado ao ideário da autonomia e do sucesso pessoal, de forma que as técnicas que prometem potencializar o cérebro e o êxito social servem de “consolo” para aqueles que se sentem fracassados.

³ Uma ilustração disso é o plano de *marketing* do antidepressivo Lexapro®, realizado em 2004. Ele previa o gasto de 115 milhões de dólares dos quais 36 milhões seriam direcionados para as refeições dos médicos (no momento de divulgação dos medicamentos) e mais de 37 milhões seriam usados para pagar as conferências dadas pelos médicos e líderes de opinião.

Ainda em relação ao imperativo da eficiência e à manipulação do capital humano (Castel, 1987), não podemos deixar de mencionar os novos limiares da medicalização que sustentam as promessas de longevidade, contribuindo para a crença de que a morte pode ser evitada (Sibilia, 2002). Isto está relacionado à ideia de que o envelhecimento, a enfermidade e a morte devem ser exorcizados, o que já está presente no imaginário contemporâneo (Birman, 1995). Bem, considerando que o vivente humano é vulnerável às forças inexoráveis da natureza, à fragilidade do próprio corpo e às relações hostis com outros homens (Freud, 1927/1974), podemos indagar: será que o discurso científico, como um garantidor da longevidade e da performance, não funciona como um *derivativo poderoso* que nos protege de nossa condição de *feminilidade* (Freud, 1937/1975)? Será que é isso que faz com que os mandamentos normativos da saúde sejam fielmente seguidos? Será que a batalha pelo prolongamento da vida não tem o esvaziamento da *finitude* como uma de suas resultantes? E, considerando que o discurso freudiano pensou o *sujeito da finitude*, quando esse é eclipsado, a psicanálise também não o é?

A partir dessa breve introdução, destacamos como *tema de pesquisa* a perda do poder simbólico da psicanálise, sendo ela pensada a partir da colocação em questão dos registros do simbólico e histórico do *sujeito*, o que, em nossa perspectiva, é preconizado pela *gestão dos riscos* e pela *exigência da performance*. Partindo da hipótese de Foucault (1976/1977) de que o poder é menos repressor do que produtor, o *problema teórico* que se coloca é: que *formas de subjetivação* são forjados em tempos de gestão de riscos e de exigência de performance? Devemos ressaltar que esta indagação remete para uma questão que lhe é subjacente: será que os *discursos* da psiquiatria biológica, das neurociências e da psicologia, ao privilegiarem os fatores bioquímicos, cerebrais, a mente e o comportamento, colocam em xeque a noção de *sujeito*? A *hipótese de trabalho*, por sua vez, consiste em pensar que a problemática da *finitude*, que se colocou como questão central na modernidade (Foucault, 1963/2008; 1966/1987), vem sendo silenciada em nome do *risco*. E, a partir do imperativo do medo, tentamos nos precaver de nossa *feminilidade* (Freud, 1937a/1975), buscando a longevidade e a conquista de um espírito performático, o que contribui para que o *sujeito* seja eclipsado, tal como os campos de saber que o valoram.

Como estamos podendo observar, a busca pela eficiência se dá por objetos técnicos, por exemplo, oferecidos pela biomedicina ou pela psicofarmacologia que, por sua vez, se sustentam em *discursos* que tendem a naturalizar a condição humana (Birman, 2014). Ou ainda, tratam-se de *discursos* que investem no comportamento – que, muitas vezes, é

ancorado no registro biológico – às expensas da singularidade do *sujeito*. Por exemplo, quando as neurociências explicam todos os comportamentos a partir de neurohormônios ou de reações neuroquímicas, propondo uma abordagem bioquímica como regulação, será que o *sujeito* não é silenciado na rede neuronal (Birman, 2013a)? É neste sentido que Ehrenberg (2009) defende que o cérebro não é mais um mero órgão, pois ele ganhou um novo estatuto, a saber, de ator social. Afinal, é ele *quem* parece regular as funções de ser, agir e decidir. Mas, na medida em que o sujeito é concebido como uma resultante do metabolismo dos neurohormônios (Birman, 2014), devemos questionar: será que o “novo século do cérebro” é marcado pelo esvaziamento da responsabilidade ética?

Visto isto, é preciso esclarecermos alguns pontos sobre o nosso *tema de pesquisa*, *problema teórico* e nossa *hipótese de trabalho*. O primeiro é que estamos trabalhando a categoria de *discurso* articulada à concepção de Michel Foucault (1979) sobre os *dispositivos de saber-poder*, o que supõe pensá-lo em sua *eficácia produtiva*. Segundo o autor, há dois grandes sistemas de análise do poder que se opõem. O primeiro tem um caráter negativo, opressor e excludente, enquanto o segundo, pelo qual ele se apóia, visa analisar o poder pelo esquema da *guerra*, considerando que ele é produtivo e se exerce em uma relação perpétua de forças. Nesta perspectiva, o poder deve ser pensado em suas práticas efetivas, pois ele produz *efeitos reais* em seus alvos. E é isso que nos permite indagar, por exemplo, como determinados *discursos* incidem nas formas pelas quais as subjetividades lidam com suas experiências.

O segundo ponto que devemos enfatizar é que falar em *formas de subjetivação* implica em pensarmos em uma produção aleatória e relativística do que denominamos de subjetividade, isto é, não se trata de algo estrutural e universal, como a categoria de *sujeito* representa na filosofia cartesiana, por exemplo (Birman, 2004). No que concerne a isso, devemos destacar que uma das metas de Michel Foucault foi fazer uma história da verdade, no sentido de analisar os *jogos de verdade* por meio dos quais o *ser* se forja, historicamente, como experiência (Foucault, 1984/1988). Mas, ao realizar uma história da verdade, o autor não se centrou, propriamente, em comportamentos, ideias e sociedades, mas, sim, nas “problematizações através das quais o ser se dá como podendo e devendo ser pensado, e as *práticas* a partir das quais essas problematizações se formam.” (FOUCAULT, 1984/1988, p. 15). Dito de outro modo, os *jogos de verdade* são valorados pelo autor, pois a ideia de jogo remete para a noção de regra que, por sua vez, é arbitrária, de forma que é possível inventar novas regras, como também, abdicar delas a qualquer momento (Birman, 2004). É pautado nesta premissa que Foucault concebe a *experiência* como “a correlação, numa cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade” (Ibidem, p. 10). Por isso,

para pensar o que é designado por *sujeito*, o autor pesquisou “as formas e as modalidades da relação consigo através das quais o indivíduo se constitui e se reconhece como sujeito.” (Ibidem, p. 11). Isso quer dizer que cada *experiência* assume formas históricas singulares e que elas se referem a formação de saberes, aos sistemas que regulam suas práticas e as formas pelas quais os indivíduos se reconhecem como sujeitos de tal experiência. É por esse fio condutor que estamos nos norteando quando interrogarmos que *formas de subjetivação* estão sendo forjadas por determinadas práticas discursivas e quando questionamos de que maneira, por que e sob que formas a *experiência da performance* e da *gestão de riscos* ganharam um lugar estratégico no contexto neoliberal.

Dito de outro modo, Foucault (1976/1979) questiona-se: “Em uma sociedade como a nossa, que tipo de poder é capaz de produzir discursos de verdade dotados de efeitos tão poderosos?” (p. 179). Em sua perspectiva, o exercício de poder pressupõe uma espécie de economia dos discursos de verdade, pois o poder só pode ser exercido a partir de uma produção da verdade. Desse modo, não podemos assumir um olhar crítico em relação aos atuais *discursos* da psiquiatria, das neurociências, do cognitivismo e da medicina sem interrogarmos sobre os discursos de verdade e os efeitos de poder que são produzidos por eles: “Afinal, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a um certo modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder.” (FOUCAULT, 1976/1979, p. 180). Devemos sublinhar que a genealogia analisa as relações de poder que compõem as condições de possibilidade para a emergência de certas verdades (Foucault, 1979). Neste sentido, o olhar genealógico nos previne de considerar os valores como verdades em si, pois ele revela que os valores são produzidos, de forma que devemos indagar: qual o valor de determinado valor? Estamos sublinhando isso para esclarecer que nossa pretensão não é realizar uma arguição sobre a legitimidade teórica e prática (Birman, 1995) das neurociências, a psicofarmacologia, a psicologia ou a psiquiatria, mas, sim, de questionarmos, genealogicamente, as condições de possibilidade que propiciaram com que elas ocupassem um lugar estratégico nas últimas décadas.

Um terceiro ponto importante é que quando nos referimos ao silenciamento do *sujeito*, estamos considerando que este é caracterizado por uma perspectiva histórica e simbólica que transcende os parâmetros biológicos e comportamentais e, também, qualquer universalidade. Isto é, estamos pensando o *sujeito* em sua singularidade. Em uma leitura psicanalítica, estamos nos referindo ao *sujeito da finitude* que é marcado pelo erotismo, por um corpo erógeno e pulsional (Birman, 2001). No que concerne a isso, devemos enfatizar

que a psicanálise é um discurso fundado no inconsciente que, por sua vez, remete para o campo da sexualidade e do desejo, o que evidencia que o discurso freudiano valorou o desejo que havia sido negativado pela tradição cristã, na medida em que esta o aproximou do pecado (Birman, 2013b). Ademais, estamos pensando a condição descentrada do *sujeito*, seja por este se inscrever na problemática da *finitude*, por não estar centrado no campo do eu e da consciência, por ser atravessado por uma luta constante entre diferentes forças e instâncias psíquicas, ou ainda, por ser atravessado pela alteridade.

Um quarto ponto importante é que a problemática da *subjetividade* se coloca hoje, na medida em que ela interpela, segundo Birman, as formas de experiências que são colocadas para os indivíduos na sociedade contemporânea (informação oral)⁴. Observamos à ameaça de homogeneização maciça dos indivíduos, por exemplo, pela matemática, pela estatística e pela intensa produção da imageria corporal. O psicanalista acrescenta que as neurociências, a psicologia, o cognitivismo, a psiquiatria e a medicina biológica, ao apostarem na organização do *pathos* da experiência – concebendo suas variações a partir de critérios normativos – promovem, também, a objetivação das subjetividades. Isto é, o que está em jogo é o fantasma do apagamento das diferenças pelo processo de homogeneização que se dá às expensas da singularidade.

Depois de sinalizadas essas observações, poderemos apresentar, de forma sucinta, o caminho metodológico que percorreremos. No primeiro capítulo, pretendemos fazer um recorte de nossa problemática, contrastando as diferentes modalidades de *investimento* que foram dirigidas ao *corpo*, pelo discurso freudiano, pela disciplinarização dos gestos, pela anatomopolítica dos corpos e pela anatomoclínica. Esses produzem, evidentemente, concepções diferenciadas de *corpo* que, de modo geral, poderiam ser pensados como o *corpo pulsional*, o *corpo-indivíduo*, o *corpo-espécie* e o *corpo lesionado*. Essa discussão nos ajudará a pensar como a nova cartografia do corpo da medicina contemporânea opera um fracionamento infinito do corpo (Birman, 2013b) e como isso contribui para que ele se torne um *locus* de detecção de riscos. Ademais, ela permitirá esclarecermos como o atual imaginário corporal está inscrito no projeto do biopoder, sendo uma de suas maiores resultantes na contemporaneidade (Birman, 2000).

Um primeiro passo consistirá em discutir a crise da psicanálise a partir de dois vetores. No primeiro, indicaremos como a inscrição da psicanálise em determinado contexto

⁴ BIRMAN, J. Palestra de encerramento. In: **Colóquio Internacional Subjetividades e Montagens Corporais no Mundo Contemporâneo**. Evento organizado pelo Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pela Escola Doutoral da Universidade de Paris VII, 25 mai. 2013.

sociocultural está ligada ao processo de modernização do social, de modo que quando esse se esgota a psicanálise tende a entrar em crise (Birman, 2000). O segundo eixo diz respeito ao desinvestimento que a tradição pós-freudiana realizou em relação ao *corpo*, o que nos permitirá discutir que riscos que isso acarreta para a “sobrevivência da psicanálise” (Birman, 2000). Isso implicará em diferenciarmos o *organismo* e o *corpo*, em apresentarmos algumas coordenadas do texto freudiano que evidenciam que o sujeito é caracterizado pela *corporeidade* e pelos *afetos*, como também, discutirmos a sobreposição *corpo-organismo*.

Em seguida, apresentaremos algumas modalidades de inscrição da categoria de *risco* na nomenclatura psiquiátrica e nas pesquisas sobre a psicopatia, investigando como elas se relacionam à teoria da degenerescência e da herança mórbida (Caponi, 2007). Investigaremos a emergência do paradigma biológico – coadunado ao projeto eugênico de melhoria da espécie – no contexto histórico da modernidade e como ele se inscreveu no projeto do biopoder e da biopolítica. Isso implicará em esclarecermos a concepção foucaultiana de *discurso, dispositivo, poder e saber*, o que nos ajudará a compreender a hipótese de Foucault (1979) de que o indivíduo é um produto das incidências do poder-saber. Para isso, discutiremos, também, como o poder disciplinar emergiu na segunda metade do século XVIII, se sobrepondo ao poder soberano, e, ainda, sublinharemos o lugar que a *liberdade* ganhou neste contexto, indicando como ela se articula à construção da figura do homem, às ciências humanas e às estratégias de normalização. Será importante elucidarmos, ainda, como as categorias de *normal, anormal e patológico*, do domínio médico, constituíram o solo pelo qual as ciências humanas se constituíram, o que nos permitirá assumir um olhar crítico sobre a produção de saberes e as práticas de poder que as atravessam (Foucault, 1963/2008). Contextualizaremos, em seguida, a emergência do biopoder e do aparato da governabilidade moderna, enfatizando como se deu a inauguração da gestão dos riscos no seio da população (Foucault, 1977-1978/2008). Observaremos que isso pressupôs o deslocamento da lei soberana, que *causava* a morte ou *deixava* viver, para o controle biológico do *causar* a vida ou *devolver a morte* (Foucault, 1976/1977). Isso nos esclarecerá como a medicalização incidiu nas fronteiras da vida e da morte e que foi, neste momento, que a temática do *risco* se forjou de fato (Birman, 2013b). Analisaremos como esses elementos estiveram na base do processo de medicalização do social e, para explorarmos essa questão, apresentaremos a *medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho*.

Por fim, discutiremos como a medicina moderna resgatou a problemática da *finitude* (Foucault, 1963/2008), que havia sido silenciada pela tradição cristã, enfatizando que isso

promoveu uma reorganização no campo da enfermidade e a inauguração de uma nova visibilidade do corpo não mais centrada nos órgãos, mais, sim, na lesão dos tecidos (Birman, 2007). A inscrição da *finitude* na modernidade também será investigada a partir da leitura de Koyré (1961) acerca da racionalização científica que permeou o Ocidente e, ainda, da discussão de Foucault (1966/1987) sobre a *analítica da finitude*, que fez com que o homem fosse pensado a partir das categorias de *tempo* e *história*. A partir dessa discussão, poderemos observar que o homem moderno só pôde ser pensado à título da *finitude*, o que será uma chave de leitura importante para pensarmos a crise da psicanálise, na medida em que o discurso freudiano inscreveu o sujeito na problemática da *finitude*. Ademais, ela nos oferecerá ferramentas para pensarmos como os atuais *micro-poderes*, que abarcam tecnologias próprias (Foucault, 1979), contribuem para que a *finitude* seja silenciada em nome do *risco* e, ainda, como os *dispositivos de poder-saber* – sobretudo, referentes aos domínios médico, psiquiátrico, psicológico e neurobiológico – contribuem para que a noção de *sujeito* seja eclipsada e a psicanálise, por conseguinte, também.

Como vimos, a emergência da psicanálise deu-se na modernidade que, por sua vez, foi marcada pela quebra da verticalidade, o que aumentou a liberdade, mas, também, incrementou a sensação de desamparo (Freud, 1927/1974). E, como indicou Birman (2012), a passagem da modernidade para a contemporaneidade foi marcada pelo deslocamento dos referenciais simbólicos que serviam como norteadores, o que incrementou ainda mais a experiência de desproteção. Para destrinchar essa questão, procuraremos evidenciar, no segundo capítulo, algumas transformações que ocorreram a partir da constituição histórica do neoliberalismo. Nosso objetivo, neste momento, será delinear algumas possíveis respostas para a seguinte questão: que formas de subjetivação estão sendo forjadas e valoradas em tempos de *gestão de riscos* e de *exigência de performance* e como isso contribui para a crise da psicanálise?

Considerando que o neoliberalismo fez com que os “objetos”, que até então não eram concebidos como mercadorias, fossem mercantilizadas (Birman, 2013a), o capítulo procurará discutir como se dá a *mercantilização*, dos riscos (Beck, 1986/2010), da performance (Castel, 1987), dos diagnósticos e dos psicofármacos (Borch-Jacobsen, 2013). A partir disso, analisaremos a crise da psicanálise, sobretudo, a partir de três eixos centrais. O primeiro será investigar como se dá o silenciamento dos registros simbólico e histórico do *sujeito* em nome do comportamento (Birman, 2014), do cérebro (Ehrenberg, 2009) e de fatores de risco (Castel, 1987). O segundo consistirá em analisarmos a inversão que se deu na relação entre psicanálise e psiquiatria, a partir de 1980, quando a segunda passou a se pautar nas neurociências (Birman, 2000; 2005). O terceiro eixo se voltará para a discussão sobre o

esvaziamento das noções de *finitude, responsabilidade e liberdade* que constituíram o tripé que caracterizou o homem moderno. Pretendemos sustentar que isso contribuiu para a crise da psicanálise, na medida em que ela se fundou no solo histórico da modernidade.

Para embasar essa discussão, evidenciaremos algumas transformações econômicas, políticas, sociológicas, culturais e éticas que ocorreram com a constituição do neoliberalismo. Em um primeiro momento, daremos enfoque ao triunfo das tiranias da intimidade em detrimento do espaço público (Sennett, 1988/1999), à *cultura do narcisismo* (Lasch, 1979/1983), às novas éticas do individualismo (Birman, 1995), sublinhando como esses elementos contribuem para a instauração de uma *sociedade de risco* (Beck, 1986/2010). A partir disso, poderemos indagar como se dá a *sobrevivência psíquica em tempos difíceis* (Lasch, 1984/1986), o que remete para discussão sobre a insegurança social (Birman, 2013a) e para a coadunação que há entre performance e psicopatologia (Birman, 2000). Em um segundo momento, dirigiremos nosso olhar para a precarização do laço social, enfatizando como ela contribuiu para que o corpo se tornasse nosso *bem supremo*, de forma que ele deve ser performático e blindado contra os riscos (Birman, 2012). Observaremos como isso é intensificado pelos discursos da prevenção que, por um lado, instauram medo e, por outro, disseminam táticas que, supostamente, evitam o sofrimento, as doenças e a morte (Sibilia, 2002). Isso implicará em uma discussão sobre a auto-gestão dos riscos e a relação que se estabelece entre governabilidade humanitária e dispositivo securitário. Essa discussão suporá que contrastemos as leituras que Beck (1986/2010), Foucault (1977-1978/2008) e Castel (1987) empreenderam em torno do *risco* e, ainda, que esclareçamos que este se inscreve, concomitantemente, nos registros social, econômico e político (Birman; Hoffmann, 2013).

Em um terceiro momento, analisaremos a relação que se estabelece entre o “neokraepelianismo” e a indústria farmacêutica, sublinhando o lugar conferido à síndrome, ao comportamento, ao cérebro e à eficácia bioquímica na atual psicopatologia. Isso implicará que sinalizemos algumas mudanças paradigmáticas que ocorreram na elaboração dos manuais diagnósticos, sobretudo, no que tange ao desaparecimento do referencial psicanalítico, a partir do DSM-III (1980). Enfim, discutiremos como a programação da eficácia (Castel, 1987) articula-se ao *sujeito cerebral* (Ehrenberg, 2009; Ortega, 2009), às promessas de eternização e ao homem *pós-orgânico* (Sibilia, 2002)

No terceiro capítulo, objetivamos discutir a psicanálise a partir de dois eixos, a saber, da normalização e da estilização e, por meio desta, evidenciar alguns ingredientes teóricos que indicam como a sustentação da singularidade do discurso freudiano contribuiu para que o processo analítico propicie a afirmação da diferença. A partir disso, apresentaremos uma

leitura da *feminilidade* e da *finitude* como resistência ao *imperativo da performance* e ao *discurso do risco*. Um primeiro passo será discutirmos as continuidades e descontinuidades que marcam a relação do discurso freudiano com a medicina moderna. Em um segundo momento, tentaremos delinear uma aproximação entre o discurso freudiano e a medicina pré-moderna. Em seguida, empreenderemos uma discussão sobre a psicanálise, tentando delinear quando ela se aproxima da *verdade-acontecimento*, da arte erótica e contribui para a *estilização* e quando ela pretende se tornar uma *verdade-demonstrativa*, uma ciência sexual e ficar à serviço da *normalização*. Um quarto passo será sustentar que a afirmação da condição de *feminilidade* (1937a/1975) pode funcionar como resistência ao discurso do *risco* e da *performance*. Por fim, retomaremos alguns pontos que revelam a singularidade do discurso freudiano, sublinhando a importância da psicanálise resistir ao ideário da eficácia.

1. Corpo pulsional, corpo-indivíduo e o corpo-espécie: riscos no investimento do corpo?

Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida.

Michel Foucault⁵

Freud (1910b/1970) inicia sua comunicação “Perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica”, realizada no Segundo Congresso de Psicanálise, afirmando que presumia que os espectadores presentes já deviam ter passado pelas duas etapas “que atravessam todos os principiantes, o do entusiasmo pelo aumento inesperado de nossas façanhas terapêuticas e o da depressão pela magnitude das dificuldades que impedem nossos esforços.” (p. 127). O autor sinaliza que seria importante que a psicanálise ganhasse uma autoridade, no entanto, ele sabia que isso demoraria pelo fato dela assumir uma postura crítica em relação à sociedade. Afinal, em sua perspectiva, a proliferação de neuróticos na modernidade não se deu apenas pela perda da proteção religiosa, mas, também, pela repressão civilizatória⁶:

A sociedade não terá pressa em conferir-nos autoridade. Está determinada a oferecer-nos resistência, porque adotamos em relação a ela uma atitude crítica; assinalamos-lhe que ela própria desempenha papel importante em causar neuroses. Da mesma maneira que fazemos de um indivíduo nosso inimigo pela descoberta do que nele está reprimido, [...] a sociedade não pode responder com simpatia a uma implacável exposição dos seus efeitos danosos e deficientes. Destruímos ilusões, somos acusados de comprometer os ideais. (FREUD, 1910b/1970, p. 132).

No ensaio “Em uma dificuldade no caminho da psicanálise”, Freud (1917/1976) afirma que a hostilidade que se dirigia à psicanálise poderia ser entendida da seguinte maneira. No campo médico, ela ocorria devido à ênfase que a psicanálise dava aos componentes psíquicos e no campo filosófico era por conta da valoração que ela dirigia ao inconsciente. Mas, em sua perspectiva, a questão intelectual não era determinante, pois ela era a resultante de uma razão ainda mais poderosa, qual seja, a indisposição da humanidade em reconhecer a importância da sexualidade, tal como a psicanálise atribuía:

⁵ FOUCAULT, M. (1976a). **A história da sexualidade I** – A vontade de saber. Rio de Janeiro, Edições do Graal, 1977, p. 135.

⁶ “O aumento extraordinário das neuroses desde que decaiu o poder das religiões pode dar-lhes medida disso. O empobrecimento do ego devido ao grande dispêndio de energia, na repressão, exigido de cada indivíduo pela civilização, pode ser uma das principais causas desse estado de coisas.” (FREUD, 1910b/1970, p. 131).

não se trata [...] de algo que torne a psicanálise difícil de ser entendida [...] mas de uma dificuldade afetiva – alguma coisa que aliena os sentimentos daqueles que entram em contato com a psicanálise, [...] que os deixa menos inclinados a acreditar nela ou a interessar-se por ela. [...] Onde falta simpatia, a compreensão não virá facilmente. (FREUD, 1917/ 1976, p. 171)

Essas formulações evidenciam que a genealogia psicanalítica da moral revelou o preço que é pago pelos interditos morais da tradição civilizatória, como as neuroses e as inibições sexuais (Birman, 2013b), o que contribuiu para que a psicanálise fosse alvo de críticas. Por outro lado, Freud defendia que a situação não era tão desesperançosa, pois ainda que os interesses e emoções dos homens fossem poderosos, o intelecto também o era. E, mesmo que ele não se fizesse ser sentido de forma imediata, isso seria garantido em algum momento:

As mais ásperas verdades, finalmente, são ouvidas e reconhecidas, depois que os interesses que se feriram e as emoções que se instigaram tiveram exaurido a própria fúria. Tem sido sempre assim, e as verdades indesejáveis, que nós, psicanalistas, temos de dizer ao mundo, contarão com o mesmo destino. Apenas não acontecerá muito depressa; devemos ser capazes de esperar. (FREUD, 1910b/1970, p. 133).

O otimismo de Freud (1917/1976) também se expressa quando ele afirma que, apesar da oposição generalizada contra o movimento psicanalítico, este não seria refreado. Seus partidários já haviam se juntado na Associação Internacional que sobreviveu à guerra e, ainda, já haviam grupos em Londres, Calcutá, Moscou, Budapeste, Suíça, Berlim e nos Estados Unidos. E de fato a psicanálise conseguiu alcançar um apogeu o que, segundo Erich Fromm (1971), deu-se pelo fato dela ter emergido na modernidade, na “era da ansiedade”:

O colapso da religião, a aparente futilidade política, o surgimento do “homem-organização” totalmente alienado, privaram a classe média urbana de um quadro de referência e de um sentimento de segurança num mundo sem sentido. [...] A Psicanálise ofereceu a satisfação dessa necessidade. Mesmo quando o sintoma não era curado, era um grande alívio poder falar com alguém que escutava pacientemente [...] Alegava-se que Freud tinha descoberto todos os segredos da vida: o inconsciente, o Complexo de Édipo, a repetição no presente da experiência infantil” (FROMM, 1971, p. 10)

O que almejamos demonstrar com essa breve introdução é que a psicanálise, desde sua constituição, passou por impasses e dificuldades para ser reconhecida, na medida em que a dissonância entre ordem social e psicanálise atravessou sua história (Birman, 2000). Mas os impasses que surgiram para a psicanálise são múltiplos e eles foram se transformando de acordo com os contextos socioculturais e políticos. Por exemplo, já em 1970, Erich Fromm enunciou que a psicanálise estava atravessando uma crise, pois, até uma década antes, o psicanalista era considerado “pela classe média urbana o detentor da resposta para as suas

angústias mentais, está agora posto na defensiva pelos seus competidores psicoterapêuticos e está perdendo o seu monopólio terapêutico.” (FROMM, 1971, p. 9). Ele se refere, por exemplo, à *psicologia do eu* que foi inaugurada com o artigo de Heinz Hartmann (1968) intitulado “A psicologia do eu e o problema da adaptação”. A tese central da *psicologia do eu* é que nem toda adaptação ao meio ambiente é um conflito e, desse modo, ela “sublinha o papel da vontade e da energia libidinal “dessexualizada” e destrutiva “sem agressividade”, as quais fornecem ao ego a energia para exercer as suas funções, inclusive a volitiva.” (Ibidem, p. 34). Segundo Birman (2000), a tradição pós-freudiana, embora crítica da *psicologia do eu*, a seguiu de certa maneira, ao silenciar as potencialidades disruptivas do desejo em nome do eu e do narcisismo. Isso evidencia que o descentramento do eu e da consciência, diante do inconsciente e das pulsões, não foi sustentado e que houve um resgate do pensamento individualista, apesar desse ter sido bastante criticado pelo discurso freudiano.

O que interessa para nossa problemática é investigar quais são as especificidades da crise da psicanálise na atualidade, o que implicará em uma análise multifacetada da questão. Neste capítulo, destacamos dois eixos, qual sejam: a relação entre esgotamento do processo de modernização do social e crise da psicanálise e, ainda, a exclusão do *corpo* pela tradição pós-freudiana (Birman, 2000). O primeiro vetor nos permitirá compreender como a inscrição da psicanálise em determinado contexto sociocultural está relacionado ao processo de modernização do social que, por sua vez, implica a ideia de que o sujeito pode se reinventar, permanentemente, pelo desejo (Birman, 1996). A partir disso, poderemos indagar: quando este projeto se conclui, para onde vai o desejo e a psicanálise? O segundo eixo é um dos caminhos investigativos que percorreremos para compreender a diminuição significativa da demanda por análise. Para isso, apresentaremos a hipótese de Birman (2000) de que a perda de investimento no *corpo* resultou na busca por teorias e práticas que investem nele criando, muitas vezes, uma superposição entre *corpo-organismo*.

O imaginário corporal que se inscreve hoje não pode ser pensado na exterioridade do processo de medicalização que se iniciou no Ocidente no século XIX, ao contrário, ele é uma de suas maiores resultantes (Birman, 2012). Para explorar esta questão, procuraremos realizar uma cartografia da relação entre corpo, risco, diagnóstico e biopoder, o que será norteado pela seguinte questão: como a categoria de *risco* se apresenta no discurso médico e psiquiátrico? Para tentar respondê-la, primeiramente discutiremos a relação entre *risco* e diagnóstico. À título de ilustração, daremos enfoque a inserção da categoria de *risco* no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV, 1994) e aos discursos preventivos que giram em torno da psicopatia e da delinquência. Em seguida, enfocaremos no momento histórico em

que as *condutas indesejadas* passaram a ser explicadas pelo paradigma biológico, o que implicará em revisitarmos as categorias de herança mórbida e degenerescência (Caponi, 2007).

Em um segundo momento, discutiremos como o processo de medicalização do social coaduna-se ao investimento que foi dirigido ao *corpo-indivíduo* e ao *corpo-espécie* (Foucault, 1976/1977). Para isso, apresentaremos, inicialmente, a concepção foucaultiana de *discurso*, *dispositivo*, *poder* e *saber*, o que nos possibilitará sustentar a ideia de que esses tem uma *eficácia produtiva* e, portanto, incidem nas formas de subjetivação. Um segundo passo será compreendermos a passagem do poder soberano para o poder disciplinar, o que nos elucidará como a *liberdade* se inscreveu como um elemento central na constituição da modernidade e como ela está relacionada à construção da figura do homem e das ciências humanas. Em seguida, investigaremos a emergência do biopoder e da governabilidade moderna que, por sua vez, instituiu a gestão de riscos no seio das populações. A partir disso, poderemos compreender como a biopolítica se inscreveu na metade do século XVIII e, ainda, como ela se articula ao biopoder e ao poder disciplinar:

A biopolítica se estruturou precisamente nesse contexto histórico, tendo como seu correlato a constituição da bio-história. O que estava em questão era a conjugação rigorosa dos registros do corpo disciplinar e do corpo-espécie, matérias-primas por excelência do poder disciplinar e do biopoder, de maneira que o adestramento corporal era a contrapartida para a programação eugênica da população saudável e com boas possibilidades de reprodução biológica e social. (BIRMAN, 2012, p. 78)

Para aprofundarmos essa discussão, exploraremos a ideia de que a modernização ocidental se constituiu pelo projeto de medicalização do social. Isso implicará em analisarmos como as categorias de *normal*, *anormal* e *patológico* passaram a nortear os discursos médicos e as políticas públicas, o que contribuiu para a construção de uma mentalidade preventiva: “A medicina não deve mais ser apenas o corpus de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá também, um conhecimento do homem saudável, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não doente e uma definição do homem modelo.” (FOUCAULT, 1976/1977, p.39).

Por fim, apresentaremos a transição do ideário da salvação para o ideário da cura (Foucault, 1963/2008), dando enfoque à problemática da *finitude* no contexto moderno. A partir disso, poderemos observar como a figura do homem moderno, marcada pelo *tempo* e pela *história*, só pôde ser pensada nesse solo histórico (Foucault, 1966/1987).

1.1. A modernização do social, a exclusão do corpo e dos afetos

Segundo Birman (2000), as formas pelas quais a crise da psicanálise se dá em cada contexto sócio-histórico não podem ser pensadas se ignorarmos que a inscrição da tradição psicanalítica está relacionada ao processo de modernização do social, pois é quando este se esgota que a psicanálise tende a perder seu poder simbólico. Em sua perspectiva, a modernidade se constituiu pela crença de que era possível transformar o sujeito coletivo, o que foi metaforizado pelo ideário da *revolução*, sendo Marx um representante teórico disso. No entanto a pós-modernidade jogou isso no lixo da história, nos diz o autor, de forma que a *restauração* e o *conservadorismo* triunfaram sobre a *revolução*, eclipsando a ideia de que o sujeito pode se reinventar, tal como o coletivo. Para explorar essa ideia, o autor sublinha que as transformações sociais incidem nos modelos de subjetividade. Por exemplo, a ordem social tradicional oferece uma fixidez dos sistemas de regras e uma memória coletiva que garante a segurança e um horizonte de certezas. Já a modernização do social, ao abrir um campo vasto de opções, contribui para que as incertezas, a insegurança e o desamparo se incrementem, exigindo, assim, que as subjetividades se remodelem para responder às novas exigências.

No Brasil, a psicanálise se fez presente desde de 1920 no meio dos modernistas e de alguns psiquiatras pioneiros, mas ela somente decolou, como movimento e instituição, nos anos 50 e 60, quando se iniciou o processo de modernização brasileira. Neste contexto, havia uma efervescência nacional no âmbito político, econômico e cultural que, por sua vez, assistia à reinvenção da música, das artes plásticas, da literatura, da arquitetura, do cinema e do teatro. Ou seja, no momento em que a importância do âmbito rural foi deslocada para a cidade, que se tornou o pólo industrial do país, a cultura brasileira passou a se renovar de forma bastante criativa. Foi nesse cenário permeado por mudanças sociais que a psicanálise tornou-se um instrumento de regulação das subjetividades no Brasil, isto é, passou a redefinir as coordenadas da subjetividade moderna. Birman (2000) localiza os anos 70 e 80 como o momento em que ocorreu o *boom* psicanalítico, de forma que sua cartografia geopolítica deixou de ficar restrita ao Rio de Janeiro e São Paulo e se estendeu para Minas Gerais, Rio Grande do Sul e, ainda, para alguns pontos do nordeste e do norte, como Belém e Manaus. O autor sublinha que a psicanálise inscreveu-se na *ética da brasilidade*, o que significa que sua importância transcendeu o âmbito clínico. Afinal, ela se apresentava na mídia e no imaginário coletivo e, ainda, influenciava outros campo de saber, como a psiquiatria:

Constitui-se [...] aquilo que alguns autores dos anos 80 denominaram de cultura psicanalítica, isto é, a construção de um *ethos* para a subjetividade sustentado em premissas e valores psicanalíticos. [...] a psicanálise se fazia presente na sociedade brasileira de maneira múltipla e multifacetada, ultrapassando em muito seu registro terapêutico. A psicanálise se fez discurso teórico de referência para a medicina, a psiquiatria, a saúde pública e a pedagogia [...] A festa psicanalítica não poderia ser mais absoluta e feérica, inflamando a brasilidade. (BIRMAN, 2000, p. 80).

A crise da psicanálise chegou ao Brasil, segundo Birman (2000), nos anos 1990, o que foi marcado por uma diminuição significativa da demanda por análise. Neste contexto, passou a existir uma desarmonia efetiva entre campo sociocultural e psicanálise, o que estava assentado na ideia de que essa provocava mal-estar, tanto para as subjetividades como para a ordem social. Um segundo elemento que contribuiu para isso foi o fato da transição da modernidade para a pós-modernidade ter sido acompanhada pelo esvaziamento da crença de que seria possível transformar a si e a ordem social por meio do desejo. Isto é, se o marxismo preconizou essa ideia pelo sujeito coletivo, a psicanálise o fez no registro da individualidade. Ademais, a individualidade *auto-referente* passou a caracterizar a *cultura do narcisismo* (Lasch, 1979), o que se contrapõe ao discurso freudiano que, por sua vez, pensa o sujeito descentrado do campo da consciência e do eu:

o modo de subjetivação dominante na pós-modernidade se opõe ao que foi proposto pela desconstrução freudiana. Enfim, a dimensão crítica da psicanálise se perde quando o desejo sucumbe frente à exaltação dos emblemas narcísicos do eu, na demanda de autocentramento e de espetáculo. (Ibidem, p. 85)

Segundo o autor, a geopolítica da psicanálise demonstra que na Espanha e em Portugal a psicanálise ainda é valorada como campo de saber e há uma imbricação entre psicanálise, psiquiatria e sociedade. Esta coadunação também se deu na França, até 1980, e nos Estados Unidos, até a década de 1960, mas quando a modernização do social se esgotou nesses países, a crise se instaurou. Evidentemente, a modernização do social não é a única responsável pela perda do poder simbólico da psicanálise, pois há muitos outros elementos que contribuíram isso, como a exclusão do *corpo* e do *afetos* realizado pela tradição pós-freudiana, o que discutiremos agora. Primeiramente, é importante salientar que o próprio discurso freudiano apresentou algumas controvérsias sobre o *corpo* e, segundo Birman (2000), parece que a tradição psicanalítica que o seguiu se absteve de pensá-las e, ainda, de dar um lugar ao *corpo*. Em sua perspectiva, embora o discurso freudiano tenha utilizado, em alguns momentos de sua

obra⁷, o vocabulário biológico para se referir ao *corpo*, ele ofereceu novas ferramentas para pensá-lo, sobretudo, a partir da segunda teoria pulsional e da segunda tópica, isto é, a partir da década de 1920. No entanto, o discurso pós-freudiano atribuiu, mesmo assim, uma negatividade ao *corpo*, seja colocando-o em oposição ao psiquismo, seja o reduzindo aos registros somático, anatômico ou biológico. Neste sentido, é preciso diferenciarmos o *corpo* do *organismo*, pois, como sublinha o autor, foi a superposição de ambos que fez com que o *corpo-organismo* fosse confiscado pela medicina e que a psicanálise se conduzisse a uma desvio biologizante. Uma primeira diferença reside no fato do *organismo* ser de ordem fundamentalmente biológica, enquanto o *corpo* é de ordem sexual, pois é atravessado por forças pulsionais (Freud, 1915a/1974). Uma segunda distinção é que o *organismo*, que respeita a racionalidade biológica e o ritmo da natureza, é centrado em si mesmo e, por isso, pode ser considerado “solipsista”. Já o *corpo* é atravessado pela alteridade e, desse modo, constitui-se ao romper com a natureza. Por isso, o discurso freudiano centrou-se no corpo-sujeito, afinal é a “dimensão carnal que funda a experiência corpórea do sujeito. Isso porque aqui estariam os registros desejante e pulsional do corpo, irreduzíveis que seriam ao conceito de organismo.” (BIRMAN, 2000, p. 58).

O fato do psiquismo ter sido pensado pelo campo das representações fez, segundo Birman (2000), com que a prática psicanalítica se centrasse no deciframento dessas. Portanto, tudo que não era passível de ser decifrado foi excluído e inserido no campo do não-analisável, como ocorreu com o *corpo*. Tudo se passa como se o dualismo psicofísico da psicologia, do século XVIII e XIX, tivesse sido resgatado, no entanto, é preciso ressaltar que o discurso freudiano foi além disso, na medida em que pensou a relação entre *organismo* e psiquismo pelo intermédio do *corpo*. Desse modo, podemos entrever que uma das resultantes da exclusão do corpo foi que a psicanálise passou a se restringir aos processos psíquicos e, desse modo, aproximou-se da psicologia⁸. Vale sublinhar que isso vai na contramão do projeto de Freud, pois uma de suas grandes preocupações era que a psicanálise fosse reduzida a uma escola da psicologia ou a uma prática terapêutica:

Ambas as guerras, a mundial e a particular foram decisivas quanto aos destinos da teoria psicanalítica [...] a segunda, pela necessidade de responder às críticas de seus

⁷ Por exemplo: “Projeto de uma psicologia científica” (1895/1977), “As pulsões e seus destinos” (1915a/1974), “Além do princípio do prazer” (1920a/1976), “Eu e o isso” (1923a/1976), “O problema econômico do masoquismo” (1924b/1976).

⁸ Duas ilustrações disso, mencionadas por Birman (2000), são: a ausência do verbete “corpo” no *Vocabulário de Psicanálise*, elaborado por Laplanche e Pontalis (2001), e o fato da edição inglesa da obra de Freud ter sido denominada *As obras psicológicas completas de Sigmund Freud (The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vols. I-XXIV. Londres, Hogarth Pres, 1979)*.

adversários e de estabelecer a diferença entre a psicanálise e o que se fazia em nome dela – Adler com sua “psicologia individual” e Jung com sua “psicologia analítica”. (GARCIA-ROZA, 1995, p. 9).

Inclusive, podemos notar que o próprio termo metapsicologia aponta para uma ruptura com o campo da psicologia⁹. Afinal, este neologismo evidencia uma teoria psicanalítica e uma metodologia de pesquisa que vão além da psicologia¹⁰, justamente por ultrapassar os registros da consciência e do eu e, com isso, realizar um compromisso com o registro da linguagem e da interpretação (Birman, 2010), o que aprofundaremos no terceiro capítulo. O que nos interessa agora é que a redução da psicanálise a uma psicologia é o produto da relação que ela estabeleceu com o campo médico e psiquiátrico que, por sua vez, fez com que ela excluísse o *corpo* por este ser visto como o outro do psiquismo (Birman, 2000).

Para compreendermos os desdobramentos éticos do desaparecimento do corpo, Birman (2000) convida-nos a examinarmos uma cartografia do *corpo* no texto de Freud. Uma primeira ideia importante é que Freud (1893/1977) demarcou uma diferença entre as paralisias motoras orgânicas e as histéricas, afirmando que o corpo histérico aproximava-se mais da representação popular do corpo do que da concepção cientificista dos anatomistas. Isso pode ser entendido nos seguintes termos: a “paralisia histérica, e é a neurologia que o mostra, não obedece às leis objetivas da fisiologia nervosa. Ela responde a um corpo representado, a um corpo interiorizado, a um corpo subjetivo.” (SWAIN, 2002, p. 30). Um segundo ponto é a enunciação do conceito de *pulsão* que, por ser um conceito-limite entre o psíquico e o somático, demarca a fronteira entre a biologia e a psicanálise. Freud (1915a/1974) deixou bem claro que a fonte da *pulsão* pode ser biológica – e que, portanto, caberia à biologia estudá-la –, mas que a *pulsão* não é em si biológica e, desse modo, a psicanálise poderia estudar seus destinos. Desse modo, foi proposta uma concepção do *corpo* na qual este seria constituído pelos destinos pulsionais, o que já havia sido indicado quando Freud (1895/1977) afirmou que o registro do *corpo* se definiria pelas formas distintas de domínio das excitações pulsionais. Um terceiro ponto central é que Freud (1923/1976) afirma

⁹ Garcia-Roza (1995), na orelha de seu livro, relembra que: “A bruxa metapsicologia: é desta forma que Freud se refere à metapsicologia. A bruxa, a feiticeira.[...] Em um sentido mais amplo, o termo metapsicologia designa o conjunto da elaboração teórica de Freud [...] Metapsicologia é sinônimo de teoria, em psicanálise. Não se trata, porém, de uma recusa da clínica mas, pelo contrário, de fornecer-lhe fundamentos”.

¹⁰ “Incomodava sobretudo a Freud o fato de Adler ter pretendido desde o começo construir um sistema, uma espécie de psicologia capaz de dar conta de todos os comportamentos e do caráter dos seres humanos [...] Isso contrariava frontalmente a proposta freudiana, que jamais pretendeu oferecer uma teoria completa da atividade mental humana”. (GARCIA-ROZA, 1995, p. 11). Ademais, segundo Freud (1917/1976): “A psicologia, conforme é ensinada academicamente, dá-nos apenas respostas muito inadequadas a questões que dizem respeito à nossa vida mental, mas em nenhum outro sentido a sua informação é tão escassa quanto no que concerne aos instintos.” (p. 171).

que “O ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície.” (p. 40). Segundo Birman (2000), essa formulação só pôde ser enunciada depois que Freud enfatizou, a partir da década de 20, a importância da alteridade para a constituição do psiquismo. Afinal, a alteridade tem como função transformar as forças pulsionais e ofertar um campo de objetividade:

Pode-se falar então do corpo como um *território* ocupado do organismo, isto é, como um conjunto de marcas impressas *sobre* e *no* organismo pela inflexão promovida pelo Outro. É neste sentido, nos parece, que o eu foi concebido como sendo corporal e como projeção de uma superfície. A força pulsional e o Outro estariam, pois, na origem, indicando então o registro do originário em psicanálise. Em função disso, é preciso concluir que o corpo é antes de tudo destino, ao contrário do que se poderia ingenuamente pensar. (BIRMAN, 2000, p. 62).

Para melhor compreendermos a ideia de que o *corpo* é um destino, devemos sublinhar que Freud, em 1915, enunciou um novo registro do eu, a saber, o *eu-real originário*¹¹ que é marcado pelo “impacto da força pulsional sobre o outro, ou a seu retorno sobre o organismo, pela passagem da atividade para a passividade.” (Ibidem, p. 64). Portanto, para além da existência do *eu-prazer/desprazer* e o *eu-realidade definitivo* – que seriam regulados, respectivamente, pelo princípio do prazer e pelo princípio da realidade – haveria um registro no qual as forças pulsionais seriam independentes dos representantes psíquicos¹². Não poderemos pormenorizar a descrição conceitual dessas categorias, o que nos interessa ressaltar é que cada organização do eu remete para uma diferente relação com os destinos das pulsões e, portanto, para corporeidades distintas. Afinal, a força pulsional é constante e deve ser, permanentemente, dominada, o que significa dizer que o *corpo* se reconfigura continuamente, a fim de gerir o impacto traumático da força das pulsões. Dito de outro modo, o “enredamento entre o corpo e o sujeito é de tal ordem que se constituem diversos corpos-sujeitos em diferentes níveis de organização e de ser, impossíveis de serem pensados na hipótese de um sujeito desencarnado.” (Ibidem, p. 65).

Visto isto, devemos acrescentar que, na hipótese de Birman (2000), a desincorporação do psiquismo provocou, ainda, a exclusão da dimensão do afeto e, para compreendermos isso,

¹¹ Essa modalidade de *eu corporal* remete, portanto, para o registro do auto-erotismo e é caracterizado pela ausência de unidade, pela superposição de traços (que são regulados pelo princípio do Nirvana) e pela diferenciação entre os registros do sujeito e objeto. Nesta perspectiva, o recalque primário constitui o *eu-prazer/desprazer* que, por sua vez, é marcado pela unidade e pelo narcisismo primário. O estabelecimento do narcisismo propriamente dito se dá no *eu-realidade definitivo* que é marcado pelo Édipo, pela diferença sexual, pela diferença de gerações e pelas instâncias do super-eu e ideal do eu. Essas modalidades de *eu* não devem ser entendidas como um desenvolvimento genético-evolutivo, mas, sim, como diferentes destinos pulsionais.

¹² O autor sublinha que essa ideia é inédita, pois ela difere da postulação feita de 1905, na qual Freud defendeu que a força pulsional inscrevia-se no campo das representações.

é importante evidenciarmos a relação que se estabelece entre corporeidade e afeto. O afeto recebeu, no texto freudiano¹³, duas versões que são complementares, segundo o autor. A versão econômica diz respeito ao *quantum de afeto* (quantidade de intensidades¹⁴) e a versão tópica remete para a ideia de *sentimento*, como uma qualidade do afeto que se encontra na consciência-percepção, o lugar de impacto da força pulsional (Freud, 1900/1972). Neste sentido, a experiência originária de afetação coloca o psiquismo em movimento, de forma que lhe é feito uma exigência de trabalho (Freud, 1915a/1974) para dominar o impacto pulsional. Esse trabalho de simbolização é crucial, caso contrário, o corpo-sujeito ficaria preso ao trauma da afetação (Birman, 2000).

Podemos entrever que o discurso freudiano, ao se voltar para o estudo dos circuitos pulsionais, ofereceu instrumentos para se pensar o trabalho com a psicose, perversão e com as perturbações no campo da corporeidade (Birman, 2000). Mas tudo se passa como se a tradição pós-freudiana tivesse continuado centrada no deciframento – embora este só se adequasse ao modelo da neurose e, mesmo assim, de forma incipiente –, o que trouxe uma série de impasses no manejo clínico. Uma das consequências disso foi que, a partir de 1970, o conceito de *reação terapêutica negativa* funcionou como um álibi, segundo Birman (2002), para definir certos pacientes como inanalísáveis¹⁵. No entanto, o campo da analisabilidade foi se ampliando de tal forma que se tornou maior do que o campo dos analisável que, por sua vez, passou a se restringir aos analistas em formação. Por exemplo, fizeram parte do grupo dos inanalísáveis os pacientes psicossomáticos e os estados-limites que, por sua vez, são caracterizados pela fragilidade dos processos de simbolização e pelo triunfo do organismo, isto é, pela “ausência de corpo”. Ademais, são pacientes que costumam ter uma reação terapêutica negativa quando a prática do deciframento é feita. Por isso, o analista deveria responder, de alguma maneira, às expectativas do analisando, operando uma libidinalização

¹³ Vale lembrar que no início de sua obra, Freud contemplou o destino dos afetos em seu caráter quantitativo, mas quando ele se voltou para o deciframento das representações, o corpo e o afeto foram colocados entre parênteses. Mas, a partir de 1915-1920, as *intensidade* do afeto foi resgatada devido aos impasses clínicos gerados pelo excesso pulsional (Birman, 2000). Essa discussão será pormenorizada no terceiro capítulo.

¹⁴ Nas palavras de Freud: “Do ponto de vista econômico, a psicanálise supõe que os representantes mentais dos instintos têm uma carga (catexia) de quantidades definidas de energia, sendo finalidade do aparelho mental impedir qualquer represamento dessas energias e manter o mais baixo possível o volume total das excitações com que ele se acha carregado. [...] O curso dos processos mentais é automaticamente regulado pelo “princípio de prazer-desprazer”; o desprazer está assim de certa forma relacionado com um aumento de excitação, e o prazer com uma redução.” (FREUD, 1926b[1925]/1976, p. 304).

¹⁵ Não é por acaso que as descrições dos *estados-limites* na tradição anglo-saxônica e francesa, dos *boderlines* na tradição norte-americana e das *psicoses ordinárias*, na leitura que Jacques Alain-Miller, ganharam tamanha prevalência. O que estava em jogo, segundo Birman (2004), era o início da construção de uma nova concepção sobre o narcisismo, o que propiciou a discussão sobre as ditas patologias narcísicas. Isto é subjacente a um debate mais amplo, a saber: a colocação em questão da centralidade do Édipo na constituição do aparelho psíquico.

do corpo-sujeito e o acolhimento das forças pulsionais (Birman, 2000).

Não poderemos aprofundar essa discussão, pois isso implicaria em uma investigação pormenorizada sobre a técnica psicanalítica e o manejo clínico¹⁶, o que não corresponde aos nossos objetivos. Estamos apresentando essas questões com o intuito de sustentarmos que a prática psicanalítica, ao se reduzir ao deciframento e ao silenciar a dimensão do *afeto* – não atentando para os movimentos pulsionais – contribui para que outras modalidades de tratamento sejam valoradas, como as terapias comportamentais, corporais e as práticas psicofarmacológicas que vêm conquistando um terreno importante nas últimas 30 décadas. Apesar das diferenças entre essas vertentes, o ponto comum entre elas é o resgate da ideia de que o indivíduo é dotado de um corpo, diferente da tradição pós-freudiana que passou a pensar o sujeito desencarnado: “se essa dimensão da subjetividade foi deixada de lado pela psicanálise, os pacientes foram buscar outras práticas que pudessem escutar seu corpo e dar lugar a este.” (BIRMAN, 2000, p. 90).

Essa análise abriu duas portas de entrada para pensarmos a perda do poder simbólico da psicanálise. Vimos como o esgotamento da modernização do social favorece a desarmonia entre psicanálise e campo sociocultural, a constituição de modelos de subjetivação auto-referentes e, ainda, a descrença em relação a possibilidade do sujeito e a ordem social poderem se reinventar pelo desejo. A discussão sobre a psicologização da psicanálise e a exclusão do *afeto* e do *corpo* revelou que este e o organismo, que são noções bastante distintas, passaram a ser superpostos. Notamos, também, que esses elementos contribuem para a crise da psicanálise, na medida em que as subjetividades tendem a buscar práticas que escutam e dão um lugar ao corpo. Não podemos perder de vista que isso corrobora com os processos de medicalização e psiquiatrização, por exemplo, incrementando o número de pessoas diagnosticadas e que utilizam psicofármacos. Para explorarmos essa discussão, investigaremos como a categoria de *risco* apresenta-se nos discursos da medicina e da psiquiatria, o que nos ajudará a compreender como as experiências subjetivas e afetivas – como as expressões de agressividade e violência – vem sendo explicadas, prevalentemente, por um viés biológico, neuroquímico e comportamental.

¹⁶ Por exemplo, o aparecimento dessas novas formas de sofrimento psíquico impulsionou a retomada de autores como Balint e Ferenczi, que haviam proposto formas de manejo clínico com pacientes que não se adequavam ao modelo da neurose (Birman, 2004).

1.2. Risco e diagnóstico: a herança mórbida do higienismo e da degenerescência

Observamos, nas últimas décadas, um aumento significativo do número de categorias psiquiátricas descritas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, organizado pela Associação Americana de Psiquiatria. Enquanto o DSM-I (1952) continha 106 categorias diagnósticas e o DSM-II (1968) apresentava 182, o DSM-III (1980) passou a abarcar 265 e o DSM-IV (1994) apresentou 297 desordens mentais (Borch-Jacobsen, 2013). O DSM-V (2013), por sua vez, incluiu mais de 400 categorias diagnósticas que, além de bastante heterogêneas, evidenciam que experiências psíquicas atípicas tornaram-se matérias-primas para as descrições psiquiátricas, como a “perturbação da acumulação” que remete para a impossibilidade de se desembaraçar dos objetos (Birman, 2014).

Evidentemente, o número de pessoas diagnosticadas aumentou bastante. Por exemplo, estima-se que entre 1970 e 1996 a taxa de depressão foi multiplicada por sete na França, que a taxa do transtorno bipolar infantil aumentou 4000% entre 1994 e 2002, como também, que a fobia social passou a atingir uma em cada oito pessoas (Borch-Jacobsen, 2013). Além disso, a venda de remédios aumentou vertiginosamente. Por exemplo, no Brasil, em 2000, foram vendidos 70.000 caixas de medicamentos com base no metilfenidato (usado para o transtorno de déficit de atenção) e, em 2010, esse número subiu para dois milhões¹⁷.

Esses “aumentos” não podem ser pensados na exterioridade dos discursos da saúde e da prevenção que disseminam uma série de riscos com o intuito de promover a conscientização da população. Por exemplo, no site da Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*)¹⁸ há um alerta para que todos fiquem atentos ao diagnóstico de depressão e que procurem ajuda imediata caso detectem sintomas, como: persistente tristeza, baixa energia e dificuldade no funcionamento normal. Apresenta-se, ainda, dados epidemiológicos que indicam que pelo menos 350 milhões de pessoas vivem com depressão e que quase um milhão de pessoas, por ano, comete suicídio. Outra ilustração disso é encontrada no site da Associação Brasileira do Transtorno Bipolar¹⁹ cujo objetivo é promover a conscientização social acerca da existência e das características desse transtorno. Eles estimam que cerca de 1,8 a 15 milhões de brasileiros são portadores do mesmo em suas variadas formas de expressão. O site apresenta, ainda, um dado da OMS que indica que esse transtorno foi a sexta maior causa de incapacitação na década de 90. Alertam, com isso, que

¹⁷ Informação do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br>. Acesso em: 10 jul. 2014.

¹⁸ Disponível em: <http://www.who.int/topics/depression/en/>. Acesso em: 10 jul. 2014.

¹⁹ Disponível em: <http://www.abtb.org.br/transtorno.php>. Acesso em: 29 nov. 2013.

aqueles que não se tratam de forma adequada desde o início podem sofrer efeitos devastadores, como: uma pessoa que desenvolve o transtorno com 20 anos e que não faz o tratamento medicamentoso poderia perder 9 anos de vida e 14 anos de produtividade profissional. Com isso, transmite-se a ideia de que o tratamento adequado do TB reduz a incapacitação e a mortalidade dos portadores, o que já evidencia a articulação que se faz entre diagnóstico, psicofármacos, performance e risco. Vale dizer que esse tipo de disseminação de riscos se apresenta, também, em sistemas coletivos de informação que não têm cunho médico nem científico. Por exemplo, no site da UOL encontramos diariamente alertas de cuidado e de prevenção, como: “Gripe na gravidez pode aumentar risco de filho ser bipolar”²⁰; “Ingestão de mandioca brava pode provocar deficiência mental, diz estudos”²¹. De qualquer forma, o que está em jogo é que há todo um discurso do risco que se sustenta no argumento da conscientização e da prevenção, como: “Quanto mais cedo e mais profundamente o paciente e sua família entenderem o TB, maior a chance de conseguir controlar a doença e tornar suas consequências menos nocivas” (TUNG, 2008, p.46).

A categoria de *risco* também se inscreve, sobre diversas facetas, no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais e, à título de ilustração, destacamos quatro referentes ao DSM-IV (1994)²². Há enunciados que apontam para os (1) riscos de desenvolver transtornos devido a fatores genéticos, familiares ou socioculturais. Afirma-se, por exemplo, que os parentes biológicos de primeiro grau de um portador do transtorno bipolar I têm mais risco (4-24%) de desenvolvê-lo e 3 a 24% de apresentar transtorno depressivo maior. Estudos sugeriram, também, que os parentes biológicos de primeiro grau de portadores do transtorno do pânico têm de 4 a 7 vezes mais chances de desenvolvê-lo. Em relação aos fatores vivenciais, há estudos comunitários que afirmam que dentre os indivíduos considerados de risco, 3 a 58% têm chances de desenvolver o estresse pós-traumático.

Um segundo tipo de aparição diz respeito à (2) comorbidade. Por exemplo, estima-se que um terço à metade dos portadores do transtorno do pânico correm risco de desenvolverem a agorafobia e que 5 a 10% dos portadores do transtorno depressivo maior correm o risco de viver um episódio maníaco, o que configuraria o transtorno bipolar I. Em relação ao registro somático, afirma-se, por exemplo, que os portadores do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade têm mais riscos de apresentarem ferimentos físicos e anomalias físicas (como

²⁰ Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/bbc/2013/05/10/gripe-na-gravidez-pode-aumentar-risco-de-filho-ser-bipolar.htm>. Acesso em: 11 mai. 2013

²¹ Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/04/26/ingestao-de-mandioca-brava-pode-causar-deficiencia-mental-diz-estudo.htm>. Acesso em: 27 abr. 2013

²² Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm.php> (Psiqui-Web – Psiquiatria Geral). Acesso em: 28 nov. 2013.

orelhas com baixa inserção e hipertelorismo) do que o resto da população. Acredita-se, também, que os portadores do transtorno de pânico têm mais riscos de ter problemas de tireóide, alcalose respiratória, taquicardia, elevação da pressão sanguínea e prolapso da válvula mitral. A categoria de *risco* também se apresenta em relação aos (3) riscos à própria vida ou de outrem. Por exemplo, estima-se que 8-10% dos portadores do transtorno borderline e 10-15% dos diagnosticados com o transtorno bipolar I têm chances de realizar o suicídio completado e, em relação ao segundo, aponta-se, ainda, para o risco aumentado do portador abusar de crianças, cônjuges ou ter condutas violentas. O risco apresenta-se, ainda, para correlacionar a (4) incidência dos transtornos aos gêneros sexuais. Por exemplo, acredita-se que os homens têm mais riscos de desenvolverem o transtorno de déficit de atenção do que as mulheres e que essas têm duas vezes mais chances de desenvolver o transtorno depressivo maior do que os homens, pois a variação é de 5-12% para os homens e 10-25% para as mulheres.

Outra articulação emblemática entre risco e diagnóstico diz respeito à tentativa de se detectar os delinquentes e psicopatas em potencial. Segundo Dieter (2013), a gestão da criminalidade por intervenções preventivas desenvolveu-se nos Estados Unidos, na década de 1970, quando, por um lado, a ressocialização dos criminosos se mostrou complexa e, por outro, ocorreram inovações tecnológicas que possibilitaram a realização de pesquisas estatísticas. Desse modo, construiu-se a ideia de que era possível prever o *perfil de risco* para carreiras criminosas. Por exemplo, procurou-se detectar quais crianças, entre 8 a 10 anos, eram criminosas em potencial a partir de seis fatores, a saber: comportamento antissocial; hiperatividade e déficit de atenção; inteligência e rendimento escolar abaixo da média; familiares ou pessoas próximas que possuem histórico de criminalização; família empobrecida, numerosa ou com má qualidade de moradia; disciplina parental deficiente, seja por negligência, seja por autoritarismo.

Podemos observar que esses fatores apontam para uma concepção comportamentalista da violência e da agressividade o que é ancorado, muitas vezes, no registro biológico. Por exemplo, estão sendo desenvolvidas uma série de pesquisas, pautadas na neurobiologia e na genética, que objetivam buscar as causas fisiológicas da delinquência e da psicopatia para, assim, criar estratégias de intervenção precoce, o que é ilustrado no documentário “A infância sobre controle” (*L'enfance sous controle*, 2009), de Marie-Pierre Jaury²³. Recentemente, a edição especial da revista *Grandes Temas do Conhecimento-Psicologia* (2014) também erigiu

²³ Disponível em: <http://anormopathe.skynetblogs.be/archive/2011/12/29/l-enfance-comme-categorie-socialement-dominee.html>. Acesso em: 28 nov. 2013.

a psicopatia como um assunto central, a fim de discutir questões como: “Psicopatia na infância – É possível identificar traços psicopáticos antes da idade adulta?” e “Como identificar um psicopata?”. Em linhas gerais, as reportagens giravam em torno de uma leitura neurobiológica e comportamental da psicopatia e da exposição de estudos que almejam encontrar as “possíveis evidências biológicas relacionadas com alterações na amígdala e no córtex pré-frontal, apoiados nos exames de neuroimagem.” (DAVOGLIO, 2014, p. 40).

Para analisarmos teoricamente essas questões é importante contextualizarmos, em uma perspectiva histórica, como se deu a valoração das explicações biológicas e deterministas para determinados comportamentos. Segundo Sandra Caponi (2007), a pregnância da abordagem biológica acerca das *condutas indesejadas*²⁴ pode ser situada em dois momentos distintos do século XX. O primeiro deu-se no início deste século e foi marcado pelas pesquisas higienistas que visavam estudar os comportamentos desviantes do ponto de vista orgânico e inato. O segundo momento pode ser contextualizado a partir de 1980, quando ocorreu o desenvolvimento das neurociências, da genética e da sociobiologia²⁵. Essas sustentam pesquisas que, por sua vez, visam localizar os fatores orgânicos e hereditários das *condutas indesejadas*. Na perspectiva da autora, o fato dos argumentos biológicos terem permanecido por mais de um século não significa que os supostos genes causadores das patologias tenham sido “descobertos” e embasados cientificamente, pelo contrário, observa-se, ainda, uma imprecisão desse tipo de abordagem. Caponi (2007) também atenta para o fato de que, embora as premissas dos higienistas e alienistas, da virada do século XIX-XX, se assemelhem às perspectivas neurobiológica e genética, da segunda metade do século XX, elas apresentam diferenças importantes. Afinal, enquanto os primeiros se concentravam no caráter inato e orgânico das *condutas indesejadas* socialmente²⁶, os últimos tentam explicá-las a partir da localização de lesões no cérebro e por fatores neuroquímicos²⁷.

Como relembra Robert Castel (1987), o projeto de definir o caráter hereditário das perturbações psíquicas é uma antiga ambição que existe desde Esquirol e que foi resgatado,

²⁴ A autora entende por *condutas indesejadas* os comportamentos que não são bem vistos socialmente e que se tornaram objeto da Higiene e da Medicina Legal dos séculos XIX-XX, como o alcoolismo e a violência.

²⁵ Caponi (2007) destaca os estudos de Wilson que ratificaram a tese dos *universais sociais humanos geneticamente determinados*, como os genes da violência.

²⁶ Em face da impossibilidade de encontrar um substrato orgânico para as doenças mentais, a psiquiatria tentou encontrar na hereditariedade familiar um suporte material para as patologias (Foucault, 1974/2003), o que exploraremos no terceiro capítulo.

²⁷ Por exemplo, procura-se detectar o *déficit* de dopamina e serotonina ou áreas do cérebro que são acionadas quando o indivíduo faz um julgamento moral, como o córtex orbitofrontal e o lóbulo temporal anterior. A autora indica a seguinte referência: BERTHOZ, S. Les traces cerebrales de la morale. **La Recherche**, n. 398, p. 46-50, 2006.

de forma mais enfática, depois da sistematização da categoria de degenerescência (Morel, 1857). Em sua perspectiva, foi difícil fundamentá-lo na prática, no entanto, ele serviu de orientação para as práticas eugênicas. Essas não ocorreram apenas na Alemanha nazista, mas, também, em outros países, como no Brasil e nos Estados Unidos, sobretudo, nos anos 20. Neste momento, foram estabelecidas disposições legislativas que visavam esterilizar algumas categorias de delinquentes, doentes mentais e os deficientes psíquicos, o que lhe faz questionar: “Pode-se fundar cientificamente um diagnóstico de deficiência incurável? Pode-se fundar cientificamente o caráter hereditário de sua transmissão?” (CASTEL, 1987, p. 93). Segundo Foucault (1979), a emergência de uma biologia racista, pautada na concepção da degenerescência, foi o fato propriamente inédito do século XIX e ele sublinha que o racismo apareceu, antes de tudo, como uma ideologia científica e somente depois tornou-se uma ideologia política.

A discussão sobre a herança mórbida remete, portanto, para a categoria de *degeneração*, proposta por Morel (1857) e Megnan (1893) e que reapareceu, segundo Caponi (2011), no início da psiquiatria moderna, com Kraepelin (1907). Para aprofundar essa discussão, a autora analisa as relações entre a teoria da degeneração e a classificação psiquiátrica de Kraepelin que, por sua vez, defendia que as doenças mentais compreendiam duas características centrais: o caráter hereditário e o fator evolutivo. Kraepelin defendia, ainda, que elas poderiam se inscrever em dois conjuntos patológicos, a saber, a *psicose maníaco-depressiva* (como a melancolia, os delírios, a mania) e a *demência precoce* (depois denominada de esquizofrenia). Esses quadros se diferenciariam, sobretudo, pela questão do prognóstico e Kraepelin (1887/2005) postulou que as doenças curáveis inscreviam-se na primeira classe patológica, enquanto as incuráveis inscreviam-se na segunda. Isso significa, segundo a autora, que privilegiou a evolução da doença e sua possível reversão em detrimento da perspectiva etiológica.

A degeneração só foi inserida de forma explícita a partir da 4ª edição do Manual, quando Kraepelin instituiu outra classe patológica, a saber, os *processos degenerativos psíquicos* que, inicialmente, acoplou os dois grandes grupos de doenças já existentes (Caponi, 2011). Na sexta edição de 1899, essa denominação foi substituída por *estados psicopáticos ou loucuras de degeneração* que abarcavam a loucura impulsiva, a loucura obsessiva, as disposições constitucionais mórbidas e as perversões sexuais. O campo das degenerações é ainda mais aprofundado na sétima edição, de 1902, quando Kraepelin denominou a classe *estados patológicos constitucionais ou insanidades por degeneração* que incluía, por exemplo, “as neuroses, a excitação constitucional e a insanidade compulsiva, [...] a

piromania, a cleptomania e o impulso homicida, além das aberrações sexuais.” (CAPONI, 2011, p. 32).

A última edição do Manual, por sua vez, é constituída por quatro volumes (que foram publicados entre 1909-1915) e uma de suas marcas centrais é a separação entre as doenças endógenas e exógenas. Estas eram concebidas como curáveis e eram provocadas por fatores externos, sejam eles tóxicos, acidentais ou ambientais. Já as endógenas remetiam para uma predisposição mórbida e, portanto, eram vistas como incuráveis ou curáveis de forma extremamente limitada. Faziam parte desse grupo a *demência precoce* e a *psicose maniaco-depressiva*. Neste sentido, Caponi (2011) afirma que a noção de degeneração não só se apresenta pela classe *estados patológicos constitucionais ou insanidades por degeneração*, mas, também, pela diferenciação entre doenças endógenas e exógenas. Além disso, a autora destaca a *insanidade moral hereditária* que aponta para os “criminosos natos”, o que poderia ser detectado pelos estigmas físicos:

Evidências de uma profunda degeneração física acompanham frequentemente a natureza criminoso; não existem desvios definitivos e inevitáveis, porém existe um considerável grupo de sinais de degeneração que mostram inequivocamente que os criminosos possuem uma constituição física inferior. (KRAEPELIN, 1907, p. 520 apud CAPONI, 2011, p. 33-34).

O método usado para examinar os pacientes era composto por quatro fases, a saber, a anamnese familiar, a história do paciente antes da doença, a anamnese da doença e, por fim, o *status praesens*. A primeira remete para o caráter etiológico, por exemplo, a busca por degenerações físicas, antecedentes de doenças mentais ou neurológicas e, ainda, de comportamentos criminosos. A herança patológica era aprofundada na segunda etapa, quando procurava-se saber como se deu a gestação e o parto do indivíduo e se este teve dificuldades em seu desenvolvimento. Na terceira fase eram feitas perguntas específicas sobre a doença e na última fase avaliava-se o estado físico do paciente naquele momento, como as medidas de seu crânio e a presença de estrabismo. Mas, mesmo buscando tais informações, Kraepelin (1907) tinha uma descrença em relação à cura das doenças mórbidas, por isso, ele valorava bastante a prevenção. Por exemplo, em relação à *insanidade compulsiva* ele afirmou que: “A profilaxia é da maior importância. Pessoas defeituosas (com traços de degeneração) devem ser dissuadidas de se casarem umas com as outras.” (Kraepelin, 1907, p. 491 apud CAPONI, 2011, p. 37).

A partir de 1980, houve uma retomada das teses de Kraepelin e, portanto, uma transformação radical na nosografia psiquiátrica (Caponi, 2011), o que exploraremos no

segundo capítulo. O que devemos destacar, neste momento, é que o dispositivo da hereditariedade-degeneração inscreve-se naquilo que Foucault (1976/1977) denominou de biopoder, pois os programas de eugenia, que visavam o aperfeiçoamento da qualidade racial, estavam atrelados ao projeto de melhoria das condições sanitárias da população. Para compreendermos isso, é preciso revisitarmos, anteriormente, as noções de *discurso*, *poder*, *saber* e *dispositivo*, tal como concebidas por Michel Foucault, até porque estas categorias se apresentarão em diversos momentos da pesquisa.

1.3. A eficácia produtiva: o homem, a liberdade e o corpo-indivíduo

Como sinalizamos na introdução, estamos utilizando a categoria de *discurso* pautando-nos na concepção foucaultiana que, por sua vez, valora sua *eficácia produtiva*. O olhar atento do autor sobre isso é ilustrado na forma pela qual ele iniciou seu curso *A ordem do discurso*: “Mas, o que há, enfim, de tão perigoso no fato de as pessoas falarem e de seus discursos proliferarem indefinidamente? Onde, afinal, está o perigo?” (FOUCAULT, 1971/1996, p. 8). Em sua perspectiva, em toda sociedade a “produção do discurso é ao mesmo tempo controlada [...] e redistribuída por certo número de procedimentos que tem por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seus acontecimentos aleatórios”(Ibidem, p. 8-9). Neste sentido, não podemos esquecer que o *discurso* está atrelado aos *dispositivos de poder-saber* e que eles incidem nos processos de subjetivação.

Um segundo ponto importante é que, ao invés de partir de um polo central do poder para analisar seus prolongamentos a nível molecular, Michel Foucault realiza uma análise ascendente do poder. Isto é, ele analisa como os processos capilares ascendem e se tornam, posteriormente, estratégias econômicas e políticas. Pois, em sua perspectiva, o poder deve ser pensado como “um feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado.” (FOUCAULT, 1979, p. 248). Em outras palavras seu objetivo é fazer uma analítica das relações de poder, ou seja, examinar como as estratégias de poder operam em micro-relações, adentram no cotidiano e incidem na materialidade dos indivíduos, em seus corpos, gestos, discursos e hábitos. Essa análise ascendente e capilar do poder é, segundo Machado (1979), uma das maiores contribuições do pensamento de Foucault. Afinal, é por meio dela que se pôde evidenciar modalidades de exercício de poder que não são forjadas pelo Estado. Isso não significa que Foucault não atente para o Estado, mas, em sua perspectiva, quando se insiste em seu papel exclusivo

“corre-se o risco de não dar conta de todos os mecanismos e efeitos de poder que não passam diretamente pelo aparelho de Estado, que muitas vezes o sustentam, o reproduzem, elevam sua eficácia ao máximo.” (FOUCAULT, 1979, p.161). Dito de outro modo, a capilaridade do poder não é indissociável das mudanças que ocorrem em relação ao Estado – por exemplo, a Revolução Francesa incidiu nas estratégias de poder e saber –, mas o autor não fez disso uma regra metodológica. Afinal, “o aparelho de Estado é um instrumento específico de um sistema de poderes que não se encontra unicamente nele localizado, mas o ultrapassa e complementa.” (MACHADO, 1978/1979, p. 13). E é isso que lhe permite defender que o poder não é uma propriedade e que não é possível situá-lo em um ponto da estrutura social, pois ele é circular.

Uma conclusão disso é que o autor não fez uma análise econômica do poder, pois, em sua perspectiva, o poder não é algo que se dá nem que se troca, mas, sim, que se exerce. Desse modo, sua leitura está mais próxima do modelo da guerra: “em vez de analisá-lo em termos de cessão, contrato, alienação [...] não deveríamos analisá-lo acima de tudo em termos de combate, de confronto e de guerra?” (FOUCAULT, 1976b/1979, p. 176). Justamente, por isso, a *resistência* não pode ser pensada na exterioridade do poder, pois ela se dá na rede do poder e, também, de forma capilar: “como onde há poder há resistência, não existe propriamente o lugar de resistência, mas pontos móveis e transitórios que também se distribuem por toda a estrutura social.” (MACHADO, 1979, p. 14).

Para melhor compreendermos a eficácia produtiva do poder e seu caráter molecular, revisitaremos a noção de *dispositivo*. Enquanto ferramenta analítica, ela foi desenvolvida em *A história da sexualidade - A vontade de saber* (1976/1977). Mas podemos encontrar uma definição precisa e sistemática em uma das entrevistas publicadas em *A microfísica do poder*, quando Alain Grosrichard interroga Foucault (1979) sobre o sentido e a função metodológica do *dispositivo*. O autor defende que esse demarca “um conjunto heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, [...] leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas.” (FOUCAULT, 1979, p. 244). Isso significa que o *dispositivo* é constituído por uma rede composta por elementos discursivos ou não. O segundo ponto é que a relação que se estabelece entre tais elementos heterogêneos tem uma natureza específica, pois nela há constantes mudanças de funções e posições. Por exemplo, um mesmo discurso “pode aparecer como programa de uma instituição ou, ao contrário, como elemento que permite justificar e mascarar uma prática que permanece muda” (Ibidem, p. 244). Uma terceira característica é que o *dispositivo* designa um “tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal

responder a uma urgência.” (Ibidem, p. 244). Isto é, sua gênese é um objetivo estratégico e, apenas em um segundo momento, ele se constitui propriamente e se mantém como *dispositivo*²⁸. Enfim, o autor salienta que o *dispositivo* deve ser pensado como *jogos de poder* e, também, como *configurações de saber*: “É isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles.” (FOUCAULT, 1979, p.246). Vale dizer que na arqueologia o saber era pensado pelas epistemes, mas, a partir do momento em que o autor voltou-se para a genealogia, a própria episteme passou a ser pensada como um *dispositivo estratégico*. Afinal, na genealogia, o enfoque não era mais examinar as continuidades e as discontinuidades entre os saberes mas, sim, investigar as condições que possibilitam a emergência de determinado saber.

A partir disso, observamos que entre o *poder* e o *saber* há uma pressuposição recíproca e que eles devem ser pensados como *dispositivos estratégicos* que gerem a vida dos indivíduos para controlá-los e utilizá-los de forma mais eficiente, “aproveitando suas potencialidades e utilizando um sistema de aperfeiçoamento gradual e contínuo de suas capacidades.” (MACHADO, 1979, p. 16). É importante sublinhar, ainda, que os *dispositivos de poder-saber* não só produzem efeitos reais sobre seus alvos, mas, também, que eles são produtores de individualidade, isto é, o indivíduo é uma produção do poder e do saber. Dito de outro modo, na hipótese de Foucault, o poder atravessa o indivíduo que ele mesmo forjou: “minha hipótese é de que o indivíduo não é o dado sobre qual se exerce e se abate o poder. O indivíduo [...] é o produto de uma relação de poder que se exerce sobre os corpos, multiplicidades, movimentos, desejos, forças.” (FOUCAULT, 1979, p. 162). Isto fica bastante nítido quando o autor demonstra como a disciplina e o exame produzem o indivíduo: “A disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por *alvo e resultado os indivíduos* em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento” (Ibidem, p. 107. Grifo nosso).

Para destrincharmos essas questões e articulá-las com nossa problemática, apresentaremos a transição que se deu entre o poder soberano e o poder disciplinar e, em seguida, como este coaduna-se ao biopoder. Desse modo, poderemos problematizar como o processo de medicalização e a gestão de riscos inscrevem-se no projeto de adestramento do corpo e de aperfeiçoamento da espécie humana. Primeiramente, é importante ressaltarmos

²⁸ Isso abarca dois processos: a *sobredeterminação funcional* que implica que os elementos sejam reajustados quando os efeitos produzidos entram em desarmonia e o *perpétuo preenchimento estratégico* que remete para os efeitos que surgem dos dispositivos, mas que não estavam previstos, como ocorreu com a prisão. Esta surgiu para gerir a criminalidade, no entanto, tornou-se um local de “filtro, concentração, profissionalização, isolamento de um meio delinquente.” (FOUCAULT, 1979, p.245).

que, desde a Idade Média, a figura do rei era uma realidade política que fazia funcionar a monarquia, mas, no século XVIII, emergiu uma nova modalidade de poder denominada, pelo autor, de poder disciplinar. Esta nova invenção técnica inaugurou uma nova forma de controlar os homens:

Fala-se, freqüentemente, das invenções técnicas do século XVIII – as tecnologias químicas, metalúrgicas, etc. – mas, erroneamente, nada se diz da invenção técnica dessa nova maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los. (FOUCAULT, 1979, p. 105).

É neste sentido que se pode dizer que o poder disciplinar estava a serviço da preservação da sociedade capitalista industrial, como também, do aparelho de produção e do crescimento demográfico do século XVIII. A disciplina possibilita a sujeição do corpo ao tempo para que, desse modo, se alcance uma eficácia máxima. Além disso, a disciplina é uma análise do espaço, pois ela insere os corpos em um espaço esquadrinhado e classificatório para realizar uma individualização pelo espaço: “o esquadrinhamento disciplinar faz nascer uma multiplicidade ordenada no seio da qual o indivíduo emerge como algo de poder.” (MACHADO, 1979, p. 19). Desse modo, Foucault (1979) afirma que esta nova modalidade de poder compreende pelo menos dois sentidos diferentes, a saber, um econômico e outro político. Afinal, por um lado, ela visa aumentar a utilidade do homem, isto é, potencializar sua produtividade e, por outro, objetiva torná-lo dócil politicamente, minimizando sua capacidade de *resistência*. É importante sublinhar que, apesar da constituição do poder disciplinar, a teoria da soberania continuou influenciando os códigos jurídicos, sobretudo, para mascarar as táticas coercitivas da disciplinarização:

Temos, portanto, nas sociedades modernas, a partir do século XIX até hoje, por um lado, uma legislação, um discurso e uma organização do direito público articulados em torno do princípio do corpo social e da delegação de poder; e por outro, um sistema minucioso de coerções disciplinares que garante efetivamente a coesão deste mesmo corpo social. (FOUCAULT, 1976c/1979, p. 189).

Isso significa que a incidência do poder no corpo dos indivíduos teve como produto, no século XIX, a emergência do corpo social. Este se constituiu pelo próprio exercício do poder disciplinar que almejava protegê-lo: “em lugar dos rituais através dos quais se restaurava a integridade do corpo do monarca, serão aplicadas receitas terapêuticas como a eliminação dos doentes, [...] a exclusão dos delinquentes.” (FOUCAULT, 1979, p. 145). Ou seja, diferente da sociedade de soberania, onde se considerava que toda ofensa era dirigida ao rei, na sociedade disciplinar a ofensa era pensada como um *risco* para a ordem social. Foi

nesse momento em que a opinião pública tornou-se a base do julgamento moral, pois afirmar que o outro não estava fazendo um *bom uso da liberdade* representava um ato em defesa da sociedade (Foucault, 1961/1972). É preciso sublinhar, ainda, que o fato da disciplina ter o direito como seu complemento, não significa que ela possa ser inscrita no interior do direito. Pelo contrário, as disciplinas possuem um discurso próprio que não é o do direito, mas, sim, o da norma e, ainda, elas não almejam criar um código de lei, mas, sim, da normalização (Foucault, 1979).

A partir dessas considerações, podemos afirmar que o advento da modernidade foi marcado pela quebra da lei soberana-teológica e pela constituição de uma organização social na qual a *liberdade* tornou-se um direito de todos os cidadãos. Essa horizontalidade colocou o seguinte problema: como gerir o laço social e as formas pelas quais os cidadãos usam essa *liberdade*? A resposta foi a normalização e, desse modo, o controle substituiu o castigo e a norma passou a colocar limites no vazio deixado pela ausência da lei (Foucault, 1976/1977). Por isso, foi necessário forjar *dispositivos* que controlassem se os cidadãos estavam fazendo um *bom uso da liberdade*, o que legitimou a construção de um sistema de proteção social (Foucault, 1961/1972). Isso evidencia que a *liberdade* foi o núcleo ético-político da modernidade e que esse conjunto de remanejamentos foi o solo pelo qual se construiu a figura do *homem*. Uma conclusão disso é que a figura do homem não é atemporal e que, portanto, da mesma forma que ela foi construída e não podia ser pensada no contexto da soberania, ela pode vir a se desvanecer (Foucault, 1966/1987). Ademais, devemos sublinhar que a constituição de uma organização social horizontal foi a condição de possibilidade para a emergência das ciências humanas que, por sua vez, fizeram do homem um objeto de saber:

A ação sobre o corpo, o adestramento do gesto, a regulação do comportamento, a normalização do prazer [...] tudo isso faz com que apareça pela primeira vez na história esta figura singular, individualizada – o homem – como produção do poder. Mas também, e ao mesmo tempo, como objeto de saber. Das técnicas disciplinares, que são técnicas de individualização, nasce um tipo específico de saber: as ciências humanas. (MACHADO, 1979, p. 20).

No que concerne a isso, é preciso sublinharmos uma diferença entre as leituras arqueológica e genealógica sobre as ciências humanas. Como relembra Machado (1979), a tese do livro *As palavras e as coisas* (Foucault, 1966/1987) é que a existência das ciências humanas (como a psicologia, a sociologia e a antropologia) pressupôs o aparecimento das ciências empíricas do século XIX (como a biologia, a economia e a filologia) e das filosofias modernas, o que teve como marco fundador o pensamento de Kant. Afinal, foram elas que

abordaram o homem como objeto e sujeito do conhecimento, o que permitiu inaugurar um campo de estudo do homem como representação, como veremos adiante. Neste sentido, a análise arqueológica investigou a organização de uma rede conceitual, a fim de compreender como esta possibilitou a emergência dos saberes constitutivos das ciências humanas. Já no livro intitulado *Microfísica do poder*, Foucault (1979) afirma que o poder disciplinar é um operador da norma e que seu horizonte teórico não é o do direito, mas, sim, das ciências humanas. Desse modo, é menos importante se elas se constituíram pela evolução da racionalidade científica do que pensar que sua emergência se deu pelo embate entre dois mecanismos heterogêneos: “de um lado, a organização do direito em torno da soberania, e do outro, o mecanismo das coerções exercidas pelas disciplinas.” (FOUCAULT, 1976c/1979, p. 190).

A partir dessas considerações, podemos extrair quatro pontos centrais. O primeiro é que o poder disciplinar operou uma apreensão política do corpo, o que foi acompanhado por um modelo normativo de produtividade. O segundo é que o poder disciplinar funciona por uma vigilância contínua – tendo assim, uma eficiência máxima com gastos mínimos –, o que é ilustrado pelo Panóptico de Bentham. A torre central engendra no vigiado a visão de quem o vigia, pois “é preciso vigiá-los durante todo tempo da atividade e submetê-los a uma pirâmide de olhares.” (FOUCAULT, 1979, p. 106). A partir desse olhar, pode-se extrair um saber e, neste sentido, um terceiro elemento relevante é que todo saber é político. Afinal, sua gênese se dá sempre em relações de poder e, ainda, todo “ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber.” (MACHADO, 1979, p. 21). Um quarto ponto é que a partir da quebra da lei soberana instaurou-se uma sociedade caracterizada pela norma, cuja marca foi o surgimento das ciências humanas. Essa questão é importante, pois as categorias de *normal*, *anormal* e *patológico* atravessaram os discursos médicos que, por sua vez, foram os modelos sobre os quais os demais discursos das ciências humanas se constituíram:

A modernização ocidental se fundou nesse projeto de medicalização do social, de forma que os discursos médicos – permeados sempre pelas categorias do normal, do anormal e do patológico – foram os modelos arqueológicos para a constituição dos diferentes discursos das ciências humanas. (BIRMAN, 2012, p. 78)

Para explorarmos esta questão, apresentaremos algumas contribuições de Foucault (1977-1978) a respeito do biopoder e da governabilidade moderna, o que nos ajudará a compreender como a medicalização conjuga-se à gestão dos riscos.

1.4. A população, o biopoder e o corpo-espécie

O exercício de poder não se dá apenas pelas disciplinas, mas, também, pelo biopoder que se formou na metade do século XVIII com o intuito de promover a vida e programar a espécie humana. Trata-se de uma gestão da vida, isto é, de um poder que “se situa e se exerce ao nível da vida, da espécie, da raça e dos fenômenos maciços de população” (FOUCAULT, 1976/1977, p. 129). Neste sentido, ele diferencia-se do poder soberano que, por sua vez, “culminava no privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la.” (Ibidem, p. 128). Em outras palavras, houve um deslocamento da questão jurídica da *morte* para a questão biológica da população, que toma a *vida* como alvo: “Pode-se dizer que o velho direito de *causar* a morte ou *deixar* viver foi substituído por um poder de *causar* a vida ou *devolver à morte*.” (Ibidem, p.130).

Em *Segurança, território e população*, Foucault (1977-1978/2008) contextualiza a emergência do aparato da governabilidade moderna, no momento em que surgiram as cidades e que a população tornou-se um objeto técnico-político. Neste contexto, a qualidade de vida da população tornou-se um signo de riqueza das nações, de forma que o capital humano tornou-se tão ou mais relevante que os recursos naturais e industriais. Um dos operadores centrais deste projeto foi a construção da figura da *mulher-mãe* que passou a estar a serviço do biopoder e a exercer a governabilidade privada (Birman, 2001). Afinal, passou a ser sua responsabilidade educar, docilizar, tornar saudável o corpo de seus filhos e, ainda, mediar as instituições pedagógica, médica e familiar.

Para se promover uma população saudável era preciso, ainda, gerir riscos e, para isso, foram elaboradas tecnologias de poder que incidissem no *corpo-espécie*, como os mecanismos da segurança. Um das conseqüências disso foi que os fenômenos individuais passaram a ser integrados no campo coletivo o que fez com que, por exemplo, a divisão entre doentes e não-doentes fosse substituída por uma continuidade, pois todos se tornaram vulneráveis aos riscos. Por exemplo, na Idade Média, o esquema médico da lepra consistia em excluir os doentes para purificar o espaço comum. No século XVI e XVII, com a peste, surgiu o modelo do isolamento pela quarentena pautado, por sua vez, no dispositivo da disciplina que geria os contatos, definia os hábitos alimentares, os horários de saída e etc.. No século XVIII, a varíola tornou-se uma doença comum e, devido ao dispositivo da variolização-vacinação, ela passou a ser pensada em termos de cálculos, probabilidades e de distribuição de casos na população. Dessa forma, os mecanismos de segurança emergiram para realizar a

gestão dos riscos, por exemplo, procurando saber quantas pessoas foram infectadas, delimitando as zonas mais vulneráveis, definindo as populações de risco e calculando os riscos de mortalidade e de morbidade.

A partir disso, podemos notar algumas diferenças entre o poder disciplinar e o biopoder. O primeiro “centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões [...] no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos.” (FOUCAULT, 1976/1977, p. 131). Já o segundo visa a combinatória dos corpos e o planejamento das populações e, por isso, foram desenvolvidas “as tecnologias modernas de poder que tomam por alvo a vida.” (Ibidem, p.142). Dito de outro modo, para se efetivar o domínio sobre a vida, são articulados “dispositivos de poder diretamente ao corpo a corpo, a funções, a processos fisiológicos, sensações, prazeres” (Idem). É importante ressaltar que isso se inscreve em um campo maior, a saber, a bio-política que tem como correlato a constituição da bio-história. A bio-história designa “as pressões por meio das quais os movimentos da vida e os processos da história interferem entre si” (Ibidem, p. 134) e a bio-política remete para o “que faz com que a vida e seus mecanismos entre no domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana” (Idem). Segundo Foucault (1976/1977), isso não significa que esta foi a primeira vez que a *vida* e a *história* se encontraram, pois a pressão biológica sobre a história foi bastante forte por milênios, como exemplo, com as epidemias e a fome. A diferença é que essa relação se dava pelo signo da *morte*, mas, a partir do século XVIII – com o crescimento econômico, agrícola, demográfico e a produção de novos recursos – a morte passou a não fustigar mais diretamente sobre a vida. Até porque os conhecimentos sobre a vida foram se desenvolvendo, de forma que

um relativo domínio sobre a vida afastava algumas das iminências da morte [...] O homem ocidental aprende pouco a pouco o que é ser uma espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva [...] Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais este sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo de controle do saber e de intervenção do poder. (FOUCAULT, 1976/1977, p. 134).

Elucidadas essas diferenças, é preciso sublinharmos que, apesar delas, o poder disciplinar e o biopoder operam de forma concomitante. Inclusive Foucault (1979) afirma que a disciplina tornou-se ainda mais importante com a gestão das populações, pois esta não visava apenas os fenômenos coletivos, mas, também, um exame minucioso de todos os

acontecimentos. A complementariedade entre ambas estratégias de poder pode ser compreendida, também, pela conjugação do *corpo disciplinar* e do *corpo-espécie*:

O que estava em questão era a conjugação rigorosa dos registros do corpo disciplinar e do corpo-espécie, matérias-primas por excelência do poder disciplinar e do biopoder, de maneira que o adestramento corporal era a contrapartida para a programação eugênica da população saudável e com boas possibilidades de reprodução biológica e social. (BIRMAN, 2012, p. 78)

Por isso, não devemos pensar a transição da sociedade de soberania, para a sociedade disciplinar e, em seguida, para a sociedade de governo, mas, sim, uma trinômio que se constitui pela “soberania-disciplina-gestão governamental, que tem na população seu alvo principal e nos dispositivos de segurança seus mecanismos essenciais.” (FOUCAULT, 1978/1979, p. 291).

A história da governamentalidade pode ser compreendida a partir de três vias, segundo Foucault (1978/1979). A primeira consiste no conjunto de análises, táticas e procedimentos que possibilitaram o exercício dessa técnica de poder, que tem a *população* como objeto, a *economia política* como sua forma de saber e a *segurança* como seu instrumento técnico. O segundo ponto diz respeito à legitimidade que foi concedida a essa modalidade de poder, o que culminou na emergência de aparelhos de governo e de saberes, como a demografia. O terceiro ponto destacado é o processo de *governamentalização* do Estado pois, em sua perspectiva, desde o século XVIII, vivemos na *era da governamentalidade*: “Se o Estado é hoje o que é, é graças a esta governamentalidade, ao mesmo tempo interior e exterior ao Estado.” (FOUCAULT, 1978/1979, p. 292). Para sustentar essa hipótese, o autor descreve as fortes economias de poder que existiram no Ocidente. O *Estado de justiça* remete à territorialidade de tipo feudal e à sociedade da lei. O *Estado administrativo*, que se constituiu nos séculos XV-XVI, diz respeito à sociedade de regulamento e de disciplina, em que a questão da territorialidade era central. O *Estado de governo*, por sua vez, aponta para uma sociedade cujo controle se dá pelos *dispositivos de segurança*, na medida em que seu objeto crucial não é mais a territorialidade, mas, sim, a *população*. Isto é, na *era da governamentalidade* o que mais importa é a densidade populacional e os fatos populacionais, como os hábitos, as epidemias e as taxas de mortalidade.

Para melhor compreendermos como se constituiu a *era da governamentalidade* é preciso perpassamos por um breve percurso histórico. No século XVI, haviam tratados que

apresentavam a arte de governar²⁹, isto é, que orientavam como os príncipes deveriam se comportar para obter o respeito de seus súditos. Na virada para o século XVII, a arte de governar recebeu uma primeira organização ao se voltar para a razão do Estado, no sentido em que o governo deixou de ser dirigido por leis naturais e divinas e passou a ser regido pela racionalidade do Estado. No entanto, essa razão de Estado tornou-se um obstáculo para o desenvolvimento da arte de governar até o início do século XVIII, até porque se observou que ela só era possível em momentos de expansão, mas, não, em períodos de urgências políticas, econômicas ou militares³⁰. Um segundo obstáculo que se colocou para a arte de governar foi que a soberania se colocava, ainda no século XVII, como uma forma de organização política. Por exemplo, o mercantilismo³¹ foi freado, pois produzia instrumentos típicos da força soberana, como as leis e os regulamentos. Ademais, neste contexto, a economia ainda remetia ao modelo familiar, isto é, era concebida como a gestão da família. Desse modo, com “o Estado e o soberano de um lado, com o pai de família e a sua casa de outro, a arte de governo não podia encontrar sua dimensão própria.” (FOUCAULT, 1978/1979, p. 287)

A arte de governar só foi desbloqueada no século XVIII por conta do crescimento demográfico, da produção da agricultura e pela abundância monetária, o que significa que ela supôs o aparecimento da problemática da população. Uma das resultantes disso foi que a família deixou de ser um modelo para a economia e passou a ser vista como um componente intrínseco à população. Até porque a estatística pôde indicar que os processos populacionais, como a mortalidade endêmica, não eram redutíveis à família. Mas, por outro lado, ela tornou-se um instrumento estratégico do governo, pois era a ela que se recorria quando se precisava saber algo sobre a população, como os comportamentos sexuais:

Este deslocamento da família do nível do modelo para o nível de instrumentalização me parece absolutamente fundamental, e é a partir da metade do século XVIII que a família aparece nesta dimensão instrumental em relação à população, como demonstram as campanhas contra a mortalidade, as campanhas relativas ao casamento, as campanhas de vacinação, etc. Portanto, aquilo que permite a população desbloquear a arte de governar é o fato dela eliminar o modelo da família. (Ibidem, p. 289).

²⁹ A questão do governo estava atrelado ao: “governo de si mesmo – reatualizado, por exemplo, pelo retorno ao estoicismo no século XVI; problema do governo das almas e das condutas, tema da pastoral católica e protestante; problema do governo das crianças, problemática central da pedagogia, que aparece e se desenvolve no século XVI; enfim, problema do governo dos Estados pelos príncipes.” (FOUCAULT, 1978/1979, p. 277-278). Estava ligada, também, à convergência entre dois processos: a instauração dos Estados territoriais e administrativos (depois do sistema feudal) e a ideia de se atingir a salvação por meio de uma direção espiritual (devido à Reforma e a Contra-Reforma).

³⁰ Os motivos históricos disso foram: as grandes crises do século XVII; as devastações que ocorreram com a guerra dos 30 anos; as sedições camponesas e urbanas; a crise financeira que no ocorreu no final do século.

³¹ O mercantilismo é uma teoria econômica e uma prática política que visa regular os fluxos monetários e de mercadorias entre as nações para, assim, potencializar a produção (Foucault, 1979).

Um segundo ponto importante é que o objetivo final do governo passou a ser a qualidade de vida da população e, por isso, emergiram uma série de táticas inéditas que visavam o prolongamento da vida, como as campanhas. Neste sentido, a população aparece como um “sujeito de necessidades, aspirações, mas também como objeto nas mãos do governo; como consciente, frente ao governo, daquilo que ela quer e inconsciente em relação àquilo que se quer que ela faça.” (FOUCAULT, 1978/1979, p. 289). Ou seja, diferente da soberania, que era centrada e garantida pela lei, a meta do governo é alcançar seus fins específicos, como o fornecimento de meios de subsistência: “Isso assinala uma ruptura importante: enquanto a finalidade da soberania é ela mesma, e seus instrumentos têm a forma de lei, a finalidade do governo está nas coisas que ele dirige” (Ibidem, p. 284). Neste sentido, o autor salienta que um bom governante não precisaria dispor de uma ferramenta mortífera para exercer seu poder, que nem o zangão que não precisa do ferrão para reinar a colméia. Além disso, ele deveria ter paciência, sabedoria e diligência, como se ele estivesse a serviço dos governados, como um pai de família que dorme depois de todos da casa.

A população possibilitou, portanto, a constituição da economia política e de técnicas de governo que visavam controlar a qualidade de vida dos habitantes. Essa nova modalidade de gestão estava na base da medicalização do campo social, o que exploraremos agora.

1.5. Medicalização e saúde: um obscuro objeto de desejo?

O processo de medicalização iniciou-se na virada do século XVIII para o XIX, com a polícia médica e a higiene social na França, Alemanha e Inglaterra. Segundo Foucault (1979), a medicina moderna deve ser vista como uma medicina social, pois tem como pano de fundo uma espécie de tecnologia do corpo social e, desse modo, seu único aspecto individual é a relação médico-paciente. Sua tese central consiste em defender que o capitalismo, que se desenvolveu nesse contexto, não promoveu uma transição entre uma medicina coletiva para uma medicina privada, pelo contrário, ele socializou o corpo como uma força de produção. Isto é, a sociedade capitalista investiu, sobretudo, nos registros biológico e corporal e, nesse sentido, é possível afirmar que: “O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política.” (FOUCAULT, 1979, p. 80). Por outro lado, ele alerta que, a princípio, não foi o corpo como força de trabalho que foi propriamente investido até porque, apenas na segunda metade do século XIX, que os problemas da saúde, do corpo e da força produtiva se colocaram para o domínio médico.

Para desenvolver essa tese, o autor descreve três etapas vividas pela medicina social, a saber: a *medicina de Estado*, a *medicina urbana* e a *medicina da força de trabalho*. A primeira desenvolveu-se na Alemanha³² no século XVIII, onde se instituiu uma espécie de ciência de Estado que se tornou, ao mesmo tempo, um objeto de conhecimento e um instrumento de formação de conhecimento. O autor sinaliza que diversas nações da Europa, desde o fim do século XVI, já se preocupavam com a saúde da população. Na França e na Inglaterra, essa preocupação girava em torno, sobretudo, das estatísticas de mortalidade, de natalidade e da qualidade de vida população, no entanto, não eram elaboradas estratégias de intervenção que visavam melhorar de fato a saúde. Já na Alemanha, instituiu-se uma modalidade de prática médica que objetivava, fundamentalmente, melhorar o nível de saúde da população, o que era possível pela polícia médica. O médico foi a primeira figura a ser normalizada neste período, pois os programas de ensino e o sistema de diplomas passaram a ser regulados pelo Estado e porque almejava-se que eles se submetessem ao poder administrativo: os médicos tornaram-se administradores da saúde. O que é importante destacar é que o corpo que estava em jogo era o corpo dos indivíduos que compunham o Estado, isto é, o foco da medicina era a *força estatal* e não a *força de trabalho*.

A *medicina urbana* constituiu-se, no final do século XVIII, na França. Foucault (1979) relembra que, entre 1750-1780, Paris não tinha ainda uma unidade territorial e política, pelo contrário, haviam diferentes poderes senhoriais com jurisdições próprias. Na segunda metade do século XVIII, a importância da unificação urbana se colocou, porque as grandes cidades tornaram-se o *locus* do mercado e a diversidade de jurisdições dificultaria os trâmites comerciais. A unidade também era crucial por conta das tensões entre a população operária e os burgueses. Elas incrementavam o *pânico urbano* que, por sua vez, era despertado por outras razões:

medo das oficinas e fábricas que estão se construindo, do amontoamento da população, das casas altas demais, da população numerosa de mais; medo, também, das epidemias urbanas, dos cemitérios [...] Tem-se, assim, certo número de pequenos pânico que atravessam a vida urbana das grandes cidades [...] Esse pânico urbano é característico [...] desta inquietude político-sanitária que se forma à medida em que se desenvolve o tecido urbano. (FOUCAULT, 1979, p. 87)

Em face dessas inquietações, a estratégia da quarentena, que havia sido usada no esquema político-médico da peste, foi aperfeiçoada como recurso de urgência. Mas, neste momento, não bastava que os doentes ficassem isolados em suas próprias casas, eles tinham,

³² Um dos motivos da *medicina de Estado* ter se desenvolvido na Alemanha foi a estagnação econômica que ocorreu no século XVII (depois da guerra dos 30 anos), o que fez com que os burgueses se oferecessem a serviço do Estado, diferente da França e da Inglaterra que estavam bem no sentido político e econômico.

por exemplo, que ir nas janelas para mostrar que estavam vivos. Ademais, a cidade foi dividida em regiões que eram reguladas por chefes dos distritos e por inspetores que cumpriam diversas funções, desde fazer relatórios até desinfetar casas. Isso significa que a higiene pública foi um aperfeiçoamento da estratégia da quarentena e, ainda, a matriz pela qual se constituiu a medicina urbana do século XVIII que, por sua vez, tinha três grandes metas. A primeira era examinar os espaços de amontoamento que representavam perigo de doenças, sobretudo, os cemitérios³³. O segundo objetivo era gerir as circulações (como do ar e da água), o que veio acompanhado dos planejamento de arejamento do espaço urbano. O terceiro era analisar os melhores locais para se colocar os recursos essenciais à vida urbana, como as fontes e os esgotos. A partir disso, o autor atenta para alguns elementos que caracterizam a medicalização da cidade. A primeira questão é que, por meio da medicina social urbana, foi possível aproximar a prática médica do campo da ciência físico-química. Em segundo lugar, a medicina urbana centrou-se nas coisas (como na água e nas decomposições) e não em corpos e organismos, ou seja, ela funcionava como uma medicina da vida e dos meios de existência. O terceiro ponto é que ela fez emergir a categoria de *salubridade* que é um correlato da noção de higiene pública.

Foucault (1979) contextualiza a *medicina da força de trabalho* na Inglaterra, onde ocorreu a medicalização dos pobres³⁴. No segundo terço do século XIX, a população pobre passou a ser vista como perigosa, por ser uma força política passível de se revoltar e por conta dos temores sanitários³⁵. Desse modo, a regulação do corpo dos pobres, visava dar a eles mais aptidão para trabalhar e, ainda, proteger a saúde dos ricos. Para isso, ela empreendeu “uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la.” (FOUCAULT, 1979, p. 97). Neste sentido, a política da saúde, no século XVIII-XIX, tomou duas vias. Por um lado, desenvolveu-se a clientela privada que demandava um cuidado médico qualificado e, por outro, uma política da saúde que representava uma preocupação econômica e política. Afinal, a doença era vista como um fato de população e, por isso, o Estado passou a estender sua

³³ Por isso, o autor defende que a individualização do cadáver (por meio do caixão e do túmulo), que ocorreu no fim do século XVIII, se deu por questões político-sanitárias e não teológico-religiosas.

³⁴ O autor pontua que na França os pobres não eram vistos como um fator de risco, pois o amontoamento não era tão intenso e eles eram a condição de instrumentalização da vida urbana, afinal realizavam incumbências como despejar os lixos.

³⁵ Foucault (1979) destaca a *Lei dos pobres* como o marco da socialização da medicina inglesa. Além disso, o autor menciona que, a partir de 1875, criaram-se os sistemas de *health service* (que controlavam a vacinação, os riscos de epidemia, os focos de insalubridade) que foram estendidos à população geral. Esse tipo de assistência aos pobres pressupunha que eles se submetessem ao controle médico, o que garantia a segurança dos ricos.

assistência, por exemplo, distribuindo medicamentos: “a saúde de todos como urgência para todos; o estado de saúde de uma população como objetivo geral.” (Ibidem, p. 195). Pois, com isso, era possível acumular homens, o que representava uma riqueza. Isto é, foi preciso desenvolver uma tecnologia da população que analisasse a longevidade, a saúde, as pirâmides de idade, a expectativa de vida, as taxas de morbidade: “Não é necessário insistir [...] sobre a proliferação das tecnologias políticas que, a partir de então, vão investir sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar e de morar, as condições de vida, todo o espaço de existência.” (FOUCAULT, 1976/1977, p. 135).

Visto isto, devemos discutir como o processo de medicalização se inscreve no ideário de cura, o que implicará em discutirmos como a *finitude* se inscreve no contexto moderno. A partir disso, poderemos analisar, sobre outros termos, a questão da degeneração e a constituição do homem moderno a partir do *tempo* e da *história* (Foucault, 1966/1987).

1.6. Anatomoclínica, tempo e história: o homem e a finitude

Segundo Birman (2007), o *mal* se apresenta em diversas tradições culturais e suscita diferentes interpretações, discursos e práticas que visam regulá-lo ou extingui-lo. Por exemplo, a relação que o campo ético da Antiguidade teve com a finitude, difere-se radicalmente do que ocorreu, no mundo Ocidental, com a emergência do cristianismo. Este erigiu a moral da salvação, de forma que o confronto com a finitude foi silenciado em nome da promessa da vida eterna. Dessa forma, aqueles que seguissem os pressupostos cristãos e tivessem a alma purificada, teriam a eternidade garantida. Mas, com a constituição da medicina moderna, houve um deslocamento histórico do ideário da salvação para o ideário da cura, o que possibilitou a reinserção da finitude.

Em *O nascimento da clínica*, Foucault (1963/2008) defende que a inauguração da problemática da finitude coincidiu com a constituição da medicina moderna na passagem do século XVIII para o XIX. Afinal, a anatomoclínica fundou-se em função da emergência da morte enquanto campo constitutivo da enfermidade, o que foi materializado pela *lesão*. Com isso, constituiu-se “a condição histórica de uma medicina que se dá e que recebemos como positiva.” (FOUCAULT, 1963/2008, p. 216). E é isso que nos ajudará a compreender a “relação que liga o homem moderno a uma finitude originária.” (Ibidem, p. 218).

A anatomia do Renascimento e do início da Idade Clássica era centrada nos órgãos, o que se apresentava na medicina desde Vésale, mas, na modernidade, Bichat descobriu que os tecidos os atravessavam, de modo que a enfermidade não poderia se restringir a apenas um

deles. Dito de outro modo, a enfermidade não poderia ser localizada nos órgãos visíveis, mas, sim, na estrutura silenciosa dos tecidos e, por conta da invisibilidade, era preciso abrir os cadáveres: “Do início do Renascimento até o final do século XVIII o saber da verdade fazia parte do círculo da vida [...]; a partir Bichat, ele é deslocado com relação à vida, e dela é separado pelo intransponível limite da morte” (Ibidem, p. 161). Ou seja, no modelo da anatomia patológica, a morte passou a ocupar o lugar que até então era concedido à vida:

A vida, a doença e a morte constituem agora uma trindade técnica e conceitual. A velha continuidade das obsessões milenares que colocava, na vida, a ameaça da doença e, na doença, a presença aproximada da morte é rompida: em seu lugar, se articula uma figura triangular, de que o cume superior é definido pela morte. É do alto da morte que se podem ver e analisar as dependências orgânicas e as seqüências patológicas. [...] o olhar médico vai, a partir de então, apoiar-se neste grande exemplo. Não mais o de um olho vivo, mas de um que viu a morte. Grande olho branco que desfaz a vida. (FOUCAULT, 1963/2008, p. 159)

Isto significa que a medicina moderna foi marcada pela transição do vitalismo para o mortalismo e umas das resultantes disso foi a reorganização epistemológica que se deu em torno da noção de enfermidade. Esta deixou de ser vista como um acidente e tornou-se a condição³⁶ do próprio homem: “Não é porque caiu doente que o homem morre; é fundamentalmente porque pode morrer que o homem adocece.” (Ibidem, p. 171). Ou seja, a clínica moderna se centrou na formulação de Bichat³⁷ na qual a vida seria um conjunto de forças que deveria lutar, permanentemente, contra a morte: “Com Bichat, o conhecimento da vida encontra sua origem na destruição da vida e em seu extremo oposto; é à morte que a doença e a vida dizem sua verdade” (Ibidem, p. 161). Neste sentido, a doença ocorreria quando a morte se sobrepusesse à vida, isto é, a doença passou a ser uma espécie de morte abreviada³⁸, o que incidiu na figura do homem:

o homem ocidental só pôde se constituir a seus próprios olhos como objeto de ciência [...] por referência à sua própria destruição: da experiência da Desrazão nasceram todas as psicologias [...] da colocação da morte no pensamento médico nasceu uma medicina que se dá como ciência do indivíduo. [...] A possibilidade do indivíduo ser ao mesmo tempo sujeito e objeto de seu próprio conhecimento implica que se inverta no saber o jogo da finitude. (Ibidem, p. 217)

³⁶ “A doença se desprende da metafísica [...] e encontra na visibilidade da morte a forma plena em que seu conteúdo aparece em termos positivos. [...] Foi quando a morte se integrou epistemologicamente à experiência médica que a doença pôde se desprender da contranatureza e *tomar corpo no corpo vivo* dos indivíduos”. (FOUCAULT, 1963/2008, p. 216-217. Grifo do autor).

³⁷ “Bichat relativizou o conceito de morte, fazendo-o decair desse absoluto em que ele aparecia como um acontecimento indivisível, decisivo e irrecuperável: ele o volatizou e repartiu na vida, em forma de morte por partes, parciais, progressivas e de conclusão lenta” (FOUCAULT, 1963/2008, p. 160).

No que concerne a isso, devemos sublinhar que o corpo anatômico começou a ser fragmentado pela medicina científica e, segundo Birman (2013b), a medicina contemporânea vem radicalizando esse fracionamento e, portanto, delineando uma nova cartografia do corpo. Dito de outro modo, se a anatomoclínica fracionou os *órgãos* em *tecidos*, o discurso da citologia, os dividiu em *células* e agora a biomedicina vem operando uma fragmentação em *reações bioquímicas*, sendo a genética como a maior ilustração disso. Afinal, ela realiza uma “cadeia de fracionamento interminável do vivente, na medida em que o código genético seria o regulador, em última instância, dos fluxos bioquímicos dos organismos.” (BIRMAN, 2013b, p. 20). O que está em pauta é uma nova visibilidade do organismo o que, segundo o autor, contribui para o silenciamento das invisibilidades da vida e para a construção de novos limiares de risco, o que aprofundaremos no segundo capítulo.

Visto isso, retomaremos a discussão entre finitude e modernidade. É importante ressaltarmos que as revoluções científicas do século XVII e XVIII reverteram o cenário sagrado ao promoverem um processo de “racionalização” que permeou o Ocidente (Birman, 2007). É, neste sentido, que Alexandre Koyré (1961) aponta para a transição que se deu do *mundo fechado* para o *universo infinito*. Segundo o autor, a constituição da ciência moderna deu-se a partir de dois novos patamares levantados por Galileu e Newton, a saber, o da astronomia e o da física. Em sua perspectiva, ambos nortearam as revoluções científicas que preconizaram a passagem de uma leitura, predominantemente, qualitativa para uma leitura, absolutamente, quantificável, o que implicou em uma geometrização do espaço. Em outras palavras, houve uma transição do *mundo do mais ou menos* para o *universo da precisão matemática*. Vale sublinhar que a noção de *mundo* remete para ideia grega de *cosmos* e para a *finitude*, enquanto que a noção de *universo* pressupõe a ideia de infinitude:

(a) a substituição da concepção do mundo como um todo finito e bem ordenado, no qual a estrutura espacial materializava uma hierarquia de perfeição e valor, por um universo indefinido ou mesmo infinito, não mais unido por subordinação natural, mas unificado apenas pela identidade de seus componentes supremos e básicos; e (b) a substituição da concepção aristotélica do espaço, um conjunto diferenciado de lugares intramundanos, pela concepção da geometria euclidiana – uma extensão essencialmente infinita e homogênea –, a partir de então considerada como idêntica ao espaço real do mundo. (KOYRÉ, 1961, p. 1-2).

Ou seja, se na física aristotélica havia uma oposição entre a astronomia (céu) e a física (terra), a partir da ciência moderna, o mundo da terra e o mundo do céu passaram a não se opor mais e, com isso, a astrologia deixou de ser vista como ciência e o mundo da magia perdeu o seu valor. Ademais, segundo o autor, a dimensão do infinito passou a remeter tanto para o espaço como para o tempo, isto é, tanto para o registro da extensão como para o da

duração. Desse modo, instituiu-se a ideia de que a matéria se deslocaria, permanentemente, pelo espaço que, por sua vez, também seria eterno:

Em consequência, o espaço perdeu progressivamente seu caráter atributivo ou substancial; de matéria primeira, de que era feito o mundo (o espaço substancial de Descartes), ou de atributo de Deus, quadro de Sua presença e de Sua ação (o espaço de Newton), ele passou a ser cada vez mais o vazio dos atomistas, nem substância nem acidente, o nada infinito, incriado, o quadro de ausência de todo o ser; conseqüentemente, também da ausência de Deus (KOYRÉ, 1961, p. 243).

Desse modo, o mundo geocêntrico (no qual a Terra estava no centro) foi substituído pelo universo heliocêntrico (no qual o Sol está no centro) e, depois, acêntrico, da astronomia moderna. Essas transformações tiveram como correlato o deslocamento da *scientia contemplativa* para a *scientia activa et operativa*. Afinal, na medida em que a figura de Deus deixou de ser um referencial, o homem teve que assumir uma postura dominadora em relação à natureza. Foi necessário, ainda, anular alguns valores, como a perfeição e a harmonia, isto é, promover o divórcio do mundo do valor e do mundo dos fatos (Koyré, 1961). O que está em jogo é que o homem moderno perdeu os referenciais que o norteavam e viu-se obrigado a construir outro quadro de referência de pensamento. E é, desse modo, que podemos compreender que, a partir das revoluções científicas e filosóficas, o *cosmos* e seus respectivos valores foram colocados em questão a partir da infinitude do universo e da matematização da natureza.

É importante ressaltar que Koyré (1961) descreve essas transformações como uma espécie de glorificação, enquanto Foucault (1966/1987) assume uma análise crítica em relação a elas. Em seu livro *As palavras e as coisas* (1966/1987), o autor realiza um estudo pormenorizado sobre a analítica da finitude e, para isso, ele apresenta as diferentes relações que se estabeleceram entre as palavras e as coisas, de acordo com as epistemes que caracterizaram cada conjunto histórico-genealógico definido por ele. A episteme do Renascimento era a *semelhança* e, por isso, havia uma similaridade entre as palavras e as coisas. Na Idade Clássica, por sua vez, a episteme era a *representação* e, portanto, as palavras representavam as coisas, de forma que os discursos eram concebidos como uma espécie de espelho do mundo. Isso se dava pela semiologia, em que os signos sempre remeteriam a um signo original, por isso, a noção de *origem* era central. Já na Modernidade, as epistemes centrais eram o *tempo* e a *história* e, com isso, a captura das origens e a especularidade tornaram-se impossíveis. Afinal, na medida em que as palavras ganharam autonomia face as coisas, os signos passaram a ser considerados arbitrários. Desse modo, a origem primeira

passou a ser percebida como inapreensível, pois tudo aquilo que era dito remeteria a outra palavra infinitamente, de forma que a interpretação seria sempre infinita, o que está na matriz da hermenêutica. Ademais, se até o século XVIII a finitude era concebida como uma negação do infinito, a partir do final desse século, ela foi positivada, pois quando a representação perdeu sua centralidade, a metafísica do infinito perdeu sua utilidade. Desse modo, a finitude passou a ser pensada a partir de uma referência perpétua a si mesma:

quando os conteúdos empíricos foram desligados da representação e envolveram em si mesmos o princípio de sua existência, então a metafísica do infinito tornou-se inútil; a finitude não cessou mais de remeter a ela [...]. Lá onde outrora havia correlação entre uma metafísica da representação e do infinito e uma análise dos seres vivos, dos desejos do homem, e das palavras de sua língua, vê-se constituir uma analítica da finitude e da existência humana (FOUCAULT, 1966/1987, p. 333)

Um desdobramento dessa inversão foi a mudança do estatuto da temporalidade, pois a finitude tornou-se o marcador estrito da relação do homem com o tempo: “o distanciamento da origem é mais fundamental do que toda experiência [...] é porque o homem não é contemporâneo de seu ser que as coisas vêm se dar com um tempo que lhes é próprio.” (Ibidem, p. 351). Este é um ponto importante, pois revela que o homem é uma invenção moderna, portanto, da mesma forma que ele foi criado, ele pode se desvanecer:

O homem é uma invenção cuja recente data a arqueologia de nosso pensamento mostra facilmente. E talvez o fim próximo. Se estas disposições viessem a desaparecer tal como apareceram, se, por algum acontecimento de que podemos quando muito pressentir a possibilidade, mas de que no momento não conhecemos ainda nem a forma nem a promessa [...] então se pode apostar que o homem se desvaneceria, como, na orla do mar, um rosto de areia. (Ibidem, p. 404).

Devemos elucidar, neste momento, como as noções de *tempo* e *história* se articulam ao evolucionismo como um paradigma biológico. Observamos que a constituição da modernidade foi acompanhada pelo processo de medicalização, o que possibilitou com que o ideário da cura se inscrevesse no campo social, constituindo, assim, a “clínica e a medicina social, frente e verso que são da mesma folha, isto é, do mesmo processo de medicalização do espaço social.” (BIRMAN, 2012, p.78). Discutimos, ainda, que foi neste contexto que as categorias de *normal*, *anormal* e *patológico* passaram a permear o horizonte antropológico e o campo epistemológico que sustentavam a medicalização. O que se pretendia, com isso, era operar a retificação das anomalias em nome da qualidade de vida da população. Isto é, visava-se a “normalização das anormalidades e [...] impedir que estas pudessem ser transformadas em patologias [...] Ao lado disso, a clínica incidia diretamente sobre o patológico já

constituído, visando então a cura das enfermidades.” (BIRMAN, 2007, p. 534). Vale sublinhar que a noção de normalidade supunha o domínio da razão sobre as paixões que, por sua vez, se inseriam no registro da *animalidade*. Portanto, para que a razão triunfasse, dever-se-ia “domesticar” as paixões, o que aprofundaremos no próximo capítulo. O que nos interessa destacar agora é que isso teve como pano de fundo a noção de *evolucionismo* que distribuiu o campo das anomalias em critérios de evolução e involução. Afinal, o evolucionismo foi a base científica que possibilitou que o ciclo vital pudesse ser pensado pelo paradigma biológico, o que se deu na passagem do século XVIII para o século XIX. Isto é, a existência humana foi inscrita no desenvolvimento vital e foi, nesse momento, que emergiu o conceito de *degeneração*. Esta seria uma “forma anormal do desenvolvimento biológico do organismo, inserido no campo de um modelo construído pela ordenação de seqüências biológicas previsíveis.” (BIRMAN, 1995, p. 31). E, como vimos, ela estava atrelada às práticas eugênicas e racistas que visavam o aperfeiçoamento da espécie:

O eugenismo e o racismo foram então engendrados no campo desse projeto (Foucault, 1997), pretendendo a purificação dos degenerados e a transformação dos anormais. Daí o grande sucesso teórico e político do discurso sobre a degeneração, que apenas se sofisticou e foi bastante remanejado posteriormente, com os conceitos provenientes da genética. Portanto se os discursos científicos enunciavam as normas para que se empreendesse o processo de medicalização do social, a certeza na melhoria do gênero humano era a sua contrapartida no registro dos valores. Com isso, a sociedade seria passível de se transformar pela razão iluminista, que engendraria então o progresso social pela normalização dos anormais. (BIRMAN, 2007, p. 535-536).

É importante não perdermos de vista que essa concepção da condição humana, pensada a partir do *tempo* e da *história* (Foucault, 1966/187), é observável tanto no campo biológico, como, também, nos registros psíquico e filosófico, como ressalta Birman (1995). Em relação ao registro psíquico, o autor destaca a emergência da psicologia do desenvolvimento, na segunda metade do século XIX, que se centrou nos processos psíquicos e nas estruturas cognitivas referentes a cada faixa etária. Isso propiciou, por exemplo, o surgimento da psicometria que visa quantificar as habilidades psíquicas de acordo com cada idade. No registro filosófico, como vimos, houve uma nova concepção da figura do sujeito e da sociedade humana centrados na ideia de *história*, isto é, eles deixaram de ser vistos como “absolutos” e passaram a ser considerados como históricos e, portanto, marcados pelo *tempo* e pela *temporalidade*:

Com isso, se constituiu uma *ontologia da finitude*, na qual a filosofia de Kant se destaca e passa a ocupar a posição crucial de inauguradora da modernidade, na

medida em que funcionou como crítico dos impasses da metafísica que lhe antecedeu (Foucault, 1966). (BIRMAN, 1995, p. 32).

A partir dessa discussão, podemos extrair o seguinte ponto: a finitude foi positivada na modernidade e ela foi o vetor constitutivo da figura do homem que, por sua vez, tornou-se objeto e sujeito de saber. Isto significa que o homem moderno “só é possível a título de figura de finitude. A cultura moderna pode pensar o homem porque ela pensa o finito a partir dele próprio.” (FOUCAULT, 1966/1987, p. 334). Ademais, vimos que isso remete, também, para a luta permanente que o homem empreende contra a iminência da morte. Esta ideia é crucial para nossa problemática, pois ela abarca uma continuidade arqueológica entre medicina e psicanálise. Pois, como apontou Foucault: “a experiência da individualidade na cultura moderna está talvez ligada à morte: dos cadáveres abertos de Bichat ao homem freudiano, uma relação obstinada com a morte prescreve ao universal sua face singular” (FOUCAULT, 1963/2008, p. 227). Por outro lado, a articulação entre essas duas formações discursivas não pode ser abordada de forma linear, pois ela compreende tanto pontos de continuidades como de descontinuidades (Birman, 2010) e, por isso, deixaremos para discuti-la, de forma pormenorizada, no terceiro capítulo.

O que devemos sublinhar é que a medicina moderna, operou um deslocamento histórico do ideário da salvação para o ideário da cura, o que possibilitou a “reinscrição” da finitude que, por sua vez, havia sido silenciada pela tradição cristã. E, como discutimos, esse ideário da cura inseriu-se em um campo mais amplo, qual seja, da promoção da vida e da saúde das populações, como metas centrais do biopoder e da bio-política (Foucault, 1976/1977). Por isso, a gestão da população pautou-se nos componentes biológicos como uma estratégia para potencializar a utilidade humana. Isso foi acompanhado pela medicalização da infância e da família que deixou de ser um mero sistema de parentesco e tornou-se responsável pelo desenvolvimento saudável da criança: “O retângulo pais-filhos deve se tornar uma espécie de homeostase da saúde [...] a família se tornou o agente mais constante da medicalização.” (FOUCAULT, 1979, p. 199). Observamos como isso contribuiu para os processos de higienização e para a constituição da medicina como instância de controle social. Afinal, a medicina preventiva funcionava como um regime coletivo da população que tinha três metas centrais: cessar os surtos endêmicos, reduzir a taxa de morbidade, determinar a duração para cada idade específica e prolongá-la. Dito de outro modo, a medicina não se pautaria apenas na cura das doenças, mas se tornaria uma técnica geral da saúde, isto é, um saber médico-administrativo. Isso pressupôs que a figura do médico penetrasse as mais diversas instâncias do corpo social e que ele se tornasse mais um higienista do que um

terapeuta (Foucault, 1976/1979). Foi neste contexto, também, que o hospital passou a ser colocado em questão, o que se deu por três motivos:

a emergência da “população” com suas variáveis bio-médicas de longevidade e de saúde; a organização da família estritamente parental como centro de transmissão de uma medicalização onde ela desempenha um papel de permanente demanda e de instrumento último; o emaranhado médico-administrativo em torno dos controles da higiene coletiva. (FOUCAULT, 1976/1979, p. 203).

Segundo Birman (1980), uma das resultantes da medicalização do campo social é a busca por consultas médicas mesmo na ausência de enfermidade, na medida em que os programas de educação sanitária e os projetos da saúde pública propiciam a construção de uma mentalidade preventiva e um estado de preocupação generalizado. Com isso, uma série de processos regulares (corporais e psíquicos) acabam sendo percebidos como potencialmente patológicos: “a Medicina aumenta a sua demanda assistencial através de suas táticas preventivas, recebendo pessoas angustiadas com possíveis enfermidades imaginárias.” (BIRMAN, 1980, p. 126). A articulação do campo sociopolítico com as camadas sociais pouco privilegiadas, mas que participam da representação saúde-enfermidade, também contribui para a proliferação dos doentes imaginários. Afinal, a emergência do *direito à saúde*³⁹ faz com que esta se torne um *objeto social desejado* e um dos desdobramentos disso é a articulação que se faz entre enfermidade e desvio social. Segundo o autor, a construção de um sentido desviante da doença é provocado por uma psicologização do enfermo que deve ser reinserido na ordem social, o que possibilita a manutenção e o aumento da eficácia do controle social:

todos os doentes são colocados como desviantes, virtuais e (ou) reais. Para esta construção, o ser-da-enfermidade foi psicologizado [...]. Assim, mesmo que este desvio representado pela enfermidade não seja intencional, positivo, quando apresenta uma estrutura orgânica constatada, trata-se de um desvio negativo, explorado pela ocorrência de uma doença somática com o objetivo de obter lucros sociais. (BIRMAN, 1980, p.129).

No decorrer do capítulo, observamos que os discursos da saúde, do risco e da prevenção estão bastante disseminados no campo social, seja pelas políticas públicas, pelos enunciados preventivos ou pelos dispositivos midiáticos. Vimos, também, que o *discurso* e os *dispositivos de poder-saber* (Foucault, 1979) são estratégias que operam por uma

³⁹ Isso é propulsionado pelo discurso do “direito à”: “O “direito” à vida, ao corpo à saúde, à felicidade, à satisfação das necessidades [...] esse “direito” tão incompreensível para o sistema jurídico clássico, foi a réplica política a todos esses novos procedimentos de poder que, por sua vez, também não fazem parte do direito tradicional da soberania.” (FOUCAULT, 1976/1977, p. 136).

positividade, na medida em que possuem uma *eficácia produtiva*. Neste sentido, podemos entrever que a disseminação dos enunciados médicos e psiquiátricos incidem nas subjetividades e nas formas pelas quais elas lêem suas experiências subjetivas e seus processos corporais, o que favorece o autodiagnóstico. Afinal, esses enunciados oferecem uma gama de informações que propulsiona a identificação com os diagnósticos, a busca por psicofármacos e a auto-gestão dos riscos, o que aprofundaremos no segundo capítulo. Neste momento, o que devemos destacar é que o ideário da saúde – que é acompanhado, também, pelos ditames do corpo belo, funcional e performático – só opera, na medida em que o indivíduo tem consciência do próprio corpo e pode modificá-lo (Foucault, 1979). E isso só foi possível por conta do investimento que as tecnologias de poder direcionaram ao corpo:

a ginástica, os exercícios, o desenvolvimento muscular, a nudez, a exaltação do belo corpo...tudo isto conduz ao desejo de seu próprio corpo através de um trabalho insistente, obstinado, meticuloso, que o poder exerceu sobre o corpo das crianças, dos soldados, sobre o corpo sadio. (FOUCAULT, 1979, p. 146).

A incidência do poder sobre o corpo tem como contrapartida, segundo Foucault (1979), a reivindicação do próprio corpo em relação ao poder. Por exemplo, no século XVIII, quando a sexualidade tornou-se um alvo de análise, iniciou-se um controle da masturbação na Europa. Com isso, houve uma intensificação dos desejos em relação ao próprio corpo, de forma que se estabeleceu um embate, por exemplo, entre filhos e pais. Isso quer dizer que a “revolta do corpo sexual é o contra-efeito desta ofensiva.” (Ibidem, p. 147). O autor acrescenta que quando o prazer e o corpo se insurgiram contra as normas da sexualidade e do casamento, um novo investimento lhe foi dirigido. Mas este não se deu no sentido do *controle-repressão*, mas, sim, do *controle-estimulação*: “ ‘Fique nu...mas seja magro, bonito, bronzeado!’ A cada movimento de um dos dois adversários corresponde o movimento do outro”. (Ibidem, p. 147). Este é mais um exemplo de que o poder opera por uma positividade e que é preciso medirmos os efeitos dos discursos – sobretudo, os que tem pretensão científica (Foucault, 1971/1996) – e dos dispositivos que se coadunam a eles. Para isso, é interessante que estejamos norteados pela seguinte questão: “quais são, em seus mecanismos, em seus efeitos, em suas relações, os diversos dispositivos de poder que se exercem a níveis diferentes da sociedade, em domínios e com extensões tão variados?” (Ibidem, 1979, p. 174).

Visto isto, poderemos investigar como as atuais estratégias de poder estão *estimulando* a mercantilização dos riscos, a exigência de performance e a psiquiatrização da existência.

Discutiremos essas questões tendo como pano de fundo a relação que se estabelece entre discurso científico e neoliberalismo que, por sua vez, transformou vários bens em mercadorias. Afinal, “os deuses não mais nos protegem e nos inscrevem num mundo permeado totalmente pelos discursos da ciência e do consumo de mercadorias”. (BIRMAN, 2012, p. 122). É, a partir disso, que discutiremos a perda do poder simbólico da psicanálise.

2. O supermercado da performance, dos riscos e dos psicofármacos: o consumidor, o consumo da dor e o sujeito consumido

O motivo é que, vendo-me fraco e doente como estou, quero ter um genro e aliados médicos, a fim de ter o apoio de bons socorros contra minha doença, de ter dentro da família a fonte de remédios que me são necessários e de estar à mão de consultas e prescrições.

Jean-Baptiste Molière⁴⁰

No capítulo anterior, tematizamos a perda do poder simbólico da psicanálise a partir de dois eixos: o esgotamento do processo de modernização do social e a exclusão do corpo pela tradição pós-freudiana (Birman, 2000). A partir disso, procuramos compreender o investimento que a medicina e a psiquiatria dirigem ao corpo-organismo, por intermédio dos riscos, o que supôs que revisitássemos as teorias da herança mórbida e da degenerescência. Em seguida, discutimos a constituição da sociedade moderna, o que nos permitiu analisar como as noções de *discurso*, *dispositivo*, *poder*, *saber* e o biopoder articulam-se, na pesquisa de Michel Foucault, ao processo de medicalização. Segundo o autor, o biopoder foi indispensável para que o capitalismo se desenvolvesse, isto é, esse supôs

a inserção dos corpos no aparelho de produção [...] um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos [...] o ajustamento da acumulação dos homens à do capital, a articulação do crescimento dos grupos humanos à expansão das forças produtivas e a repartição diferencial do lucro, foram, em parte, tornadas possíveis pelo exercício do bio-poder com suas formas e procedimentos múltiplos. O investimento sobre o corpo vivo, sua valorização e a gestão distributiva de suas forças foram indispensáveis naquele momento” (FOUCAULT, 1976/1975, p. 133).

E hoje, como se coaduna o *poder*, o *saber* e o capitalismo? Que *discursos* são valorados no contexto neoliberal? Que “vontade de saber” lhes servem de suporte e instrumento? Que modelos de subjetivação estão sendo forjados por eles? Bem, no presente capítulo, pretendemos investigar como essas questões contribuem para o silenciamento das dimensões simbólica e histórica do sujeito, o que será um norteador para pensarmos a atual crise da psicanálise. Pois, como afirmou Robert Castel (1987), a partir da metade dos anos sessenta, começamos a entrar na pós-psicanálise: “A pós-psicanálise não é o fim da

⁴⁰ MOLIÈRE, J.P. (1673). **O doente imaginário**. Belo Horizonte: Crisálida, 2002, p.43

psicanálise, mas o fim do controle pela psicanálise do processo de difusão da cultura psicológica na sociedade”. (p. 133). Mas o que sustenta essa cultura psicológica?

As coordenadas econômicas do neoliberalismo e suas incidências no âmbito sociopolítico foram as matrizes sobre as quais se constituiu a sociedade pós-moderna. Com isso, o *mercado* ocupou um lugar central, a “política foi esvaziada em nome da gestão e a governança passou a regular assim as práticas do Estado neoliberal.” (BIRMAN, 2014, p. 30). Isso significa que a noção moderna de *sociedade*, centrada na figura do *cidadão* e na *soberania popular*⁴¹, entrou em colapso, na pós-modernidade, o que implicou o aparecimento da figura do *consumidor* em detrimento do *cidadão* que, por sua vez, se viu destituído de seus direitos (Birman, 2014). A colocação em questão da ideia de sociedade pela lógica neoliberal fica nítida na fala de Margareth Thatcher (que foi a primeira-ministra do Reino Unido entre 1979-1990) em uma entrevista: "eu não conheço sociedade, eu conheço indivíduos." ⁴². Desse modo, podemos perguntar: quando a ordem política contemporânea passa a ser pensada a partir da ideia de *mercado*, o que se promove não é o desaparecimento da noção de *liberdade* e da figura do cidadão tal como constituída na modernidade (Foucault, 1961)? Será que a perda do poder simbólico da psicanálise e o silenciamento da noção de subjetividade não estariam apontando para a desconstrução da figura do *cidadão* em prol da figura do *consumidor*? Um exemplo disso é que a noção de *deficiência*, tal como discutida por Robert Castel (1987), está inscrita no campo do direito que, por sua vez, é pensado pelo discurso da ciência e da biomedicina, o que ratifica a ideia de que o que está em pauta é a desconstrução tanto da figura do cidadão como da subjetividade.

A precarização do laço social é uma das grandes marcas do cenário neoliberal, na medida em que o espaço público parece ter se esvaziado em nome das tiranias da intimidade: “O mundo dos sentimentos íntimos perde suas fronteiras; não se acha mais refreado por um mundo público onde as pessoas fazem um investimento alternativo e balanceado de si mesmas.” (SENNET, 1980/1988, p. 19). Christopher Lasch (1979/1983) também discutiu essa questão ao demonstrar como “o movimento das linhas de força em direção ao espaço privado e à intimidade foi constitutivo do que denominou de *cultura do narcisismo*.” (BIRMAN, 2014, p. 29). Outra característica que acompanhou a passagem da noção de sociedade para a de mercado foi o fato de o trabalho ter deixado de definir a condição antropológica do

⁴¹ Referências indicadas pelo autor:

REVAULT, D' ALLONNES, M. (2010). **Pourquoi nous n'aimons pas la démocratie**. Paris: Seuil;
BROWN, W. (2007). **Les habits neufs de la politique mondiale**. Paris: Les Prairies Ordinaires.

⁴² No ano seguinte, Ronald Reagan, foi eleito nos EUA e Helmut Kohl foi eleito em 1982, na Alemanha, formando, assim, o tripé que espalhou a lógica neoliberal pelo mundo. Disponível em: <http://csbbrasil.org.br/o-liberalismo-economico/>. Acesso em: 8 dez.2014.

indivíduo. Afinal, o que importa é que esse seja um *bom empresário de si mesmo* (Foucault, 1978-1979/2008) e quem está aquém disso se torna alvo da psiquiatrização e da criminalização (Birman, 2014). E, para compreendermos como esses processos coadunam-se à *gestão dos riscos* e à *exigência de performance*, será preciso analisarmos como a governabilidade neoliberal, a insegurança social e o mal-estar psíquico se articulam (Birman, 2014).

Birman (2013a) refere-se, como um dos marcos da constituição da sociedade contemporânea, à formulação de Bill Clinton, feita em meados de 1990, na qual ele afirmou que naquele momento se inauguraria a “década do cérebro”. Isso evidencia, segundo o autor, a íntima relação que há entre a constituição histórica da ordem neoliberal e o aumento do poder simbólico das neurociências. Pois, como pontua Ehrenberg (2009), “a mediação obtida pelas neurociências é indubitável e o cérebro se tornou uma personagem da imaginação contemporânea.” (p. 200). Como vimos, a tentativa de se localizar as causas hereditárias e biológicas das patologias mentais atravessou a história da psiquiatria no século XIX e tudo se passa como se esse projeto tivesse sido retomado de forma mais enfática na passagem do século XX e XXI, por conta dos avanços tecnológicos, da genética, das neurociências e dos psicofármacos (Caponi, 2011). Vale sublinhar que a *National Association for the Mentally Ill* (NAMI), a associação americana mais importante das doenças mentais, desenvolveu-se bastante em 1970, quando a genética molecular começou a investigar as doenças mentais (Ehrenberg, 2009). A partir disso, a psiquiatria começou a investigar os mecanismos celulares e moleculares com o intuito de descobrir formas de alterar os estados mentais e afetivos. Isso significa que, ao se apoiar nas neurociências e na neurobiologia molecular, a psiquiatria conseguiu se inscrever na *Big Science* (Ehrenberg, 2009) e, com isso, ela se automatizou da psicanálise (Birman, 2005). A pergunta que se coloca é que modos de subjetivação são positivados e quais são negativizados nesta conjuntura, o que implica em discutirmos como a *cultura do narcisismo* (Lasch, 1979) coaduna-se ao imperativo da performance, à psicopatologia e aos psicofármacos. Essa discussão nos ajudará a compreender, também, como as ofertas terapêuticas incidem nas demandas sintomáticas (Borch-Jacobsen, 2013) e como a regulação bioquímica dos afetos e paixões implica em uma leitura naturalista do sujeito (Birman, 2014; Ortega; 2009; Ehrenberg; 2009).

Segundo Foucault (1966/1977), “o que se poderia chamar de ‘limiar de modernidade biológica’ de uma sociedade se situa no momento em que a espécie entra como algo em jogo em suas próprias estratégias políticas” (p. 134). Desse modo, podemos interrogar: que estratégias políticas o “limiar da pós-modernidade” biológica opera? Para destrincharmos essa

questão, discutiremos como os avanços tecnocientíficos e os enunciados do bem-estar embasam as promessas de longevidade e de imortalidade (Birman, 2012).

Em suma, investigando a relação entre neoliberalismo, gestão de riscos, exigência da performance e, ainda, como esses se articulam aos campos da psicologia, da psicofarmacologia, das neurociências e da psiquiatria biológica, procuraremos responder o seguinte problema: que modelos de subjetivação estão sendo forjados por esses *discursos* e como isso contribui para a crise da psicanálise?

2.1. Neoliberalismo e insegurança: luz, performance e ação?

Como sublinha Birman (2014), é preciso atentarmos para o fato de que o neoliberalismo não pode ser entendido como um mero resgate das coordenadas liberais. Afinal, no liberalismo clássico do século XIX, a economia não operava de forma autônoma, pois o Estado tinha a função de regulá-la de forma parcial. Já a lógica neoliberal implica uma economia de mercado, o que significa que este se tornou o regulador das medidas políticas. Com isso, os bens que até então eram geridos pelo Estado, tornaram-se mercadorias, como a saúde, a educação e as produções intelectuais.

Uma das resultantes do neoliberalismo foi a minimização do poder político do Estado-Nação, de forma que a gestão da violência passou a ser exercida pelo Estado-penal, o que foi acompanhado pela intensificação da insegurança social e pela ampliação do campo da periculosidade. Isto é, se “a problemática da *periculosidade* social constituiu-se desde o século XIX [...] a extensão do dito campo da periculosidade foi bastante ampliada pelo Estado neoliberal.” (BIRMAN, 2013a, p. 8-9). Vale ressaltar que os profissionais das ciências humanas, como colaboradores do Estado-penal, tendem a ler as expressões de agressividade por um viés comportamentalista⁴³, em vez de a conceberem como uma forma de enunciação do sujeito. Isto está atrelado ao fato de que o ‘novo behaviorismo’ e o cognitivismo “possibilitam que os processos de medicalização e de criminalização podem ser incrementados na sociedade neoliberal com uma legitimidade supostamente científica.” (Ibidem, p. 22).

⁴³ Isto é observado, também, no campo da psiquiatria, como nas descrições do transtorno da personalidade antissocial e do transtorno de conduta. O primeiro costuma apresentar: desprezo aos direitos dos outros; arrogância; manipulação; tendência em destruir propriedades e roubar; fracasso em planejar o futuro; dificuldade em se relacionar monogamicamente; negligência nos cuidados parentais (DSM-IV, 1994). O segundo é caracterizado, por exemplo, por comportamentos antissociais, violação de normas sociais, desrespeito, dificuldade no desempenho social e acadêmico (Bordin; Offord, 2000).

Para aprofundarmos essa discussão, é preciso analisarmos outros elementos que contribuíram para que a insegurança social se estabelecesse no contexto neoliberal como, por exemplo, o fato do Estado ter deixado de proteger as camadas populacionais de baixa renda (Birman, 2013a). Com isso, lhes foi imputado a responsabilidade moral sobre sua posição social, como se elas não tivessem aproveitado as oportunidades que uma sociedade supostamente igualitária oferece. Na leitura de Ehrenberg (2000), o fato do Estado, da família e da tradição terem deixado de funcionar como sustentáculos simbólicos obrigou os indivíduos a se tornarem responsáveis pelo próprio sucesso e fracasso. Isso foi acompanhado pela transição do paradigma do permitido/proibido (que remetia para o espaço público) para o conflito pessoal entre o possível/impossível o que gera, muitas vezes, a sensação de *insuficiência*. A partir disso, é possível notarmos que a insegurança social incide nas *afetações* das subjetividades e outras ilustrações disso são a perda da autoestima e a vergonha. Elas também apontam para “um processo de *desnarcisação* dos indivíduos, resultante da mácula da vergonha que incidiu violentamente sobre as suas identidades sociais.” (Birman, 2014, p. 32). Evidentemente, esse mal-estar generalizado incrementa o processo de *psiquiatrização da existência* que, por sua vez, pretende evitar com que o sofrimento seja transformado em agressividade. Mas, quando isso não funciona, são os processos de criminalização e de judicialização que se impõe (Birman, 2014), o que tem como pano de fundo a ausência do reconhecimento simbólico:

pela mediação da vergonha e da culpa, que delineiam o sujeito como indigno e humilhado no registro moral, em decorrência da promoção da quebra crucial de seu narcisismo, o sujeito não seria mais escutado nem tampouco reconhecido simbolicamente nas suas demandas [...]. Tudo isso produziria então uma experiência de não reconhecimento no sujeito, que teria neste uma incidência efetivamente traumática. (BIRMAN, 2013a, p. 21-22).

Podemos afirmar, neste sentido, que a vergonha e a impotência estão atreladas ao fato do espaço público não oferecer mais nenhuma garantia, como apontou Lasch (1984/1986). Com isso, o indivíduo refugia-se em si mesmo, constituindo um *mínimo eu*, como uma espécie de *sobrevivência psíquica em tempos difíceis*, título de sua obra. A contrapartida disso, exposta em 1979, é que o indivíduo da *cultura do narcisismo*, por um lado, não é caracterizado pela auto-admiração, mas, sim, por uma autocrítica: “O novo Narciso olha para seu próprio reflexo, não tanto por admiração, mas por uma incessante procura de imperfeições, sinais de fadiga, decadência.” (LASCH, 1979/1983, p. 123). Por outro lado, ele passa a conceber sua própria existência como um espetáculo. Por isso, Birman (2000) afirma

que, diferente da subjetividade moderna, marcada pela interioridade e pela reflexão sobre si, a subjetividade contemporânea se caracteriza, paradoxalmente, pelo autocentramento e pela exterioridade. Pois, nessa “performance, marcada pelo narcisismo funesto [...] o que importa é que o eu seja glorificado [...]. Com isso, o eu se transforma numa majestade permanente, iluminado que é o tempo todo no palco da cena social.” (BIRMAN, 2000, p. 168). Desse modo, podemos entrever que a *estética performática do espetáculo* pode provocar tanto a vergonha como, também, a arrogância, que se tornou uma forma de subjetivação naturalizada em diversas registros do espaço social (informação oral)⁴⁴. Afinal, “o que é a demanda de espetáculo e de performance [...] senão modalidades do indivíduo existir na exterioridade, para que possa gozar com a admiração que provoca no olhar do outro?” (Ibidem, p.170).

Devemos sublinhar que as novas condições do mercado de trabalho inscrevem-se de forma enfática nessa problemática, pois contribuem para a sensação de fracasso que, segundo Sennett (1999/2009), tornou-se um dos maiores tabus da atualidade. Afinal, os trabalhadores foram destituídos de muitos direitos e a vida produtiva passou a ser reduzida à metade da vida biológica, de forma que muitos são impelidos a se aposentarem mesmo sem apresentar incapacidades. Já os jovens são buscados por serem flexíveis e assumirem riscos, pois “não se mexer é tomado como sinal de fracasso, parecendo a estabilidade quase uma morte em vida.” (SENNETT, 1999/2009, p. 102). Ademais, a escassez de empregos incrementa a rivalidade social e, com isso, a performance torna-se um recurso de sobrevivência no mercado de trabalho: “a performance dos indivíduos se impôs como critério para a manutenção dos postos de trabalho, por um lado, assim como os processos de avaliação das práticas sociais se disseminaram, incidindo em todos os registros sociais” (BIRMAN, 2014, p. 31). É neste sentido que Sennet (1999/2009) defende que a batalha para se driblar a competitividade propicia a *corrosão do caráter*, fazendo com que alguns pressupostos éticos e sociais sejam colocados em xeque. Isso ocorre, por exemplo, como a solidariedade social que, por sua vez, é o correlato das relações inter-humanas pautadas na alteridade (Birman, 2000).

O que está em jogo é que a precarização do laço social é uma das resultantes do neoliberalismo e, para aprofundar essa discussão, é importante explorarmos como a performance se relaciona à psicopatologia e à psicofarmacologia na pós-modernidade. Como defende Birman (2000), diferente do pensamento ocidental do século XIX – em que a modalidade de subjetividade *fora-de-si* era aproximada negativamente da alienação mental

⁴⁴ BIRMAN, J. Conferência. “Espelho, espelho meu, existe alguém mais belo do que eu?”. In: **XII Jornada do Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos**: “Imagens improváveis, imagens impensáveis - presenças no mundo”. Rio de Janeiro: EBEP, 15. Jun. 2013.

que, por sua vez, era socialmente excluída –, na pós-modernidade ela refere-se às subjetividades autocentradas e performáticas. E, inversamente, elas passaram a ser valoradas no campo social: “O sujeito fora-de-si passa a ser bendito e não mais amaldiçoado. Os excessos na interioridade, no estado de ser dentro-de-si, é que passam a ser então considerados negativos para o sujeito.” (BIRMAN, 2000, p. 172). Desse modo, a psicopatologia pós-moderna voltou-se para o modo de subjetivação *dentro-de-si*, o que é ilustrado pelo fato das toxicomanias, das depressões e das síndromes do pânico terem se tornado objeto de muitas pesquisas nos últimos 30 anos. Elas apontam para a impossibilidade de alcançar a *exaltação de si mesmo*: “Quando se encontra deprimido e pânico, o sujeito não consegue exercer o fascínio de estetização de sua existência, sendo considerado, pois, um fracassado segundo os valores axiais dessa visão de mundo.” (Ibidem, p. 169).

Segundo o autor, tudo se passa como se a tradição do sujeito centrado na interioridade estivesse sendo colocada em xeque, na medida em que a modalidade de subjetividade *fora-de-si* passou a ser amplamente valorada. Isto parece se relacionar à lógica neoliberal, na qual o “vencer” é garantido pela performance o que, por sua vez, dá um lugar estratégico às drogas. Pois, pelo “uso sistemático de drogas o indivíduo procura desesperadamente ter acesso à majestade da cultura do espetáculo e ao mundo da performance.” (Ibidem, p. 169). A busca pela performance, do ponto de vista da metapsicologia freudiana, relaciona-se, segundo Birman (2014), à pulsão de domínio⁴⁵ pois, por meio desta, o sujeito impõe seu poder sobre o objeto para controlá-lo e, assim, obter a experiência da satisfação (Freud, 1905). Afinal, a posição de passividade é insuportável, portanto, por meio da atividade, o sujeito tenta se afirmar de forma fálica, o que aprofundaremos no terceiro capítulo. O que devemos destacar agora é que a performance tornou-se um valor supremo:

se a performance como forma de subjetivação passou a ser um imperativo para os indivíduos neste contexto social, isso se deve ao fato de que cada indivíduo foi transformado numa microempresa e num empresário de si mesmo, em todos os campos das práticas sociais, como nos disse Foucault em *Nascimento da biopolítica*. (BIRMAN, 2014, p. 31).

⁴⁵ “A crueldade é perfeitamente natural no caráter infantil, já que a trava que faz a pulsão de dominação deter-se ante a dor do outro – a capacidade de compadecer-se – tem um desenvolvimento relativamente tardio. [...] podemos supor que o impulso cruel provenha da pulsão de dominação e surja na vida sexual numa época em que os genitais ainda não assumiram seu papel posterior. (FREUD, 1905/1989, p.180). Freud acrescenta que: “Uma segunda fase pré-genital é a de organização *sádico-anal*. Nela, a divisão em opostos que perpassa a vida sexual já se constituiu, mas eles ainda não podem ser chamados de *masculino* e *feminino*, e sim de *ativo* e *passivo*. A atividade é produzida pela pulsão de dominação através da musculatura do corpo” (Ibidem, p. 186).

Isso aponta para o trinômio que se estabelece entre droga, performance e *psiquiatrização da existência*, afinal o que está em jogo é a “promoção da performance do sujeito, pela psiquiatrização ostensiva da normalidade.” (Ibidem, p. 36). No que concerne a isso, Robert Castel (1987) defende que, apesar das especificidades, tanto a terapia comportamental como a abordagem pautada na regulação bioquímica estão a serviço da performance. A terapia comportamental, tributária do behaviorismo, objetiva reduzir as condutas negativas e potencializar as positivas: “não é mais somente a esfera do patológico que está em vista, mas mais geralmente a diferença em relação a normas de conduta, na proporção que incomoda [...]. Já estamos na esfera da ‘terapia para os normais’.” (CASTEL, 1987, p. 98). Sobre a atual nomenclatura psiquiátrica, sua hipótese é que elas visam menos delimitar os campos do normal e do patológico do que inaugurar um trabalho de reforço da normalidade. E essa *psiquiatrização da normalidade* incide nos mais diversos níveis, por exemplo, a tensão pré-menstrual, que sempre foi caracterizada pela dor e pela tristeza, tornou-se uma síndrome específica e a tristeza e as variações de humor, que marcam a experiência humana, passaram a ser diagnosticadas como depressão e bipolaridade (Birman, 2014)⁴⁶.

É preciso ressaltarmos que a contrapartida da *performance* é a ideia de *deficiência*. Por exemplo, a lei francesa de 1975 abrange os deficientes físicos, mentais e sociais e o ponto de interseção entre eles é a incapacidade para se alcançar a performance (Castel, 1987). A incapacidade social, segundo Ehrenberg (2009), vem sendo ligada, também, às patologias cerebrais, como ocorre com os “Aspergers”, que possuem um QI dentro da média, mas são “socialmente deficientes”:

É a distância entre suas competências intelectuais e suas incompetências sociais que chama atenção [...]. Seus déficits não resultam de maus-tratos parentais ou de uma falha no caráter, mas de um cérebro que funciona diferentemente daquele das pessoas normais. (EHRENBERG, p. 202).

Neste sentido, um dos maiores signos da diferença entre a psiquiatria moderna e a pós-moderna é a proliferação da categoria de *déficit*⁴⁷ (Castel, 1987). Esta insinua que algo pode ser compensado e evidencia, ainda, que as categorias psiquiátricas forjam um domínio de desigualdades no qual as inferioridades são detectadas. Há diagnósticos que não são

⁴⁶ Isso contribui para a venda de medicamentos: “Tomar a menopausa, processo biológico inevitável que afeta as mulheres em torno de 50 anos, e redefini-la como uma perda de estrogênio que pode ser compensada por um tratamento hormonal de substituição como o Prempro® [...] Ou tomar a demência senil, processo neurológico irreversível ligado ao envelhecimento e torná-la [...] uma *doença* d’Alzheimer [...] permitirá vender os inibidores da colinesterase como o Aricept®, o Exelon® ” (BORCH-JACOBSEN, 2013, p. 307. Minha tradução).

⁴⁷ O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é caracterizado, por exemplo, pela desatenção; inquietação na cadeira; mudanças abruptas de assunto; baixo desempenho acadêmico (DSM-IV, 1994).

nomeados como um *déficit*, mas que remetem, também, para a incapacitação, como os transtornos de aprendizagem (seja da matemática, da leitura, da expressão escrita ou sem outra especificação) (DSM-IV,1994). Vale dizer que essas descrições tendem a explicar a dificuldade de aprendizagem por perspectivas comportamentais, ignorando os registros histórico e simbólico do sujeito (Birman, 2014). Um segundo ponto importante é que os “deficientes” são inseridos em circuitos especiais do campo social. Afinal, as novas tecnologias preventivas não só detectam deficiências, mas, também, visam “constituir redes para os superdotados, tanto quanto para os seus contrários, programar circuitos promocionais tão bem quanto segregativos.” (CASTEL, 1987, p. 178). O que se esquece é que, embora as performances requisitadas em determinado momento histórico sejam assimiladas como uma normalidade “natural”, elas não são universais, pois seus critérios variam de acordo com as exigências de cada contexto e, até mesmo, de cada instituição (Castel, 1987).

Um terceiro ponto que devemos destacar é que a *psiquiatrização dos normais* é realizada para qualificar os indivíduos, isto é, prepará-los para lidar com os impasses colocados pela *sociedade de risco* (Birman, 2014). Pois, como vimos, o mercado triunfou sobre a sociedade, fazendo com que a figura do *cidadão* fosse substituída pela do *consumidor*: “Por conta disso, o *risco* se impôs no espaço social de maneira generalizada, constituindo-se então a sociedade de risco.” (BIRMAN, 2014, p. 31). Para compreendermos isso, é importante discutirmos algumas formas pelas quais o *risco* se inscreve na pós-modernidade.

2.2. Os riscos na pós-modernidade: globalização, gestão e biopoder

Um dos efeitos sociopolíticos e econômicos da mundialização, segundo Ulrich Beck (1986/2010), foi que o *risco* ganhou uma dimensão global, o que embasa sua hipótese de que vivemos em uma *sociedade de risco*. Um dos vetores centrais que levou a isso foi o fato da natureza ter começado a manifestar os sintomas de sua degradação, fazendo com que nos deparássemos com nossa fragilidade. No entanto, os riscos não estão restritos à escassez natural nem às catástrofes naturais⁴⁸, pelo contrário, se apresentam nos mais diversos níveis, como no mercado financeiro, no desemprego, na saúde e no terrorismo.

A partir disso, o autor diferencia a *sociedade de classes* e a *sociedade de risco*. A primeira tinha como referência o ideal de *igualdade*, como meta a produção de riqueza e ela

⁴⁸ O autor diferencia o *risco* da *catástrofe*: “Risco não significa catástrofe; significa *antecipação* da catástrofe. Os riscos consistem em encenar o futuro no presente, ao passo que o futuro das futuras catástrofes é em princípio desconhecido.” (BECK, 1986/2010, p. 362).

era marcada pela “solidariedade pela carência”. Já a segunda tem como base a *segurança* e a produção de riqueza é acompanhada, necessariamente, pela produção de riscos. Esses elementos propiciam o estabelecimento de uma insegurança generalizada e, por conseguinte, da “solidariedade pelo medo”. E, como o medo é movediço, pois se define de acordo com as ameaças em pauta, as relações interpessoais podem ser facilmente desfeitas, o que é uma outra forma de entender a precarização do laço social na contemporaneidade.

Antes de avançarmos, é preciso destacarmos dois pontos em relação a essas hipóteses. Primeiro, ao distinguir os dois modelos de sociedade, o autor não está defendendo que a *sociedade de risco* não é marcada pelas desigualdades sociais. Pelo contrário, seu enfoque é compreender como a desigualdade social corresponde à desigualdade de exposição ao risco, o que aponta para a *vulnerabilidade social*⁴⁹:

a vulnerabilidade social se tornou uma dimensão fundamental nas análises sobre desigualdade social na sociedade mundial de risco: processos e condições sociais produzem uma exposição desigual a riscos [...] A *vulnerabilidade social* transforma e radicaliza a categoria de “classe” (BECK, 1986/2010, p. 366)

Em segundo lugar, o autor refere-se aos riscos como uma *produção*, o que significa que eles não são universais, mas, sim, forjados. Isto é, diferente das incertezas calculáveis da antiga sociedade industrial, os riscos da pós-modernidade são *incertezas fabricadas*. Estas “se distinguem pelo fato de dependerem de decisões humanas, de serem criadas pela própria sociedade [...] impostas coletivamente e portanto inevitáveis individualmente.” (Ibidem, p. 363). Neste sentido, os riscos são caracterizados pela *deslocalização* (são onipresentes), pela *incalculabilidade* (são “virtuais”, induzidos pela ciência e pelos dissensos normativos) e pela *não-compensabilidade*:

o sonho de segurança da modernidade europeia do século XIX se baseava na utopia científica de tornar os perigos [...] cada vez mais controláveis; os acidentes podiam ocorrer na medida em que e porque eram considerados compensáveis. Mas se o clima mudou irreversivelmente, se o progresso da genética humana torna intervenções irreversíveis na existência humana, se os terroristas tem armas de destruição em massa [...], então é tarde demais. Dada a nova classe de ameaças à humanidade, a lógica da compensação entra em colapso e é substituída pelo princípio da “precaução pela prevenção” (François Ewald). (Ibidem, p. 363-364)

⁴⁹ Até porque a lógica do risco pressupõe “alguém que toma a decisão, o que produz uma assimetria radical entre aqueles que decidem, definem e tiram proveito dos riscos e aqueles que são seus alvos. [...] A relação entre risco e poder, entre risco e desigualdade reside nessa cisão. [...] A categoria de classe não dá conta dessa lógica específica de dominação.” (BECK, 1986/2010, p. 366).

Justamente pelos riscos terem essas características, a ciência pode maximizá-los ou atenuá-los. Isso significa que o *risco* pode ser manipulado e que o conhecimento, as formas de produzi-lo (pesquisas) e de distribuí-lo (mídia) têm funções sociopolíticas que repercutem na experiência dos indivíduos. Afinal, eles contribuem para a instauração de uma consciência cotidiana, teórica e cientificizada dos riscos o que, por um lado, incrementa a sensação de insegurança, mas, por outro, dá a ideia de que é possível se prevenir contra os riscos. Por exemplo, quando se estipula o grau e a extensão de determinado risco, transmite-se a esperança de que é possível evitá-lo pelo manuseio técnico. Isto remete para a imbricação que há entre racionalidade científica e social, pois os indivíduos se tornam coprodutores ativos da construção do conhecimento:

o caráter historicamente inédito dos riscos funda-se atualmente em sua simultânea construção científica e social, e isto num sentido triplo: a ciência se converte em causa [...], expediente definidor e fonte de solução em relação aos riscos, e precisamente desse modo, conquista novos mercados de cientificização. (BECK, 1986/2010, p. 235)

Segundo o autor, a partir da metade do século XX, a racionalidade científico-tecnológica foi relativizada. Isso se deu por conta das suas promessas não cumpridas e por que se percebeu que ela privilegia a produtividade em detrimento da natureza e das possíveis ameaças⁵⁰. Ademais, não existe um único discurso científico que seja hegemônico, pelo contrário, há uma coexistência de discursos heterogêneos (científicos e anticientíficos). Com isso, incrementa-se o campo obscuro e infinito dos riscos, o que contribui, ainda mais, para a inauguração de novos mercados:

Por meio das definições cambiantes de riscos, podem ser geradas necessidades inteiramente novas – e por decorrência, mercados inteiramente novos [...] Em lugar das necessidades preestabelecidas e manipuláveis como marco referencial para produção de mercadorias, entra em cena o risco autofabricável. (Ibidem, p. 68).

Se os riscos são fabricáveis, eles podem ser removidos do painel de consciência a qualquer momento, o que demonstra que a conscientização dos riscos é infinitamente reversível. Até porque tratam-se de “inexperiências de segunda mão”, aliás, “em última instância, ninguém é capaz de conhecer os riscos, enquanto conhecer quiser dizer tê-los deliberadamente experimentado.” (Ibidem, p.88).

⁵⁰ Por exemplo, para o autor, a delimitação dos valores máximos das emissões tóxicas já implica a legitimação e o consentimento para o envenenamento coletivo normalizado. Devemos contextualizar, inclusive, que a primeira edição de seu livro foi publicada, pouco tempo depois do acidente de Chernobyl, no qual a usina nuclear (que tinha fins pacíficos e era regida por uma segurança máxima) explodiu, alastrando o caos pela Europa, como sinalizou Aurélio Nogueira na orelha do livro.

Outra análise da inscrição do *risco* na pós-modernidade foi feita por Robert Castel (1987) que sustenta a hipótese de que assistimos à emergência de uma nova modalidade de gestão do social. Afinal, os avanços da informática permitem realizar combinatórias sistemáticas de dados que tornam possíveis o controle estatístico dos fluxos populacionais e a gestão das particularidades dos indivíduos:

Essa rede diversificada de atividades de expertises, avaliações, [...] de distribuição das populações que representa uma nova fórmula de gestão do social está agora por ser descrita. Assistimos ao advento de estratégias inéditas de tratamento dos problemas sociais, a partir da gestão das particularidades do indivíduo. (CASTEL, 1987, p. 17).

O autor sinaliza que, enquanto o modelo disciplinar supunha a presença (mesmo que virtual) dos vigiantes e dos vigiados – o que era garantido pela individualização (Foucault, 1975) – a nova gestão centra-se nos *fatores de risco*, isto é, o objeto tornou-se abstrato. Em outras palavras, tenta-se detectar os indicadores do que pode emergir de indesejável no campo social para, assim, se constituir as “populações de risco”. Mas, com isso, o indivíduo é destituído de sua história e de sua qualidade de pessoa: “A pessoa desaparece na condição de interlocutor da intervenção, os indivíduos concretos são decompostos [...] e recompostos em fluxos abstratos de populações.” (Ibidem, p. 17).

Apesar da discussão de Robert Castel (1987) e Ulrich Beck (1986/2010) terem sido realizadas no mesmo contexto histórico e dialogarem quanto à temática (Birman, 2014), elas abarcam pressupostos e enfoques distintos. Por isso, precisaremos evidenciá-los, como também, contrastá-los com a pesquisa de Michel Foucault. A discussão de Beck (1986/2010) está centrada na articulação entre desenvolvimento tecnológico e capitalismo, sendo ela pensada a partir da ruptura que ocorreu no interior da própria modernidade. Pois, de forma similar ao processo de modernização, que provocou uma rotura nas práticas feudais e a emergência da sociedade industrial do século XIX, as transformações sociopolíticas do início do século XXI propiciaram uma reconfiguração da sociedade moderna. Em sua hipótese, a modernidade industrial “deu um tiro nos próprios pés”, por isso, vivemos em uma modernidade reflexiva. Isto é, vivemos os efeitos colaterais do capitalismo industrial que retornam como ameaças globais: “A crença da sociedade moderna no progresso está em contradição com o autodesencantamento da modernidade por meio dos riscos globais.” (BECK, 1986/2010, p. 360). Em relação à interpelação que lhe é feita sobre o fato do perigo ter sempre feito parte da existência humana, ele concorda. No entanto, ele demarca uma diferença entre *ameaça* e *risco*, sublinhando que este é um conceito moderno, pois “pressupõe

decisões humanas, futuros humanamente produzidos” (Ibidem, p. 362). Neste sentido, os riscos globais podem ser positivados, pois podem propulsionar uma comunicação em um mundo em que as diferenças são intoleráveis:

os riscos de grande escala atravessam a autossuficiência das culturas, idiomas, religiões e sistemas tanto quanto a agenda política nacional e internacional; eles perturbam suas prioridades e criam contextos para a ação entre posições, partidos e nações conflitantes que não conhecem nada uns sobre os outros, que se rejeitam e se opõem. (BECK, 1986/ 2010, p. 365).

Desse modo, ele dirige a seguinte crítica a autores como Michel Foucault: “aquilo que para Weber, Adorno e Foucault era uma visão aterradora – a racionalidade de vigilância total do mundo administrado –, é uma promessa para os que vivem no presente.” (Ibidem, p. 370).

Em relação ao pensamento de Foucault, um primeiro ponto a se destacar é que sua metodologia de pesquisa foi centrada em três momentos: o Renascimento⁵¹, a Idade Clássica e a Modernidade. Eles são marcados por descontinuidades, pois, em sua perspectiva, o pensar, o dizer, a verdade assumem diferentes facetas na escala da longa duração. Isso indica que Foucault não se pautou em uma análise histórica nem sociológica – por exemplo, Idade Clássica é uma categoria que se refere à história da literatura, o classicismo – mas, sim, em uma arqueologia e em uma genealogia. Pela arqueologia, o autor tentou “estabelecer a constituição dos saberes privilegiando as interações discursivas e sua articulação com as instituições, respondia a *como* os saberes apareciam e se transformavam.” (MACHADO, 1979, p. 10)⁵², o que significa que ele rompeu com a epistemologia. Na genealogia, Foucault introduz o problema do poder como uma ferramenta de análise para compreender a produção dos saberes⁵³. Como vimos, o autor não pensa o poder como uma propriedade, mas, sim, como um confronto, uma relação de forças (Foucault, 1979). Neste sentido, já encontramos uma diferença entre sua leitura e a de Beck (1986/2010). Pois, enquanto o primeiro defende que não é possível separar quem tem ou não o poder, o segundo pensa o poder em termos de assimetria, defendendo uma separação entre os que têm o poder de fabricar riscos e aqueles

⁵¹ O autor partiu do Renascimento por ser o momento de constituição da tradição européia e de retomada da antiga tradição greco-romana, pela ruptura com a Idade Média e com a tradição do cristianismo.

⁵² Sua análise arqueológica pode ser observada em *A história da loucura na Idade Clássica* (1961), *O nascimento da clínica* (1963), *As palavras e as coisas* (1966) e *A arqueologia do saber* (1969).

⁵³ A pesquisa genealógica está presente, por exemplo, em *Vigiar e Punir* (Foucault, 1975) e na *História da Sexualidade* (Foucault, 1976). Em seu curso “Genealogia e Poder”, o autor a define como “o acoplamento do conhecimento com as memórias locais, que permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização deste saber nas táticas atuais.” (Foucault, 1976/1979, p. 171).

que só vivem seus efeitos. Ademais, a análise sociológica de Beck (1986/2010), por um lado, parece se centrar na leitura descendente do poder, pois ele privilegia com as grandes estratégias econômicas e políticas do capitalismo geram efeitos moleculares. Foucault, ao contrário, centrou-se na análise ascendente e capilar do poder, ao indicar, por exemplo, que foram “os mecanismos de exclusão, os aparelhos de vigilância, a medicalização da sexualidade, da loucura, da delinquência, é toda esta micro-mecânica do poder que representou um interesse para a burguesia a partir de dado momento.” (FOUCAULT, 1976c/1979, p. 185). Por outro lado, Beck (1986/2010) demonstrou que a consciência social é imprescindível para a racionalidade científica e, desse modo, podemos dizer que ele contemplou uma análise circular do poder: é preciso que todos percebam os riscos para que eles sejam legitimados cientificamente. Podemos aproximá-los, também, pelo caráter produtor dos discursos, ainda que essas leituras sejam pautadas em diferentes pressupostos. Foucault (1979) defendeu que os *dispositivos de poder-saber* têm uma *eficácia produtiva*, isto é, produzem efeitos reais sobre seus alvos. Beck (1986/2010), a sua maneira, indicou que o discurso do risco incide nos indivíduos, que passam a ter uma consciência cotidiana e cientificizada sobre eles.

Visto isso, podemos destacar duas inscrições da noção de *risco* no trabalho de Foucault (1978-1979). Uma primeira, trabalhada no capítulo anterior, remete para os mecanismos de segurança que visavam garantir a qualidade de vida da população. Neste sentido, o *risco* se coloca como uma ferramenta de promoção da vida e de planejamento das populações, o que aponta para o campo do biopoder e da biopolítica. A noção de *risco* também se inscreve em sua análise sobre a *periculosidade*, o que foi articulado, por exemplo, com o campo da loucura. Primeiramente, é importante sublinhar que a loucura foi pensada por Foucault (1961/1972) a partir da noção do *mal*. Na Idade Média, a lepra foi trazida do Oriente Médio e, devido às cruzadas, foi logo disseminada na Europa. Com o fim da lepra, os leprosários – que haviam sido construídos nas periferias das cidades para colocar o *mal* na exterioridade – permaneceram como um espaço vazio a procura de ocupantes. Quem ocupou essa nova representação do *mal*? A loucura e, com isso, criou-se uma equivalência entre *mal*, loucura e morte⁵⁴.

⁵⁴ Por outro lado, no cenário renascentista, ela passava por um ritual de purificação pelas águas (como ilustra o quadro a *Nau dos Insensatos*, de Borsch) e, ainda, era concebida como um signo de liberdade e de verdade, como revela o teatro elizabethano (Foucault, 1961/1972).

Diferente do Renascimento, em que a magia era o motor da produção de conhecimento e que a experiência ética não passava pelo campo da razão, na Idade Clássica isso se transformou, na medida em que Descartes erigiu a razão como critério do sujeito pensante. Essa oposição entre razão e desrazão é constitutiva da tradição crítica da loucura que defende que nesta não há sujeito, verdade e obra. Vale dizer que, com isso, houve uma nova articulação entre loucura e *mal*, pois a loucura passou a ser pensada a partir da *qualidade da vontade*: ser louco é uma opção decisiva, um erro ético. Afinal, com a emergência da burguesia, desenvolveu-se uma nova concepção do trabalho, de forma que os indolentes e os ociosos deviam passar por uma reconversão moral. Por exemplo, a Grande Internação não teve uma finalidade médica, mas, sim, social, qual seja, eliminar os seres sociais, como: loucos, blasfemadores, feiticeiros, doentes venéreos, homossexuais. Um segundo ponto importante é que, neste contexto, houve uma recepção paradoxal da loucura, pois, por um lado, ela foi incorporada na experiência global do desatino, mas, por outro, ela recebeu um índice particular que estava ligado à noção de *animalidade*. Isto é, acreditou-se que a loucura era marcada por uma *invulnerabilidade* que se distinguia da fragilidade humana, o que distanciava o louco do campo da medicina e, ainda, justificava as práticas violentas impostas a ele.

Na Modernidade houve uma transformação arqueológica no campo da loucura, pois ela foi confiscada pelo poder médico e passou a ser concebida como uma doença mental. Mas, para embasar o confisco da experiência da loucura era necessário provar que os loucos eram doentes, o que não era possível pelos critérios da anatomopatologia e, por isso, a psiquiatria se instituiu como uma especialidade que daria conta da loucura (Birman, 1980). No que concerne a isso, é importante sublinhar que Foucault (1974-1975/2010) delineou a passagem da proto-psiquiatria para a psiquiatria propriamente dita, a partir da década de 40 do século XIX, sinalizando que isso implicou em algumas mudanças importantes, sobretudo, de objeto. A proto-psiquiatria pode ser situada no final do século XVIII e no início do século XIX e ela corresponde ao alienismo que tinha como objeto o alienado mental. É importante sublinhar que, neste contexto, emergiram as noções de cura, de reinserção social e de terapêutica, o que era impensável na Idade Clássica, pois acreditava-se que uma vez perdida a razão não seria possível recuperá-la. Mas, no campo da alienação mental, a razão tornou-se dialética, ou seja, era possível retificá-la pelo tratamento moral.

Em relação à constituição da psiquiatria propriamente dita, na década de 40 do século XIX, o autor enfatiza a importância da lei de 1838⁵⁵ que interligou a internação à autoridade médica. Neste momento, o objeto da psiquiatria tornou-se a periculosidade, o que significa que ela não se inscreveu como uma prática médica, mas, sim, como uma instância de proteção social: “É a questão do distúrbio, é a questão da desordem, é a questão do perigo, que a decisão administrativa coloca ao psiquiatra.” (FOUCAULT, 1974-1975/2010, p. 121). A legitimação da psiquiatria como uma garantidora da ordem social implicou o deslocamento do campo do pensamento (da consciência e da razão) para o campo da ação e do comportamento. No campo da arqueologia, isso aparece da seguinte maneira: o louco, agora mais caracterizado pela desobediência do que pelo delírio, não sabe fazer um *bom uso da liberdade* (Foucault, 1961). No campo da genealogia, Foucault (1973-1974/2006) aponta para o anseio do louco de ocupar o lugar de exceção soberana, de forma que caberia ao hospital psiquiátrico, como um espaço disciplinar, “cortar a cabeça do rei” pelo tratamento moral. Em seu curso “Os Anormais” (1975-1975), o autor abordou isso, sobretudo, pela ideia de *instinto*:

O que é o instinto? [...] o instinto permite reduzir a termos inteligíveis essa espécie de escândalo jurídico que seria um crime sem interesse, sem motivo e, por conseguinte, não punível; e, de outro, transformar cientificamente a ausência de razão de um ato num mecanismo patológico positivo. É esse, pois, na minha opinião, o papel do instinto, peça nesse jogo do saber-poder. (FOUCAULT, 1974-1975/2010, p. 118).

Por exemplo, a monomania homicida passou a ser o indicador do que está no cerne da loucura, a saber, a instintividade involuntária. Os psiquiatras precisavam dela porque “a exibiam como a prova de que [...] a loucura ficava perigosa. Ora, os psiquiatras necessitavam disso para definir e firmar seu poder no interior dos sistemas de regulação da higiene pública.” (Ibidem, p. 121). A legitimação dessa loucura instintiva pressupôs, justamente, o deslocamento do pensamento para o campo da ação, isto é, “deslocar do que pensa o doente para o que ele faz, do que ele é capaz de compreender para o que ele é capaz de cometer, do que ele pode conscientemente querer para o que poderia acontecer de involuntário em seu comportamento.” (Ibidem, p. 121). No entanto, essa periculosidade, marcada pelo registro involuntário, não poderia ser provada pelos critérios anatomopatológicos, o que representava um impasse para a psiquiatria. Nas palavras de Castel

⁵⁵ “A psiquiatria recebe com a lei de 1838 sua consagração, ao mesmo tempo como disciplina médica e como disciplina especializada no interior do campo da prática médica. [...] a internação deve ser [...] motivada pelo estado de alienação de um indivíduo, mas deve ser uma alienação capaz de comprometer a ordem e a segurança pública.” (FOUCAULT, 1974-1975/2010, p. 119-120).

(1987), a “impotência da psiquiatria, mesmo a mais positivista, a objetivar completamente a periculosidade foi uma cruz particularmente pesada de carregar” (p. 127). Mas hoje, com os avanços tecnológicos, há toda uma tendência em se defender que a *instintividade* é geneticamente produzida, como estamos podendo observar no decorrer do trabalho.

Antes de delinear as diferenças centrais entre a análise de Foucault e a de Castel (1987), é preciso situarmos a discussão deste autor sobre a gestão dos riscos. Ela teve como enfoque as transformações que se deram no campo médico-psicológico, pois, até metade dos anos setenta, a psiquiatria e a psicanálise detinham certa hegemonia. Mas, nas últimas décadas, entramos naquilo que o autor denominou de pós-psiquiatria e pós-psicanálise: “a psiquiatria e a psicanálise entram em crise, sua hegemonia se decompõe, e sua contribuição é a partir disso banalizada em meio a uma nova configuração que não dominam mais.” (CASTEL, 1987, p. 17). No que concerne a isso, é preciso sublinharmos dois pontos. Essa “nova configuração”, mencionada pelo autor, diz respeito à promoção do psicológico que é realizada, sobretudo, pelas *tecnopsicologias*. O segundo ponto é que, quando o autor se refere à crise da psiquiatria, ele está remetendo ao fato da psiquiatria clássica ter se entregue aos cânones das neurociências e da medicina, tornando-se, portanto, biológica. Em relação à psiquiatria clássica, o autor relembra que a periculosidade era imputada no doente mental, mas só era possível confirmá-la se o indivíduo fosse ao ato. A partir disso, ele diferencia as técnicas disciplinares e as novas políticas preventivas:

o modo de vigilância promovido por essas políticas preventivas é totalmente novo em relação ao das técnicas disciplinares [...] que Michel Foucault sintetizou a partir do modelo do Panopticon. [...] As novas políticas preventivas [...] tratam, num primeiro tempo, pelo menos, não são indivíduos, mas fatores, correlações estatísticas. (Ibidem, p. 126)

Isto está atrelado ao fato, segundo a hipótese que estamos nos embasando, de que até os anos 80 do século XX, eram os campos do normal, anormal e patológico que definiam a psiquiatria, mas, a partir desse momento, constituiu-se uma *psiquiatrização da normalidade* (Birman, 2014). Segundo Castel (1987), isso não significa que a correção dos desvios não esteja mais em pauta, mas, sim, que ela vem acompanhada pela promoção do psicológico que, por sua vez, é centrado na manipulação do capital humano e na administração de *handcapes*. Isso remete para a diferença entre *doença* e *deficiência*: “O louco pode, finalmente, ser genial; o deficiente representa sempre um déficit. Ele remete a um outro modo de pensamento e a uma outra tradição além das que constituíram a psiquiatria.” (Ibidem, p. 106). Pois, ainda que a psiquiatria tenha articulado o louco à violência, esta não se identificava com a noção de

deficiência, afinal o “que se esconde atrás da deficiência não é a irrupção do patológico, mas o reino da desigualdade.” (Ibidem , p. 106). É preciso sublinhar que o autor pensa essas transformações a partir de uma descontinuidade, defendendo que estamos em uma “ordem pós-disciplinar que não passaria mais pela imposição dos constrangimentos, mas pela mudança e a gerência do fator humano em função das figuras novas sob as quais se apresenta a necessidade social”. (Ibidem, p. 179).

Outro caminho teórico para pensar essa “ordem pós-disciplinar” seria pela hipótese de Deleuze (1990/1992) sobre a sociedade de controle. Em linhas gerais, o autor defende que a sociedade disciplinar era caracterizada pela assinatura (indivíduo), pelo número de matrícula (posição que ocupa na massa) e pelas palavras de ordem: o poder era individuante e massificante. Já a sociedade de controle é centrada nas cifras (senha), os indivíduos tornaram-se “dividuais” e as massas foram transformadas em amostras e mercados. Desse modo, o poder não é mais garantido pelos *moldes* das instituições disciplinares, isto é, não opera “mais por confinamento, mas por controle contínuo e comunicação instantânea” (DELEUZE, 1990/1992, p. 216). Essa mudança ocorreu por conta da mutação do capitalismo que deixou de se pautar na concentração, propriedade e produção, para se centrar no produto, na sobreprodução, na venda de serviços e na compra de ações. Isso foi acompanhado pela crise das instituições, o que fez com que o controle se dirigisse para a *modulação* dos movimentos. Por exemplo: “No *regimes dos hospitais*: a nova medicina “sem médico nem doente”, que resgata doentes potenciais e sujeitos à risco [...] substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria “dividual” a ser controlada.” (Ibidem, p. 225).

Ao expor essas descrições, não estamos assumindo a hipótese de que há uma descontinuidade entre a sociedade disciplinar e a sociedade de controle, nem pretendemos aprofundar essa discussão, até porque isso pressuporia um outro objeto de pesquisa e, portanto, outra metodologia. Estamos apenas apresentando outros ingredientes teóricos que abordam a constituição de uma ordem pós-disciplinar, tal como defendida por Castel (1987). Até porque, na perspectiva que estamos trabalhando, a mudança do vetor normal, anormal e patológico para a *psiquiatrização da normalidade* (Birman, 2014) e para a *terapia dos normais* (Castel, 1987) não implica a substituição da sociedade disciplinar para a sociedade de controle, sobretudo, se considerarmos a normatividade, o caráter positivo do poder, o biopoder e a biopolítica. Como vimos, a constituição da sociedade disciplinar pressupôs a elaboração um sistema de normas que se articulava às ciências humanas, portanto, não podemos restringi-la ao modelo do panóptico. Observamos, ainda, que o poder disciplinar tem

um caráter positivo importante, na medida em que prescreve comportamentos pautados em uma sanidade definida e disseminada como norma e, ainda, que ele está atrelado ao saber:

O que o século XVIII instaurou mediante o sistema de “disciplina para a normalização” [...] parece-me ser um poder que, na verdade, não é repressivo, mas produtivo [...] um poder que não é conservador, mas um poder que é inventivo [...] que só pode funcionar graças à formação de um saber, que é para ele tanto um efeito quanto uma condição de exercício. (FOUCAULT, 1974-1975/2010, p.45).

Ademais, o poder disciplinar visa conduzir o corpo à obediência, isto é, inscrevê-lo em um espaço celular para, assim, realizar uma disciplinarização dos gestos, o que é assegurado por “procedimentos de poder que caracterizam as *disciplinas: anátomo-política do corpo humano*.” (FOUCAULT, 1976/1977, p. 131. Grifo do autor). Discutimos, também, a transição do ideário de salvação para o da cura, indicando que os discursos normalizadores, como o da medicina e da psiquiatria, apropriaram-se da dimensão moral para forjar as normas que regulam os laços sociais (Birman e Hoffmann, 2013). Neste sentido, podemos considerar que a psicofarmacologia funciona como uma gestão de riscos da loucura que se dá fora do hospital psiquiátrico, mas isso não retira seu caráter normativo. Pelo contrário, o medicamento pode funcionar como uma “camisa de força bioquímica”, modulando as intensidades para colocá-las a serviço da normatividade. Ademais, vimos que o biopoder implica em uma gestão da vida e do corpo-espécie, o que permite controlar a qualidade de vida da população:

no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade [...] tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: *uma bio-política da população*. (FOUCAULT, 1976/1977, p. 131. Grifo do autor).

Não podemos perder de vista que as tecnologias do biopoder incidem nas formas de subjetivação e é isso que nos permite questionar, por exemplo: que modos de subjetivação estão sendo forjados pela “norma da normalidade performática” e pela administração dos riscos no contexto neoliberal? O que estamos tentando sustentar, com isso, é que mesmo que as instituições sejam parcialmente desconstruídas, o quadro normativo permanece:

A época atual parece estar efetuando um significativo *upgrade* [...] das antigas biopolíticas da sociedade industrial, através das quais as populações eram administradas por meio de políticas públicas que visavam o engajamento produtivo, captura da vida e à sua reprodução planejada de acordo com parâmetros [...] nas pesquisas genéticas e biotecnológicas é possível localizar toda uma gama de ferramentas destinadas à sujeição da vida, com a sua capacidade de identificar índice de riscos e aplicar terapêuticas preventivas. (SIBILIA, 2002, p. 17).

Ou seja, as regulações normativas, ainda que mudem suas formas de funcionamento, continuam capturando a vida e controlando os riscos, pois é a promoção da saúde que está em pauta: “Tudo que pode antecipar o fim da vida é colocado em evidência, implicando em campanhas de instituições não governamentais, órgãos estatais ou movimentos sociais, no sentido de transformar os hábitos, comportamentos e desejos considerados riscos à vida.” (MORAES; NASCIMENTO, 2002, p. 98).

A discussão sobre a psiquiatrização dos normais e a gestão dos riscos (Castel, 1987) remete, também, para a relação entre vulnerabilidade e trauma, sendo a mudança ética do estatuto da vítima um dos signos disso. Segundo a antropóloga Cynthia Sarti (2011), a inscrição da violência no campo da saúde propiciou o desenvolvimento de uma sociabilidade pautada no reconhecimento do trauma e da vulnerabilidade. Isso ocorreu, sobretudo, por conta das políticas de reparação dirigidas às vítimas de guerras, ditaduras e catástrofes naturais. Em relação a essas, Ulrich Beck (1986/2010) defende, por exemplo, que “sem o conceito de *vulnerabilidade social* é impossível compreender os riscos sociais e políticos da mudança climática.” (p. 366).

A partir de Eliacheff e Larivière (2007), Sarti (2011) sublinha o papel que a psiquiatria teve para a legitimação da problemática do trauma, pois foi pelo transtorno de estresse pós-traumático (DSM-III, 1980) que se estabeleceu a coadunação entre esta categoria psiquiátrica e a categoria social de vítima. Isso foi acompanhado pela “penetração do traumatismo” no espaço social (Fassin e Rechtman, 2007), o que contribuiu para que a vítima emergisse como um nova subjetividade política, não mais marcada pela vergonha, mas, sim, pelo reconhecimento (Sarti, 2011). Joel Birman (informação oral)⁵⁶ também sublinha que a categoria de vítima foi positivada por conta do transtorno do estresse pós-traumático, acrescentando que, a partir de 1970-1980, o trauma deixou de ser uma experiência íntima, privada e restrita ao espaço familiar para ser exibida fartamente na cena pública⁵⁷. Isto pode ser observado pela repercussão midiática do abuso sexual, do assédio sexual e da violência doméstica. O autor relembra, ainda, que Freud (1920a/1976) resgatou a problemática do trauma por conta dos traumáticos de guerra da Primeira Guerra Mundial. Mas tudo se passa

⁵⁶ BIRMAN, J. Conferência. Trauma e impasses nos processos de subjetivação na contemporaneidade. In: **Colóquio Subjetivações e Gestão dos Riscos na Atualidade** (Org: EPOS- Genealogia, Subjetivações e Violências/ Instituto de Medicina Social-UERJ). Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 17 out. 2014.

⁵⁷ Isso remete, também, para a discussão sobre a simulação do trauma e para a divisão entre os simuladores e os verdadeiros doentes, no período da Revolução Industrial, o que discutiremos no terceiro capítulo.

como se, depois de um século da guerra, o trauma tivesse se estendido dos soldados para todo o campo social, de forma que todos nós ficamos expostos ao traumatizável, isto é, nos tornamos “traumatizados em potencial”. Afinal, na medida em que a intimidade se tornou uma experiência tirânica, pois não tem como contraponto o espaço público (Sennet, 1988/1999), o trauma foi positivado. Referindo-se ao trabalho de Fassin e Rechtman (2007), o autor afirma que há toda uma política da compaixão e da filantropia, pautada na razão humanitária, que se apresenta como uma espécie de obrigação moral face a essas vítimas. Isso tem como pano de fundo, como vimos, a precarização do laço social, o que leva o autor a defender que esse individualismo moral evidencia que estamos diante de um novo paradigma civilizatório que transforma a forma pela qual pensamos o que é uma sociedade. Seguindo essa discussão, Birman conclui que saímos do registro do *normal*, *anormal* e *patológico* para expandirmos o campo da normalidade e da gestão de riscos (Castel, 1987), o que tem como signo a normalização do campo do traumático e a coadunação entre governabilidade humanitária e dispositivo securitário. Nessa linha, podemos observar que a positivação da figura da vítima está atrelada à política humanitária contemporânea e ao trinômio trauma-risco-vulnerabilidade: “A experiência traumática de que todos são vulneráveis e a decorrente responsabilidade pelos outros, até para sua sobrevivência, são os dois lados da crença no risco mundial.” (Beck, 1986/2010, p. 364).

Em nossa investigação, o que estamos tentando defender é que o neoliberalismo contribui para a articulação entre governabilidade humanitária e dispositivo securitário, seja incrementando a insegurança e a precarização do laço social, seja dando lugar ao “behaviorismo”, aos processos de psiquiatrização e de criminalização (Birman, 2013a). Em outras palavras, há todo um controle sobre quem está dentro e quem está fora do mercado que revela que o sistema normativo atravessa a lógica mercantil, sobretudo, pelo intermédio da performance e dos riscos. Pois, o que está em jogo é “distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade [...] qualificar, medir, avaliar [...] operar distribuições em torno das normas.” (FOUCAULT, 1966/1967, p. 135). Por isso, estamos analisando essas questões em uma dimensão mais ampla, qual seja, a universalização da biopolítica que, como relembra Birman e Hoffmann (2013), tem a promoção da saúde coletiva como um dos seus vetores centrais. Segundo os autores, isso implica em pensarmos o *risco* como uma categoria que abrange os registros social, econômico e político, concomitantemente. E é por esse viés que estamos encaminhando nossa problemática com o intuito de elucidar como o risco incide nos corpos, hábitos, comportamentos e desejos. Isso supõe que o analisemos tanto do ponto de vista da

anátomo-política do corpo humano, como também, da *bio-política da população*, pois ambos processos constituem um poder e um investimento sobre a vida:

As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida. A instalação [...] desta grande tecnologia de duas faces – anatômica e biológica [...] voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos da vida – caracteriza um poder cuja função mais elevada [...] é investir sobre a vida (FOUCAULT, 1976/1977, p. 131).

Em segundo lugar, estamos procurando enfatizar que essas disciplinas do corpo e as regulações da população operam até hoje, não há uma descontinuidade em relação a isso, pois como enunciou Foucault (1976/1977): “Abre, assim, a era do “bio-poder” (p.132). Por exemplo, segundo Müller (2012), os homens tornaram-se um alvo das instâncias bioreguladoras do Estado brasileiro quando se constatou que eles resistiam aos processos de medicalização e, por isso, estavam se tornando vítimas de uma *finitude antecipada*⁵⁸. Com isso, construiu-se a figura do *homem que morre*: um indivíduo vulnerável, que não se preocupa com a saúde e que representa um risco social. Para driblar essa situação, foi necessário tentar inscrever um *desejo de saúde* nos homens, a partir de um *discurso da urgência de vida e pela vida*, o que se deu, por exemplo, pelas campanhas nacionais do “Pré-natal masculino” e “Próstata: é preciso tocar nesse assunto”. Isso revela, segundo a autora, que a imputação de responsabilidade sobre a própria vida é um dos operadores pelos quais se articula vulnerabilidade e risco. Afinal, a gestão das populações visa fomentar o *cidadão saudável*, o que supõe transformar o imponderável em previsível. E, como estamos tentando sustentar, esses enunciados preventivos e o discurso do risco incidem nos processos de subjetivação e adentram no prazer cotidiano. Portanto, a questão que se coloca é:

sob que formas, através de que canais, fluindo através de que discursos o poder consegue chegar às mais tênues e mais individuais das condutas. Que caminhos lhe permitem atingir as formas raras ou quase imperceptíveis do desejo, de que maneira o poder penetra e controla o prazer cotidiano – tudo isto com efeitos que podem ser de recusa, bloqueio, desqualificação, mas, também, de incitação de intensificação, as “técnicas polimorfos do poder”. (FOUCAULT, 1976/1977, p. 16-17).

Como vimos no primeiro capítulo, a *saúde* é um valor culturalmente estimado e a universalização dos riscos produz um reservatório de fantasmas do qual todos tentam se precaver: “A meta da sociedade de risco é: todos devem ser poupados do veneno.” (BECK,

⁵⁸ A autora se baseia no segmento Saúde do Homem (2008), no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) e nos Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil (IBGE, 2009).

1986/2010, p. 60). E isso se dá, sobretudo, por meio da auto-gestão dos riscos, o que discutiremos agora. Na hipótese de Ulrich Beck (1986/2010), a *sociedade de risco* exige com que novas capacidades sejam desenvolvidas, como calcular, identificar e enfrentar os riscos. Afinal, na medida em que há um esvaziamento das formas tradicionais de regulação da insegurança, na “mesma medida, é dos indivíduos que passa a ser exigido o controle.” (Ibidem, p. 232). Com isso, o indivíduo é convocado a realizar o auto-processamento da insegurança e, para isso, é necessário desenvolver um *savoir-faire* em relação aos riscos: “Na sociedade de risco, saber lidar de tal modo biográfico e político com o medo e a insegurança se convertem numa *qualificação civilizacional decisiva*” (Ibidem, p. 93. Grifo do autor). Podemos entrever que o termo *qualificação* revela o caráter performático da auto-gestão dos riscos, o que vai ao encontro da formulação de Castel (1987) de que as capacidades de prever e responder a acontecimentos inusitados é uma das performances mais requisitadas no mundo psicológico. A auto-gestão dos riscos incide, também, no campo da saúde e do corpo, por conta da preocupação generalizada que há em se alcançar o bem-estar e a longevidade (Birman, 2012). Isto é preconizado pelos veículos de comunicação de massa que divulgam uma série de prescrições saudáveis e preventivas que, por sua vez, convocam a todos a se tornarem auto-vigilantes, não só do peso, mas do coração, do intestino, da pele e etc.. Vale dizer que estão sendo desenvolvidos dispositivos tecnológicos que contribuem para isso, como a plataforma *Vitalbox*⁵⁹ que promete realizar uma avaliação personalizada dos riscos de doenças a partir dos dados individuais, como peso e padrão alimentar:

a plataforma gera uma avaliação personalizada de riscos à saúde chamada de Saudômetro [...] e propõe ações para redução de riscos. O usuário pode se comparar com outras pessoas de mesma idade e sexo [...] avaliar impactos de suas escolhas na própria saúde, e definir metas de melhoria [...]. A Vitalbox já trabalha na versão mobile e na integração com laboratórios e hospitais, que atualizarão automaticamente o prontuário médico do usuário com resultados de exames. (UOL, 2013)

Essa modalidade tecnológica de auto-gestão vem acompanhada de exames de imagens e das nanotecnologias que pretendem alcançar a *visibilidade* do organismo, por meio de sua fragmentação infinitesimal, para, assim, definir diagnósticos e “controlar todos os riscos, incidindo nas fronteiras fluidas entre a vida e a morte” (BIRMAN, 2013b, p. 20). O que estamos tentando sustentar, com essa discussão, é que o discurso do risco impulsiona o autocontrole, a cientifização dos hábitos e, ainda, a auto-gestão da saúde, das doenças e dos

⁵⁹ Ela é pautada na tecnologia desenvolvida pelas universidades de Duke e Harvard e, ainda, nos protocolos do Ministério da Saúde do Brasil e do *U.S. Preventive Services Task Force* (Uol, 2013). Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/04/26/site-calcula-riscos-de-desenvolver-doencas-gratuitamente.ht>. Acesso em: 20 out. 2014.

tratamentos. No que concerne a isso, encontramos as *associações de pacientes*⁶⁰ que visam fazer com que os pacientes saiam da passividade e se tornem atores sociais. Algumas delas rejeitam qualquer elo com o saber médico, pois querem afirmar o seu saber sobre a própria doença. Realizam, assim, uma “autogestão de sua diferença, claramente afirmada e reivindicada.” (BORCH-JACOBSEN, 2013, p. 324)⁶¹. Mas, muitas outras, mantêm relações com médicos e laboratórios farmacêuticos e, portanto, contribuem para a promoção de novas doenças⁶². Um ponto importante em relação a essas associações é que elas ilustram o deslocamento que vem ocorrendo da figura do *doente* para a do *usuário* que, por sua vez, “compra” uma identidade a partir do diagnóstico que recebe e dos tratamentos que se submete. E, segundo o autor, isso só é possível em um contexto marcado pelo imperativo da autonomia e do consumismo, por isso, esses grupos de auto-gestão assemelham-se tanto às organizações de defesa do consumidor.

Essa discussão nos oferece três pistas importantes. A primeira é que o neoliberalismo substituiu a figura do *cidadão* pela do *consumidor* (Birman, 2014) e este não consome apenas produtos, mas, também, saúde, diagnósticos e medicamentos. A segunda é que o neoliberalismo propicia a auto-gestão, pois obriga que todos sejam empresários de si mesmo (Foucault, 2008). A terceira é que a narrativa sobre o próprio sofrimento vem sendo substituída pelo esforço de lhe dar uma conotação técnico-científica, o que, segundo Paulo Vaz, dá a esperança de que é possível lidar com ele a partir de objetos técnicos (informação oral)⁶³. Para melhor compreendermos esse “consumo” de diagnósticos, devemos analisar algumas estratégias que perpassam a relação da psiquiatria com a indústria farmacêutica. Primeiramente, situaremos historicamente a *cultura das drogas* e, em seguida, a atual farmacopéia médica, o que nos ajudará a entender como os “fármacos e estimulantes se inscrevem no estilo contemporâneo de existência.” (BIRMAN, 2012, p. 87).

⁶⁰ Esse tipo de organização emergiu em 1935, quando surgiu, nos EUA, os Alcoólicos Anônimos que defendiam a partilha de vivências em detrimento do tratamento médico baseado na imputação da culpa.

⁶¹ Todas as citações desse autor, apresentadas neste trabalho, foram traduzidas por mim.

⁶² Por exemplo, o laboratório Roche, na década de 90, juntou-se à “Organização de Pacientes Portadores de TOCs e de Transtornos de Ansiedade” (*Obsessive Compulsive and Anxiety Disorders Foundation*) para montarem um colóquio cujo objetivo era divulgar a fobia social e o medicamento Aurorix®.

⁶³ VAZ, P. Palestra “Subjetividades e medicamentos na contemporaneidade”. In: **Colóquio Internacional Subjetividades e Montagens Corporais no Mundo Contemporâneo**. Programa de Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pela Escola Doutoral da Universidade de Paris VII, 25 mai. 2013.

2.3. Neuróticos, desculpem os transtornos estamos trabalhando para melhor medicá-los

Segundo Birman (2012), a *cultura das drogas* consolidou-se no Ocidente na década de 70 e ela inaugurou uma modalidade de uso de drogas diferente da que era feita nas décadas de 1930-60. Neste contexto, a droga inscrevia-se em um projeto existencial e o que estava em jogo era a tentativa de se alcançar novas sensações e de se inventar novos mundos. Já a partir dos anos 70, as drogas, tanto medicinais como ilegais, tornaram-se um recurso para fugir da realidade, isto é, passaram a ser utilizadas como uma “resposta ao mal-estar na atualidade, pela qual o sujeito, despossuído da possibilidade de acreditar que possa fazer algo, busca pelo hedonismo e pela sensorialidade prazerosa produzir algum gozo diante de tanta dor.” (BIRMAN, 2012, p. 90). Evidentemente, esse preenchimento é provisório e se relança, permanentemente, mas, mesmo assim, “o sujeito insiste na cultura das drogas, quando não se inscreve no circuito da psiquiatrização” (Ibidem, p. 121). Vale sublinhar, ainda, que a psicofarmacologia contribuiu bastante para a *cultura das drogas*, pois a produção de drogas refinadas e o narcotráfico dependeram das técnicas elaboradas nos laboratórios e das tecnologias médico-biológicas (Birman, 2012).

O que devemos analisar, nesse momento, é como a indústria farmacêutica é a força tarefa do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM). Como vimos, o número de categorias diagnósticas vem aumentando vertiginosamente e, na hipótese de Borch-Jacobsen (2013), isto é uma decorrência do *psychopharmmarketing* que nos convence, diariamente, que estamos doentes para nos venderem mais medicamentos⁶⁴. Nos Estados Unidos, por exemplo, a publicidade dos medicamentos que necessitam de prescrição médica foi autorizada em 1997⁶⁵.

Segundo o autor, a partir de 1960⁶⁶, a indústria farmacêutica passou a ser regida pela lógica do *marketing* que, por sua vez, desde o final do século XIX, é o coração da empresa capitalista. Seu objetivo não é pesquisar as demandas para criar ofertas, mas, sim, produzir

⁶⁴ Uma ilustração disso é que a campanha da Pfizer para a promoção da fibromialgia, em 2007, custou 46 milhões de dólares e o lucro que obtiveram, no mesmo ano, com as vendas do Lyrica® foi de 1,8 bilhões.

⁶⁵ Por exemplo, o laboratório Eli Lilly lançou uma propaganda, em 2000, para divulgar o Zyprexa®. Inicia-se com uma jovem dançando em uma boate e aparece uma voz em *off* que comenta que o médico dela nunca a tinha visto daquela forma e, em seguida, aparece um rosto “derrotado” e a voz afirma que é essa a pessoa que seu médico conhece. A segunda parte do anúncio trata-se da mesma moça fazendo compras de maneira frenética e a voz em *off* afirma algo do tipo: “Vejam porque tantas pessoas que sofrem de transtorno bipolar são tratadas como deprimidas e não melhoram – porque a depressão só é a metade da história.” (Borch-Jacobsen, 2013).

⁶⁶ Até então, a indústria farmacêutica dava um respaldo aos pesquisadores. Mas, no final da década de 50, os avanços da medicina lhe permitiu se automatizar dos laboratórios farmacêuticos e esses, para lucrarem, começaram a incitar novas demandas no campo social, o que é denominado de *unmet needs*.

novas demandas. Quando a oferta excede a demanda os preços diminuem e, para driblar a concorrência, criam-se novos “nichos de mercado” acrescentando algum diferencial nos produtos. No campo da indústria farmacêutica isto é realizado pelo acréscimo de sintomas, o que promove outras síndromes que serão tratadas com outros medicamentos. Isso remete para a seguinte tese do autor: os diagnósticos psiquiátricos não existiriam se não houvessem medicamentos para tratá-los. Por isso, tenta-se fazer com que eles pareçam inseparáveis: “a depressão não existe sem o Prozac®. Toda doença, entende-se psiquiátrica, deve atualmente estar associada a um medicamento para ser reconhecida como uma verdadeira doença.” (BORCH-JACOBSEN, 2013, p. 302). Neste sentido, os laboratórios não tentam encontrar chaves para fechaduras já existentes, mas, sim, determinar as formas da fechaduras onde as chaves se encaixarão. Com isso, a noção de *causalidade* é ignorada, pois o que se quer provar é que a molécula é mais eficaz do que o placebo⁶⁷:

A força da nova psiquiatria biológica vem, finalmente, bem menos da colocação em evidência de uma causa orgânica do que dos ensaios clínicos contra o placebo onde se mesuram e se comparam os efeitos das moléculas. Esses ensaios não dizem *como* funciona, mas somente *se* funciona, qual funciona *melhor*, e *sobre o que*. A psiquiatria biológica é uma retórica: ela sabe como produzir efeitos, sem saber curar as causas. (BORCH-JACOBSEN, 2013, p.295. Grifo do autor.).

Vale sublinhar que são os interesses comerciais que determinam as moléculas que são desenvolvidas nos laboratórios. Ou seja, não se pretende encontrar os medicamentos que curam, mas, sim, os que são mais rentáveis, por exemplo, os direcionados para as doenças crônicas. Outra ilustração de que é o caráter comercial que norteia a pesquisa psicofarmacológica diz respeito à depressão. Quando os efeitos antidepressivos da imipramina (antidepressivo tricíclico) foram descobertos por Roland Kuhn, na década de 50, o laboratório Geigy recusou-se a desenvolvê-la, pois, até os anos 60, a depressão (endógena) era uma patologia rara e, portanto, não representava um mercado rentável. Curiosamente, em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou que a depressão havia se tornado um dos maiores problemas de saúde e o Prozac® tornou-se o segundo medicamento mais vendido do mundo, atrás do Zantac® (para o estômago)⁶⁸. Segundo Borch-Jacobsen (2013), o enigma do *boom* da depressão tem uma simples resolução: a necessidade de criar um novo mercado. Por

⁶⁷ Isso ocorreu apesar do placebo já ter revelado sua eficácia. Por exemplo, o professor de Harvard, Beecher (1955), durante a Segunda Guerra, observou que a aplicação de soro fisiológico aliviava os ferimentos da mesma forma que a morfina. Mas, a partir dos anos 50, passaram a ser feitas pesquisas contra o placebo, por exemplo, para demonstrar a maior eficácia da clorpromazina (esquizofrenia) e da reserpina (transtornos de ansiedade).

⁶⁸ Nos EUA, entre 1980 e 1989, o número de prescrições de medicamentos para depressão aumentou de 2,5 para 4,7 milhões e, na França, os casos multiplicaram-se por sete entre 1970 e 1996.

que isso foi necessário? Bem, no contexto em que a imipramina foi recusada, a ansiedade era um dos quadro mais recorrentes e ela era tratada com benzodiazepínicos. Mas, a partir da década de 80, divulgou-se que esses medicamentos eram altamente viciantes, o que provocou uma quebra colossal em alguns laboratórios.

Para driblar o impasse, foi necessário criar um novo nicho mercantil e o laboratório Lilly voltou-se para os ISRSs, lançando a fluoxetina sob o nome de Prozac®. Mas, dois anos antes do previsto, em 1999, ele viveu uma comoditização, isto é, uma “morte comercial” que ocorre quando um produto perde seu diferencial devido à concorrência. Diante dessa situação, o laboratório relançou a fluoxetina, como o nome de Sarafem® (direcionado para transtorno disfórico pré-menstrual), e, ainda, resgatou a duloxetina que é um inibidor seletivo da recaptação da serotonina-noradrenalina (ISRSN). Inicialmente, ela foi lançada para o tratamento de incontinência urinária e, na década de 90, tentou-se comercializá-la como um antidepressivo, mas a *Food and Drug Administration* (FDA) não aprovou. No final da década de 90, um pesquisador descobriu que a duloxetina possuía componentes analgésicos e o Lilly propôs que ela fosse usada para o quadro de depressão acompanhada de dor, o que foi aprovado em 2004 sob o nome Cymbalta®. Desse modo, passou-se a disseminar a ideia de que a depressão seria sempre acompanhada de dor, o que justifica o slogan interno da equipe de *marketing*: “Sem dor, sem lucro” (“*No pain, no gain*”). Posteriormente, a FDA autorizou que a molécula fosse direcionada para outros quadros que, supostamente, escondiam uma depressão, como a bulimia e a síndrome do pânico. E, em pouco tempo, os antidepressivos passaram a ser usados para aliviar qualquer “angústia existencial”, o que caracteriza a *psicofarmacologia cosmética*. O autor pontua que o fato dos “deprimidos” responderem aos antidepressivos, não significa que a psiquiatria biológica descobriu a etiologia da depressão, como explica o silogismo da depressão:

1. Eu me sinto deprimido. 2. Eu quero melhorar. 3. Eu quero ir ao médico que me prescreva antidepressivos. Ou, eu não me sentiria deprimido se eu não soubesse que há medicamentos para isso. Não se trata de dizer que a tristeza, a fadiga, a inibição não existem. Mas elas não coagulariam em depressão se os antidepressivos não fizessem dessa entidade clínica algo do qual pudessem agir sobre. (BORCH-JACOBSEN, 2013, p. 296)

É importante esclarecermos que essas teses se contrapõe a algumas perspectivas sociológicas. Por exemplo, enquanto Ehrenberg (2000) defende que a expansão do campo depressão é “a “contrapartida” negativa do tipo de subjetividade criada e valorizada por essa

sociedade.” (Ibidem, p. 293), para Borch-Jacobsen (2013)⁶⁹, ela se deu justamente por conta dos antidepressivos e da crise dos benzodiazepínicos. Por isso, ele defende que é “falso dizer que os antidepressivos produzem um efeito sobre a depressão, como se ela existisse independentemente dos antidepressivos.” (Ibidem, p. 296). Dito de outro modo, Ehrenberg (2000) analisa como as transformações socioculturais provocam, por exemplo, a sensação de *insuficiência*, já Borch-Jacobsen (2013) dirige seu enfoque para a rentabilidade da indústria farmacêutica e como isso se coaduna com a produção de diagnósticos. Mas, apesar da ênfase dos autores recaírem sobre pólos distintos, podemos entrever que ambos reconhecem a questão da performance. Pois, embora Borch-Jacobsen (2013) não a explicita, ele afirma que a atual farmacopéia não pretende suprimir o sofrimento, mas, sim, velá-lo para que o indivíduo “funcione”. Inclusive, uma das ideias defendidas por Pignarre (2012), autor bastante referenciado por ele, é que a psiquiatria biológica não teria triunfado sem a adesão dos pacientes que, por sua vez, almejam desempenhar bem suas atividades.

Feitas essas considerações, podemos retomar a discussão sobre o *psychopharmmarketing*. Uma das teses de Borch-Jacobsen (2013) é que as ofertas terapêuticas incidem nas demandas sintomáticas. Afinal, as comissões do DSM, junto da OMS e da FDA, definem os diagnósticos e os líderes de opinião ajudam a promovê-lo. Com isso, forja-se um idioma do transtorno e os pacientes adaptam o seu sofrimento a partir das informações e dos medicamentos que lhe estão disponíveis, tornando, assim, a queixa mais compreensível. Desse modo, eles assumem um papel de consumidor face à vitrine de diagnósticos que é exposta, fartamente, no cotidiano: “como no domínio da moda, a demanda de pacientes-consumidores se adapta constantemente à oferta do idioma que lhes é feita pela indústria.” (BORCH-JACOBSEN, 2013, p. 319). E, seguindo essa linha, o autor afirma que da mesma forma que os ansiosos foram reciclados como deprimidos, estes foram transformados em portadores do transtorno bipolar: “Nós seremos todos bipolares, da mesma forma como viramos deprimidos há 20 anos atrás e como nos tornamos ansiosos depois da guerra.” (Ibidem, p. 41). Afinal, quando o mercado da depressão diminuiu a rentabilidade, foi necessário transmitir a mensagem: “os pacientes que não melhoraram com os antidepressivos – e Deus sabe que há! – na realidade não eram depressivos unipolares, mas bipolares [...]. Portanto, convém lhes dar os [...] estabilizadores de humor” (Ibidem, p. 321).

⁶⁹ Borch-Jacobsen (2013) reconhece que Ehrenberg (2000) percebeu que a concepção da depressão, centrada na inibição e no retardo psicomotor, ocorreu no mesmo momento que surgiram os novos antidepressivos, mas ele supôs que o segundo processo foi uma decorrência do primeiro.

É importante ressaltar que embora o transtorno bipolar tenha substituído a categoria de psicose maníaco-depressiva, ao ser inserido no DSM-III (1980), suas características diferem bastante de sua concepção inicial. Desde a Antiguidade até o início do século XIX, supunha-se que a melancolia e a mania, apesar de serem perturbações distintas, estavam articuladas e, em 1899, Kraepelin sistematizou isso pela categoria de loucura maníaco-depressiva (Birman, 2010b). Esta era vista como uma psicose grave caracterizada pela oscilação de intensos estados de hiperatividade maníaca com fases de profunda depressão (exigindo, muitas vezes, a internação psiquiátrica) e, ainda, era um quadro com baixa incidência. Ademais, acreditava-se que a psicose maníaco-depressiva só acometia adultos e que ela ia atenuando-se com a idade. Já o transtorno bipolar não é diagnosticado apenas em adultos, mas, também, em crianças, adolescentes e idosos – o que recebeu o nome de transtorno bipolar geriátrico – e, ainda, ele é um quadro de alta incidência. Um dos fatores que contribui para isto é a subdivisão nosográfica (como o TB-I, TB-II e o espectro bipolar): “O pobre Kraepelin deve se revirar no túmulo vendo o que os *psychopharmarketeurs* fizeram de sua psicose maníaco-depressiva. [...] Todo problema de humor [...] é considerado um transtorno bipolar” (BORCH-JACOBSEN, 2013, p. 41).

Uma primeira conclusão que podemos extrair dessa discussão é que os transtornos mentais não existem *a priori*. Pelo contrário, eles são forjados, pois “como bem sabem os historiadores da psiquiatria, os antropólogos médicos e os etnopsiquiatras, nada mais fluido, mais flutuante, mais variável que os transtornos psiquiátricos.” (Ibidem, p.311). E, como vimos, em cada contexto são criados idiomas para cada diagnóstico, de forma que “as pessoas em sofrimento interagem com as categorias que lhes aplicam, aprendem e reconhecem a natureza de seu mal e se adaptam” (Ibidem, p. 336). Em segundo lugar, podemos observar que as categorias diagnósticas são forjadas pela articulação entre os registros do *saber*, do *mercado* e do *poder* e por três instâncias institucionais: os laboratórios de pesquisa em psiquiatria, as instâncias governamentais de saúde dos Estados- Unidos e os laboratórios farmacêuticos (Birman, 2014). Vale dizer que o código de classificação diagnóstica passou por um processo de *internacionalização*, pois o DSM foi elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria e, com a ajuda da OMS, foi sendo legitimado em diversos países. Afinal, a exigência de mercado dos laboratórios farmacêuticos almeja “implementar seus produtos em escala internacional, pela justificativa supostamente científica conferida pelo discurso psiquiátrico de se ter a mesma categorização psiquiátrica em escala global.” (BIRMAN, 2014, p. 34).

A atual lógica classificatória psiquiátrica exige que analisemos algumas mudanças que foram se dando no decorrer das elaborações dos manuais diagnósticos, o que nos permitirá compreender como o “neokraepelianismo” contribuiu para o silenciamento do sujeito e para a perda do poder simbólico da psicanálise.

2.4. O neokraepelianismo: o retorno dos que não foram?

Segundo Russo e Venâncio (2006), o DSM-I (1952) e o DSM-II (1968) abarcavam uma continuidade entre os sintomas e suas etiologias. Porém, o fato deles não apresentarem sempre as mesmas correspondências, pois um mesmo sintoma podia ter diferentes causas e determinada etiologia poderia gerar enfermidades distintas, dificultava a pesquisa psicofarmacológica. Um segundo ponto sinalizado pelas autoras é que nessas duas versões havia uma delimitação entre as categorias que tinham uma etiologia orgânica e as que não tinham. Mas, a partir do DSM-III (1980), essa divisão foi sendo colocada em questão e na quarta versão desapareceu por completo. Afinal, não se poderia insinuar a existência de transtornos que não apresentassem nenhum tipo de fator orgânico.

Devemos lembrar que o DSM-III (1980) marcou o momento em que a psicanálise deixou de ser um referencial para a elaboração do manual que, por sua vez, passou a ser pautado exclusivamente na psiquiatria biológica. Uma prova disso foi o desaparecimento da categoria de *neurose* em sua revisão (DSM-III-R, 1987) que foi repartida em 18 transtornos e, no DSM-IV (1994), em 24 (Russo e Venâncio, 2006). Outro exemplo diz respeito ao termo *depressão* que foi utilizado pela primeira vez na psiquiatria em 1966 e, segundo Caponi (2007), até o início da década de 1970, o trabalho psicanalítico era bastante legitimado para o tratamento desses casos. O período entre 1977-1984 foi marcado pelas primeiras dissidências entre psiquiatria e psicanálise, o que coincide com o desenvolvimento dos antidepressivos tricíclicos. Entre 1985-1992, tornou-se pregnante a ideia de que a depressão seria causada por neurotransmissores, o que ilustra o aumento do poder simbólico da psiquiatria. O argumento biológico foi ainda mais acentuado entre 1993-2000, pois a tese que passou a prevalecer era que a depressão seria causada pelo déficit de serotonina que, por sua vez, poderia ser compensado pelos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs).

A partir disso, a autora defende que se a psiquiatria pautou-se, tradicionalmente, na categoria de *sintoma*, quando ela passou a se sustentar nos discursos das neurociências e da psicofarmacologia, o *sintoma* perdeu a relevância em prol de aspectos neurobiológicos,

como as sinapses inadequadas e as deficiências neuroquímicas. Isto está ligado ao fato de que as últimas versões do DSM passaram a privilegiar a categoria de *síndrome*, o que evidencia que a psiquiatria contemporânea vem reproduzindo a nova retórica médica (Birman e Hoffmann, 2013a). Pois, a partir dos 1960, com a medicina somática, a categoria de *síndrome* (centrada na relação entre os sintomas e sinais) foi erigida como o objeto das práticas médicas em detrimento da noção de *enfermidade*. Configurou-se, assim, um quadro meramente funcional das perturbações somáticas, o que está sendo reatualizado com as perturbações psíquicas pela psiquiatria biológica (Birman, 2014). Segundo Caponi (2011), a exclusão dos elementos subjetivos do paciente, como sua narrativa, já estava presente em Kraepelin (1920/2009) que acreditava que a fala do paciente poderia produzir enganos sobre seu estado, por isso, se deveria buscar os fatores hereditários:

a aceitação da herança como verdade objetiva e inquestionável permitiu excluir as narrativas dos pacientes do campo da psiquiatria. E esse, como sabemos, será o maior ponto de confluência e identificação dos neokraepelinianos com seu mestre. (CAPONI, 2011, p. 38-39)

A retomada das teses de Kraepelin deu-se, sobretudo, na década de 1980, quando a psiquiatria biológica, desarticulada da psicanálise e da sociologia, foi resgatada⁷⁰. O enfoque pode ser diferente, pois, como vimos no primeiro capítulo, os teóricos da degeneração centraram-se na herança mórbida, Kraepelin focou-se na reconstrução dos antecedentes familiares, enquanto os “neokraepelinianos” buscam os fatores genéticos das patologias mentais. Por outro lado, ambas correntes visam explicar as doenças com base em argumentos endógenos, hereditários e cerebrais (Caponi, 2011).

Por exemplo, Birman (2010b) defende que não é possível analisarmos a psicose maníaco-depressiva, no campo da medicina mental no Brasil, desconsiderando o deslocamento do referencial psiquiátrico francês para o alemão, que ocorreu quando Juliano Moreira assumiu a gestão do Hospício Nacional de Alienados (1905-30). Na hipótese do autor, o triunfo da tradição alemã teve como correlato o estreitamento do campo da histeria e o aumento da incidência do quadro da psicose maníaco-depressiva. Afinal, nesse contexto, consolidou-se o paradigma biológico da psiquiatria, de modo que os âmbitos constitucional, hereditário e degenerativo, contemplados por Kraepelin, foram valorados em detrimento da dimensão histórica e psíquica do sujeito. A partir da década de 50, houve uma tentativa de se resgatar a dimensão subjetiva por parte das tradições psicanalítica, fenomenológica e

⁷⁰ A autora aponta como líderes do “neokraepelianismo”, três pesquisadores da Universidade de Saint Louis, Elin Robins, Samuel Guze e George Winokur, que foram professores de John Feighner que, por sua vez, publicou um artigo, em 1970, que serviu de base para a elaboração do DSM-III (1980).

existencial. Mas, segundo o autor, tudo se passa como se a atual psiquiatria biológica, que é uma espécie de “neokraepelianismo”, estivesse reproduzindo, com o transtorno bipolar, a exclusão da experiência subjetiva, da histeria e do referencial psicanalítico.

O que devemos sublinhar é que a tentativa de se estabelecer uma classificação das doenças mentais pautada em argumentos biológicos marca a linha de continuidade entre o trabalho de Kraepelin e dos ditos “neokraepelinianos” que, por sua vez, tiveram uma influência crucial na elaboração do DSM-III (1980) (Caponi, 2011). A psiquiatria visa, com isso, descobrir os enigmas do cérebro (o “oráculo de Delfos da psiquiatria”) para fazer com que as patologias mentais sejam concebidas e tratadas como doenças orgânicas. Isso se dá desde as pesquisas que querem demonstrar uma correlação entre cura e modificação induzida por medicamento, da mesma forma que ocorre com “um acesso infeccioso ou uma perturbação metabólica: a doença mental seria verdadeiramente uma doença ‘como qualquer outra’.” (CASTEL, 1987, p.92).

Segundo Ehrenberg (2009), os estudos que objetivam aproximar as patologias mentais das somáticas proliferaram, sobretudo, a partir de 1980, quando as neurociências empreenderam seus esforços para coadunar os registros mental, social e cerebral, o que implicou em expandir o seu escopo de pesquisa para o campos das emoções, sentimentos e comportamentos. Em sua perspectiva, há um programa “fraco” e um programa “forte” das neurociências. O primeiro está voltado para as doenças neurológicas e para a investigação dos elementos neuropatológicos das doenças. O segundo, por sua vez, aproxima o conhecimento do cérebro ao conhecimento de si mesmo, visa tratar as psicopatologias mentais por uma abordagem neuropatológica e, no futuro, incidir na maquinaria cerebral para, assim, potencializar as capacidades de ação e decisão. O autor relembra que, entre 1880 e meados do século XX, havia uma divisão entre as doenças relacionadas às lesões e as doenças ligadas às funções, o que delimitava, respectivamente, os campos da neurologia e da psicopatologia. E, em sua hipótese, é essa grande divisão que o “programa forte” está colocando em questão. Afinal, a partir das novas tecnologias da biologia molecular e dos exames de imagem cerebral, forja-se um campo de estudo que visa à biologia da consciência e da personalidade.

Essa discussão nos revelou que o “neokraepelianismo” não só implica na tentativa de abordar as patologias mentais pelo registro neurobiológico, como também, na exclusão do referencial psicanalítico dos manuais diagnósticos, o que nos convida a analisar o triunfo da psiquiatria biológica em relação à psicanálise.

2.5. Remediando o mal-estar: a gangorra da psicanálise e da psiquiatria

Segundo Birman (2000), entre 1940 e 1970, a psiquiatria encontrou sua sustentação no referencial psicanalítico, o que pode ser ilustrado pela psiquiatria psicanalítica na França⁷¹ e pela psiquiatria dinâmica nos Estados Unidos. Até porque ela era estranha aos cânones do discurso médico, afinal não tinha conseguido provar que a loucura era uma doença com argumentos anatômicos, genéticos e bioquímicos. Mas, a partir da década de 60, com o desenvolvimento das neurociências, da genética, da psicofarmacologia e com o paradigma cognitivista da cientificidade, a pretensão científica da psiquiatria reativou-se. E, sobretudo, a partir da década de 80, ela deixou de se apoiar na psicanálise para construir um referencial teórico centrado no biológico, o que lhe possibilitou se inscrever no campo da medicina:

Hoje, a psiquiatria não quer mais estabelecer nenhum tipo de relação de sujeição à psicanálise. Ela se considera autônoma e, mais do que isso, acredita que, auxiliada pelas neurociências, pode ser efetivamente aquilo que sempre quis ser desde o início do século XIX: uma especialidade médica propriamente dita. (BIRMAN, 2005, p.101).

Para Birman (2012), o vetor que possibilitou o aumento do poder simbólico da psiquiatria em detrimento da psicanálise foi o aparecimento de novas modalidades de expressão de mal-estar a partir das décadas de 70 e 90, o que se intensificou nos anos 90. Para desenvolver essa hipótese, o autor traça uma diferenciação entre a subjetividade moderna e a subjetividade pós-moderna. Enquanto a primeira era marcada pela categoria de *tempo*, a segunda é caracterizada pelo *espaço*, o que aponta para uma experiência psíquica centrada em um perpétuo presente. Um dos desdobramentos disso é que a sensação de *dor* e o *desalento* tornaram-se prevalentes em detrimento do *sofrimento* e do *desamparo*. Estes pressupõe a simbolização da dor, o movimento desejante e o endereçamento ao outro, o que só é possível pela *temporalização*. Afinal, é ela que permite instaurar uma continuidade das sequências temporais, sendo, portanto, a condição de possibilidade para os processos de antecipação e elaboração. Ademais, enquanto a subjetividade moderna era marcada pelo *pensamento* e pela *linguagem*, na subjetividade pós-moderna esses registros parecem ter se esvaziado, de modo

⁷¹ A clínica de La Borde (1953) exemplifica isso: “Um primeiro círculo de difusão da psicanálise no meio psiquiátrico propagou-se, a partir da clínica de La Borde. [...] desenvolveu-se um trabalho teórico e prático importante para aplicar a orientação psicanalítica lacaniana às condições de um trabalho em instituição. [...] Animada pelos mais sábios psicanalistas [...] ela desdobra seus esforços para demonstrar a pertinência da psicanálise em fecundar um trabalho psiquiátrico” (CASTEL, 1987, p. 83-85).

que o mal-estar se expressa menos pelo *conflito psíquico* e mais pelo *excesso* que, por sua vez, pode desembocar no *corpo*, na *ação* e nas *intensidades*.

Algumas ilustrações do mal-estar no plano corporal são: o estresse, a fadiga crônica e as manifestações psicossomáticas, como a fibromialgia, a úlcera e as doenças degenerativas. Estes quadros são caracterizados por um silêncio simbólico que faz com que o corpo seja reduzido ao plano somático, diferente, por exemplo, da conversão histérica que pressupõe a simbolização psíquica. Ainda sobre o registro do corpo, o autor destaca a síndrome do pânico, como uma versão hipermoderna do que Freud (1926a[1925]) denominou *neurose de angústia*⁷². Na impossibilidade do psiquismo gerir suas excitabilidades, há uma descarga maciça no corpo e a sensação de morte: “Os indivíduos são enredados num ataque de angústia que os impossibilita de agir [...]. A espacialização domina inteiramente a experiência subjetiva [...] conduzindo o sujeito ao colapso psíquico e à certeza da morte súbita.” (BIRMAN, 2012, p. 73).

O registro da *ação*, por sua vez, é um correlato da hiperatividade contemporânea que, como discutimos, impulsiona o sujeito a assumir uma postura performática, a fim de lidar com as intensidades. Isto pode desembocar em formas de agir marcadas pela repetição, sejam as compulsões aditivas (como ao consumo, à comida e às drogas), seja a *compulsão à repetição* (Freud, 1920a/1976), como uma tentativa do psiquismo de antecipar aquilo que foi vivido como imprevisível, o que aprofundaremos no terceiro capítulo. O autor ressalta que, devido à economia narcísica que visa manter o eu íntegro (Freud, 1914b/1974), é preferível explodir pela *ação*, mas, quando isso não é possível, a implosão se impõe no plano somático.

O terceiro registro pelo qual o mal-estar se expressa é o das *intensidades*, o que pode culminar na sensação de *desposseção de si*. Ela ocorre quando o sujeito se confronta com a impossibilidade de regular suas variações de humor ou, ainda, na depressão. Nesse quadro, o sujeito sente que foi engolido pelo excesso, de forma que ele é acometido pelo desalento solipsista, pela apatia e por um vazio paralisante, o que vem acompanhado pela impotência e autodesvalorização, signos da *desnarcisação* (Birman, 2012).

O que almejamos destacar é que o vetor que propiciou a inversão na relação entre a psiquiatria e a psicanálise foi o aparecimento de novas formas de mal-estar. E, enquanto a

⁷² “A neurose de angústia é uma neurose atual, mais especificamente caracterizada pela acumulação de uma excitação sexual que se transformaria diretamente em sintoma, sem mediação psíquica.” (LAPLANCHE, PONTALIS, 2001, p. 303). Diferente da fobia, em que o psiquismo se protege da angústia ao criar signos de evitamento (os objetos fóbicos), na neurose de angústia é impossível constituir um objeto e, portanto, antecipar os acontecimentos pela angústia-sinal, de forma que “o trauma se impõe, provocando a angústia do real e não mais a angústia do desejo, isto é, o excesso de excitação que se impõe e a experiência traumática consequente.” (BIRMAN, 2012, p. 74).

psicanálise se surpreendeu com isso, a psiquiatria biológica vangloriou-se e se apresentou como aquela que deteria recursos para regulá-las com mais eficácia: os psicofármacos (Birman, 2000). Evidentemente, isso contribuiu para a diminuição da demanda pela análise, pois as subjetividades preferem, muitas vezes, tomar medicamentos. Isto está ligado ao fato de que “a subjetividade atual não se apresenta mais sobre a forma, descrita por Freud, de uma *subjetividade centrada na conflitualidade*.” (Ibidem p. 102). Afinal, na hipótese freudiana a subjetividade seria atravessada, permanentemente, por uma *conflitualidade* irremediável, o que fica nítido com o registro dinâmico⁷³: “a psicanálise extrai todos os processos mentais (independentes da recepção de estímulos externos) da ação mútua de forças, que ajudam ou inibem umas as outras, se combinam, entram em conciliações umas com as outras” (FREUD, 1926(1925)/1976, p. 303). Por se tratarem de forças, o *conflito psíquico* pode apresentar-se de maneiras diversas:

O conflito pode ser manifesto (entre um desejo e uma exigência moral, por exemplo ou entre dois sentimentos contraditórios) ou latente, podendo este exprimir-se de forma deformada no conflito manifesto e traduzir-se particularmente pela formação de sintomas [...] A psicanálise considera o conflito como constitutivo do ser humano, e isto em diversas perspectivas: conflito entre o desejo e a defesa, conflito entre os diferentes sistemas ou instâncias, conflitos entre as pulsões, e por fim o conflito edipiano, onde não apenas se defrontam desejos contrários, mas onde estes enfrentam a interdição. (LAPLANCHE, PONTALIS, 2001, p. 89).

O *conflito* foi amplamente positivado pelo discurso freudiano, por isso, ele tornou-se um dos objetos centrais do trabalho analítico, de modo de que se “um conflito instintual não está presentemente ativo [...] não podemos influenciá-lo, mesmo pela análise.” (FREUD, 1937a/1975, p. 263). Foi, neste sentido, que o autor orientou os analistas a ativarem os conflitos, isto é, propiciarem a “produção artificial de novos conflitos na transferência [...] e o despertar de tais conflitos na imaginação do paciente, falando-lhe sobre ele e tornando-o familiarizado com sua possibilidade.” (Ibidem, p. 265).

O que é importante destacarmos é que a *conflitualidade* está ligada à experiência pulsional e como ela é apreendida pelos processos de simbolização. Mas, se de fato a *temporalização*, o *pensamento* e a *linguagem* deixaram de caracterizar a subjetividade pós-moderna (Birman, 2012), não é difícil compreendermos porque o registro do *conflito psíquico* foi esvaziado em nome do *excesso*. Este é um ponto importante, pois remete para as modalidades de regulação do mal-estar que são buscadas pelo sujeito. Por exemplo, a

⁷³ Trata-se da concepção dos “fenômenos psíquicos como resultantes do conflito e da composição de forças que exercem uma certa pressão, sendo essas forças, em última análise, de origem pulsional.” (LAPLANCHE, PONTALIS, 2001, p. 119).

espacialização da experiência psíquica, centrada em um perpétuo presente, faz com que o interesse por psicoterapias mais duradouras seja minimizado e que essas sejam concebidas como imprecisas (Birman, 2012). Desse modo, podemos dizer que o esvaziamento do registro da *temporalização* e do *conflito psíquico* contribui para a diminuição da demanda pela análise. Afinal, as promessas de salvação e de cura acabam sendo mais sedutoras por se apresentarem como mais rápidas e eficazes: “revela-se hoje, uma busca preferencial das pessoas, em estado de sofrimento, pela salvação no campo da religião, além da crença nas promessas aliviadoras propiciadas pelos psicofármacos e o êxtase das drogas pesadas.” (BIRMAN, 2000, p.33-34). Além da religião e da psicofarmacologia, há um aumento de interesse, também, em relação ao cognitivismo e às neurociências:

modelos advindos do cognitivismo fascinam cada vez mais o campo dos saberes do psíquico e as ciências humanas em um sentido mais geral. Além disso, os modelos das neurociências impregnam de maneira crescente os saberes do psiquismo, silenciando e deslocando para a periferia do campo teórico do psiquismo as teorias psicanalíticas. (BIRMAN, 2000, p. 127)

É importante sublinhar que a notoriedade conquistada pelo cognitivismo e pelas neurociências se dá pelo fato desses campos de saber tentarem reconstruir a ilusão de cura através da razão científica. Isso contribui para que o discurso psicanalítico fique em um lugar periférico, pois este, a princípio, não se coloca como propiciador da cura. Até porque, como indicou o discurso freudiano, a psicanálise deve privilegiar mais os pontos de resistência à cura do que de fato alcançá-la: “Em vez de indagar como se dá uma cura pela análise [...] se deveria perguntar quais são os obstáculos que se colocam no caminho de tal cura.” (FREUD, 1937a/1975, p. 252).

Vale ressaltar, ainda, que a promessa de cura não está voltada propriamente para o sofrimento psíquico em si, mas, sim, para a restauração da boa performance (Birman, 2006). E, como vimos, uma das resultantes disso é a promoção do psicológico, pois as “novas terapias testemunham o fato de que é possível instrumentalizar a subjetividade e a intersubjetividade por intervenções exteriores.” (CASTEL, 1987, p.146). Essa instrumentalização da subjetividade se dá, por exemplo, pelas neurociências que estão desenvolvendo uma série de práticas que prometem maximizar as potências do cérebro. Isto vem acompanhado, segundo Ehrenberg (2009), da proliferação de discursos que prometem curar doenças sem psicoterapia nem medicamentos, como propôs o primeiro sucesso francês das neurociências *Curar o estresse, a ansiedade e a depressão sem medicamentos nem*

psicanálise (Servan-Scheireber, 2003). A questão que se coloca é: quais os modos de subjetivação que estão sendo produzidos por esses artefatos que visam potencializar o cérebro?

2.6 A eficácia do *sujeito cerebral*

Segundo Gladys Swain (1986), as investigações acerca do sistema nervoso central, a partir da segunda metade do século XIX, tiveram um impacto antropológico, pois transformaram a figura do homem e a relação com seu próprio corpo. Outro elemento que incidiu na ordem social e na economia psíquica foi a lógica individualista, sobretudo, nos últimos três decênios do século XIX, que produziu um regime de “possessão de si” e de “auto-suficiência dos indivíduos.” (SWAIN, 1986, p. 32). De certa maneira, tematizamos isso no início do capítulo quando discutimos a *cultura do narcisismo* (Lasch, 1979), resta-nos investigar: como os avanços científicos coadunam-se ao projeto da auto-suficiência e ao neoliberalismo?

Um primeiro ponto que pode ajudar a responder essa indagação é a tese de Ehrenberg (2009) na qual ele defende que o sucesso das neurociências não se deve aos resultados científicos, mas, sim, a forma pela qual elas respondem aos impasses gerados pelo ideal de autonomia. Afinal, elas não só consolam aqueles que têm dificuldade de lidar com a exigência de ação e decisão, mas, também, despertam “a esperança de que sejam dadas a todos técnicas de multiplicação das capacidades cognitivas e de controle emocional, igualmente indispensáveis a tal estilo de vida.” (EHRENBERG, 2009, p. 202). Por exemplo, quando uma síndrome é reconhecida como tal, aumenta-se não só a tolerância social em relação a ela, mas, também, a autoestima de seus portadores. Ademais, constrói-se a crença de que é possível melhorar o desempenho social por meio de técnicas e, mais uma vez, nos deparamos com o trabalho de reforço da normalidade. Pois, o objetivo é “reprogramar o cérebro emocional, aumentando suas capacidades, ao que parece bem conhecidas, de autocura. As aptidões que derivam desse princípio ‘são os fundamentos do domínio de si e do êxito social’.” (Ibidem, p. 201). Bem, em um contexto em que o déficit tornou-se um dos grandes obstáculos para se alcançar o sucesso, as *práticas neuroquímicas de usinagem de si* (Ehrenberg, 2009) parecem ganhar um valor tático-estratégico. É, neste sentido, que o autor defende que a atual “totemização” da personalidade tem como correlato material o cérebro, o que faz emergir uma nova forma de subjetividade que pode ser compreendida pela categoria de *sujeito cerebral*.

A discussão de Francisco Ortega (2009) vai ao encontro dessas ideias, na medida em

que ele afirma que as atuais *práticas de si cerebrais*⁷⁴ estão a serviço da performance. Em sua perspectiva, do ponto de vista genealógico, a autoajuda cerebral é um correlato do estatuto que a autoajuda ganhou na governamentalidade neoliberal. Pois, como vimos, um dos efeitos da lógica neoliberal é a competitividade, o que faz com que o autocontrole e a auto-gestão sejam ferramentas de sobrevivência. Segundo o autor, o *sujeito cerebral* remete para a concepção foucaultiana de tecnologias de si que, por sua vez, permitem com que diversas formas de subjetividade sejam produzidas e convivam em determinado contexto. Como vimos no primeiro capítulo, para Foucault (1979), o indivíduo não é originário nem pode se auto-engendrar, ou seja, é impossível pensá-lo na exterioridade das técnicas de produção de si e dos registros do saber e do poder⁷⁵. Neste sentido, o *sujeito cerebral* não seria uma conotação antropológica, mas, sim, uma categoria que representa uma forma de subjetivação que está sendo constituída pelos discursos que enaltecem o cérebro às expensas dos registros histórico e simbólico do sujeito. Isso pode ser observado em um artigo da *Mente e Cérebro* (2008), onde consta a seguinte formulação: “A principal característica do Transtorno Bipolar é a instabilidade de várias funções cerebrais” (TUNG, 2008, p. 45). Podemos notar que a mensagem que se almeja transmitir é que esse transtorno não está relacionado à experiência psíquica e singular do sujeito, mas, sim, à instabilidade das suas funções cerebrais. Bem, como foi enunciado na capa da revista *Scientific American Brasil* (2014), vivemos “O novo século do cérebro” em que “técnicas revolucionárias prometem revelar como nascem os pensamentos e as emoções”. Desse modo, podemos dizer que os avanços tecnológicos contribuem para que a subjetividade seja ancorada na materialidade do cérebro, sobretudo, em sua imageria. Isso pode ser entendido pelo fortalecimento do registro do *espaço* em detrimento do *tempo*: “O que se assiste hoje [...] com a medicina das imagens, é já o ponto de chegada de uma longa marcha iniciada na segunda metade do século XIX, na qual a espacialização da experiência se contrapunha à temporalização.” (BIRMAN, 2012, p. 25). A relação entre biologização e *espacialização* pode ser ilustrada pelo tipo de leitura que vem sendo realizada sobre a experiência onírica, pois esta tem sido mais abordada pelo registro da imagem (que remete para a *espacialização*) do que pela sua dimensão de linguagem (que supõe a *temporalização*) (Birman, 2012). Isso evidencia que, na medida em que o sujeito passa a ser pensado pelo âmbito cerebral, todas suas experiências tendem a ser concebidas em

⁷⁴ O autor defende que elas resgatam as matrizes científicas que constituíram a tradição neuroeducativa do século XIX, no entanto, a ginástica cerebral tradicional estava a serviço do registro moral e não da performance, pois ela visava restaurar as regras sociais que, por sua vez, estavam colocadas em questão.

⁷⁵ Vale sublinhar que o termo *técnica*, empregado e positivado por Foucault (1984), diferencia-se da objetivação tecnicista da ciência moderna, pois se refere ao seu papel mediador na produção do sujeito.

seus aspectos bioquímicos ou neuronais.

Essas questões apontam para aquilo que Paul Rabinow (1996) designou de *biossocialidade* que consiste em modalidades de coletividade que não são centradas em critérios tradicionais (como classe social e orientação política), mas, sim, em critérios como saúde, diagnósticos e dados genéticos. Um dos campos da *biossociabilidade*, segundo Ortega (2009), é a *neurosociabilidade* que, por sua vez, é pautada em enunciados e práticas ligadas ao cérebro⁷⁶, como as práticas neuróbicas. Estas encontram sua sustentação no conceito de plasticidade cerebral, matriz pela qual vem sendo forjado o *neurobusiness* que visa promover a saúde, a longevidade e a performance do cérebro. Uma ilustração disso é o programa de *fitness cerebral* da empresa *Posit Science* (São Francisco) que promete “rejuvenescer” a plasticidade cerebral por meio do aperfeiçoamento da “velocidade, precisão e intensidade com as quais nosso cérebro recebe, registra e lembra” (ORTEGA, 2009, p. 252). Essas práticas já chegaram ao Brasil, o que foi enunciado na capa da revista *ISTO É* (2014) que teve a seguinte chamada: “A vez do check-up do cérebro”. A matéria inicia-se com a pergunta “Como vai a saúde do seu cérebro?” e com a informação: “Começam a surgir no Brasil⁷⁷ e em outros países os serviços de check-up para detectar e corrigir deficiências de memória, concentração e atenção. Os exames ajudam a prevenir doenças neurodegenerativas como o Alzheimer.” (TARANTINO, 2014, p. 72). Ainda que a linha divisória entre as perdas cognitivas do envelhecimento e os primeiros sinais de demência seja tênue, considera-se que a intervenção precoce permite retardar as doenças degenerativas, o que ilustra a articulação que é feita entre gestão de riscos, performance e *medicalização da existência*. Outro exemplo disso, exposto na reportagem, são os sites (como o *Luminosity*) que prometem sinalizar futuras disfunções a partir da codificação de sinais, como o esquecimento de palavras. Apesar desta ser uma experiência regular, sobretudo, na terceira idade, ela tornou-se um dos rivais do projeto neurológico-performático que a combate a partir dos *neurofeedbacks*⁷⁸ e da “eletromodulação transcraniana”⁷⁹. Também são utilizados os *neurogames*, como o *memo check-up* (que avalia

⁷⁶ Alguns exemplos mencionados pelo autor são: os “clubes do cérebro”; as competições mentais (como os ‘Campeonatos Mundiais de Memória’ e as ‘Olimpíadas de esportes da mente’); as neurocomunidades (que visam promover a atividade cerebral); os movimentos de neurodiversidade liderados pelos “Aspergers”.

⁷⁷ Por exemplo, em São Paulo há o “Centro Neurability de Avaliação e Treinamento da Performance Cerebral”.

⁷⁸ “o paciente é submetido a um eletroencefalograma para revelar a atividade cerebral sob vários estímulos. A partir da identificação das regiões cerebrais mais acionais e da intensidade em que isso ocorre, o especialista passa a usar os recursos de modelação cerebral do teste.” (Ibidem, p. 77).

⁷⁹ Esta consiste em ajustar bobinas em locais específicos do cérebro, para que as ondas de ultrassom estimulem áreas onde foram identificadas baixa atividade elétrica e, assim, melhore a memória e a atenção, o que vem sendo utilizado em Israel, Harvard e no Hospital Albert Einstein (SP).

as funções cognitivas da memória) e o *mindflex duel*⁸⁰ (usado para melhorar atenção).

Os exames, os jogos e os centros de memória estão pautados na ideia de que uma maior “poupança cognitiva” ajuda o indivíduo a driblar suas futuras deficiências. Por isso, eles não atraem apenas idosos, mas, também, “uma população mais jovem interessada em preservar e melhorar a sua performance cerebral.” (Ibidem, p. 74). Neste sentido, o check-up cerebral inscreve-se no ideário da saúde e do cuidado com o corpo, o que é confirmado pela afirmação de Bertolucci, chefe da Neurologia Comportamental da UNIFESP: “O cérebro precisa ser tão bem cuidado quanto o coração”. (Ibidem, p. 77). Ou seja, há um alinhamento entre as técnicas neuróbicas e os exercícios físicos: “alguns ‘alongamentos cerebrais’ [...] ‘queimam algumas calorias sinápticas’ [...] para não nos tornarmos ‘batatas de sofá mentais’.” (ORTEGA, 2009, p. 255).

Segundo Birman (2013b), vivemos em um contexto no qual o corpo tornou-se nosso bem supremo, contrariamente à tradição cristã na qual a alma ocupava esse lugar. O autor sublinha que o corpo também fora bastante valorado na tradição greco-romana – diferente das filosofias platônica e aristotélica que privilegiavam a alma –, mas a tradição cristã o negativou ao inscrevê-lo no campo da *carne*, do *mal* e do *pecado*, defendendo que o corpo deveria ser purificado para que a alma triunfasse. Em sua perspectiva, a precarização da experiência social foi um fator determinante para que o corpo tornasse soberano na atualidade, pois na ausência de laços sociais consistentes, o corpo tornou-se nosso único recurso de sobrevivência. Como pontua Ortega (2009), mesmo que a *neurosociabilidade* produza novas formas de subjetivação e de coletividade pautadas no cérebro, as promessas neuroascéticas tendem, em última instância, ao *neurosolipsismo*, isto é, para a dissolução da alteridade. Pois, como vimos, o que está em jogo é a promoção da glorificação do eu (Birman, 2000) e, neste sentido, podemos dizer que a *neurosociabilidade* não só incrementa a precarização do laço social, mas, também, é um signo dela. Talvez seja por isso que encontramos as categorias de “poupança cognitiva” e de “patrimônio cognitivo” na matéria da *ISTOÉ* (2014). Afinal, nossa performance corporal funciona como um reserva financeira e, por isso, deve ser permanentemente cuidada. Não é à toa que o corpo virou, também, um objeto de queixas constantes, afinal “algo deve ser feito para que a performance corpórea possa melhorar, pois essa se encontra sempre aquém do desejado.” (BIRMAN, 2012, p. 69). Isso intensifica, por

⁸⁰ “O paciente usa um fone de ouvido wi-fi que capta as ondas elétricas de seu cérebro e as transmite a um software. O programa as converte em estímulos para mover uma bolinha. Os especialistas sugerem que o paciente se concentre na ideia de que deseja que a bolinha se mexa.” (Ibidem, p. 76)

exemplo, a busca por terapias exóticas, pelo orientalismo e pelo naturalismo⁸¹ que são complementares aos processos de medicalização, isto é, não há “nenhuma oposição fundamental entre esta e aquelas. Isso porque todos têm o mal-estar do corpo o ponto de apoio para as suas diferentes estratégias de cuidados.” (Ibidem, p. 80).

Na medida em que o corpo tornou-se nosso único recurso de sobrevivência e tentamos afastá-lo de todos os riscos, a biologização da existência enuncia-se de forma ainda mais eloqüente. Segundo François Dagognet (1964/2012), diferente dos praticantes de magia que queriam expulsar o *mal* para fora, o conhecimento médico o “miniaturizou” no interior do corpo, tornando-o até mesmo imperceptível. Com isso, há uma esperança de que as substâncias químicas, como os remédios, possam atingi-lo:

Esta é, com efeito, a força do remédio: ele não transforma a natureza exterior, mas o próprio homem, ele o mantém na vida, o protege, o alivia ou o metamorfoseia. [...] Os remédios prolongam a vontade no sono, reimpulsionam o coração, restituem as forças e detêm a morte: eles são o meio mediante o qual o homem age mais eficaz e salutarmente sobre o homem. (DAGOINET, 1964/2012, p. 12)

É neste sentido que o autor defende que não devemos abordar o remédio como um objeto qualquer, pois ele tem um *status* privilegiado. Por exemplo, segundo Vaz (2013), o que está sendo vendido pelos psicofármacos é a experiência de não sofrer e de evitar a morte. Ambos autores articulam o remédio com o projeto de deter a morte e é importante dizer que isso também é preconizado pelos discursos do bem-estar e pelas promessas de longevidade (Birman, 2012) que estão alimentando a ideia de que a imortalidade não é mais impossível (Sibilia, 2002). Esse é um eixo importante para pensarmos como as promessas de imortalidade contribuem para que a finitude seja silenciada em nome do risco e como isso se articula ao projeto do biopoder e ao ideário da eficácia. Desse modo, podemos indagar: considerando que o corpo tornou-se soberano e que a programação da eficiência se dá pela instrumentalização do potencial humano, será que a busca pela imortalidade é uma resultante do imperativo da performance? Quais modalidades de programação da espécie (Foucault,

⁸¹ Uma ilustração humorada de como o naturalismo relaciona-se à precarização do laço social pode ser encontrada na embalagem do chá boldo-do-chile, da *Leão Fuze*: “Chá Leão Boldo-do-Chile segue sempre num ritmo bem tranquilo. Não corre não provoca, não agita. O Boldo-do-Chile espera. Aguarda em vigília porque sabe que alguém vai precisar dele um dia. Amigo fiel, íntimo, é um porto seguro. Está ali para o que der e viver. Compreensivo, sempre olha e diz ‘tudo bem vai passar, daqui a pouco você esquece isso’”. Na embalagem do chá-verde com limão encontramos referência ao enaltecimento do eu e ao bem-estar: “Renove a sua autoestima. Cuide-se e sinte-se mais leve. Vale por um cafuné no ego.”.

1978) e que modos de subjetivação estão sendo forjados pelas intervenções nos registros biológico e neuroquímico? Como isso incide na figura do homem?

2.7. Imortalidade, humanismo e animalismo: a crônica de uma morte exorcizada?

Os dispositivos tecnocientíficos e os novos limiares da biomedicina parecem estar traçando novas modalidades de promoção da vida e de programação da espécie (Foucault, 1976/1977) ao tentarem ultrapassar os limites do corpo e da vida. O imaginário corporal que se apresenta hoje está inscrito no projeto do biopoder e “a genética médica e as pesquisas sobre o genoma inscrevem-se neste imaginário, fazendo crer que a longevidade e principalmente a imortalidade poderiam ser conseguidas mediante as clonagens terapêutica e reprodutiva.” (BIRMAN, 2012, p. 79). Instaura-se, assim, um culto coletivo à imortalidade, o que remete para a figura do *homem pós-orgânico*. Esta categoria aponta, segundo Sibilia (2002), para o projeto de aperfeiçoamento do homem que visa driblar o fato da evolução tecnológica se dar 10 milhões de vezes mais rápida do que a biológica.

Como ensinou Foucault (1971/1996), as mutações científicas podem ser entendidas como “a aparição de novas formas na vontade de verdade” (p. 16) e, ainda, o poder tem uma *eficácia produtiva* (Foucault, 1979). Nesse sentido, devemos indagar: como as tiranias do *upgrade* incidem nos processos de subjetivação? No que concerne a isso, Sibilia (2002) afirma que, diferente da figura do homem-máquina forjada pelo poder disciplinar no contexto industrial, o que se coloca em cena hoje é a figura do *cyborg*. Este é o produto do entrelaçamento organismo e cibernética, o que evidencia uma concepção do corpo centrada em sistemas de processamento de dados e, ainda, que o paradigma evolucionista vem ganhando novas feições. Afinal, se no século XIX a evolução e a seleção das espécies eram analisadas por Darwin (1859/2003) sob a égide da naturalidade, o que é valorado hoje é a evolução artificial, como a alteração dos códigos vitais, a transmutação de matérias vivas e as recombinações do DNA. Este tipo de manipulação tecnocientífica faz com que as noções de morte e vida sejam reformuladas, pois “agora o nascimento pode ser planejado e, no horizonte fáustico da nova tecnociência, a morte está deixando de ser uma condenação certa.” (SIBILIA, 2002 p. 113). Desse modo, o futuro passa a ser programado pela eliminação de imprevisibilidades, como ilustra o Projeto Genoma Humano que promete “desprogramar as doenças e a própria morte, anular o envelhecimento e desativar a dor.” (Ibidem p. 123). Outro exemplo é a medicina ortomolecular que promete a longevidade, por

meio de fórmulas pautadas nas idiossincrasias de cada indivíduo despertando, assim, uma eficácia imaginária em seus usuários (Birman, 2012).

Ao problematizar o “Experimento-Humanidade”, Overhage (1967/1970) defende que as intervenções na natureza humana “atingem o cerne do homem e ameaçam modificá-lo inteiramente.” (p.15). O autor acrescenta que elas abrem portas para o projeto da eugenia que, em linhas gerais, visa o aperfeiçoamento da espécie. Por isso, sua maior indagação é “A que rumo deve o leme estar orientado a fim de alcançar a finalidade gigantesca de um aperfeiçoamento físico e psíquico?” (Ibidem, p. 44). Essa questão é importante, pois ela revela que o alvo das experimentações não é apenas o registro físico, mas, também, o afetivo e o intelectual. Por exemplo, pretende-se: “chegar o mais possível à razão última das coisas, [...] isto é, de uma ‘organização sistemática do pensamento’” (Ibidem, p. 46). Bem, considerando que o homem racional é uma das premissas do humanismo, será que o projeto neurobiológico é uma espécie de retomada do paradigma humanista?

No que concerne a isso, Francis Wolff (2010/2012) afirma que o humanismo, em suas diferentes facetas, apresentou-se desde Aristóteles até hoje, o que se dá, sobretudo, no campo das neurociências⁸² que, por sua vez, vem forjando o *homem neuronal*. Em sua perspectiva, o humanismo desembocou em duas leituras correlatas, mas inversas, a saber: o animalismo e o pós-humanismo⁸³. Embora as fronteiras entre o homem e a máquina estejam se redefinindo, o autor defende que o animalismo é mais ameaçador, pois permite, por exemplo, com que a equação *os animais devem ser tratados como homens* seja convertida para *os homens devem ser tratados como animais*. É neste sentido que Wolff (2010/2012) sublinha a importância de questionarmos o animalismo, pois é esse tipo de equivalência que está na matriz do projeto neurobiológico de naturalização das propriedades humanas. Na hipótese do autor, a proposição de que o homem é um animal como os outros não é uma conclusão empírica *a posteriori*, mas, sim, um *a priori* da neurociência que, por sua vez, prega a ética animalista. Isso fica nítido nos argumentos científicos que defendem que as diferenças entre os animais e o homem (como de inteligência, aptidão e código genético) são apenas de potência e de grau. O autor alerta, ainda, que a essencialização das diferenças

⁸² O autor apresenta quatro figurações do homem. O *homem antigo* remete à Aristóteles que acreditava que o homem, por portar o *logos*, era um animal racional. O *homem clássico* corresponde à Idade Clássica, quando Descartes erigiu o critério da razão como condição do sujeito pensante. O *homem estrutural* seria o correlato do “sujeito assujeitado” (objeto das disciplinas) e o *homem neuronal*, por sua vez, seria o produto da naturalização das propriedades humanas (Wolff, 2010/2012).

⁸³ Os pós-humanos teriam suas funções reguladas por próteses que lhe garantiriam novas aptidões, evitando as “limitações naturais como o envelhecimento, a curta duração da vida [...] os limites da memória e da inteligência.” (WOLFF, 2010/2012, p. 268).

naturais está na base do argumento da existência de raças, o que não significa que todas as formas de naturalização do homem desemboquem no eugenismo.

Por motivos metodológicos não poderemos explorar essa questão, mas não podemos perder de vista a relação que há entre discurso da ciência, valorização da razão e a experiência concentracionária da Segunda Guerra Mundial que produziu uma ebulição de debates em torno do humanismo. Como defendem Adorno e Horkheimer (1947/1985), o nazismo se deu pela utilização ampla, geral e irrestrita do discurso da razão que, por sua vez, foi alocada no centro do homem: “A ausência da razão no animal prova a dignidade do homem.” (p.229). Uma das hipóteses centrais dos autores é que a supremacia da *razão* sob a *sensorialidade* faz com que essa retorne como violência⁸⁴. E, seguindo essa linha, o “irracionalismo” anti-semita é uma resultante da radicalização do projeto humanista: “Hitler era contra o espírito e anti-humano. Mas há um espírito que é também anti-humano: sua marca é a superioridade bem informada.” (ADORNO; HORKHEIMER, 1947/1985, p. 196).

É nesse contexto do pós-guerra que podemos localizar a inscrição do projeto foucaultiano na tradição anti-humanista, o que fica nítido, também, em sua posição crítica em relação à tradição da filosofia do sujeito, de Descartes à Husserl. Não podemos esquecer, inclusive, que seu livro intitulado *A História da Loucura na Idade Clássica* (1961/1972) foi publicado no momento em que emergiu uma nova percepção em relação aos hospitais psiquiátricos. Dito de outro modo, sua crítica ao sistema asilar não pode ser pensada na exterioridade da conscientização do que foi a experiência concentracionária do nazismo.

Ao investigar a variabilidade histórica da experiência da loucura, Foucault (1961/1972) partiu do seguinte *problema*: como a loucura foi transformada em doença mental? Com isso, ele evidenciou que a doença mental não é uma evidência positiva, mas, sim, uma vicissitude histórico-social, ou seja, um objeto que foi forjado. Isso veio acompanhado por instituições de cuidado e pela criação de uma forma específica de tratamento, a saber, o tratamento moral. É neste sentido que o autor concebe a psiquiatria como uma humanização do cuidado da loucura, o que evidencia que o humanismo médico-psiquiátrico não deve ser visto apenas a partir da teoria da doença mental, mas, também, dos seus dispositivos de cuidado. E, como vimos, a gestão de riscos que se empreende hoje passa, justamente, por essa gestão humanitária que pode, a qualquer momento, se converter em um dispositivo securitário.

⁸⁴ Os autores apontam a *Odisseia* de Homero como o ato constitutivo do homem racional, pois quando Ulisses se viu confrontado com o chamado sedutor das sereias, ele rejeitou a *sensorialidade*: “As medidas tomadas [...] pressagiam alegoricamente a dialética do esclarecimento.” (ADORNO; HORKHEIMER, 1947/1985, p. 45).

Devemos ressaltar, ainda, que a originalidade de Foucault foi problematizar o humanismo a partir do seguinte *problema*: que tipo de homem foi forjado no Ocidente, a partir do século XVIII-XIX? E, como vimos, na perspectiva do autor, o homem é uma invenção moderna – e, da mesma forma que ele foi construído, ele pode vir a desvanecer (Foucault, 1966/1987) – e pensar a figura do homem na modernidade, implica em atentarmos para a relação entre história e vida:

o homem moderno é um animal, em cuja política, sua vida de ser vivo está em questão. [...] A razão por que a questão do homem foi colocada – em sua especificidade de ser vivo e em relação aos outros seres vivos – deve ser buscada no novo modo de relação entre a história e a vida: nesta posição dupla da vida, que a situa fora da história com suas imediações biológicas e, ao mesmo tempo, dentro da historicidade humana, infiltrada por suas técnicas de saber e de poder. (FOUCAULT, 1976/1977, p. 135).

Ao discutirmos essas questões no primeiro capítulo, observarmos que o homem moderno foi constituído pela tríade *responsabilidade, liberdade e finitude* e, na pós-modernidade, essas instâncias parecem estar sendo desenlaçadas. Afinal, na medida em que o risco é remetido para o âmbito biológico, a periculosidade descola-se da *liberdade*. A *responsabilidade*, por sua vez, parece ter se desvinculado da dimensão ética e subjetiva para se centrar nos fatores biológicos, sobretudo, cerebrais, o que aprofundaremos melhor adiante. Ademais, a morte deixou de ser uma certeza, pois a crença que se constrói é que por meio da *gestão dos riscos* e da genética médica é possível alcançar a imortalidade (Birman, 2012; Sibilia, 2002) e, com isso, a *finitude* é eclipsada. Esses elementos constituem uma chave de leitura importante para pensarmos a perda do poder simbólico da psicanálise, justamente porque a psicanálise é um discurso que se constituiu na modernidade. Isto é, esses ingredientes podem nos nortear para compreendermos, como pontuou Birman (1998), o “*gap* significativo entre psicanálise e atualidade. É para originalidade disso que devemos ficar atentos.” (p. 164).

2. 8. Crise da psicanálise: o sujeito comprimido no supermercado da eficácia?

Podemos dizer que o discurso freudiano radicalizou a crítica anti-humanista ao descentrar o sujeito do registro da consciência e do eu (Birman, 2001), o que exploraremos no próximo capítulo. O que devemos destacar agora é que, mesmo assim, ele valorou a implicação subjetiva sublinhando, por exemplo, que a experiência analítica deveria fazer com que o sujeito se defrontasse com seus desejos e com sua enfermidade, tornando-se

responsável por ela sem minimizá-la:

o início do tratamento em si ocasiona uma mudança na atitude consciente do paciente para com sua doença. Ele habitualmente, se contentava em lamentá-la, desprezá-la como absurda e subestimar sua importância; quanto ao resto, estendeu às manifestações dela a política de avestruz de repressão. [...] O tratamento, naturalmente, não é auxiliado por isso. O paciente tem de criar coragem para dirigir atenção para os fenômenos de sua moléstia. Sua enfermidade em si não mais deve parecer-lhe desprezível, mas sim torna-se um inimigo digno de sua têmpera, um fragmento de sua personalidade. (FREUD, 1914/1996, p. 167-168).

Já as técnicas de *expertise*, o objetivismo psiquiátrico e neurobiológico parecem colocar em questão a responsabilidade subjetiva, na medida em que reduzem o *bom uso da liberdade* (Foucault, 1961/ 1971), tal como seu “mal uso”, a fatores cognitivos, comportamentais e, sobretudo, cerebrais. Essa questão tem um outro lado, pois, como indicou Thomas Szasz (1965), muitos indivíduos, quando não conseguem alcançar um bom desempenho, anseiam em receber algum diagnóstico psiquiátrico para não precisarem assumir uma responsabilidade frente a isso. Como vimos, esses diagnósticos, muitas vezes, apontam para alguma deficiência neuroquímica, de forma que o indivíduo passa a se descrever a partir dela. Afinal, o “velho slogan ‘você é o que for sua mente’”, aparece agora em uma versão cerebralizada: ‘você é o que for seu cérebro.’” (ORTEGA, 2009, p. 253). Mas quando a neurociência explica os comportamentos a partir de neurohormônios, oferecendo uma leitura bioquímica como regulação, o que está sendo colocado em xeque não é a noção de sujeito?

Segundo Ehrenberg (2009), o fato de vivermos em um contexto em que, por exemplo, o DSM e o Prozac são signos compartilhados propicia com que as pessoas se descrevam por uma linguagem neuroquímica ao invés de considerarem que seus problemas são subjetivos. O autor problematiza esse tipo de uso que se faz do cérebro cujo intuito é justificar determinadas formas de ser e agir sem que haja uma implicação subjetiva. Para isso, ele menciona a seguinte hipótese do antropólogo Joseph Dumit (2004): a imageria cerebral possibilita a emergência de um “self-objetivo” que, por sua vez, permite com que os portadores de transtornos mentais possam “negociar” com seus sintomas. Por exemplo, ao invés de acreditar que a depressão seja um motivo para se ter vergonha ou culpa, o indivíduo a reconheceria como uma doença neuropatológica que precisa ser compreendida por todos. Dessa forma, o “self-objetivo” faria com que o indivíduo controlasse “suas próprias emoções sem exercer necessariamente um julgamento severo a respeito de si mesmo.” (EHRENBERG, 2009, p. 204). O autor critica frontalmente essa ideia por dois motivos. Primeiro, porque ela esvazia a noção de sintoma. Afinal, a culpa e a vergonha podem ser sintomas importantes do sujeito,

mas quando elas são silenciadas pela linguagem neuroquímica acabam perdendo o estatuto de sintoma, de forma que só resta ao sujeito aprisionar-se no diagnóstico. Sua segunda crítica é que o sujeito não é objetivado pela neuroquímica, mas, no máximo, personificado por ela: “A neuroquímica é uma referência *para agir numa relação.*” (Ibidem, p. 206).

Não pretendemos, com isso, fazer uma espécie de julgamento moral acerca da “responsabilidade cerebral”. Mais importante do que isso é atentarmos para o “contexto que permite empregar tal linguagem de justificativa da ação” (Idem) para, assim, discutirmos como isso se articula à perda do poder simbólico da psicanálise. Pois, o que estamos tentando sustentar é que a crise da psicanálise é um signo de que as experiências histórica, simbólica e afetiva do sujeito estão sendo silenciadas em prol das descrições comportamentais, biológicas e neuroquímicas:

A crença de que a experiência subjetiva pode ser explicada pelos processos neuroquímicos do nosso cérebro já adentrou o âmbito do imaginário social, sendo adotados nesse domínio enunciados que utilizam a causalidade dos processos cerebrais para entender afetos como simpatia, violência ou amor. A consequência de se pensar a subjetividade unicamente a partir dos parâmetros biológicos é um ameaçador retorno do naturalismo e do cientificismo. (BIRMAN, 2010, p. 8)

Como defende Ehrenberg (2009), o programa “forte” das neurociências já saiu dos laboratórios, pois há toda uma linguagem naturalista difundida no campo social que vem acompanhada de uma crença de que o cérebro determina as especificidades do ser social. E não podemos perder de vista que isso incide nos processos de subjetivação, afinal a experimentação científica produz verdades que nos definem e acabamos incorporando esses fatos científicos, isto é, passamos a nos constituir e nos descrever a partir deles (Ortega, 2009). Desse modo, a categoria de *sujeito cerebral* exprime o triunfo da “interioridade biológica” (Ehrenberg, 2009), na medida em que ela demonstra que o cérebro passou a responder por aquilo que até então era atribuído ao sujeito:

certas características estruturais da sociedade atual vêm produzindo, no imaginário social, uma crescente percepção do cérebro como detentor das propriedades e autor das ações que definem o que é ser alguém. Ele responde, cada vez mais, por tudo aquilo que outrora nos acostumamos a atribuir à pessoa, ao indivíduo, ao sujeito. Inteiro ou em partes, o cérebro surgiu como o único órgão verdadeiramente indispensável para a existência do *self* e para definir a individualidade. (ORTEGA, 2009, p. 249)

De certa maneira, tangenciamos essa questão ao apresentarmos o DSM-III (1980) como o marco do “neokraepelianismo” e da exclusão do referencial psicanalítico da nomenclatura psiquiátrica. E, como pontua Caponi (2007), o próprio Kraepelin (1907) notou a

imprecisão da classificação psiquiátrica por conta da possibilidade de haver a sobrevalorização de um sintoma⁸⁵, o que ocorre quando a experiência histórica e psíquica do sujeito é ignorada:

Perante a ausência de referências aos relatos de experiências de vida, considerados irrelevantes para o diagnóstico, e perante a fragilidade de estudos biomédicos que permitam validar as classificações, como desejavam degeneracionistas e neokraepelinianos, o único registro de validade que resta é o sintoma. Esse indicador ambíguo, que em tempos de Morel era ocupado pelos estigmas físicos e psíquicos, abre uma possibilidade indefinida de ampliação de transtornos psiquiátricos. (CAPONI, 2007, p. 47).

Para ilustrar como a sobrevalorização de um sintoma conduz ao aumento de categorias psiquiátricas, a autora relembra que uma conduta que, em determinado contexto, seria vista como uma contestação ou forma de resistência, hoje pode designar um transtorno opositor desafiador. Caponi (2007) ratifica sua argumentação crítica indicando que o próprio coordenador da força-tarefa do DSM-III (1980) e do DSM-IV (1994), Robert Spitzer, reconheceu que os critérios que definem os sintomas de cada diagnóstico não atentam para o contexto em que são desenvolvidos: “Ao fazer isso, permite que respostas normais a situações de estresse sejam caracterizadas como sintomas de uma patologia.”⁸⁶ (Spitzer, 2007, p. 9 apud CAPONI, 2007, p. 48). No que concerne a isso, devemos sinalizar que, na perspectiva que estamos trabalhando, isso que a autora está denominando de *sintoma* estamos chamando de *signo*. Pois, a categoria de *sintoma* abarcaria uma narrativa do sujeito, o que aprofundaremos no terceiro capítulo, e o que se apresenta hoje, no campo da psiquiatria biológica, é o esvaziamento do sentido do sintoma. Desse modo, diríamos que os estigmas físicos vem sendo substituídos pela supervalorização dos *fatores* (sejam eles comportamentais ou neuroquímicos) como *signos* de determinado transtorno. Neste sentido, devemos concordar com sua formulação, apresentada anteriormente, de que uma das resultantes do resgate do paradigma biológico, no campo da psiquiatria, é o esvaziamento do diálogo. Isso não se dá apenas em relação aos outros campos de saber (como a psicanálise e a sociologia), mas, também, em relação aos pacientes, fazendo com que, por exemplo, as sinapses inadequadas e as deficiências neuroquímicas sejam valoradas em detrimento do *sintoma* (Caponi, 2011).

Como relembra Castel (1987), a descoberta dos neurolépticos, em 1952, foi um dos maiores acontecimentos da história da psiquiatria e, neste contexto, a fala do paciente era

⁸⁵ “O método mais popular para classificar as patologias mentais é o método denominado clínico de classificação. O grave problema aqui radica em que pode existir uma sobrevalorização de um determinado sintoma” (Kraepelin, 1907, p. 117 apud CAPONI, 2007, p. 47).

⁸⁶ Referência indicada pela autora: Spitzer, R. L. & Forman, J. B. W. DSM-III Field Trials II. Initial experience with the multiaxial system. **American Journal of Psychiatry**, 136, 6, p. 818-20, 1979.

contemplada, até porque os medicamentos pareciam agir de forma “cega”. No entanto, com as atuais pesquisas que visam conhecer o modo de ação e os pontos de fixação dos medicamentos no cérebro (o que é facilitado, por exemplo, pela câmera de pósiton), os psicofármacos parecem ganhar maior relevância do que a escuta clínica. Isso aponta, segundo Birman (2014), para o “despojamento progressivo do registro do sujeito, o que teve como contrapartida o incremento do registro do comportamento.” (p. 33). Devemos acrescentar que esse registro do comportamento é ancorado, muitas vezes, no registro biológico, de modo que as paixões e perturbações psíquicas tendem a ser explicadas, em última instância, por fatores neuroquímicos. O problema que se coloca é que, com isso, o sujeito acaba sendo desatrelado de sua história singular e, conseqüentemente, o diagnóstico é desvinculado da implicação subjetiva (Castel, 1987).

No campo de discussão que estamos construindo, é importante sublinhar que o despojamento do registro do sujeito está relacionado à decomposição que se faz dele em termos de *fatores*. Vimos que isto se apresenta pela gestão de riscos que tem como condição de possibilidade o desaparecimento da pessoa, afinal a “instauração de um objetivismo tecnológico a dissolve numa combinação abstrata de elementos intercambiáveis” (CASTEL, 1987, p. 132). A composição do sujeito em *fatores* se dá, também, pela gestão do capital humano, pois “não se trata somente, mesmo que se trate ainda, de manter a ordem psicológica ou social corrigindo seus desvios, mas de construir um mundo psicológico ou social trabalhando o material humano.” (Ibidem, p. 179). Com isso, cria-se uma concepção do homem pela qual ele mesmo se percebe como detentor de um capital, na medida em que somos marcados por uma “postura cultural que tende a fazer da instalação na psicologia a consumação da vocação da pessoa social.” (Ibidem, p. 133). Portanto, a promoção do psicológico é uma questão central no nosso trabalho, pois ela está intimamente vinculada ao projeto da performance, o que fica claro na chamada da capa da *Mente e Cérebro* (2014): “Psicologia: ajuda você a mudar hábitos e alcançar seus objetivos – Lidar com a ansiedade e aproveitar melhor o tempo aumenta chances de realizar seus desejos”. Como diria Castel (1987), o que importa hoje é “investir e trabalhar, fazer frutificar seu potencial humano.” (p. 146).

A partir disso, podemos perceber que a promoção do psicológico e o projeto “forte” das neurociências, apesar de suas especificidades, caminham na mesma linha. Pois, como indicou Ehrenberg (2009), o investimento no *self* tem o processo de “fetichização” do cérebro como seu correlato. Ao discutirmos essas questões, procuramos delinear algumas formas de

subjetivação que são negativadas, positivadas e forjadas nessa conjuntura. Por exemplo, observamos que a subjetividade *dentro-de-si*, por não conseguir assumir o enaltecimento do eu, é vista como fracassada e tornou-se um dos alvos da psicopatologia pós-moderna, enquanto a subjetividade *fora-de si* é valorada por sua performance (Birman, 2000). Vimos, também, que a instrumentalização que se empreende hoje, a título da eficácia, forja formas de subjetivação que se ancoram no registro biológico (sobretudo, cerebral), o que foi ilustrado pelas categorias de *sujeito cerebral* (Ehrenberg, 2009; Ortega, 2009), *homem neuronal* (Wolff, 2013) e *homem pós-orgânico* (Sibilia, 2002). Apesar delas se inscreverem em campos teóricos distintos, todas parecem apontar para uma leitura biológica da subjetividade e estarem ligadas à performance. Por exemplo, há uma coadunação entre o imperativo social da autonomia e o lugar que é conferido ao cérebro:

A extensão das fronteiras de si que a normatividade da autonomia (valorização da realização de si, da ação individual, do *self-ownership*) recobre faz com que pareçam reunidas as condições para que uma representação de si como cérebro doente constitua uma referência semântica apropriada. (EHRENBERG, 2009, p. 202).

Ilustramos a articulação entre imperativo de autonomia e a “representação de si como cérebro doente” pela questão da incapacidade social, sublinhando que a deficiência também parece colocar a noção de sujeito em questão, na medida em que a “deficiência naturaliza ao mesmo tempo a história da pessoa, fazendo de sua falta um déficit” (CASTEL, 1927, p.106). Neste sentido, podemos entrever que o deslocamento da noção de *enfermidade* para a de *deficiência*, que é uma marca da atual abordagem médico-psicológica, também contribui para a perda do poder simbólico da psicanálise. Afinal, o trabalho com a “deficiência” tende a ser mais realizado por processos de aprendizagem do que pela psicoterapia. Em outras palavras, a ação sobre o déficit é pensada em termos de “melhora de performances, mais do que em termos de tratamento, e ainda menos de escuta [...] de atenção ao sofrimento psíquico” (Ibidem, p. 106).

Ademais, vimos que a exigência de performance propicia, por um lado, a vergonha e, por outro, a busca pela autossuficiência e pela glorificação do eu (Birman, 2000). Afinal, na medida em que nos tornamos empresários de nós mesmos (Foucault, 2004), passamos a viver em uma espécie de jogo de *poker* de existência, o que nos permite compreender a importância tática-estratégica dos psicofármacos hoje (informação oral)⁸⁷. Eles são os instrumentos por

⁸⁷ BIRMAN, J. Palestra “Subjetividade, drogas e performance”. In: **II Colóquio Franco-Brasileiro Dependência e “drogas” na adolescência: entre subjetividade e cultura**. Auditório Pedro Calmon, Fórum de Ciência e Cultura da UFRJ, 25 out. 2013.

meio dos quais a psiquiatria biológica psiquiatrizava “os indivíduos normais para torná-los performáticos, para enfrentar então os desafios colocados pela sociedade de risco na atualidade.” (BIRMAN, 2014, p. 36). Observamos que isto se relaciona ao estabelecimento da sociedade de mercado que, por sua vez, fez com que o *risco* se impusesse de forma tão eloqüente ao ponto de instaurar a insegurança social (Birman, 2013a). Esta não gera apenas o mal-estar social, mas, também, o mal-estar psíquico, o que se apresenta, por exemplo, pela sensação de abismo e pela desqualificação do indivíduo em relação a si mesmo: “O sentimento de segurança psíquica se esvazia de maneira flagrante [...] É a potencialidade de ser que é assim atingida no seu âmago, mas que se manifesta inicialmente pela impossibilidade de fazer e de agir.” (BIRMAN, 2012, p. 117). Vimos que a competitividade e as novas condições de mercado de trabalho não só propicia a desnarcização das subjetividades (Birman, 2014), como também, a corrosão do caráter (Sennet, 1999), o que está relacionado ao esvaziamento do espaço público (Sennet, 1988) e à precarização do laço social. Tudo se passa como se as próprias relações interpessoais tenham sido “psicologizadas” e se tornado ferramentas de performance, o que é ilustrado pelas atuais práticas de “promoção do relacional” (Castel, 1987). Bem, o que estamos tentando sustentar, a partir dessa discussão, é a existência de uma articulação entre neoliberalismo, precarização do laço social, risco e performance:

se a iminência do risco marca as subjetividades em nossos tempos, isso se deve ao imperativo da performance que se impõe aos indivíduos no espaço social. Existiria então um risco permanente no imperativo da performance, fundado na desconstrução do espaço público e na inflação correlata do espaço privado, de forma que a tirania promovida na intimidade desdobraria na cultura do narcisismo, o que promoveria a corrosão do caráter do sujeito. (BIRMAN, 2014, p. 30).

Ainda sobre essa articulação, Birman (2013a) defende que o cognitivismo e as neurociências, que portam uma notoriedade científica no contexto neoliberal, contribuem para a desarticulação dos registros do comportamento e da cognição em relação ao registro do sujeito (Birman, 2013a). Este, por sua vez, tornou-se *vítima* da ausência de reconhecimento simbólico, de maneira que as expressões de agressividade, por exemplo, não são consideradas como formas legítimas de enunciação subjetiva, mas, sim, como algo que produz desordem na ordem social. A expansão do campo da *periculosidade* é uma das grandes marcas da governabilidade neoliberal e, portanto, não é por acaso que a psicologia jurídica constituiu-se recentemente para regular as transgressões e, com isso, promover uma *psicologização dos laços sociais*. Ao centrar-se, por exemplo, no âmbito da família e do trabalho, ela abarca um

limiar de intervenção mais microscópico do que a psiquiatria do século XIX que, por sua vez, preocupava-se com os grandes crimes (Foucault, (1974-1975/2010) (Birman, 2013a). Vimos que Castel (1987) prefere falar de risco do que periculosidade, pois em sua perspectiva esta remeteria para a ideia de indivíduo, enquanto o risco centra-se nos *fatores*:

Um risco não resulta da presença de um perigo preciso, trazido por uma pessoa ou um grupo de indivíduos, mas da colocação em relação de dados impessoais ou *fatores* (de risco) que tornam mais ou menos provável o aparecimento de comportamentos indesejáveis. (CASTEL, 1987, p. 126).

Para a nossa problemática, essa distinção não é tão significativa, pois o que nos importa destacar é que seja pela expansão do campo periculosidade, seja pelo risco, o registro do sujeito é silenciado. Dito de outro modo, o sujeito é colocado em questão tanto quando o registro do comportamento é, estritamente, valorado – de forma que ele não é reconhecido simbolicamente –, como também, quando as políticas preventivas o reduz a uma série de *fatores* de risco.

Ademais, observamos que a promessa de cura é um outro elemento importante que contribui para a perda do poder simbólico da psicanálise (Birman, 2000). Como defende Borch-Jacobsen (2013), a “guerra dos *psis*”, como é denominada na França, está atrelada à exigência de eficácia dos tratamentos, o que é legitimado pela mensurabilidade dos resultados, o que coloca a psicanálise em um lugar desvantajoso:

Um programa de avaliação comparativa favorece [...] as terapias bioquímicas, assim como as psicoterapias breves e as terapias cognitivas-comportamentais (TCC) que têm como alvo justamente o tipo de sintoma de superfície selecionado pelo DSM-III e onde se pode mais facilmente medir a eficácia do tratamento. As psicoterapias, propondo uma remodelagem “profunda” da personalidade, como as terapias psicanalíticas e psicodinâmicas, são colocadas fora do jogo, pelo seu niilismo diagnóstico e sua incapacidade de se conformar à nosografia padronizada do DSM-III. (BORCH-JACOBSEN, 2013, p. 277. Minha tradução)

É neste sentido que Castel (1987) defende que estamos na era da pós-psicanálise, não só pela *performance* ser mais valorada do que a escuta do sofrimento psíquico, mas, também, porque a psicanálise não consegue responder as demandas geradas pelas exigências sociais da performance. Já as psicotecnologias, por exemplo, conseguem, pois possibilitam “a promoção de um trabalho psicológico sobre si mesmo que faz da mobilização da pessoa a nova panacéia para enfrentar os problemas da vida em sociedade.” (CASTEL, 1987, p. 18). Essas técnicas abrangem, também, os psicofármacos, pois, como vimos, há “uma nova forma de demanda

das pessoas em relação a quererem ser reguladas por medicamentos, e não por formas de tratamento baseadas na palavra, na linguagem.” (BIRMAN, 2005, p. 102).

Já adiantamos, ainda que brevemente, que a psicanálise pressupõe um sujeito do inconsciente que se implica na sua experiência pulsional e desejante. Mas se vivemos em um contexto sociocultural que impulsiona as subjetividades a conferirem ao cérebro o poder de suas ações, afetos e etc., o que se estabelece é uma espécie de dissonância entre contexto pós-moderno e psicanálise que, por sua vez, é uma produção discursiva moderna (Neri, 2002). Desse modo, podemos afirmar que a problemática que estamos tangenciando não é de ordem moral, mas, sim, ética, pois a biologia da consciência vai na direção oposta do sujeito do inconsciente (Hoffmann, 2010). Afinal, a ideia que se quer passar é que o psiquismo é um epifenômeno do corpo biológico, por isso, as pesquisas que estão sendo realizadas têm um caráter estritamente biológico, isto é, ignoram os registros simbólico e pulsional do sujeito (Birman, 2000). E, como estamos podendo observar, não é apenas o sujeito que está sendo silenciado, mas, também, os campos de saber que o valoram. É neste sentido que Castel (1987) afirma que a psicanálise vem se afogando na cultura psicológica e que “podemos tomar a dinâmica de sua banalização na sociedade contemporânea como um fio condutor para seguir uma mudança decisiva do estatuto das técnicas médico-psicológicas.” (p. 133).

Bem, esse capítulo nos revelou um percurso que começa no sujeito consumidor, perpassa pelo sujeito que consome a dor e chega no sujeito que é consumido. As questões que permanecem são: como o campo psicanalítico pode compreender, responder e sobreviver aos impasses provocados pelas promessas de cura, pela instrumentalização performática e pela naturalização do sujeito? Evidentemente, não pretendemos encontrar a *cura* para esses problemas, mas, sim, investigar a crise da psicanálise, procurando elucidar alguns caminhos teóricos e clínicos que nos permitam pensar formas de contornar tais obstáculos.

3. Eficácia, longevidade e finitude da psicanálise: a crise e seus contornos

Durante esse período materialista, ou melhor, mecanicista, a medicina realizou avanços formidáveis, embora também mostrasse uma compreensão míope dos mais importantes e difíceis problemas da vida.

Sigmund Freud⁸⁸

Como nos ensinou Foucault (1979), os *discursos* e os *dispositivos de poder-saber* possuem uma *eficácia produtiva*. Observamos, no capítulo anterior, que os discursos e as práticas referentes às neurociências, à psiquiatria biológica e à psicologia estão produzindo formas de subjetivação autocentradas, performáticas e eficientes, o que se coaduna com a lógica neoliberal (Birman, 2013a) e com a *cultura do narcisismo* (Lasch, 1979/1983). Vimos que isso vem acompanhado pela instrumentalização do potencial humano (Castel, 1987) e pela naturalização das propriedades humanas que, por sua vez, tem o *sujeito cerebral* (Ehrenberg, 2009) e o *homem neuronal* (Wolff, 2012) como seus correlatos. E, a partir disso, procuramos sustentar a hipótese de que a atual crise da psicanálise é um signo de que os registros simbólico e histórico do sujeito estão sendo silenciados (Birman, 2014).

Dito de outro modo, alguns operadores socioculturais, econômicos e políticos propiciam com que a promoção do psicológico (Castel, 1987), as *técnicas de usinagem de si*, a *fetichização do cérebro* (Ehrenberg, 2009) e a psicofarmacologia (Borch-Jacobsen, 2013), que têm como matriz a superposição corpo-organismo (Birman, 2000), ganhem um lugar tático-estratégico em nosso contexto. Isso revela que o modo de subjetivação que passou a ser prevalente na pós-modernidade vai na direção oposta ao que foi proposto pela desconstrução freudiana, que pensou o sujeito corporificado e, ainda, descentrado do registro do eu e da consciência (Birman, 2000). Para trabalharmos essas questões, selecionamos duas chaves de leitura, a saber, as problemáticas da *performance* e do *risco*, considerando que o ponto de interseção entre ambas é a colocação em xeque da noção de sujeito. Isso se dá tanto por este ser silenciado em nome de seus comportamentos, como também, por ele ser reduzido a um mosaico de fatores e de funções, o que tem como resultante, por exemplo, a colocação em questão da responsabilidade ética. E, no presente capítulo, tentaremos sedimentar a consistência teórica dessa problematização, nos aventurando a responder a seguinte questão:

⁸⁸ SIGMUND, F. (1925[1924]). As resistências à psicanálise. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 268.

considerando que o discurso freudiano constituiu-se a partir da valoração do *sujeito da enfermidade*, do *sintoma* e da *linguagem*, será que a perda do poder simbólico da psicanálise não se relaciona ao esvaziamento dessas noções?

Como vimos, da mesma forma que na medicina somática cada síndrome é associada a um tipo de tratamento específico, na psiquiatria biológica cada categoria diagnóstica corresponde a um psicofármaco, mesmo que a noção de *causalidade* seja descartada (Borch-Jacobsen, 2013). Não podemos perder de vista que foi por conta do lugar soberano ocupado pela síndrome “que a performance como imperativo ideal a ser promovida no sujeito pelo discurso psiquiátrico se disseminou na contemporaneidade.” (BIRMAN, 2014, p. 36). A partir disso, podemos entrever que há um triunfo desse novo modelo de descrição clínica, a *síndrome*, em detrimento da noção de *enfermidade* (Birman, 2014), o que nos coloca a seguinte indagação: será que o sujeito da experiência da enfermidade está sendo silenciado? Uma das ilustrações disso é que a relação médico-paciente está sendo pautada na eficácia bioquímica em detrimento da linguagem (Birman, Hoffman, 2013). No que concerne a isso, Birman (2012) sublinha que os médicos clínicos são aqueles que mais prescrevem psicofármacos. Isso não ocorre apenas por causa da tendência do mal-estar se expressar no registro corporal, fazendo com que as pessoas os busquem com mais frequência, mas, também, pelo fato da prática médica estar ganhando uma roupagem técnica que faz com que o médico não acolha seus pacientes psiquicamente. Desse modo, tenta-se apaziguar o desamparo deles por meio da regulação bioquímica, de forma que eles “são medicalizados no seu sofrimento e dor.” (BIRMAN, 2012, p. 87). Podemos arriscar dizer que a psicofarmacologia reforça o sujeito a ficar aprisionado no registro “especializado” da *dor* no qual não há um apelo ao outro que, por sua vez, é crucial para transformá-la em *sofrimento*. Afinal, é a alteridade que possibilita com que os processos de simbolização e a criação de novos circuitos pulsionais ocorram, o que aprofundaremos no decorrer do capítulo. Observamos, ainda, que os triunfos da *dor* sobre o *sofrimento* e do *espaço* em detrimento do *tempo* relacionam-se ao esvaziamento das instâncias do *pensamento* e da *linguagem*:

Em todas as descrições patológicas características da contemporaneidade, há algo muito curioso: o pensamento é uma instância em falência [...] seja o pânico, que não consegue pensar sobre o que lhe acontece, seja o deprimido, que tem um pensamento reiterativo em que a possibilidade de simbolização é nula, seja o compulsivo que age, seja no psicossomático que não reflete (BIRMAN, 2005, p.105)

Para explorarmos o esvaziamento das noções de *enfermidade* e *sintoma* e de uma concepção do tratamento centrado na *linguagem*, será preciso revisitar o texto freudiano,

sinalizando como o autor os positivou. A partir disso, poderemos delinear o que estamos entendendo por *sujeito*, o que implicará em discutirmos, também, a condição desejante, pulsional, finita e desamparada que o caracteriza.

O caminho metodológico que seguiremos será pautado nas continuidades e discontinuidades que há entre o discurso freudiano e a medicina. Teremos como enfoque, por um lado, a *finitude* (Freud, 1915b/1974; 1919/ 1976) e, por outro, a rotura que Freud fez com a tradição médica-neurológica e com o discurso da anatomoclínica (Birman, 2010). Pretendemos, por meio dessa segunda via, sustentar uma aproximação do discurso freudiano com a medicina pré-moderna que valorava a *linguagem* e a *crise*. Por conseguinte, discutiremos quando o discurso psicanalítico aproxima-se da *verdade-acontecimento* (Foucault, 1973-1974/2006) e da arte erótica (Foucault, 1976/1977) e quando ele coloca-se como uma *verdade-demonstrativa* e uma ciência sexual. Esse percurso nos levará a um ponto nevrálgico da pesquisa, qual seja: a psicanálise propicia a sustentação de singularidades ou está a serviço da normalização? Esta é uma questão central, sobretudo, por três motivos. Primeiro, porque ela nos permitirá evidenciar que o poder atravessa a psicanálise, indicar que Freud estava atento a isso e, ainda, sublinhar que a psicanálise também pode assumir uma postura normativa. Desse modo, evitaremos com que nossa discussão provoque alguns mal-entendidos, como por exemplo, que ela insinue que apenas o discurso da psiquiatria, das neurociências e da psicologia são práticas de poder e que a psicanálise é uma suposta vítima desses alçozes, o que seria uma visão extremamente defensiva, simplista e estéril.

Segundo, porque alguns segmentos do campo psicanalítico estão fazendo “bricolagens” com discursos e práticas centradas em paradigmas biológicos e normativos, o que contribui para a homogeneização das individualidades (Birman, 2000). Como vimos, há um “crescente desinteresse das pessoas pela realização de análise, ao lado de um interesse significativo por outras modalidades de psicoterapia e tratamentos biológicos.” (BIRMAN, 2000, p.33). E, no intuito de driblar esse tipo de impasse, como a autonomização da psiquiatria, alguns psicanalistas tentam realizar uma *solução de compromisso* com os psiquiatras, o que revela a inversão que se deu na relação desses dois campos de saber. Uma ilustração disso é o fato de ter sido balizado, no interior do campo psicanalítico, uma autorização de que as pessoas devem ser medicadas (Birman, 2004). E não podemos acreditar que a facilitação do uso dos psicofármacos não influencia nossa experiência pulsional, pois o fato de sermos, permanentemente, seduzidos a regularmos nossas experiências via medicação influencia o funcionamento psíquico, por exemplo, diminuindo a suportabilidade em relação ao sofrimento e a angústia (Birman, 2013a) (informação oral).

Em terceiro lugar, pensar a psicanálise a partir desses dois eixos, da *estilização* e da *normalização*, possibilitará com que elucidemos alguns caminhos éticos para que ela possa sustentar sua singularidade discursiva e, ao mesmo tempo, atentar para as novas formas de subjetivação sem precisar incorporar paradigmas biológicos e normativos. Empreenderemos essa última etapa de nosso percurso investigativo, trabalhando as hipóteses de Freud sobre o *desamparo* (1927/1974), o *mal-estar* (1930/1974), a *finitude* (1916/1974) e a *feminilidade* (1937b/ 1975). Para isso, será importante contextualizarmos a constituição do discurso freudiano na modernidade que, por sua vez, foi marcada pela queda das utopias e da verticalidade. Isto, por um lado, aumentou a *liberdade* e, por outro, incrementou a experiência de desproteção, por isso “o *desamparo* do sujeito é a matéria-prima da psicanálise, já que aquele é a resultante na subjetividade de um mundo que não se funda mais sobre ideais totalizantes e universalizantes.” (BIRMAN, 2000, p. 95). Foi neste sentido que Freud (1927/1974) defendeu que não há como fugir nem se curar do desamparo e da finitude, pois o vivente humano é ameaçado triplamente, a saber, pelas forças inexoráveis da natureza, pela fragilidade do próprio corpo e pela relação hostil com outros homens. Diante dessa orfandade e vulnerabilidade, o sujeito pode tentar criar respostas singulares, mas, também, buscar “soluções universais”. Ademais, ele pode assumir uma postura masoquista, que lhe forneça algum tipo de proteção, o que revela uma tentativa de evitar a posição de *feminilidade* (Nunes, 2002). A partir dessas breves descrições, podemos indagar: será que as promessas da *performance*, da longevidade e da imortalidade não representam uma forma de proteção face à condição finita, desamparada e incompleta do sujeito? Pois, como observamos, “é a longevidade que está sempre em causa, no caldeirão da bruxa das novas alquimias propostas pela farmacopéia na atualidade.” (BIRMAN, 2012, p. 76-77). Vimos também que, do ponto de vista metapsicológico, a *performance* está atrelado ao *sadismo*, no qual o sujeito assume uma posição ativa sobre o outro, pois o que está em pauta é a busca da *masculinidade* e da *virilidade* como repúdio à *feminilidade* (Birman, 2014).

Em linhas gerais, pretendemos tangenciar duas questões com essa discussão. A primeira consiste em elucidar como a psicanálise pode pensar modalidades de *resistência* (Foucault, 1979) aos discursos do risco e da *performance*. A segunda visa sublinhar a importância da psicanálise sustentar sua singularidade sem se entregar ao ideário da eficácia, isto é, sem ter a pretensão performática de se tornar uma *verdade-demonstrativa* (Foucault, 1973-1974/2006).

3.1. Clínica e ética: a *finitude* no discurso freudiano

Como discutimos, as noções de *cérebro*, *síndrome* e *comportamento* parecem ter ganhado pregnância em detrimento das categorias de *psiquismo*, *enfermidade* e *sintoma*. É, a partir disso, que Birman e Hoffmann (2013a) defendem que as três últimas versões do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) revelam a exclusão da figura do sujeito na psicopatologia pós-moderna. Observamos que isso vem acompanhado tanto pelo esvaziamento da responsabilidade ética, como, também, do registro da linguagem na relação médico-paciente. Afinal, o “discurso deve ser [...] colocado de lado, na relação médico-paciente e psiquiatria-paciente, em prol da eficácia bioquímica dos medicamentos psicotrópicos.” (BIRMAN, 2012, p. 80).

É importante sublinharmos, também, que a própria responsabilidade que o médico imputa a seu paciente é, segundo Birman e Hoffman (2013), forjada pelo discurso do risco que, por sua vez, é tributário das normas definidas pelo saber. Isso revela que os discursos médico e psiquiátrico assumem uma postura moral que faz do indivíduo um grande assujeitado. Uma ilustração disso é que a “surdez” dos médicos e dos psiquiatras tem como produto o masoquismo do paciente que, vendo-se impossibilitado de afirmar a própria posição subjetiva, segue à risca as prescrições que lhe são dadas, mas o preço que se paga é a culpabilidade pela não sustentação do desejo. É neste sentido que os autores defendem que a problemática que se delineia é de ordem ética, pois a medicina somática e a psiquiatria biológica, ao não reconhecerem a singularidade do sujeito, deixam de ser uma experiência propriamente clínica. Por exemplo, embora a psicofarmacologia tenha uma notoriedade científica, no registro clínico, sua eficácia não foi comprovada:

não existiria ainda uma psicofarmacologia clínica, isto é, uma utilização ponderada e cientificamente bem fundada nos usos dos psicofármacos, mas apenas a utilização destes a partir de conhecimentos genéricos da psicofarmacologia experimental que os psiquiatras clínicos possuem. (BIRMAN, 2012, p. 88)

Segundo Birman e Hoffman (2013), o registro ético implica que o sujeito da singularidade assumira uma posição frente o código moral dos valores⁸⁹ e, com isso, revele sua liberdade e responsabilidade. Desse modo, os autores defendem que a sustentação do próprio

⁸⁹ “Por ‘moral’ entende-se um conjunto de valores e regras de ação propostas aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos diversos [...] por ‘moral’ entende-se igualmente o comportamento real dos indivíduos em relação às regras e valores [...] Chamaremos esse nível de fenômenos a ‘moralidade dos comportamentos’.” (FOUCAULT, 1984/1988, p. 26).

desejo (que, por sua vez, não está inserido no campo das normas) é a contrapartida das estratégias de normalização. O ponto nodal dessa discussão é que a prática clínica supõe o registro ético, o que não é possível quando se opera uma naturalização da condição humana e o ocultamento da singularidade:

a exceção e a diferença da condição humana no registro estrito da *natureza*, centrada que eram nos registros da *linguagem* e nos *códigos simbólicos*, foram colocadas em suspenso, em nome do imperativo da *naturalização* daquela condição específica. Foi por este viés que a singularidade do sujeito foi eclipsada, pelo investimento correlato do registro do comportamento. (BIRMAN, 2014, p. 33).

Para pensarmos a relação entre clínica, sujeito e ética discutiremos algumas pontos de aproximação e de distanciamento da psicanálise em relação à medicina moderna e pré-moderna e a primeira questão que exploraremos é a inscrição da finitude no discurso freudiano. Afinal, como vimos no primeiro capítulo, a medicina moderna é constitutiva do discurso da finitude e foi sobre esse solo que o discurso freudiano se apoiou para pensá-la.

A inscrição da finitude na psicanálise deve ser entendida como um derivado da experiência da morte, noção que se tornou central a partir da segunda teoria pulsional (Birman, 2010). Ilustrações disso são: a enunciação dos conceitos de *pulsão de morte*, de *compulsão à repetição* (Freud, 1920a/1976) e de *desamparo* (Freud, 1927/ 1974) e, ainda, a postulação de que o *além do princípio de prazer* ou o *princípio do nirvana*⁹⁰ são originários (Freud, 1924b/1976). Em relação ao desamparo, é preciso ressaltar que apenas entre os anos 1915-20, a palavra “desamparo” tornou-se um conceito, o que implicou que a crença de Freud no discurso científico caísse por terra (Birman, 2010). Afinal, depois da Primeira Guerra Mundial, Freud (1915b/1974) percebeu que a interdição de matar não era universalizada, pelo contrário, só era válida em tempos de paz. Por exemplo, ao discutir a transitoriedade, o autor afirma que a guerra não só

destruiu a beleza dos campos que atravessava e as obras de arte que encontrava em seu caminho, como também destróçou nosso orgulho pelas realizações de nossa civilização [...]. Maculou a elevada imparcialidade da nossa ciência, revelou nossos instintos em toda a sua nudez e soltou de dentro de nós os maus espíritos que julgávamos terem sido domados para sempre, por séculos de ininterrupta educação pelas mais nobres mentes. (FREUD, 1916[1915]/1974, p. 347).

⁹⁰ “temos de perceber que o princípio de Nirvana, pertencendo [...] ao instinto de morte [...] experimentou nos organismos vivos uma modificação através da qual se tornou o princípio do prazer, e doravante evitaremos encarar os dois princípios como um só. [...] O princípio de *Nirvana* expressa a tendência do instinto de morte; o princípio de *prazer* representa as exigências da libido, e a modificação do último princípio, o princípio da *realidade*, representa a influência do mundo externo” (FREUD, 1924b/1976, p. 201).

O progresso havia se aliado à barbárie, por isso, o autor considerou que esse período era inédito. Afinal, tamanho era seu espanto de que a selvageria estivesse eclodido justamente na Alemanha, França e a Inglaterra, as maiores representantes da civilização ocidental: “A carnificina da guerra [...] era a revelação dos limites e ilusões do progresso da dita civilização do Ocidente.” (BIRMAN, 2000, p. 138-139).

É importante sublinhar que essa guinada do texto freudiano contribuiu para a quebra do fascínio despertado pela psicanálise, pois, como indicou Birman (2000), até então se acreditava que ela poderia curar o mal-estar social e oferecer subsídios para tornar harmônicas as exigências pulsionais e as possibilidades dessas serem satisfeitas. No entanto, a partir de 1915-20, Freud colocou a psicanálise à prova do social e assumiu uma leitura trágica do sujeito moderno e, com isso, sua promessa fascinante foi desconstruída. Para ilustrar essa mudança, Birman (2000) contrapõe a hipótese do ensaio “A moral sexual civilizada e a doença nervosa dos tempos modernos” (Freud, 1908/1976) da apresentada em “O mal-estar na civilização” (Freud, 1930/1974). Apesar de ambos os textos abarcarem a dimensão conflitiva entre pulsão e civilização, no primeiro a psicanálise é colocada como uma possível mediadora, no sentido em que ela poderia “ensinar” o sujeito a dominar suas exigências pulsionais em prol dos interesses civilizatórios. Já no segundo texto, a inevitabilidade do mal-estar e a condição do desamparo são enunciadas como marcas centrais do sujeito moderno, o que aprofundaremos no final do capítulo. O que nos interessa destacar agora é que um dos desdobramentos dessa nova concepção foi a mudança do estatuto epistemológico da psicanálise. Pois, em um primeiro momento, esta era norteada por um viés vitalista, pautado no modelo teórico da fisiologia de Claude Bernard⁹¹, o que lhe permitia supor que era possível manter a homeostasia e a regulação da pulsão (da sua força, objeto e representantes) (Birman, 2010). Mas, a partir de 1920, Freud assumiu uma posição mortalista, seguindo o paradigma de Bichat, indicando que não basta “produzir a vida como um bem em contraposição à morte originária: é preciso ainda reproduzi-la permanentemente, em toda a existência do sujeito.” (BIRMAN, 2000, p. 135). Ademais, da mesma forma que Bichat fracionou os órgãos em tecidos, o discurso freudiano fragmentou o aparelho psíquico em diferentes instâncias, tanto na primeira como na segunda tópica e, também, postulou que as pulsões seriam parciais, isto é, não implicariam em uma unidade (Birman, 2013b).

⁹¹ “O que estava em pauta era a ideia de uma relação ativa e contínua do vivente com o seu meio ambiente, pela qual o imperativo da vida se afirmaria sempre pelas regulações e constâncias do meio interno do organismo, que se defrontaria permanentemente com as variações do meio externo.” (BIRMAN, 2007, p. 538).

A experiência da finitude também foi descrita a partir do *estranho-familiar* (*unheimlich*) que, segundo Freud (1919/1976), articula-se ao *retorno do recaiado*, à *compulsão à repetição* e ao fenômeno do *duplo*. Primeiramente, devemos sublinhar que o autor partiu da investigação terminológica que demonstrara que *heimlich* (nativo, conhecido) abarcaria um significado que iria ao encontro de seu oposto, *unheimlich* (estrangeiro, estranho): “tudo o que deveria ter permanecido secreto e oculto mas veio à luz.” (FREUD, 1919/1976, p. 282). Neste sentido, ao falar do *retorno do recaiado*, o autor refere-se a algo que já foi familiar, mas que, depois que submetido ao processo de recalque, retorna como algo estranho e inescapável, lançando o sujeito na experiência de desamparo. No que concerne à *compulsão à repetição*, o autor dá como exemplo um dia que estava passando pela terceira vez na mesma rua, sem se dar conta disso, o que lhe despertou uma sensação de estranheza, por ser algo fatídico. O fenômeno do *duplo*, por sua vez, ocorre quando o sujeito é tomado por uma incerteza sobre quem ele é ou quando substitui o seu eu por um estranho havendo, assim, “uma duplicação, divisão e intercâmbio do eu.” (FREUD, 1919/1976, p. 293). O *duplo* é, portanto, um mecanismo de defesa para preservar o eu e está relacionado ao *narcisismo primário*. Pois, em um primeiro momento, ele se apresenta como uma promessa de imortalidade, o que aponta para a onipotência narcísica característica dessa experiência. Mas, posteriormente, ele se torna um enunciador da morte:

Originalmente, o “duplo” era uma segurança contra a destruição do ego, uma “energética negação do poder da morte” [...] Tais ideias, no entanto, brotaram do solo do amor próprio ilimitado, do narcisismo primário que domina a mente da criança e do homem primitivo. Entretanto, quando essa etapa está superada, o “duplo” inverte seu aspecto. Depois de haver sido uma garantia de imortalidade, transforma-se em estranho anunciador da morte. (FREUD, 1919/1976, p. 293-294).

A discussão sobre o *estranho-familiar* abarca, ainda, a coexistência entre o “saber da mortalidade” e a “crença da imortalidade”, pois a ideia que se tem é: “eu sei que sou mortal, mas mesmo assim eu acredito piamente na minha imortalidade” (BIRMAN, 1999, p.150). Isto está ligado ao fato de que a crença na eternidade está inscrita no inconsciente: “Nosso inconsciente, portanto, não crê em sua própria morte; comporta-se como se fosse imortal.” (FREUD, 1915b/1974, p. 335). Por isso, embora tenhamos um conhecimento da morte enquanto possibilidade, quando ela se efetua provoca algo da ordem do *sinistro*⁹²:

⁹² O *sinistro* aponta para a noção de *horror* e para a experiência de angústia que, por sua vez, promove a suspensão do sujeito. Diferente do medo, que diz respeito a um objeto evitável, o *horror* ocorre quando não é possível antecipar algo que, portanto, é vivenciado como uma invasão. O sujeito entra, assim, “num estado de

se a morte, por um lado, indica o que lhe é estranho, perfilando-se como a visita inesperada que o surpreende, em contrapartida o sujeito tem a sensação difusa e a certeza de que é uma antiga conhecida sua, pelo outro. Existe aqui, pois, uma sabedoria primordial da subjetividade sobre a morte, indicando alguma coisa que lhe é familiar desde sempre, mas que choca o eu com a sua eventualidade enquanto acontecimento. (BIRMAN, 1999, p. 145).

Essa temática remete para a atitude cultural de negação da morte que, segundo Freud (1915b/1974), é bastante antiga. Ela não só fez com que muitas religiões designassem a vida como uma preparação para a morte, mas, também, possibilitou a criação das noções de reencarnação, transmigração de almas e existências pretéritas. A partir disso, podemos perguntar: será que, na atualidade, a negação da morte, como uma atitude cultural, não perpassa pelo discurso do risco e pelos mandamentos do bem-estar? Se sim, podemos afirmar que as subjetividades se deixam capturar fielmente pelo projeto da longevidade como uma tentativa de se esquivar do fantasma da morte. Podemos dizer, ainda, que a coexistência entre o “saber da mortalidade” e a “crença na imortalidade” vem sendo incrementada pelo discurso do risco. Pois, por um lado, divulgam-se todos os riscos que a saúde e a vida estão sujeitas, intensificando nosso saber sobre a mortalidade. Mas, por outro lado, prescreve-se uma série de condutas preventivas que auxiliam na prevenção da morte, o que incrementa a crença de imortalidade. Mas ainda que a questão da morte se coloque, sobre esses termos, o que está em jogo é que a finitude parece vir perdendo o estatuto que ela ganhou na modernidade.

Como vimos no primeiro capítulo, a tradição cristã, ao enunciar a promessa de vida eterna, operou um silenciamento da finitude e, no século XIX, esta foi resgatada pela medicina moderna (Foucault, 1963/2008) (Birman, 2007). A pergunta que se coloca é: será que os novos limiares da biomedicina, a genética e o discurso da saúde, que juntos alimentam um culto à longevidade e à imortalidade, não estão reatualizando o feito cristão (claro que sobre outros termos) eclipsando a finitude? Essa questão nos interessa, pois, como estamos sublinhando no decorrer do trabalho, a psicanálise não é atemporal, afinal seu objeto de referência não é universal, mas, sim, o sujeito inscrito no mundo moderno (Birman, 2000). E, se as coordenadas que constituíram o solo da modernidade estão se transformando, isso automaticamente incide na psicanálise e essa é uma via para pensarmos sua atual crise. Dito de outro modo, o sujeito da finitude não tem mais as mesmas coordenadas que tinha na

eclipse, paralisando-se de maneira vertiginosa, mergulhando então de modo abissal num processo temporário de suspensão e de inexistência. [...] a angústia, colocando a morte como presença” (BIRMAN, 1999, p. 147).

modernidade, pois tudo se passa como se a finitude tivesse sido reduzida à categoria de *risco* que, como vimos no segundo capítulo, se impôs de forma enfática na pós-modernidade. Observamos, por exemplo, que a construção de novos limiares de risco não só propulsiona o fracionamento infinitesimal do corpo, como também, medo e angústias de morte no sujeito (Birman, 2013b). Diante disso, uma série de instrumentos que prometem driblar a fragilidade e garantir a auto-suficiência são buscados: “porque os homens seriam frágeis, finitos e mortais que eles precisam criar todos os artifícios para o tamponamento daquelas marcas que se materializam com os ouropéis da vanidade, da suposta auto-suficiência e da onipotência.” (BIRMAN, 2000, p.36).

Devemos ressaltar, ainda, que a exclusão do *corpo*, realizada pela tradição pós-freudiana, provoca, também, o esvaziamento da finitude, na medida em que esta implica a mortalidade e, portanto, uma corporeidade: “Os registros da finitude, do desamparo e da incerteza remetem à mortalidade do sujeito. Esses atributos remetem à corporeidade do sujeito, isto é, ao fato de que este é encorpado e incorporado.” (Ibidem, p. 88). O fato de segmentos do campo psicanalítico terem ignorado o corpo, os afetos e a finitude revela que a hipótese do desamparo e da finitude não foi sustentada, o que suscita alguns impasses para a psicanálise, o que aprofundaremos no final do capítulo. Por enquanto, o que nos interessa sublinhar é que a segunda teoria pulsional é herdeira de uma concepção da clínica que pensa a vida em um confronto permanente com a morte: “Eros, o instinto que luta sempre por uma união mais estreita, e [...] o instinto de destruição, que leva no sentido da destruição do que está vivo.”. (FREUD, (1926b[1925]/1976, p. 303-304).

Se, por um lado, o discurso freudiano é herdeiro da problemática da finitude, que corresponde à medicina moderna, por outro, há descontinuidades importantes entre esses dois campos de saber. Elas se dão, sobretudo, porque a anatomopatologia, ao centrar-se na lesão, jogou para segundo plano o *sintoma*, a *crise* e a *linguagem*. Essas noções foram retomadas por Freud, o que será nosso ponto de partida para pensarmos algumas aproximações da psicanálise com a medicina pré-moderna (Birman, 2010).

3.2. A psicanálise entre a medicina moderna e a medicina pré-moderna

Primeiramente, é importante ressaltar que encontramos no texto freudiano muitas referências à medicina. Por exemplo, em “O interesse científico da psicanálise”, o autor afirma que: “A psicanálise é um procedimento médico que visa à cura de certas formas de

doenças nervosas (as neuroses) através de uma técnica psicológica.” (FREUD, 1913c/1976, p. 199). Ainda nesse artigo, o autor sublinha que as investigações psicanalíticas ofereceram, pela primeira vez na história da medicina, uma compreensão sobre a etiologia e o mecanismo das neuroses e das psicoses e, ainda, permitiram revelar que os delírios, as convulsões, os atos obsessivos e os sonhos poderiam ser explicados a partir dos processos psíquicos. Mas essas contribuições não foram suficientes, considerando a recepção que a tradição médica-neurológica teve em relação ao método psicanalítico⁹³:

Esta importância da psicanálise para a medicina, entretanto, não justificaria que a trouxesse à apreciação de um círculo de *savants* [...] grande número de psiquiatras e neurologistas se opõem ao novo método terapêutico e rejeitam tanto os seus postulados quando as suas descobertas. (FREUD, 1913c/1976, p. 200).

É preciso sublinhar, também, que algumas interlocuções com a tradição médica-neurológica do século XIX foram feitas, mas com bastante cautela⁹⁴ e com mudanças significativas⁹⁵. Por exemplo, a perspectiva evolutiva foi transformada em uma leitura histórica do aparelho psíquico (Birman, 2010). Até porque, enquanto a medicina e a neurologia entendiam a vida psíquica como um fenômeno do sistema nervoso central, o discurso freudiano a concebeu como fundada no inconsciente. Isso fica claro quando Freud (1891/1977), ao discutir as afasias, lança a hipótese do aparelho de linguagem atravessado por intensidades, forjando, assim, a primeira versão daquilo que depois foi sistematizado, respectivamente, como aparelho psíquico e como *pulsão* (Freud, 1915a/ 1974). Ademais, em seu texto “Tratamento psíquico”⁹⁶, Freud (1905c/1989) indica que o trabalho analítico não se daria pelo campo da consciência nem do eu⁹⁷, mas, sim, pelo campo da memória e da

⁹³ Essa questão será retomada quando discutirmos a recepção da psicanálise e os obstáculos suscitados pelo advento da ciência neopositivista.

⁹⁴ “Julgamos necessário por manter afastados de considerações biológicas [...] Mas, depois de completar nosso trabalho psicanalítico, teremos de encontrar um ponto de contato com a biologia e será justa a nossa satisfação se constatarmos que esse contato já está assegurado num ou noutro ponto importante [...] Apesar de todos os nossos esforços para que a terminologia e as considerações biológicas não dominassem o trabalho psicanalítico, não pudemos evitar o seu emprego mesmo na descrição que estudamos.” (FREUD, 1913c/1976, p. 217).

⁹⁵ Outro exemplo é que a oposição evolução/involução foi deslocada para a relação progressão/regressão que seria mediada pelo desejo e pelo princípio do prazer (Birman, 2010).

⁹⁶ Segundo Birman (2007), o artigo “A interpretação das afasias” (Freud, 1891/1977) e o “Tratamento psíquico” (Freud, 1905c/1989) complementam-se: “pelo primeiro delinea-se o campo teórico da problemática da linguagem para conceber o psíquico, enquanto que o segundo desenha os desdobramentos clínicos dessa proposição.” (BIRMAN, 2007, p. 540).

⁹⁷ O abandono da leitura do psiquismo centrado na consciência e no eu – tal como definido por Descartes e que permeou os séculos XVII-XVIII – só foi possível depois dos estudos acerca do sistema nervoso central e da sistematização do conceito de reflexo, como um movimento involuntário (Canguilhem, 1977). Com isso, foi possível promover um deslocamento decisivo do centro para a periferia do sistema nervoso, de forma que o psiquismo foi pensado pela “dispersão das excitações na periferia do organismo”. (BIRMAN, 2013b, p. 25).

linguagem. Vale ressaltar que esse deslocamento contribuiu para que a psicanálise não fosse bem recebida pela tradição filosófica que, por sua vez, se centrava na consciência:

poder-se-ia supor que a nova teoria teria muito mais probabilidade de encontrar a boa acolhida dos filósofos [...] No entanto aqui se ergueu um novo obstáculo. A idéia dos filósofos sobre aquilo que é mental, não era a da psicanálise. A maioria esmagadora deles vê como mental apenas os fenômenos da consciência. (FREUD, (1925[1924]/ 1976, p. 268)⁹⁸

O que está em jogo é que o discurso freudiano evidenciou que a condição do sujeito é eminentemente descentrada, o que é indicado, também, quando o autor afirma que a psicanálise foi o terceiro golpe dado ao amor-próprio dos homens. O primeiro foi quando Copérnico descobriu que a Terra não estava no centro do universo e o segundo foi operado por Darwin, quem destituiu o homem de sua posição privilegiada, ao revelar sua descendência animal. O golpe da psicanálise, por sua vez, consistiu em provar “ao ego que ele não é senhor nem mesmo em sua própria casa, devendo, porém, contentar-se com escassas informações acerca do que acontece inconscientemente em sua mente.” (FREUD, 1917c [1916]/1976, p. 336).

Não podemos perder de vista que o descentramento do sujeito em relação à consciência e ao eu teve como correlato o descentramento destes em relação ao registro do outro (Birman, 2000), pois há uma tensão permanente entre registro narcísico e alteritário⁹⁹. Afinal, o sujeito não pode ser pensado fora do laço social, o que explica sua formulação de que a separação entre psicologia individual e coletiva é estranha à psicanálise (Freud, 1921/1976). Isso aponta para uma rotura com o campo da psicologia científica que, por sua vez, supunha o sujeito solipsista, isto é, centrado no eu (Birman, 2010). Vale acrescentar que a condição descentrada também se apresenta pelo fato do discurso freudiano ter inscrito o sujeito na tradição da finitude e, ainda, por ter pensado o mal-estar na modernidade como uma resultante da perda de proteção: “não há mais um pai que possa salvar o sujeito dessa situação trágica.” (BIRMAN, 2002a, p.56).

Outro ponto de descontinuidade entre o discurso freudiano e a medicina moderna diz respeito à loucura, pois enquanto a segunda procurou explicá-la por alterações

⁹⁸ Isso evidencia que Freud seguiu a mesma linha da tradição filosófica crítica da metafísica. Ela é constituída pelo pensamento de Kant (sobre a oposição entre registro do eu e do sujeito que, por sua vez, é marcado pela responsabilidade ética e pela singularidade), de Schopenhauer (sobre a ética pautada no sujeito e na vontade, ligada à responsabilidade e liberdade) e de Nietzsche (sobre a *vontade de poder*) (Birman e Hoffmann, 2013).

⁹⁹ “na nossa concepção, o indivíduo progride do narcisismo para o amor objetal. Não cremos, porém, que *toda* a sua libido passe do ego para os objetos. Determinada quantidade de libido é sempre retida pelo ego; mesmo quando o amor objetal é altamente desenvolvimento” (FREUD, 1917/1976, p. 173. Grifo do autor).

anatomofisiológicas, o primeiro a investigou a partir dos processos psíquicos (Birman, 2010). Por exemplo, ele defendeu que, diferente da neurose em que haveria um conflito entre o *eu* e o *id*, na psicose haveria uma tensão entre o *eu* e a *realidade externa* e, neste sentido, o delírio seria um “remendo aplicado no lugar onde originalmente havia surgido uma fenda no relacionamento do Eu com o mundo externo.” (FREUD, 1924a/2007, p. 97). Ademais, o autor valorou uma verdade no campo da loucura: “o reconhecimento de seu núcleo de verdade permitiria um campo comum sobre qual o trabalho terapêutico poderia desenvolver-se. Esse trabalho consistiria em libertar o fragmento de verdade histórica de suas deformações” (FREUD, 1937b/ 1975, p. 303). Outro ponto importante é que a tradição médica-neurológica do século XIX concebia os sonhos como a resultante da suspensão da vida psíquica, devido à baixa excitabilidade do sistema nervoso central (Birman, 2010). Ao contrário, Freud (1900/1972) defendia a permanência da vida psíquica durante o sono, o que o levou a postular que o sonho é uma forma de realização dos desejos inconscientes. A concepção do corpo sinaliza, também, um desencontro entre o discurso da anatomoclínica e o discurso freudiano que defendeu que as paralisias histéricas não estavam fundadas em lesões anatômicas:

se as paralisias motoras se adequavam à lógica do discurso da anatomia, as paralisias histéricas não se adequavam a essa lógica e indicavam a existência do corpo representado, forjado pelo imaginário popular. [...] a desconstrução sistemática do discurso da anatomoclínica começou então a se delinear decididamente, como condição de possibilidade para a construção do discurso psicanalítico. (BIRMAN, 2010, p. 20).

O que nos interessa sublinhar é que diferente da medicina moderna – que se centrou na objetivação da doença pela *lesão*, ignorando, assim, as práticas discursivas – Freud (1905c/1989) defendeu que o tratamento psíquico deveria se pautar na linguagem. Por isso, ele se voltou para a experiência do sujeito, defendendo que era mais importante saber “o que doía” do que “onde doía”:

uma paciente sofria de dores penetrantes entre as sobrancelhas. A razão era que uma vez, em criança, sua avó lhe dirigira um olhar inquisitório, “penetrante”. A mesma paciente sofreu por um tempo dores violentas no calcanhar direito, para as quais não havia explicação. Essas dores, ficou-se sabendo, estavam ligadas a uma idéia que ocorrera à paciente quando esta aparecera pela primeira vez em sociedade. Ela estava dominada pelo medo que não pudesse “sentir-se pisando direito”. (FREUD, 1893/1976, p. 46).

O fato do discurso freudiano ter valorado a linguagem sinaliza um ponto de continuidade com a medicina pré-moderna que, também, apostava nos efeitos terapêuticos da

palavra (Foucault, 1963/2008). Além de valorar a linguagem¹⁰⁰, o discurso freudiano positivou os sintomas. O autor sinaliza que, para os leigos, os sintomas seriam a essência de uma doença e para curá-la, seria preciso removê-los. Já para a medicina moderna haveria uma distinção entre sintoma e doença, de forma que eliminar o primeiro não levaria à cura da doença. Freud (1916-1917) convida-nos a tomar a primeira concepção, pois, em sua perspectiva, a doença só poderia ser curada se o sintoma fosse decifrado, afinal ele abarca um sentido e uma narrativa:

a psiquiatria clínica atenta pouco para a forma externa do conteúdo dos sintomas individualmente considerados, [...] a psicanálise, entretanto valoriza precisamente este ponto e estabeleceu, em primeiro lugar, que os sintomas têm um sentido e se relacionam com as experiências do paciente. (FREUD, (1917b[1916])/1976, p. 305).

Em sua perspectiva, o sintoma é uma *solução de compromisso* entre os desejos sexuais inconscientes e as forças que tentam suprimi-lo. Ou seja, ele é a resultante de um acordo, na medida em que emerge como um “derivado múltiplas-vezes-distorcido da realização de desejo libidinal inconsciente, uma peça de ambigüidade engenhosamente escolhida, com dois significados em completa contradição mútua.” (Ibidem, p. 421). Em “Fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade”, o autor relança essa hipótese e sublinha que os sintomas são símbolos mnêmicos de experiências traumáticas, de modo que a observação dos “sintomas visíveis conduz às fantasias inconscientes ocultas, revela-nos tudo que é possível conhecer sobre a sexualidade dos psiconeuróticos.” (FREUD, 1908/1976, p. 166). Ademais, ele afirma que os sintomas histéricos são “expressão, por um lado, de uma fantasia sexual inconsciente masculina e, por outro lado, de uma feminina.” (Ibidem, p. 168)¹⁰¹.

Segundo Birman (2001), o discurso freudiano buscou a *ordem semântica* (memórias traumáticas) e a *ordem econômica* (os excessos pulsionais) dos sintomas histéricos. Evidentemente, os mecanismos defensivos fazem com que a rememoração das memórias

¹⁰⁰ A linguagem também foi articulada à neurose, pois nesta haveria a intenção “de expressar o estado mental através de um estado físico; o uso linguístico constitui uma ponte para o cumprimento desse objetivo. (FREUD, 1893/1976, p. 46). Freud não só contemplou a linguagem no tratamento psíquico, mas, também, a aproximou do projeto civilizatório, sinalizando que a palavra é uma das únicas substitutas das façanhas : “o homem que, pela primeira vez, revidou seu inimigo com uma ofensa em lugar de uma lança, foi o fundador da civilização. Assim as palavras são substitutas das façanhas, e, em alguns casos [...] as únicas substitutas.” (FREUD, 1893/1976, p. 49).

¹⁰¹ Freud exemplifica isso a partir de uma mulher que, com uma de suas mãos, pressiona o vestido contra o corpo (posição feminina) e, com a outra, tenta arrancá-lo (posição masculina): “Essa simultaneidade de atos contraditórios serve, em grande parte, para obscurecer a situação [...] estando assim em condições de ocultar a fantasia inconsciente que está em ação.” (FREUD, 1908/1976, p. 169). Apesar do autor não conceder uma validade geral para essa ideia, ele afirma que a bissexualidade é bastante observável na clínica, ainda mais em situações em que os sintomas persistem, pois um dos significados pode ter sido resolvido, mas o outro, atrelado ao sexo oposto, não.

traumáticas se dê forma fragmentada e esburacada e, para transformar a *estória traumática* em uma *história*, o trabalho de análise deve propiciar uma costura. Por isso, Freud valorou a ideia de *construção*, afirmando que o analista teria como tarefa “completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si ou, mais corretamente, construí-lo.” (FREUD, 1937b/1975, p. 293). Desse modo, a interpretação é aplicada “a algo que se faz a algum elemento isolado do material, tal como uma associação ou uma parapraxia.” (Ibidem p. 295). Já a construção visa à combinação de fragmentos e, por isso, ela se assemelha à arqueologia: “assim como o arqueólogo ergue as paredes do prédio a partir dos alicerces que permaneceram de pé [...] o analista procede quando extrai suas inferências a partir dos fragmentos de lembranças, das associações e do comportamento do sujeito de análise.” (Ibidem, p. 293). No entanto, as condições de trabalho do analista são mais favoráveis, pois o arqueólogo lida com objetos que podem estar completamente detonados, enquanto é quase impossível que o aparelho psíquico seja integralmente destruído. Pois, ainda que os materiais psíquicos estejam inacessíveis, seus elementos essenciais estão preservados em algum nível.

Essa discussão nos permitiu elucidar algumas descontinuidades da psicanálise com a medicina moderna e com a psiquiatria, por exemplo, por causa dos sintomas: “Os psiquiatras, mesmo que interessados nos fenômenos mentais, almejavam apenas classificar o conjunto de sintomas e [...] remetê-los, até onde podiam, a distúrbios etiológicos somáticos, anatômicos ou químicos.” (FREUD, 1925[1924]/ 1976, p. 268). Ademais, pudemos introduzir alguns elementos que sinalizam um diálogo da psicanálise com a medicina pré-moderna, como a valoração da linguagem. E o próprio Freud parece ter reconhecido isso ao afirmar que: “desejo lembrar-vos que a psicoterapia não constitui de forma alguma, um método moderno de tratamento. Pelo contrário é a forma mais antiga de terapia existente na medicina.” (FREUD, 1905[1904]/1980, p.267). Para explorarmos essa aproximação, tentaremos sustentar que a psicanálise retomou a noção de *crise* da medicina das crises (Birman, 2010a). Mas, antes disso, é preciso apresentarmos a relação dessa com a *verdade-acontecimento* e da medicina moderna com a *verdade-demonstrativa* (Foucault, 1973-1974/2006), o que nos ajudará a compreender melhor a rotura que o discurso freudiano fez com o discurso da anatomoclínica.

3.3. *Verdade-acontecimento e verdade-demonstrativa*

Segundo Foucault (1973-1974/2006), por meio da anatomia patológica, a medicina pôde materializar a prova de verdade e aproximar-se, assim, da *verdade-demonstrativa*, própria do saber científico: “Digamos que temos uma tecnologia da verdade demonstrativa que, em suma, coincide com a prática científica.” (p.302).

É importante sublinhar que, em uma perspectiva arqueológica, a *verdade-demonstrativa* é um derivado da *verdade-acontecimento*, o que evidencia que a demonstração científica é uma espécie de ritual. Portanto, o que se entende como uma descoberta da verdade é, na realidade, uma produção da verdade. Isso significa que a *verdade-demonstrativa* é um acontecimento específico situado na história da verdade e é isso que nos permitirá compreender como, do ponto de vista genealógico, a tecnologia demonstrativa da verdade foi colonizando a *verdade-acontecimento*. O que está em jogo é que há, na história ocidental, duas séries de verdade. Por um lado, há a *verdade-demonstrativa* (ou *verdade-céu*) que é universal, constatável e demonstrável. Por outro lado, há a *verdade-acontecimento* (ou *verdade-raio*) que não está referida ao que já existe, mas, sim, ao que acontece, por isso, ela não pode ser descoberta, apenas suscitada. Ela remete para um ato ritualizado de enunciação que aparece onde bem entender, pois é “uma verdade que se produz como um acontecimento.” (Ibidem, p. 304). Ou seja, essa verdade não é universal, pelo contrário, ela é descontínua, tem um calendário e uma geografia, por exemplo, “o oráculo que diz a verdade em Delfos não a formula em nenhum outro lugar”. (Ibidem, p. 303). Além disso, a *verdade-acontecimento* não pode ser dita por qualquer um, pois ela incide sobre operadores exclusivos, como os profetas, cegos, sábios, loucos e adivinhos. Na prática médica, a *verdade-acontecimento*¹⁰² inscreveu-se durante 22 séculos, desde Hipócrates até a medicina do século XVIII, o que pode ser observado pelo conjunto de práticas que foram criadas em torno da *crise* que, por sua vez, remete para a noção de combate:

O que é a crise na prática médica que precedeu a anatomia patológica? [...] A crise é muito exatamente o momento do combate, é o momento da batalha [...] da Natureza e do Mal, combate do corpo contra a substância morbífica, ou batalha, como dirão os médicos do século XVIII, dos sólidos contra os humores, etc. (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p. 310).

¹⁰² A *verdade-acontecimento* também se inseriu na alquimia que consiste em uma “encenação ritual de certo número de acontecimentos, dentre os quais haverá talvez, ou eventualmente [...] a verdade que eclodirá ou passará como uma ocasião a apreender” (Foucault, 1973-1974/2006, p. 309). Por não visar um resultado demonstrativo, o saber alquímico não podia ser acumulado, pois ele estava, permanentemente, se perdendo e recomeçando.

Um ponto importante é que a crise correspondia ao momento de eclosão da verdade da doença: “Na velha medicina das crises [...] sempre há um momento para que a verdade da doença apareça; é precisamente o momento da crise, e não há nenhum outro momento em que a verdade possa ser assim apreendida.” (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p. 303). Vale sublinhar que a crise não revelava uma verdade que estava oculta, mas, sim, uma verdade que era produzida: “a verdade não está ali, esperando o momento em que viremos apreendê-la, a verdade passa; ela passa como relâmpago, rapidamente; em todo caso, ela está ligada à ocasião, *kairós*, é preciso apreendê-la.” (Ibidem, p. 303). Por isso, a crise deveria ocorrer em dias específicos, de acordo com o ritmo de cada doença, pois quando ela se dava em momentos não propícios, ocorria uma *má crise* e, portanto, uma evolução desfavorável do quadro. Desse modo, o médico tinha que acompanhar o paciente e prever quando a crise ocorreria, pois isto lhe permitiria reforçar a natureza para que ela triunfasse sobre a doença. Mas isso deveria ser feito com bastante cautela, senão a crise poderia não ocorrer ou se desenrolar intensamente:

não se deve nem enfraquecer demais a doença, o que poderia, de certa forma, evitar a crise, nem reforçar demais a natureza, pois, nesse caso, a crise poderia ser violenta demais. De modo que, [...] o médico, nessa tecnologia da crise, aparece muito mais como o gerente e o árbitro da crise do que como o agente de uma intervenção terapêutica. [...] ele deve ver como ela se anuncia, com que força, e deve introduzir somente as modificações necessárias em cada prato da balança, as quais farão que a crise, no fundo, se desenrole como deve se desenrolar. (Ibidem, p. 312-313).

A partir disso, observamos que a medicina das crises valorava a verdade, não pelo cânone da demonstração, mas, sim, do acontecimento. O desaparecimento da crise, como noção e ponto organizador da técnica médica, ocorreu na passagem do século XVIII para o XIX, pois ela se tornou inútil com o aparecimento da anatomia patológica. Pois esta, como vimos, possibilitava “constituir, a partir dessas diferentes lesões que individualizam as doenças, feixes de signos a partir dos quais era possível estabelecer o diagnóstico diferencial das doenças.” (Ibidem, p. 345). A crise também foi excluída do hospital psiquiátrico, sobretudo, por três motivos. Primeiro, porque ele era um espaço disciplinar que, para manter a ordem, passou a orientar que os loucos não pensassem em sua loucura. Em segundo lugar, a partir de 1825, a anatomia patológica inscreveu-se no sistema asilar, o que provocou uma rejeição teórica da crise. Afinal, começou-se a defender que se havia alguma verdade na loucura ela só poderia ser localizada no cérebro e não nos dizeres do louco. A terceira razão é que os loucos passaram a ser vistos como criminosos em potencial, de forma que a crise

representaria um perigo: “o sistema disciplinar da psiquiatria tem essencialmente por efeito fazer a crise desaparecer. Não só não se precisa, mas não se quer a crise, pois a crise poderia ser perigosa, pois a crise do louco talvez seja a morte do outro.” (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p. 320).

Por outro lado, a psiquiatria precisava da crise, pois ela não tinha conseguido encontrar os correlatos orgânicos das patologias mentais (com exceção da paralisia geral progressiva), o que a impossibilitou de se constituir como verdade. Diferente da anatomia patológica que realizava o diagnóstico diferencial, a psiquiatra só poderia fazer o diagnóstico absoluto, isto é, dizer quem era ou não louco. Com isso, ela sinalizava quem representava um perigo para a ordem social, o que comprova que havia uma “vontade dos psiquiatras de fundar sua prática em algo como uma defesa social, pois eles não podem fundá-la em verdade.” (Ibidem, p. 320). Ou seja, na impossibilidade de alcançar a *verdade-demonstrativa*, o poder do psiquiatra era garantido pela decisão entre a *realidade* e a *não-realidade*: “o saber psiquiátrico não tem em absoluto por função fundar em verdade uma prática terapêutica, mas em vez disso a de marcar, acrescentar uma marca suplementar ao poder do psiquiatra” (Ibidem, p.299). Desse modo, criou-se a *crise de realidade*, na qual a batalha dava-se entre o louco e o poder-saber psiquiátrico que, por sua vez, pretendia fazer com que a loucura ganhasse um espaço de realização no contexto institucional.

A partir disso, já podemos observar que a crise clássica rendeu duas posterioridades ao século XIX. No campo da medicina, a anatomia patológica substituiu a crise médica clássica pelos procedimentos de demonstração. A posterioridade psiquiátrica consistiu em substituir a crise por uma prova de realidade que, por sua vez, abarcava dois propósitos: fazer com que os motivos da demanda de internação fossem transcritos em termos de sintomas da doença e, ainda, legitimar o poder do psiquiatra como um poder médico. Mas, diferente do médico que falava “mostre seus sintomas e eu te direi que doente você é”, a demanda do psiquiatra era: “com o que você é, com a sua vida, com o que se queixa a seu respeito [...] forneça-me sintomas, não para que eu saiba que doente você é, mas para que eu possa ser um médico diante de você.” (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p. 249). Desse modo, por um lado, a vida do indivíduo era entronizada como uma constelação de sintomas e, por outro, o psiquiatra era entronizado como médico¹⁰³. A prova psiquiátrica podia se dar pelo interrogatório, pela droga e pela hipnose. O interrogatório foi instituído entre 1820-1830 e sua

¹⁰³ O paciente ganhava, portanto, um sobrepoder, pois era ele quem possibilitava que o psiquiatra fosse entronizado como médico. Isso também era uma marca das histéricas que diziam: “graças a mim que o que você faz comigo – me internar, me receitar drogas, etc. – seja efetivamente um ato médico, e eu te entronizo como médico na medida em que te forneço sintomas.” (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p. 350).

primeira função era fazer uma *pesquisa sobre os antecedentes familiares*¹⁰⁴, cujo objetivo era dar uma materialidade à doença:

A hereditariedade é certa maneira de dar corpo à doença no momento mesmo em que não se pode situar essa doença no nível do corpo individual; então inventa-se, demarca-se uma espécie de grande corpo fantasmático que é o de uma família afetada por um grande número de doenças [...] e, se alcança assim o suporte material, então se tem o substrato orgânico da loucura [...] que não é o substrato individual da anatomia patológica. É uma espécie de substrato metaorgânico, mas que constitui o verdadeiro corpo da doença. (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p. 352)

O interrogatório deveria fazer, também, a *pesquisa dos pródromos* que consistia em buscar os antecedentes individuais da loucura, isto é, as pistas que indicavam que a loucura existia antes mesmo de se constituir como doença e a anomalia era uma das condições para isso. A terceira função do interrogatório era organizar um cruzamento entre *responsabilidade e subjetividade*. Isso se dava a partir de um “trato”, no qual o psiquiatra absteria o paciente de sua responsabilidade caso este confessasse seus sintomas:

O psiquiatra diria [...] você vem aqui porque há em torno de você e a seu respeito queixas, um mal-estar [...] Eu não o interrogo de modo algum sobre a verdade desses fatos [...] mas estou disposto a isentá-lo da responsabilidade [...] com uma condição no entanto: que você assuma subjetivamente a realidade disso tudo, que você me restitua todos esses fatos como sintomas subjetivos da sua existência [...] Me dê seu sintoma, e eu removerei sua culpa. (Ibidem, p. 354-355).

A quarta função do interrogatório era promover a *organização da confissão central*, o que funcionava como um correlato da lesão patológica. Para alcançar esse objetivo, o louco deveria reconhecer sua loucura e atualizá-la no interrogatório, seja pela confissão ou pela própria crise e, para isso, era preciso suscitar, por exemplo, a alucinação ou a crise histérica. Por meio desse processo, o indivíduo internado passava a ser visto como doente e o internante era entronizado como médico¹⁰⁵. Vale dizer que os estudantes também contribuía para a legitimação do poder médico, pois, ao assistirem as apresentações clínicas, faziam dos psiquiatras mestres do saber médico. Além disso, forjava-se uma corporeidade institucional que compensava a ausência de um corpo lesionado.

¹⁰⁴ Esta se dava de forma anárquica, pois a noção de hereditariedade patológica só foi forjada em 1855-1860.

¹⁰⁵ Observamos assim, que o interrogatório apresentava-se como uma *mimesis* médica: “Constitui [...] um corpo pelo sistema de assinalações de hereditariedade, dá corpo a uma doença que não tinha corpo; [...] para identificá-la como doença, ele constitui um campo de anomalias; [...] ele fabrica sintomas a partir de uma demanda; e, enfim [...] define um foco patológico que mostra e atualiza na confissão ou na realização desse sintoma maior e nuclear.” (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p. 357).

A segunda modalidade da prova psiquiátrica foi a utilização médico-legal da droga¹⁰⁶, a partir do fim do século XVIII, quando se passou a acreditar que os efeitos da droga eram correlatos dos processos da doença mental e que, apesar das variações da mesma, sempre havia um fundo único da loucura. Assim, a droga permitiria “reproduzir, identificar, reconstituir, atualizar na verdade, esse “fundo” essencial de toda a loucura.” (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p. 363). E, na medida em que a droga era experimentada pelo médico, ele conseguia realizar uma reprodução, concomitantemente, artificial e autêntica da doença. Desse modo, o “corpo orgânico que os anatomopatologistas tinham diante de si e que falta ao alienista [...] o psiquiatra vai poder substituir por sua própria experiência.” (Ibidem, p. 264).

A hipnose corresponde ao terceiro sistema de provas da psiquiatria. Foucault (1973-1974/2006) relembra que, no final do século XVIII e no início do século XIX, o magnetismo consistia em dar um poder ao magnetizador e, ao mesmo tempo, ao magnetizado. Este ganhava uma lucidez suplementar, de forma que, depois de adormecido, ele era questionado sobre a natureza e os processos de sua doença. Essa prática foi abandonada em 1830 por ter sido considerada fraudulenta e não científica, de forma que a hipnose só se inscreveu, de fato, no campo psiquiátrico em 1858-1859¹⁰⁷, quando, “graças à técnica de Braid [...] o poder-saber médico ia poder se precipitar e se assenhorar do doente.” (Ibidem, p. 370). Na hipnose, o poder era condensado totalmente no médico, pois não havia a teoria do suporte material, de forma que o doente não poderia produzir uma verdade. Vale ressaltar que não se tratava apenas de um domínio disciplinar sobre o corpo e os comportamentos, mas, também, em relação aos músculos e nervos. E foi isso que possibilitou com que se apreendesse o funcionamento do corpo do doente, o *corpo funcional*: “O poder psiquiátrico vai enfim atuar sobre esse corpo que lhe escapava desde que se soube que a anatomia patológica nunca seria capaz de explicar o funcionamento e os mecanismos da loucura.” (Ibidem, p. 372).

É importante ressaltar que esse foi o solo pelo qual surgiu, na medicina orgânica, entre 1860-1880, uma nova realidade do corpo, o *corpo neurológico*, que “não é simplesmente um corpo com órgãos e tecidos, mas um corpo com funções, desempenhos” (Ibidem, p. 373). Isso não significa que o *corpo neurológico* se opunha ao *corpo anatomopatológico*, pelo contrário, o primeiro era um derivado do segundo¹⁰⁸. O que é preciso diferenciar é a observação da medicina geral e da neuropatologia, pois, como vimos, a anatomia patológica centrava-se na

¹⁰⁶ O autor remete ao livro *Du haschisch et de l'alienation mentale*, onde Moreau de Tours (1845) descreve as fases do uso do haxixe – sublinhando que a base da experiência é a desagregação do composto intelectual – e insere o sonho no intermédio da vigília e da loucura.

¹⁰⁷ Neste momento, Braid fez práticas em torno de Broca que havia operado uma pessoa em estado hipnótico.

¹⁰⁸ Vale dizer que o *corpo anatomopatológico* inscrevia-se no campo da *invisibilidade* e relacionava-se à figura do *cadáver* e da *morte*, enquanto o *corpo neurológico* estava ligado à *vida*, à *vontade* e ao campo da *visibilidade*.

descrição minuciosa dos tecidos, de modo que a superfície era reduzida aos sinais que poderiam ser observados pelo olhar ou pelo estímulo-efeito. Já no olhar neurológico, os sinais deixaram de ser concebidos como efeitos mecânicos e passaram a ser vistos como respostas. Com isso, foi possível analisar as sinergias (correlações entre os músculos) e as diferenças entre os movimentos *involuntários* e os *voluntários*. Isto é, pôde-se capturar a consciência e a vontade do sujeito: “eis que agora a neuropatologia proporciona o instrumento clínico que, acreditamos, vai poder permitir captar o indivíduo no próprio nível dessa vontade.” (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p. 393). Em outras palavras, na anatomia patológica, o paciente só era solicitado minimamente, como para deitar, tossir e respirar fundo. O exame neurológico, pelo contrário, pautou-se nas injunções, o que dependia da boa vontade do doente e, desse modo, o médico perdeu parte de seu poder. Por outro lado, o médico ganhou mais poder, pois ele fazia uma análise clínica da qualidade da vontade. Por isso, as respostas que eram buscadas não eram verbais nem estavam atreladas à pergunta “é louco ou não?”, o que se procurava eram as respostas do corpo do paciente. É preciso sublinhar, ainda, que a neuropatologia foi além do diagnóstico absoluto, pois permitiu realizar um exame diferencial entre os verdadeiros doentes e os simuladores.

Até os dois primeiros terços do século XIX, havia uma grande divisão no campo da medicina entre as *doenças verdadeiras* (que eram apreendidas pelo diagnóstico diferencial) e as *doenças mentais* (que só podiam ser classificadas pelo diagnóstico absoluto). Entre esses dois grupos, havia o *campo dos intermediários* que, por sua vez, abarcava as *doenças válidas* e as *doenças inválidas*. A paralisia geral, por exemplo, era uma doença válida, pois apresentava síndromes psicológicas e motoras e, ainda, uma lesão encefálica, o que lhe permitia ser tratada pelo modelo da anatomopatologia. Já a neurose, que se inscreveu no *campo dos intermediários* em 1840, era concebida como uma *doença inválida*, não só pela ausência de uma etiologia lesional, mas, também, por sua irregularidade sintomática. A histeria, neste sentido, se apresentava como uma resistência à psiquiatria:

quando se quer assinalar sua doença como realidade, nunca se consegue, porque, no momento em que seu sintoma remeteria a um substrato orgânico, ele mostra que não há substrato, de modo que ele não pode ser assinalado ao nível da realidade [...]. O histérico tem sintomas magníficos, mas, ao mesmo tempo, esquiva a realidade da sua doença; ele se coloca contra a corrente do jogo asilar e, nessa medida, saudemos os histéricos como os verdadeiros militantes da antipsiquiatria. (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p. 324-325).

Além disso, havia componentes morais que justificavam a invalidez da neurose como doença, a saber, a “extrema facilidade que havia em simular, pelo fato de haver, além dessa

possibilidade, um perpétuo componente sexual do comportamento.” (Ibidem, p. 399). Com o surgimento da neuropatologia, essa dupla concepção desqualificada foi silenciada, pois foi possível trabalhar o diagnóstico diferencial também das neuroses. Isto significa que o aparecimento da histeria como doença não se deu no campo da psiquiatria, mas, sim, no campo da medicina, o que supôs a construção de um novo dispositivo clínico, a neurologia, e, ainda, a *operação Charcot* :

creio que Freud pensava a mesma coisa quando aproximava Charcot de Pinel e dizia: Pinel libertou os loucos das correntes, isto é, fez com que fossem reconhecidos como doentes. Pois bem, Charcot também fez que os histéricos pudessem ser reconhecidos como doentes. Ele os patologizou. (Ibidem, p. 400).¹⁰⁹

Charcot tentou encaixar, no campo da neurologia, o discurso da anatomoclínica, defendendo que a etiologia da histeria era uma lesão funcional do sistema nervoso central. No entanto, ele não conseguiu circunscrever a esperada lesão, acreditando que “certamente o desenvolvimento da ciência médica permitiria bem defini-la no futuro.” (BIRMAN, 2001, p.125). De qualquer forma, ele realizou algumas manobras para inscrever a histeria no campo da medicina. A primeira foi a *organização do cenário sintomatológico* que consistiu em codificar as crises histéricas, a partir do modelo da epilepsia. Pois, se os sintomas fossem regulares, o neurologista poderia fazer um diagnóstico diferencial e, com isso, o histérico não seria mais um louco dentro do asilo, pelo contrário, ele iria “adquirir um direito de cidadania no interior de um hospital digno desse nome” (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p. 403).

A segunda manobra foi o *manequim funcional* que visou demonstrar, a partir da hipnose, que os fenômenos histéricos eram patológicos. Ademais, o histérico funcionou como um *manequim funcional*, pois ele serviu como uma instância verificadora que diferenciava os traumatizados e os simuladores. Isso foi importante porque, em 1870, instaurou-se um sistema de seguros por conta dos acidentes ferroviários e de trabalho e, com isso, emergiu a categoria de *doentes assegurados* que apresentavam, por exemplo, distúrbios pós-traumáticos. Mas era necessário discernir aqueles que visavam tirar um proveito econômico da doença dos verdadeiros doentes: “o histérico vai permitir, quando confrontado com o traumatismo, que se reconheça se o traumatizado é um simulador ou não.” (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p.408).

¹⁰⁹ Essa aproximação pode ser observada no seguinte trecho: “Charcot repetiu, em menor escala, o ato de libertação em memória do qual o retrato de Pinel pendia na parede da sala de conferências da Salpêtrière.” (FREUD, 1893/1976, p. 29-30):

A terceira manobra foi a *redistribuição em torno do traumatismo* que consistiu em distanciar a histeria do campo sexual – que a impedia de ser reconhecida como uma doença válida – e aproximá-la do trauma¹¹⁰. Este não se tornou apenas a etiologia da histeria, mas, também, aquilo que atribuía o caráter patológico aos seus sintomas. Neste sentido, o trauma funcionava como uma “espécie de lesão invisível e patológica que faz disso tudo um conjunto mórbido.” (Ibidem, p. 412-413). Para que o acontecimento traumático fosse detectado, os histéricos deveriam falar da sua vida e foi por essa brecha que a histeria pôde inserir o componente sexual no hospital, o que contribuiu para emergência de uma nova modalidade de corpo, a saber, o *corpo sexual*. Neste sentido, a sexualidade é o grito de vitória das histéricas, mas, por outro lado, isso fez com que a sexualidade se tornasse um assunto da medicina: “as histéricas, para o maior prazer delas, mas sem dúvida para nossa grande desgraça, deram à medicina a possibilidade de agir sobre a sexualidade.” (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p. 419).

A partir disso, podemos extrair uma conclusão importante. Em uma perspectiva genealógica, não há uma rotura da psicanálise com a história da medicina, pois o *corpo sexual* adveio da leitura neurológica do corpo. No que concerne a isso, é importante lembrarmos que próprio trabalho de Freud iniciou-se no campo da neurologia, pois ele foi aluno de Charcot e de Berheim e, ainda, colaborador de Breuer. Devemos sublinhar, também, que Charcot deu um passo importante ao coadunar histeria e trauma, apesar dele acreditar que as lesões nervosas da histeria estavam relacionadas aos traumas mecânicos¹¹¹ e que isso provocaria a sugestionabilidade histérica. Diferentemente, Berheim e a escola suíça defendiam que a sugestionabilidade¹¹² era a própria causa da histeria (uma espécie de auto-sugestão) e que o dispositivo hipnótico-persuasivo, ao fazer uma contra-sugestão, poderia curá-la. Freud, por sua vez, apesar de reconhecer a sugestionabilidade da histeria, acreditava que ela se fundaria

¹¹⁰ Acreditava-se que o trauma gerava uma espécie de hipnotismo, pois fazia com que uma ideia entrasse no córtex e funcionasse como uma “injunção permanente”.

¹¹¹ Na histeria traumática seria possível destacar um trauma central, mas na histeria não-traumática não haveria um único evento assinalável. Segundo Freud, Charcot não conseguiu explicar os sintomas da histeria não-traumática: “Charcot inclina-se a considerar como equivalentes aquele afeto e o estado de hipnose induzido artificialmente. Sendo, assim, a paralisia traumática espontânea fica completamente explicada e tornada paralela à paralisia produzida por sugestão [...] Todavia, sua análise não vai além: não aprendemos como são gerados os outros sintomas e, acima de tudo, não aprendemos como os sintomas histéricos aparecem na histeria comum, não-traumática.” (FREUD, 1893/1976, p. 41). Até porque, para Freud, mesmo se ocorresse um trauma mecânico, o que importaria seria o trauma psíquico, o que o levou a afirmar, posteriormente, que toda histeria é traumática.

¹¹² Para Freud, a tese na qual toda pessoa seria “sugestionável” aponta para a transferência, mas ele critica Berheim por ele não se indagar sobre a emergência da transferência (isto é, tomá-la como um fato *a priori*), nem falar da transferência negativa. Ademais, ele não sabia “que sua “sugestibilidade” dependia da sexualidade, da atividade da libido. E devemos dar-nos conta de que, em nossa técnica, abandonamos a hipnose apenas para redescobrir as sugestões na forma da transferência.” (FREUD, 1917d [1916]/1976, p. 519).

em marcas psíquicas (Birman, 2001). De qualquer forma, o que nos interessa sinalizar, neste momento, é que a medicina e a anatomoclínica atravessaram o discurso freudiano. Por exemplo, inicialmente, ele aceitou a *histeria hipnóide* que, na descrição de Breuer, aproximava-se da leitura nervosa da histeria. Isto fica claro em “As neuropsicoses de defesa”, onde Freud (1894/1976) afirma que “a condição *sine qua non* da histeria é a ocorrência de peculiares estados de consciência [...] com uma capacidade de associação restrita, para os quais propôs o nome de ‘estados hipnóides’.” (p. 58)¹¹³. O autor aceitou, também, a *histeria de retenção* que ocorreria devido à “falta de reação aos estímulos traumáticos, que podem, conseqüentemente, ser resolvidos e curados por ab-reação. Estas são as ‘histerias de retenção puras’.” (FREUD, 1894/1976, p. 59). Vale dizer que, já nesse momento, Freud diferenciou a *histeria hipnóide* e a *histeria de retenção* da *histeria de defesa*, na qual a defesa se daria contra a *ideia incompatível*. Mas, dois anos depois, o autor defendeu que a histeria seria sempre de defesa, pois a defesa seria “o ponto nuclear no mecanismo psíquico das neuroses em questão” (FREUD, 1986/1976, p. 187). Isso evidencia uma rotura do discurso freudiano com a concepção nervosa da histeria (tanto anatômica como funcional) e uma “assunção definitiva de uma leitura sexual desta e de sua configuração como eminentemente psíquica.” (BIRMAN, 2001, p. 152).

Ademais, o discurso freudiano distanciou-se do paradigma da degeneração que era defendido, por exemplo, por Janet. Em sua perspectiva, as supostas lesões nervosas da histeria provocavam a degeneração: “De acordo com a teoria de Janet [...], a divisão (*splitting*) da consciência é [...] baseada [...] na estreiteza do ‘campo da consciência’, que, na forma de um estigma psíquico, evidencia a degeneração dos indivíduos histéricos.” (FREUD, 1894/1976, p. 58). Freud (1896/1976), por sua vez, defendeu que as histéricas não eram degeneradas, o que fica claro em “Hereditariedade e a etiologia das neuroses”. Neste artigo, o autor critica o fato das afecções nervosas da história familiar estarem sendo consideradas determinantes hereditários: “Não implicará esse modo de olhar as coisas no estabelecimento de uma forte linha divisória entre famílias livres de predisposição nervosa e famílias sujeitas a ela em proporção ilimitada?” (FREUD, 1896/1976, p. 166). Na perspectiva do autor, o diagnóstico retrospectivo das doenças não tem muito êxito, até porque pessoas saudáveis podem ser

¹¹³ Para Janet, a divisão da consciência seria primária, enquanto para Freud, ela era secundária e ocorria porque as ideias que surgiam nos estados hipnóides eram excluídas da comunicação associativa em relação ao resto do conteúdo da consciência.

acometidas por perturbações nervosas sem haver nenhum antecedente familiar¹¹⁴. Para sustentar seu argumento, o autor relembra que existem duas formas de hereditariedade: a similar e a dissimilar. Em relação à primeira, ele não faz nenhuma objeção, pois apontam para doenças cuja etiologia é exclusivamente hereditária, como a coréia de Huntington. Já a hereditariedade dissimilar é criticada pelo autor:

A hereditariedade dissimilar consiste no fato de que membros da mesma família padeçam das mais diversas perturbações nervosas, funcionais e orgânicas, sem ser possível descobrir qual lei determinante do deslocamento de uma doença a outra, ou da ordem de sua sucessão entre as gerações. Junto aos membros doentes dessas famílias há outros que permanecem saudáveis; e a teoria da hereditariedade dissimilar nada nos diz sobre a causa de uma pessoa tolerar a mesma carga hereditária sem sucumbir a ela ou porque outra pessoa, doente, deve escolher tal particular afecção nervosa entre todas as doenças que compõe a grande família das doenças nervosas, em vez de escolher uma outra (FREUD, 1896/1976, p. 167).

Esse olhar crítico de Freud leva-o a afirmar que as *causas concorrentes* (como os acidentes) não representam a etiologia da neurose, são apenas *agents provocateurs* que fazem com que uma neurose latente se torne manifesta. Sua hipótese central, nesse ensaio, é que a etiologia da neurose só pode ser compreendida a partir das *causas específicas*, sendo elas de origem sexual. No caso da histeria, o agente específico seria uma experiência sexual precoce, na qual o sujeito ficou em uma posição passiva e que lhe provocou indiferença ou horror. O traço psíquico ficaria preservado e sua revivescência faria com que ele fosse vivido como um evento contemporâneo, mas o que ocorre é “*a ação póstuma de um trauma sexual.*” (Ibidem, p. 176. Grifo do autor). Em relação à neurose obsessiva, ocorreria, também, uma experiência sexual precoce, mas, diferente da histeria, o evento teria proporcionado prazer. Neste sentido, as ideias obsessivas nada mais seriam do que “*acusações dirigidas pelo sujeito a si mesmo por conta desse antecipado gozo sexual, mas acusações distorcidas por um trabalho psíquico inconsciente de transformação e substituição.*” (Ibidem, p. 178. Grifo do autor).

Não podemos perder de vista que na carta 69 à Fliess, Freud (1987/1977) desloca-se da *teoria da sedução* para a *teoria da fantasia*¹¹⁵, o que ratifica a ideia de que a etiologia da

¹¹⁴ O autor afirma que os casos que analisou não tinham uma “tara hereditária nem uma atrofia degenerativa [...] gozavam de boa saúde até o momento de *uma ocorrência de incompatibilidade na sua vida ideativa*” (FREUD, 1894/1976, p.59. Grifo do autor).

¹¹⁵ Na *teoria da sedução*, a criança teria sido objeto de uma sedução sexual precoce de um adulto e, devido à assimetria das posições e à incompreensão da linguagem sexual, ela ficaria em uma posição de impotência na cena traumática. Ou seja, o autor acreditava que a realidade material era equivalente à realidade psíquica, mas, neste momento, ele afirma: “Não acredito mais em minha *neurótica* (teoria das neuroses).” (FREUD, 1987/1977, p. 350). Isso significa que o autor dá corpo à noção de desejo e passa a atentar para as fantasias: “no inconsciente, não há indicações da realidade, de modo que não se consegue distinguir entre a verdade e a imaginação que está catexizada com afeto.” (Ibidem, p. 351). Por isso, em nota de rodapé acrescida em 1924, o autor afirma que: “Àquela época eu não podia ainda distinguir entre as fantasias de meus pacientes sobre sua

histeria é eminentemente sexual. O que está em jogo é que Freud realizou “uma crítica sistemática da causalidade hereditária das histerias e das demais perturbações do espírito, investindo com eloquência na dimensão sexual delas.” (BIRMAN, 2001, p. 166). Ademais, ao postular a sexualidade perversa-polimorfa e diferenciar a pulsão sexual do instinto, Freud (1905b/ 1989) sobrepôs o prazer à reprodução da espécie, opondo-se, assim, ao projeto do biopoder e à sexologia que, por sua vez, retomava os interditos da tradição cristã de forma científica:

A concepção do erotismo como perversão-polimorfa se contrapunha [...] às proposições instintivas da sexologia e colocava em questão de maneira direta as propostas de aperfeiçoamento da saúde da população pelas estratégias do biopoder. Por esse viés preciso, a teoria da degeneração e a noção de hereditariedade foram passagens obrigatórias da leitura crítica do discurso freudiano. (BIRMAN, 2001, p. 171).

Bem, a partir dessa discussão, podemos concluir que o discurso freudiano, ao distanciar-se da tradição neuropatológica, que supunha uma etiologia nervosa da histeria, operou um deslocamento da *lesão nervosa* para os *traços psíquicos*. Isso significa que Freud, ao pensar o corpo sexual-sintomático a partir do trauma sexual, evidenciou que o *corpo sexual* se sobrepunha fartamente ao *corpo neurológico*. Ademais, a postulação de que a conversão é uma modalidade de defesa lhe permitiu sustentar que a paralisia histérica estaria ligada à lógica fantasmática do corpo erógeno, diferente da anatomoclínica que privilegiava as lesões. Isso revela que o autor não só rompeu com a tradição neurológica do século XIX, como, também, enfatizou a dimensão sexual da histeria:

a leitura freudiana retomou a visão antiga pela qual a histeria seria efetivamente sexual, superando e criticando, pois, a versão da etiologia nervosa. Porém, ao mesmo tempo, Freud criticou a visão neurológica da histeria ao retomá-la e retificá-la na perspectiva de uma teoria do aparelho psíquico. (BIRMAN, 2001, p. 93).

Depois de analisados esses pontos de descontinuidade entre o texto freudiano, o discurso neurológico e a anatomoclínica, poderemos discutir como a psicanálise aproxima-se da *verdade-acontecimento* em detrimento da *verdade-demonstrativa*.

infância e suas recordações reais. Em consequência, atribuí ao fator etiológico da sedução uma importância e universalidade que ele não possui.” (FREUD, 1986/1976, p. 193).

3.4. A psicanálise: *verdade-acontecimento e arte-erótica?*

Se partirmos de uma análise genealógica, encontramos uma relação entre a medicina das crises e a psicanálise que nos permite afirmar, segundo Birman, que a *neurose de transferência* representa um resgate da noção de *crise* (informação oral) ¹¹⁶. Antes de sustentar essa ideia, devemos evidenciar alguns elementos da técnica psicanalítica que sinalizam o papel da revivescência das experiências traumáticas para a elaboração psíquica.

Como discutimos anteriormente, o discurso freudiano centrou o trabalho analítico na memória e na linguagem, para pensar a elaboração do trauma: “o trauma psíquico de fato continua a operar no sujeito e conserva o fenômeno histórico, só sendo eliminado quando o paciente falar sobre ele”. (FREUD, 1893/1976, p. 48). Isso remete para a importância da repetição das experiências e, de modo geral, podemos dizer que isso foi valorado na obra de Freud como um todo, ainda que tenha se apresentado de formas distintas. Na fase da catarse, o foco era o momento de formação do sintoma e o objetivo era reproduzir os processos psíquicos para possibilitar a ab-reação (Freud, 1914/1996), de forma similar à hipnose:

Consideramos a maneira pela qual nossa terapia opera. Ela se incorpora a um dos mais ardentes desejos humanos – o desejo de poder repetir uma experiência. Alguém experimenta um trauma psíquico sem reação suficiente a ele. Nós lhe permitimos experimentá-lo de novo, dessa vez sob hipnose, e o encorajamos a completar sua reação. (FREUD, 1893/1976, p. 52).

Quando a hipnose foi abandonada, o trabalho voltou-se para a *associação-livre* que se tornou a “a regra fundamental da psicanálise que estabelece que tudo que lhe venha à cabeça deve ser comunicado sem crítica” (FREUD, 1912/1996, p. 118). O analista, por meio das interpretações, tenta contornar as resistências para facilitar a rememoração e, em um primeiro momento, as situações que haviam ocasionado o sintoma continuaram sendo o foco de interesse. Em seguida, a técnica deixou de se concentrar em algum problema ou momento específico para atentar para tudo que acontece: “Contenta-se em estudar tudo o que se ache presente [...] e emprega a arte da interpretação principalmente para identificar as resistências que lá aparecem, e torná-las conscientes ao paciente.” (FREUD, 1914a/1996, p. 163). Segundo Freud, apesar de se tratarem de técnicas distintas, o objetivo permaneceu o mesmo ¹¹⁷: “Descritivamente falando, trata-se de preencher lacunas na memória;

¹¹⁶ Esta hipótese foi discutida pelo Prof. Joel Birman em seu curso “Tópicos Especiais em Ciências Humanas e Saúde I – A formação do discurso psiquiátrico III”, realizado no primeiro semestre no IMS/UERJ.

¹¹⁷ Apesar do autor afirmar que o objetivo era o mesmo, haviam diferenças importantes, como: “O recordar, tal como era induzido pela hipnose, só podia dar a impressão de um experimento realizado em laboratório. O

dinamicamente, é superar resistências devidas à repressão.” (Ibidem, p.163). Esse aspecto descritivo também se apresenta no trabalho das *construções*, no qual o analista, ao completar um fragmento, deve comunicá-lo “ao sujeito da análise, de maneira a que possa agir sobre ele; constrói então um outro fragmento a partir do novo material que sobre ele se derrama” (FREUD, 1937b/1975, p. 295). Neste sentido, o trabalho analítico pode ser considerado, como afirma Birman (2001), uma *arqueologia do sentido*. Afinal, ele possibilita a reestruturação dos fragmentos psíquicos e corpóreos do paciente, o que implica a revivescência corporal das intensidades:

Daí por que o discurso freudiano intitulou de catártica a experiência em questão, já que, como na leitura aristotélica da tragédia, seria necessário que o sujeito pudesse purgar, na cena terapêutica, os afetos que não pôde realizar no momento da experiência traumática. [...] no contexto do *aqui* e do *agora* da experiência catártica o sujeito poderia responder então de forma *ativa* (BIRMAN, 2001, p. 156. Grifo do autor)

Essa mudança de posição permite com que as experiências traumáticas se inscrevam em uma nova gramática e sintaxe o que, segundo o autor, revela o caráter intensivo do dispositivo analítico. Não é por acaso que a noção de *combate* aparece desde o início do texto freudiano, sobretudo, por meio de metáforas bélicas: “aprendi no curso de análises a interpretar os fenômenos residuais [...] e assim assegurei uma base firme para decidir qual das armas do arsenal terapêutico contra as neuroses é indicada no caso em questão”. (FREUD, 1893-95/ 1974, p. 323). Em “A dinâmica da transferência”, o autor afirma que o trabalho analítico “está fadado a irromper um combate; todas as forças que fizeram a libido regredir se erguerão como ‘resistências’ ” (FREUD, 1912a/ 2006, p. 114). Em sua perspectiva, há outra fonte mais poderosa da onde provém a resistência:

A libido [...] esteve sempre sob à influência da atração de seus complexos inconscientes e encontrou num curso regressivo devido ao fato de a atração da realidade haver diminuído. A fim de liberá-la, esta atração do inconsciente tem ser superada [...]. A análise tem de lutar contra as resistências oriundas de ambas essas fontes. (Ibidem, p. 114).

Segundo o autor, a transferência aparece como “como a arma mais forte da resistência, e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e

repetir, tal como é induzido no tratamento analítico, segundo a técnica mais recente, implica, por outro lado, evocar um fragmento da vida real; e, por essa razão, não pode ser sempre inócuo ou irrepreensível.” (FREUD, 1914a/1996, p. 167).

expressão da resistência.” (Ibidem, p. 115-116) ¹¹⁸. O que está em jogo é que Freud aborda a situação transferencial a partir da ideia de combate, defendendo que “todo conflito tem de ser combatido na esfera da transferência.” (FREUD, 1912a/ 2006, p. 115). Isso implica que o *mal* seja colocado em cena na experiência analítica para que seja possível enfrentá-lo:

Essa luta entre o médico e o paciente [...] é travada, quase exclusivamente, nos fenômenos da transferência. É nesse campo que a vitória tem de ser conquistada [...]. Não se discute que controlar os fenômenos da transferência representa para o psicanalista as maiores dificuldades, mas não se deve esquecer que são precisamente eles que nos prestam o inestimável serviço de tornar imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente. Pois, quando tudo está dito e feito é impossível destruir alguém *in absentia* ou *in effigie*. (Ibidem, p. 119. Grifo do autor)

Em “Recordar, repetir e elaborar”, Freud (1914a/1996) também positiva a efervescência da enfermidade, ao discutir a repetição e a experiência transferencial. O autor defende que a própria transferência¹¹⁹ é um fragmento de repetição e esta é uma transferência de algo do passado que foi esquecido. Isso pode ser ilustrado, por exemplo, quando o paciente não recorda o que foi recalcado ou esquecido, mas o expressa via atuação (*acts it out*): “Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo.” (FREUD, 1914a/1996, p.165). Por isso, a enfermidade não deve ser tratada como um evento passado, mas, sim, como uma força atual que é posta, gradativamente, ao alcance da análise. E na medida em que o paciente o vivencia como algo contemporâneo, o analista deve referi-lo ao passado. Mas, no desenrolar da análise, uma transferência positiva pode ir se tornando hostil, fortalecendo a resistência e, mais uma vez, o autor utiliza metáforas bélicas: “Daí por diante, as resistências determinam a sequência do material que deve ser repetido. O

¹¹⁸ O autor diferencia dois tipos de transferência. A positiva consiste nos sentimentos afetuosos em relação ao analista (podendo sê-los acessíveis à consciência ou inconscientes) e a negativa corresponde a afetos hostis. Nesta perspectiva, somente a transferência negativa e a transferência positiva inconsciente (que aponta para fontes eróticas recalçadas) podem fazer com que a transferência sirva à resistência. Freud (1917d [1916/1976] retoma isso na “Conferência XXVII”, defendendo que tanto a transferência amorosa como a hostil, que parecem ser uma resistência ao trabalho analítico, são, pelo contrário, instrumentos cruciais da análise. Pois, na medida em que o analista mostra ao paciente que seus afetos são repetições, o analisante pode transformar a repetição em lembrança e, assim, os compartimentos mais secretos de seu psiquismo poderão se abrir. Isso fica claro, também, na seguinte afirmação: “Só quando a resistência está em seu auge é que pode o analista [...] descobrir os impulsos instintuais reprimidos que estão alimentando a resistência” (FREUD, 1914/ 1996, p. 170).

¹¹⁹ “Por ‘transferência’ quer-se dizer uma peculiaridade marcante dos neuróticos. Eles desenvolvem para com seu médico relações emocionais, tanto de caráter afetuosos como hostil, que não se baseiam na situação real, mas que derivam de suas relações com os pais (o Complexo de Édipo).” (FREUD, 1926[1925] /1976, p. 306). Isso significa que a figura do analista é inscrita em uma das séries psíquicas do paciente. Afinal, para Freud (1912/1996), cada sujeito cria um método singular de se conduzir na vida erótica (como um “clichê estereotípico”), o que se repete na experiência transferencial.

paciente retira do arsenal do passado as armas com que se defende contra o progresso do tratamento — armas que lhe temos de arrancar, uma por uma.” (Ibidem, p. 167).

O que devemos destacar é que esse *combate* transferencial, que exige com que o paciente mude sua atitude em relação à própria enfermidade, pode ser acompanhado pela intensificação dos conflitos e, ainda, pelo aparecimento de novos sintomas. Segundo o autor, corre-se o risco de que o paciente regale seus sintomas e deixe de atentar para sua enfermidade, como se a resistência falasse: olha o que ocorre quando eu transijo essas coisas, não tinha razão para recalá-las? Mas, em sua perspectiva, os analistas podem “consolar o paciente mostrando-lhe que se trata apenas de agravamentos necessários e temporários e que não se pode vencer um inimigo ausente ou fora de alcance.” (FREUD, 1914a/1996, p. 168). Em “Construções em análise”, encontramos uma ideia similar: “Se a construção é errada, não há mudança no paciente, mas, se é correta ou fornece uma aproximação da verdade, ele reage a ela como um inequívoco agravamento de seus sintomas e de seu estado geral.” (FREUD, 1937b/1975, p. 300).

Freud (1914a/1996) aponta para outros riscos que podem ocorrer nesse processo, como a emergência de novos impulsos via repetição e, até mesmo, que o paciente faça atuações que lhes causem danos ou que lhe impeçam de se restabelecer. Por isso, o autor afirma que o analista deve estar preparado para uma *luta perpétua* com o paciente, tentando fazer com que este preserve no campo psíquico todos os impulsos que tenderia a descarregar pela esfera motora. Afinal, o *triunfo* do analista consistiria em fazer com que o paciente recordasse em vez atuar e a ferramenta crucial para isso é o manejo da transferência que deve fazer com que o paciente troque sua neurose por uma *neurose de transferência*:

alcançamos normalmente sucesso em fornecer a todos os sintomas da moléstia um novo significado transferencial e em substituir sua neurose comum por uma “neurose de transferência”, da qual pode ser curado pelo trabalho analítico. A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de um para a outra é efetuada. A nova condição assumiu todas as características da doença, mas representa uma doença artificial, que é, em todos os pontos, acessível à nossa intervenção. (FREUD, 1914a/1996, p. 169-170)

A partir da noção de *neurose transferência*¹²⁰ a aproximação da psicanálise com a medicina pré-moderna fica ainda mais nítida. Pois, como a *crise*, ela aponta para a produção de algo novo, para a intensificação do *mal* enquanto produção da verdade da enfermidade,

¹²⁰ Na “Conferência XXVII” isso aparece nos seguintes termos: “não é incorreto dizer que já não mais nos ocupamos da doença anterior do paciente, e sim de uma neurose recentemente criada e transformada, que assumiu o lugar da anterior. [...] Todos os sintomas do paciente abandonam seu significado original e assumem um novo sentido que se refere à transferência” (FREUD, 1917d[1916]/1976, p. 518).

para a importância do médico (no caso, o analista) estar atento para as particularidades daquela enfermidade, pensando nos momentos em que deve intervir e sabendo que isso poderá suscitar riscos. Até porque “dominar essa neurose nova, artificial, equivale a eliminar a doença inicialmente trazida ao tratamento”. (Ibidem, p. 518).

Os combates, intensificações e riscos da relação transferencial são facilmente observados, por exemplo, no *amor transferencial* que, segundo Freud (1915 [1914]/1996), é suscitado pela própria experiência analítica e, a princípio, funciona como resistência, pois desvia o foco do trabalho. O autor alerta que, por um lado, o analista não deve repelir tais expressões amorosas e, por outro, não deve se orgulhar desse amor, até porque ele é uma repetição de experiências infantis. Não cabe ao analista, também, retribuí-lo¹²¹, pois a técnica psicanalítica pressupõe que o analista não satisfaça as demandas do paciente: “O tratamento deve ser levado a cabo na abstinência.” (FREUD, 1915 [1914]/1996, p. 182). Isso permite, por exemplo, com que o paciente se sinta seguro para expressar suas condições para amar e, desse modo, suas fantasias sexuais virão à luz e poderão ser utilizadas a serviço do trabalho analítico.

A partir dessa discussão, observamos que o discurso freudiano – sobretudo, quando ele foi além da verdade do recalcado – insistiu na dimensão de *combate*. Esta remete para a materialização do conjunto de forças que estão em jogo na experiência transferencial, afinal é preciso que o “paciente enfrente a luta do conflito [...] com as resistências que lhe mostramos na análise” (FREUD, 1917d [1916]/1976, p. 518). É neste sentido que podemos dizer que os termos que ele usa para abordar o dispositivo da transferência remonta o discurso da medicina das crises, o que fica claro na seguinte citação: “a análise só pode valer-se de quantidades de energia definidas e limitadas que têm de ser medidas contra as forças hostis. E aparece como se a vitória, de fato, via de regra esteja do lado dos grandes batalhões.” (FREUD, 1937a/1975, p. 273)

Essa discussão é importante para nossa problemática, não só por indicar a relação entre psicanálise e medicina pré-moderna, mas, também, porque o dispositivo da transferência é um dos grandes alvos da crítica que se dirige à psicanálise. Por exemplo, acusam-na de ser perigosa e Freud defende que o psicanalista tem consciência de que as forças que ele está lidando são explosivas e que é preciso ter cautela como um químico. Mas, em seguida, ele

¹²¹ Se o amor fosse efetivado, apenas o paciente *venceria*, pois teria êxito em repetir na vida real o que deveria ter preservado no âmbito psíquico, mas a análise não. Por isso, Freud defende que o analista está em uma tríplice batalha, a saber: em sua própria mente (para resistir aos seus impulsos), contra seus opositores – que questionam a importância que ele dá aos impulsos sexuais sem que possa desfrutá-los na técnica – e, dentro da análise, contra os pacientes que, tomados por uma paixão indomável, querem fazer dele um amante (Freud, 1915 [1914]/1996).

questiona: “Mas quando foram os químicos proibidos, devido ao perigo, de manejar substâncias explosivas, que são indispensáveis, por causa de seus efeitos?” (FREUD, 1915 [1914] /1996, p.187-188). Desse modo, podemos dizer a psicanálise também se aproxima da *verdade-acontecimento*, pois ela maneja os mais perigosos impulsos psíquicos sem garantir nenhuma demonstrabilidade, até porque o desenrolar da análise é sempre incerto: “Só o curso ulterior da análise capacita a decidir se nossas construções são corretas ou inúteis. [...] ‘Tudo se tornará claro no decorrer dos futuros desenvolvimentos’.” (FREUD, 1937b/1975, p. 300).

Enfim, devemos sinalizar que a ideia de *crise* também foi resgatada para se pensar as crises históricas, como um momento em que a enfermidade atinge seu clímax e pode revelar uma verdade. Os ataques histéricos, correspondem às fantasias inconscientes que foram traduzidas para a esfera motora, depois de passarem pela censura e pela condensação (que mescla diferentes elementos da vida psíquica). Neste sentido, eles têm como função substituir uma satisfação erótica que foi renunciada, o que provoca o rebaixamento da consciência: “num ataque histérico, a *absence*, deriva-se do fugaz mas inegável lapso de consciência que se observa no clímax de toda satisfação sexual intensa, inclusive as auto-eróticas.” (FREUD, 1909 [1908]/1976, p. 237. Grifo do autor)¹²². Portanto, diferente de Charcot¹²³, o discurso freudiano propôs uma leitura da crise histérica ligada à dramaturgia erótico-sexual, pois ela apresenta uma “evidente dimensão teatral, um espetáculo colocado em cena pelo sujeito, no qual o trauma sofrido seria revivido por este.” (BIRMAN, 2001, p. 150).

No decorrer do capítulo, apresentamos algumas matrizes que caracterizam a concepção freudiana de clínica – como a linguagem, o sintoma e a transferência – e, com isso, a aproximamos da medicina pré-moderna. Observamos que a *verdade-demonstrativa* triunfou sobre a *verdade-acontecimento* e o fato da psicanálise tê-la resgatado parece ser uma chave de leitura para pensarmos a perda do seu poder simbólico. Como vimos, a hegemonia do paradigma científico e biológico tem trazido alguns impasses para o campo psicanalítico e é importante sublinhar que este problema não emergiu na atualidade. Pois, historicamente, a

¹²² O ataque histérico pode ser compreendido a partir de alguns estágios que coincidem com a atividade sexual infantil: “(a) satisfação auto-erótica, sem conteúdo ideativo; (b) a mesma satisfação, em conexão com uma fantasia que leva ao ato a satisfação (c) renúncia ao ato, com a permanência da fantasia; (d) repressão da fantasia, que então se manifesta através do ataque histérico [...] (e) a fantasia pode até restabelecer o ato de satisfação ao qual se abdicara aparentemente.” (FREUD, 1909 [1908]/1976, p. 237). Segundo Birman (2001), o ataque histérico, como um ato bissexual, coloca em questão a diferença sexual (tal como estabelecida no século XIX), evidenciando, assim, uma revolta em relação à condição feminina centrada, exclusivamente, na maternidade.

¹²³ Para Charcot, as duas primeiras e a última fase do ataque histérico eram de caráter neurológico e apenas a terceira correspondia a *fase passional* e tudo se passa como se Freud tivesse apenas se centrado nesta para pensá-lo.

própria ciência positivista do início do século XX já se apresentava como um obstáculo para a psicanálise, por exemplo, acusando-a de ser mística:

o método terapêutico apresentado aos nossos colegas concomitantemente com a nossa teoria; vem ele ainda lutando para ser reconhecido. [...] A muitos médicos, mesmo nos dias que correm, a psicoterapia afigura-se como um produto do misticismo moderno e, comparada com nossos remédios físico-químicos [...] ela parece positivamente não científica e indigna da atenção de um investigador criterioso. (FREUD, 1905 [1904]/1980, p. 267-268).

Ainda assim, Freud tentava obter o reconhecimento científico da psicanálise, por exemplo, por meio dos casos clínicos: “Em 1895 e 1896, expendi alguns conceitos sobre a patogênese dos sintomas histéricos [...] Proponho-me agora [...] fundamentar aqueles conceitos apresentando um relato pormenorizado da história de um caso clínico e de seu tratamento” (FREUD, 1905a [1901]/1989, p.5). A partir da década de 1920, o discurso científico ganhou, de fato, um estatuto neopositivista, o que foi sistematizado no Círculo de Viena, na Áustria. Neste momento, a categoria de *verificação* tornou-se um critério fundamental para definir se um discurso era científico ou não-científico. A partir disso, a psicanálise não pôde ser, efetivamente, reconhecida como científica, pois o critério de verificacionismo não se apresentava em seus conceitos fundamentais¹²⁴, como o conceito de pulsão: “Com o conceito de pulsão somos lançados no redemoinho queimante do caldeirão da bruxa – a bruxa metapsicologia.” (GARCIA-ROZA, 1995, p. 79). E, por esse tipo de inadequação ao paradigma neopositivista, a psicanálise era acusada de ser especulativa e imprecisa:

Os médicos a vêem como um sistema especulativo e recusam-se a acreditar que, como toda outra ciência natural, ela se fundamenta numa paciente e incansável elaboração de fatos oriundos do mundo da percepção; os filósofos, medindo-a pelo padrão de seus próprios sistemas artificialmente construídos, julgam que ela provém de premissas impossíveis e censuram-na porque seus conceitos mais gerais [...] carecem de clareza e precisão. Esse estado de coisas é suficiente para explicar a recepção relutante e hesitante da análise nos campos científicos. (FREUD, (1925 [1924]/ 1976, p. 269-270).

O autor acrescenta que os médicos desconfiavam se os processos psíquicos poderiam ser trabalhados em uma perspectiva científica e, por isso, acreditavam que as investigações psicanalíticas eram “nebulosas, fantásticas e místicas.” (Ibidem, p. 268). Em sua perspectiva, a luta pelo reconhecimento da psicanálise estava longe de chegar ao fim, pois os médicos da geração contemporânea foram “ensinados a respeitar apenas fatores anatômicos, físicos e

¹²⁴ “Trata-se de uma convenção (*Konvention*), nos diz ele, ou de uma ficção [...] não são retirados da realidade a partir da observação, mas criados com a finalidade de constituir uma nova inteligibilidade.” (GARCIA-ROZA, 1995, p. 80).

químicos. Não estavam preparados para levar fatores psíquicos em consideração e, portanto, enfrentaram-nos com indiferença e apatia.” (Ibidem, p. 267). Apesar dessas críticas à psicanálise, havia aqueles que a reconhecia até mesmo como científica. Por exemplo, Althusser (1964/1980), pautando-se na epistemologia regional¹²⁵, defendeu a cientificidade da psicanálise¹²⁶:

Este conjunto [...] prático, (1) técnico, teórico, (2) nos lembra a estrutura de toda disciplina científica. [...] A primeira palavra de Lacan é para dizer: em princípio Freud fundou uma ciência. Uma ciência nova, que é ciência de um objeto novo: o inconsciente. [...] Como em toda ciência autêntica constituída, a prática não é o absoluto da ciência, mas um momento teoricamente subordinado; o momento em que a teoria que se tornou método (técnica) entra em contato teórico (conhecimento) ou prático (a cura) com seu objeto específico (o inconsciente). (ALTHUSSER, 1964/1980, p. 110-111).

A especificidade do pensamento desse autor foi defender que o mundo das ciências rompe com o universo das ideologias. Neste sentido, ele defende que todos os conceitos psicanalíticos remetem para o inconsciente e que a psicanálise rompeu com uma série de ideologias pré-científicas para se forjar como um discurso teórico, ainda que não seja marcado por uma matemática quantitativa precisa. Com isso, ele desarticula a ideia de que a ciência implica em uma mensuração, motivo pelo qual a física havia se tornado o modelo de ciência. Podemos dizer, desse modo, que a relevância da epistemologia regional é que ela impede que uma região seja considerada mais objetiva do que as demais, pois ela sustenta que o que define a ciência não é o quantificável, mas, sim, um discurso conceitual, um objeto específico e uma metodologia.

Já para Foucault (1969/1992), a psicanálise não é uma ciência, mas, sim, uma *discursividade*. O discurso científico pressupõe um dispositivo experimental para construir um objeto teórico, mas não confere importância ao nome do autor que o criou. Já na *discursividade* há uma referência constante à autoria, pois há uma operação de retorno em relação aos textos fundadores de determinado campo discursivo como, por exemplo, Lacan

¹²⁵ O autor estendeu para o campo das Ciências Humanas a crítica que Canguilhem (1968/1983) realizou acerca da medicina e da biologia, entre os anos 40 e 60, e que Bachelard (1938/2005) realizou no campo da física e da química, nos anos 30. Este autor defendeu que o objeto da ciência era construído e, portanto, marcado por uma historicidade. Essa tese se contrapôs ao paradigma neopositivista que supunha que o objeto era natural e atemporal e, ainda, que havia uma hierarquia no campo das ciências, onde a física era um modelo de precisão.

¹²⁶ Em *Lénine et la philosophie*, Althusser (1969/1975) também tangencia essa questão, ao afirmar que o real é construído por diferentes continentes de cientificidade: o primeiro seria o continente da *natureza*, marcado pelas ciências duras (física, química, biologia) em oposição as ditas ciências moles, como as Ciências Humanas. O segundo seria o plano da *história* – pautado no Marx Maduro (1867) que, em *O Capital*, formulou o materialismo histórico. O terceiro continente seria o *inconsciente*, cujo modelo de cientificidade seria a psicanálise.

fez um retorno à Freud. Por outro lado, a partir da genealogia, o próprio autor problematiza esse tipo de questão:

A esta questão – é ou não uma ciência? – as genealogias ou os genealogistas responderiam: o que lhe reprovamos é fazer do marxismo, da psicanálise ou de qualquer outra coisa uma ciência. [...] Antes mesmo de saber em que medida algo como o marxismo ou a psicanálise é análogo a uma prática científica [...] não se deve antes interrogar sobre a ambição de poder que a pretensão de ser uma ciência traz consigo? As questões a colocar são: que tipo de saber vocês querem desqualificar no momento em que vocês dizem “é uma ciência”? (FOUCAULT, 1979, p. 172).

Segundo o autor, é importante reativarmos os saberes locais contra os efeitos intrínsecos ao poder e à hierarquização científica do conhecimento, o que pode ser feito pela arqueologia e pela genealogia: “eis o que a arqueologia é o método próprio à análise da discursividade local, a genealogia é a tática que, a partir da discursividade local assim descrita, ativa os saberes libertos da sujeição que emergem desta discursividade.” (Ibidem, p. 172). Dito de outro modo, em sua perspectiva, a genealogia pode libertar os saberes da sujeição, pois ela os torna “capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso teórico, unitário, formal e científico.” (Ibidem, p. 172).

Vale ressaltar que Michel Foucault não tem uma posição linear em relação à psicanálise. Por exemplo, às vezes, ele aproxima o discurso freudiano da tradição trágica, por conta de suas narrativas clínicas e pela interlocução que ele propôs entre loucura¹²⁷, verdade e linguagem (Foucault, 1961/1972). Porém, em outros momentos, ele a aproxima da tradição crítica, devido à metapsicologia. Esse tipo de oscilação ocorre, por exemplo, em relação à sexualidade¹²⁸, pois hora Foucault (1976/1977) remete a psicanálise para a arte erótica e hora para a ciência sexual, ao apontar, por exemplo, que os “Três ensaios sobre a sexualidade” (Freud, 1905b/1989) abarca uma leitura evolucionista que corresponde a uma espécie de sexologia psicanalítica.

No decorrer do capítulo, aproximamos o discurso freudiano da *verdade-acontecimento* e o distanciamos da *verdade-demonstrativa* sublinhando, por exemplo, que ele privilegiou o erotismo em detrimento da hereditariedade. E, se isso procede, significa que a psicanálise distancia-se da ciência sexual e aproxima-se da arte erótica. Dito de outro modo, se concordamos com a hipótese de que a experiência da *neurose de transferência* é um momento de retomada da medicina das crises, com todas as consequências não normalizadas que isso

¹²⁷ A tradição trágica da loucura supõe a presença do sujeito, verdade e obra, enquanto a tradição crítica acredita que a loucura não é marcada por tais elementos (Foucault, 1961/1972).

¹²⁸ Segundo Foucault (1984/1988), o termo “sexualidade” só foi cunhado no século XIX e foi nesse momento que os indivíduos foram convocados a se reconhecer como sujeitos de uma “sexualidade”.

possa vir a ter (Birman, 2010a), a psicanálise pode ser vista como uma experiência da *arte erótica* e não da *ciência sexual*. Para compreendermos melhor essa discussão, revisitaremos, brevemente, essas duas formas distintas de apreender o erótico e o sexual.

Primeiramente, é importante sublinhar que Foucault (1976/1977) investigou a vontade de saber e as estratégias de poder que atravessaram o dispositivo da sexualidade. Uma de suas hipóteses centrais é que a sociedade do século XVIII não recusou o sexo, pelo contrário, possibilitou a produção de discursos verdadeiros sobre ele. Desse modo, o dispositivo da sexualidade não deve ser concebido por uma perspectiva repressora, mas, sim, por uma positividade. Afinal, ele aponta para “mecanismos positivos, produtores de saber, multiplicadores de discursos, indutores de prazer e geradores de poder.” (FOUCAULT, 1976/1977, p. 71).

Na *ars erotica* (“arte erótica”), a verdade é produzida pelo próprio prazer (que deve ser extraído da experiência), isto é, ela não está referida aos critérios de utilidade nem a uma lei, pois o prazer é concebido em suas intensidades e qualidades. Por isso, o saber centra-se na prática sexual e, para não perder sua virtude, deve ser secreto. Nesse sentido, a arte erótica produz como efeitos: “o domínio absoluto do corpo, gozo excepcional, esquecimento do tempo e dos limites, elixir de longa vida, exílio da morte e de suas ameaças.” (Ibidem, p. 57). Na hipótese do autor, a civilização ocidental não possui uma *ars erotica*, pois ela pratica a *scientia sexualis* (“ciência sexual”). Ela está assentada em uma forma de poder-saber que se opõe ao segredo magistral e à arte das iniciações, qual seja, a confissão: “Por confissão entendo todos estes procedimentos pelos quais se incita o sujeito a produzir sobre sua sexualidade um discurso de verdade que é capaz de ter efeitos sobre o próprio sujeito.” (FOUCAULT, 1979, p. 264). Dito de outro modo, no Ocidente, a verdade e o sexo não se ligaram pela transmissão corpo-a-corpo, mas, sim, pela confissão, pois o segredo individual deveria ser exaustivamente expresso para uma instância que tinha o poder de julgar, punir e perdoar. Vale sublinhar que o dispositivo da confissão não se restringia às práticas de penitência, pois ele se difundiu para a relação pais-filhos, pedagogos-estudantes, psiquiatras-doentes: “Desde então nos tornamos uma sociedade singularmente confessanda. [...] confessam-se passado e sonhos confessa-se a infância [...]. O homem, no Ocidente, tornou-se um animal confitente.” (FOUCAULT, 1976/1977, p. 59)¹²⁹.

¹²⁹ Foucault (1974-1975/2010) enfatizou que a Igreja não conseguiu lidar, pela retórica religiosa, com a experiência convulsiva suscitada pelo dispositivo da confissão, de forma que a medicina herdou os corpos convulsionados, situando-os no conceito de reflexo e no campo da neurologia, pois as excitações do organismo passaram a ser pensadas pelo sistema nervoso central (Birman, 2013b).

Por outro lado, o autor afirma que o desaparecimento da *ars erotica* não se deu de forma integral no Ocidente. Por exemplo, os fenômenos da possessão podem ser considerados um transbordamento da prática erótica e na confissão, na direção espiritual e no exame de consciência haviam elementos que se assemelhavam à arte erótica (como a orientação de um mestre no processo de iniciação e a intensificação das experiências). O autor vai além e questiona se, a partir do século XIX, a própria ciência sexual, em alguns aspectos, não funcionou, ainda que com diferenças, como uma arte erótica. Pois, tanto os livros científicos como as consultas, os exames, as narrativas e o prazer de ser interpretado podem ser considerados como “fragmentos errantes de uma arte erótica” (FOUCAULT, 1976/1977, p.70). Dito de outro modo, a produção da verdade sobre o sexo não só se incrementou, como também, propiciou a emergência de novos prazeres, sobretudo, o prazer do discurso da verdade sobre prazer:

Não é no ideal de uma sexualidade sã prometida pela medicina, nem no sonho humanista de uma sexualidade completa e realizada, nem muito menos no lirismo do orgasmo e nos bons sentimentos da bio-energia, que se devem procurar os mais importantes elementos de uma arte erótica vinculada ao nosso saber sobre a sexualidade (nesses casos, trata-se apenas de sua utilização normalizadora); e sim, na multiplicação e intensificação dos prazeres ligados à produção da verdade sobre o sexo. (Ibidem, p. 70).

Segundo Foucault (1979), a história do dispositivo da sexualidade pode servir como uma arqueologia da psicanálise, pois esta teve alguns papéis em sua constituição. Por exemplo, ela centrou-se no mecanismo de fixação da sexualidade sobre o sistema de aliança (contrapondo-se à teoria da degenerescência); fez com que a confissão ganhasse um novo sentido, a saber, de uma injunção para atenuar o recalque¹³⁰; vinculou a tarefa da verdade ao questionamento da interdição. O autor pontua que, com isso, ele não está insinuando que a psicanálise estava incluída nos diretores de consciência, pois isso seria um absurdo. Seu objetivo é sublinhar que a história da sexualidade culminou com a psicanálise:

Atinge-se então, na história dos procedimentos que estabelecem uma relação entre o sexo e a verdade, um ponto culminante. Em nossos dias, não há um só discurso sobre a sexualidade que, de uma maneira ou de outra, não siga o da psicanálise. [...] Existem países, é verdade, onde, por razões de institucionalização e de funcionamento do mundo cultural, os discursos sobre o sexo talvez não tenham, em relação à psicanálise, esta posição de subordinação, de derivação de fascínio que têm na França, onde a *intelligentsia*, por seu lugar na pirâmide e na hierarquia dos

¹³⁰ O próprio Freud utilizou o termo *confissão* para falar, por exemplo, da relação transferencial: “Como é possível que a transferência sirva tão admiravelmente de meio de resistência? [...] uma relação de dependência afetuosa e dedicada pode, pelo contrário, ajudar uma pessoa a superar todas as dificuldades de fazer uma *confissão*.” (FREUD, 1912a/2006, p. 116. Grifo nosso).

valores aceitos, concede à psicanálise um privilégio absoluto” (FOUCAULT, 1979, p. 267.)

Devemos destacar alguns pontos, a partir dessa discussão. Primeiramente, devemos contextualizar esse comentário do autor, pois ele foi feito em um momento em que a perda do poder simbólico da psicanálise ainda não estava tão acentuada. Pois, como vimos, até a década de 1970, a psiquiatria psicanalítica estava presente na França e, além disso, a psiquiatria só se automatizou da psicanálise, ao se apoiar nas neurociências e na psicofarmacologia, a partir de 1980. Portanto, esse “fascínio” e “privilégio absoluto” devem ser entendidos em sua relatividade histórica. Até porque, na atualidade, há toda uma abordagem cognitiva-comportamental da experiência erótica que vem ganhando prevalência, o que pode ser ilustrado pelas técnicas que prometem melhorar a performance no jogo do amor e da sedução. Ademais, uma série de estudos estão sendo desenvolvidos com o intuito de localizar as áreas do cérebro que correspondem à excitação sexual e ao orgasmo. Por exemplo, existem pesquisas que fazem com que uma pessoa inserida em um equipamento de tomografia por emissão de pósitrons (PET) alcance o orgasmo e, ainda, que estão investigando se a experiência do orgasmo se dá na junção entre o mesencéfalo e o diencéfalo¹³¹. Esses exemplos demonstram que a sexualidade não está na exterioridade do projeto da eficiência e o aumento do consumo de medicamentos para ereção e a ampliação da faixa etária que o utiliza são exemplos disso¹³².

Um segundo ponto importante diz respeito às acusações que a psicanálise recebeu de pansexualismo. Freud (1925 [1924]/1976) compreendia a recepção relutante da psicanálise no campo científico, mas isso não explicava as “explosões de indignação, derrisão e escárnio [...] de seus oponentes.” (p. 270). Elas ocorriam devido ao lugar que a sexualidade ganhou na psicanálise o que, segundo o autor, foi visto como um ataque à dignidade humana e, por isso, acusaram-na de “pansexualismo”. Em sua perspectiva, isto estava assentado no ideal de moralidade e na *hipocrisia cultural* que marca a sociedade moderna que, por sua vez, ignora os efeitos negativos que uma obediência moral pode impor ao sujeito:

A psicanálise revelou as fragilidades desse sistema e recomendou que ele fosse alterado. Propôs uma redução no rigor com que os instintos são reprimidos [...] Em resultado dessas críticas a psicanálise é encarada como “[...] inamistosa à cultura” e foi colocada sob um anátema como “perigo social”. [...] a psicanálise ofendeu os sentimentos dos indivíduos [...]. A psicanálise livrou-se de uma vez por todas do conto de fadas de uma infância assexual. [...] Havia apenas uma saída: o que a

¹³¹ Disponível em: http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/explosões_de_prazer.html. Acesso em: 14 dez. 2014.

¹³² Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/bbc/ult272u540458.shtml>. Acesso em: 2 dez. 2014.

psicanálise asseverava tinha de ser falso e aquilo com pretensões de nova ciência havia que ser um tecido de fantasias e deformações.” (Ibidem, p. 272-273).

No que concerne a isso, Foucault (1976/177) afirma: “Rir-se-á da acusação de pansexualismo que em certo momento se opôs a Freud e à psicanálise.” (p.148). Pois, em sua perspectiva, muitos críticos atribuíram “exclusivamente ao gênio mau de Freud o que estava preparado há muito tempo; tinham-se enganado de data quanto à instauração, em nossa sociedade, de um dispositivo geral de sexualidade.” (FOUCAULT, 1976/177, p.148-149). E, aqueles que não formularam esse tipo de crítica – isto é, a ignoraram – são, segundo o autor, os mais cegos, pois acreditaram que Freud estava restituindo uma parte do sexo que lhes dizia respeito. No entanto, “não viram que o gênio bom de Freud o colocara em um dos pontos decisivos, marcados, desde o século XVIII pelas estratégias do saber e de poder; e que, com isso, relançava com admirável eficácia [...] a injunção secular de conhecer o sexo e colocá-lo em discurso.” (Ibidem, p.149). O autor acrescenta que comumente se pensa que Freud (1905b/1989) “liberou” a sexualidade infantil que estava silenciada na época clássica. No entanto, ele alerta que, apesar da antiga linguagem livre entre crianças e adultos ter desaparecido, não se falou menos em sexo, mas, sim, de outra maneira: “são outras pessoas que falam, a partir de outros pontos de vista e para obter outros efeitos.” (Ibidem, 29-30). Neste sentido, Foucault (1979) afirma que a originalidade de Freud não foi falar da sexualidade¹³³, muito menos da sexualidade infantil, mas, sim, inscrevê-la no inconsciente, por isso ele defende que: “o mais importante não são os *Três ensaios sobre a sexualidade*, mas a *Traumdeutung (Interpretação dos sonhos)*.” (p. 261).

Um terceiro ponto importante diz respeito à teoria da degenerescência. Segundo Foucault (1976/1977), a medicina das perversões e os programas de eugenia foram as grandes inovações da segunda metade do século XIX e, com isso, forjou-se a figura do perverso sexual¹³⁴. Neste sentido, o autor contempla a singularidade do discurso psicanalítico, por este ter rompido com o paradigma da degenerescência:

a posição singular da psicanálise no fim do século XIX não seria bem compreendida se desconhecêssemos a ruptura que operou relativamente ao grande sistema da

¹³³ “Chacort, de repente, diz: ‘Basta’. Freud dirá: ‘E por que basta?’ [...] a grande originalidade de Freud não foi descobrir a sexualidade sob a neurose. A sexualidade estava lá, Charcot já falara dela. Sua originalidade foi tomar isto ao pé da letra e edificar a partir daí a *Traumdeutung*, que é algo diferente da etiologia sexual das neurose.” (FOUCAULT, 1979, p. 266).

¹³⁴ “faça-se uma busca na genealogia de um exibicionista ou de um homossexual e se encontrará um ancestral hemiplégico, um genitor tísico ou um tio com demência senil [...] explicava, também, de que modo um perverso sexual induzia um esgotamento da descendência – raquitismo dos filhos, esterilidade das gerações futuras. O conjunto perversão-esterilidade-degenerescência constituiu o núcleo sólido das novas tecnologias do sexo.” (FOUCAULT, 1976/1977, p. 122)

degenerescência: ela retomou o projeto de uma tecnologia médica própria do instinto sexual, mas procurou liberá-la de suas *correlações* com a hereditariedade e, portanto, com todos os racismos e os eugenismos. [...] tudo o que podia existir de vontade normalizadora em Freud; pode-se, também, denunciar o papel desempenhado há anos pela instituição psicanalítica; contudo na grande família das tecnologias do sexo que recua tanto na história do Ocidente cristão e dentre as que empreenderam, no século XIX, a medicalização do sexo, ela foi, até os anos 40, a única que se opôs, rigorosamente, aos efeitos políticos e institucionais do sistema perversão-hereditariedade-degenerescência. (FOUCAULT, 1976/1977, p. 113)

Como relembra Birman (2001), em uma perspectiva histórica-genealógica, houve um deslocamento de uma perspectiva da sexualidade centrada nas intensidades, como ocorria na Antiguidade, para uma que valoriza o objeto, o que se tornou proeminente na Modernidade. Neste sentido, o discurso freudiano se aproximou da arte erótica, pois a positivação que ele fez do desejo e da sexualidade perversa-polimorfa (Freud, 1905b/1989), no século XX, pode ser considerada uma retomada da concepção antiga da sexualidade. Afinal, da mesma forma que essa tradição privilegiou as intensidades em detrimento do objeto, Freud (1915a/1974) também o fez, ao defender, por exemplo, que o objeto é o mais variado da pulsão. Foi isso que lhe permitiu conceber o homossexualismo (que era uma prática corrente na tradição greco-romana), não como uma degeneração, mas, sim, como uma variação no campo da sexualidade que, por sua vez, não está voltada para a reprodução da espécie. Até porque Freud (1920b/1976) alertou-nos sobre a importância de “mantermos em mente a bissexualidade universal dos seres humanos.” (p. 195). Neste sentido, o autor defendeu que não “compete à psicanálise solucionar o problema do homossexualismo. Ela deve contentar-se com revelar os mecanismos psíquicos que culminaram na determinação da escolha de objeto, e remontar os caminhos que levam deles até as disposições sexuais.” (p. 211).

Podemos depreender, a partir dessa discussão, que perguntar se a psicanálise se aproxima mais da arte erótica ou da ciência sexual implica em questionar: a psicanálise está à serviço da normalização ou é uma prática ética e estética que permite a sustentação de singularidades?

3.5. Terapeutização e medicalização da psicanálise: o bem-estar da curabilidade?

Observamos que a postulação da sexualidade¹³⁵ como perverso-polimorfa e a centralização da etiologia da neurose nos traumas sexuais infantis evidenciaram que o

¹³⁵ “É errôneo fazer a sexualidade coincidir com a “genitalidade”! Os instintos sexuais passam por um complicado curso de desenvolvimento, e só no fim deste é que a “primazia das zonas genitais” é alcançada.

discurso freudiano assumiu uma postura crítica em relação ao biopoder e ao dispositivo da hereditariedade-degeneração. Isso foi reconhecido por Foucault que afirmou que a psicanálise se estabeleceu contra um tipo de psiquiatria pautada na degenerescência, na eugenia e na hereditariedade: “Foi em oposição a esta prática e a esta teoria [...] que ela se constituiu e, efetivamente, em relação a esta psiquiatria (que continua sendo, aliás, a psiquiatria dos psiquiatras de hoje), a psicanálise desempenhou um papel libertador.” (FOUCAULT, 1979, p. 150). Em sua perspectiva, em alguns países (como o Brasil), a psicanálise teve um papel político importante, pois ela denunciou a cumplicidade que há entre o poder e a psiquiatria. Mas, por outro lado, o autor defende que a “psicanálise, em algumas de suas atuações, tem efeitos que entram no quadro do controle e da normalização.” (Ibidem, p. 150).

Como vimos, a emergência das ciências humanas foi norteadada pelo projeto de disciplinarização e normalização e, segundo o autor, “Freud sabia bem disso. Em matéria de normalização, ele tinha consciência de ser mais forte que os outros. Porque, então, este pudor sacralizante que consiste em dizer que a psicanálise não tem nada a ver com a normalização?” (Ibidem, p. 151). É preciso sublinharmos que quando Foucault afirma que Freud estava ciente da normalização quer dizer que ele estava atento à questão do poder. Dito de outro modo, ao conceber o poder psiquiátrico como um poder disciplinar, Foucault (1973-1974/2006) foi na direção de ler a psiquiatria como uma forma de poder, do mesmo modo que a psicanálise também é atravessada pelo poder. Inclusive, do ponto de vista arqueológico, não é possível pensar a emergência da psicanálise na exterioridade do campo da psiquiatria, pois haveria uma proximidade entre o tratamento moral e o dispositivo analítico (Foucault, 1961/1972)¹³⁶.

É preciso indagarmos, então, quando a psicanálise funciona como uma instância normativa e como o poder inscreve-se em sua prática, até porque esse tipo de questão culminou em diversas críticas que se dirigem a ela. Por exemplo, Freud (1937b/1975) refere-se ao fato de que o homem de ciência criticou a técnica analítica ao defender que as interpretações do analista respeitavam a lógica do “Cara, eu ganho; coroa, você perde”. Nesta lógica, o analista estaria sempre certo, pois quando o paciente aceitava a interpretação era porque ela estava correta, mas quando não concordava era por causa da resistência. Outra ilustração disso é a discussão de Birman (1996) sobre a representação popular e a representação erudita da psicanálise e a postura crítica que ambas estabeleceram em relação

Antes disso há grande número de organizações pré-genitais da libido – pontos nos quais ela pode tornar-se “fixada” e aos quais, no caso de subsequente repressão, ela retornará.” (FREUD, 1926[1925]/1976, p. 306)

¹³⁶ Deve-se ao fato de Freud ter tido a genialidade de perceber que a estrutura piramidal asilar sustentava-se na figura do alienista. Dessa forma, ele dispensou os guardas e os enfermeiros e convidou seus pacientes a transferirem para ele suas “loucuras”, de modo que a situação analítica foi pensada pela relação direta entre analista e analisando, pelo dispositivo da transferência (Foucault, 1961/1972).

ao dispositivo da transferência. O autor sinaliza que, a partir de 1980, a psicanálise passou a ser colocada em questão por meios de cultura tão potentes quanto ela era até então, como pelo cinema. O gênero policial, por exemplo, retratou o psicanalista a partir da figura do perverso, revelando uma representação popular de que aquele pervertia seus pacientes. Do ponto de vista erudita, operou-se um reducionismo da noção de desejo para a de captura, como se o dispositivo da transferência se identificasse com a prática de manipulação.

Como discutimos no primeiro capítulo, o que caracterizou a sociedade disciplinar em relação à sociedade de soberania – ou a sociedade moderna em relação ao Antigo-Regime – foi a luta anti-hierárquica, isto é, a ideia de que todos são iguais, livres e devem se associar como irmãos. E, na medida em que os cidadãos podiam pensar cada um a sua maneira, tornou-se importante influenciá-los, portanto, não foi por acaso que o jornalismo e a opinião pública ganharam centralidade neste contexto (Birman, 2014). Isso significa que o dispositivo hipnótico-sugestivo não pode ser pensado na exterioridade da constituição da sociedade moderna, por isso, ele se caracterizou por uma assimetria de poder, sendo o terapeuta aquele que sabia e podia tudo: “Por este viés, o fantasma da sedução se inscrevia na cena hipnótico-sugestiva, pelo gigantismo conferido ao terapeuta pelo paciente.” (BIRMAN, 2001, p. 157). Este é um elemento importante por marcar uma diferença entre o tratamento moral e o dispositivo hipnótico-sugestivo, qual seja, no primeiro havia uma coerção real, enquanto no segundo o paciente submetia-se ao médico. Ademais, essa questão abarca um dos grandes impasses de Freud, pois ao mesmo tempo em que ele era herdeiro das práticas hipnóticas-sugestivas, ele temia que a psicanálise fosse confundida com a perda ética da liberdade. Por isso, Freud (1914a/1996) defendia, por um lado, que os pacientes não deveriam tomar grandes decisões durante a análise (como casar), mas, por outro, sublinhava a importância da liberdade deles ficar preservada. Por exemplo, o analista deveria permitir que o analisante fizesse as ações mais ignóbeis que desejasse, mesmo que elas trouxessem pequenos infortúnios, pois é isso que dá uma sagacidade ao sujeito, segundo o autor. Ele defende, também, que os psicanalistas são observadores críticos, mas não manipuladores, pois emitem “pareceres isentos de preconceitos, tanto sobre assuntos sexuais como sobre outros assuntos” (FREUD, 1917d [1916]/1976, p. 507). Isso evidencia sua preocupação em relação a psicanálise ser identificada como uma prática de manipulação:

estão mal informados se supõem que o conselho e a orientação nos assuntos da vida façam parte integral da influência analítica. Pelo contrário, na medida do possível, evitamos exercer o papel de mentor desse tipo, e tudo o que procuramos levar a efeito é, de preferência, que o paciente venha a tomar as decisões por si mesmo (Ibidem, p. 506)

Segundo Birman (2001), a assimetria entre analista e paciente só pôde ser relativizada quando as regras da *associação-livre* (por parte do paciente) e da *atenção flutuante* (por parte do analista) foram erigidas como premissas da experiência psicanalítica. Com isso, os pacientes tiveram que assumir uma responsabilidade sobre seu próprio discurso e história, o que incrementava as *resistências*. Isso demarcava uma diferença em relação a qualquer tipo de trabalho sugestivo, pois na hipnose, por exemplo, o que era falado não podia ser recordado e, portanto, “o paciente não assumia a posição de responsabilidade por sua fala diante do outro” (BIRMAN, 2001, p. 160). Um segundo ponto destacado pelo autor é que, na cena hipnótica-persuasiva, o médico gozava do poder absoluto sobre o hipnotizado que, por sua vez, gozava na passividade. E, na medida em que a *fala* tornou-se a mediadora entre o analista e o analisando, houve uma redistribuição do poder, o que permitiu evidenciar o caráter erótico que caracteriza a relação analítica. Afinal, o paciente não apenas fala de seus fantasmas sexuais, como também, realiza-os na cena transferencial, como vimos anteriormente.

Para tentar diferenciar a sugestão do dispositivo analítico, Freud (1912/1996) propôs a noção de transferência – como se *transferir* fosse o gênero e *sugerir* fosse a espécie, de modo que o primeiro englobaria o segundo –, mas essa estratégia não garantiu, segundo Birman (2014), que a prática analítica não fosse sugestiva. E, para sair desse impasse, Freud (1937a/1975) postulou que o término da análise dependeria da desconstrução das bases transferências¹³⁷. Não poderemos examinar essas questões, só estamos expondo-as para demonstrar como o campo psicanalítico é permeado pela questão do poder e que este e a liberdade foram objetos de preocupação do discurso freudiano. Por exemplo, podemos entrever que, ao pensar a liquidação da transferência, Freud estava visando a *liberdade* do sujeito. Isso fica claro quando ele afirma que se os pacientes se sentem independentes no desenrolar do tratamento e se “mediante seu próprio julgamento, decidem por alguma posição intermediária entre viver uma vida livre e uma vida de absoluto ascetismo, sentimos nossa consciência tranqüila, seja qual for sua escolha.” (FREUD, 1917d [1916]/1976, p. 507).

É importante sublinhar, também, que a preocupação com o poder não se deu apenas em relação à técnica psicanalítica, pois ela aparece em diversas discussões, por exemplo, em “Psicologia das massas e análise do eu”. Neste trabalho, Freud (1921/1976) evidencia, a partir

¹³⁷ O autor já havia insinuado isso ao afirmar que: “Uma pessoa que se tornou normal e livre da ação de impulsos instintuais reprimidos em sua relação com o médico, assim permanecerá, em sua própria vida, após o médico haver-se retirado dela.” (FREUD, 1917d [1916]/1976, p. 518). Mas, segundo Birman (2014) essa resposta de Freud também se mostrou insustentável, pois a história da psicanálise demonstrou que os analisantes permaneceram ligados aos seus analistas formadores.

do *narcisismo das pequenas diferenças*, que uma ordem social horizontal propicia com que os indivíduos concebam qualquer diferente como inimigo e anseiem dominá-lo ou aniquilá-lo. Afinal, a condição humana não é de massa, pelo contrário, “o homem é [...] um animal de horda, uma criatura individual numa horda conduzida por um chefe.” (FREUD, 1921/1976, p. 154)¹³⁸. O autor aproxima a influência desse chefe justamente com a prática hipnótica: “A hipnose não constitui um bom objeto para comparação com uma formação de grupo, porque é mais verdadeiro dizer que ela é idêntica a essa última. Da complicada textura do grupo, ela isola um elemento para nós: o comportamento do indivíduo em relação ao líder.” (FREUD, 1921/1976, p. 145). Neste sentido, a *transferência* é uma crítica ética e política em relação à sociedade de massa, sendo a interpretação o contrapeso dos efeitos de domínio:

quando Freud procurou diferenciar de maneira aguda a psicanálise da hipnose e da sugestão, a pedra de toque de sua argumentação era que, se a cura pela transferência aproximaria a psicanálise da sugestão e da persuasão – pela dimensão da sedução e do erotismo presentes naquela –, o eixo interpretativo da experiência analítica era o contraponto que produziria decupagens pontuais e seriadas nos imperativos de gozar do sujeito. (BIRMAN, 2001, p. 173-174).

Depois de demonstrarmos que Freud estava ciente da dimensão política da transferência e que o poder não é estranho à psicanálise, podemos retornar à questão de Foucault sobre o pudor que há em se dizer que a psicanálise, por vezes, tem a ver com a normalização. Se tomarmos essa indagação à luz de nossa problemática, podemos afirmar, por exemplo, que quando a psicanálise apropria-se de perspectivas científicas, comportamentais e biológicas, ela se aproxima mais da normalização do que de uma posição libertadora, política e crítica da psiquiatria. Pois, como vimos, o fato da psiquiatria ter se autonomizado da psicanálise não implicou que esta tenha se desligado da primeira. Pelo contrário, o que se assiste hoje é uma aproximação da psicanálise em relação às instituições médico-psiquiátricas e uma “autorização” acerca do uso dos psicofármacos no interior da comunidade analítica (Birman, 2004). Isso confirma a hipótese de Foucault sobre a continuidade arqueológica que há entre psicanálise e psiquiatria e, ainda, indica que alguns segmentos do campo psicanalítico foram psiquiatrizados. Não se trata de julgarmos isso, mas de atentarmos para o fato de que o dispositivo analítico se transformou. Afinal, não podemos acreditar que a banalização dos psicofármacos não traz efeitos para a experiência analítica e pulsional, até porque, muitas vezes, eles são usados para tamponar a angústia, o que incide no coração do dispositivo

¹³⁸ É importante sublinhar que essa leitura diferencia-se radicalmente da ideia apresentada em “Totem e Tabu”, em que Freud (1913b) supõe que o cimento dos laços fraternais seria a culpa (em relação ao pai morto), o que faria com que o homem deixasse de ser um animal de horda, no qual o signo da liberdade é mantido (Birman, 2010c).

analítico (informação oral)¹³⁹. Afinal, na experiência psicanalítica moderna, a angústia era um elemento central para o trabalho analítico e um signo da experiência da *crise*. Mas, quando ela é minorada, a *crise* é falseada e o próprio dispositivo se transforma.

Bem, seja pela psiquiatrização dos psicanalistas, seja pelo fato destes valorarem o comportamento e o registro biológico em detrimento dos registros do desejo e do inconsciente, o que está em jogo é que a psicanálise pode ter a ver, sim, com a normalização. Neste sentido, a questão que se coloca é: será que a psicanálise também tem silenciado a dimensão do sujeito e da singularidade? No que concerne a isso, Birman (2000) defende que a demanda pelo apaziguamento do mal-estar não se manteve apenas à nível subjetivo e social, pois adentrou, também, no próprio campo psicanalítico. Isso propiciou a construção de uma versão tecnológica da psicanálise que se dá pela “bricolagem entre discurso psicanalítico, neurociências e cognitivismo. Um monstro epistemológico foi assim colocado em cena” (BIRMAN, 2000, p. 145). Algumas resultantes disso são: pesquisas realizadas em laboratórios de psicanálise ou em associações psicanalíticas, a retomada da Psicopatologia Fundamental e a medicalização da psicanálise, sendo a neuropsicanálise um dos monumentos disso. Em sua perspectiva, este tipo de *solução de compromisso* demonstra que as dimensões política¹⁴⁰, ética e estética¹⁴¹ foram jogadas para escanteio pela tradição pós-freudiana, o que propulsiona com que o trabalho analítico seja reduzido a uma prática terapêutica cuja meta é promover a harmonia do sujeito com o campo social. Isso indica que o projeto da psicanálise, de propiciar a sustentação de singularidades, fracassou:

a homogeneidade que impera nas individualidades no campo analítico [...] demonstra que a intenção de produzir singularidades fracassou de maneira chocante. [...] o tiro saiu pela culatra, que de trágica a psicanálise funcionou como homogeneizadora das individualidades [...] a psicanálise não soube sustentar a tal “peste” que supostamente trouxe para o mundo e para a modernidade. Este é o maior paradoxo da psicanálise da atualidade, o seu furo mais escandaloso, que talvez deixasse Freud envergonhado com os destinos funestos de sua horda, que de selvagem mostrou bastante massificada e excessivamente civilizada. (BIRMAN, 2000, p. 32-33)

¹³⁹ BIRMAN, J. Palestra “Subjetividade, drogas e performance”. In: **II Colóquio Franco-Brasileiro Dependência e “drogas” na adolescência: entre subjetividade e cultura**. Auditório Pedro Calmon, Fórum de Ciência e Cultura da UFRJ, 25 out. 2013.

¹⁴⁰ “Assim, a redução ostensiva do campo psicanalítico ao estatuto de ser uma simples terapêutica do psiquismo e que implicou numa evidente medicalização e psiquiatrização da psicanálise, seria o correlato deste baixo nível de politização na comunidade psicanalítica.” (BIRMAN, 2010c, p.536-537).

¹⁴¹ O discurso freudiano estabeleceu um diálogo com a filosofia política e com as ciências sociais em diversos momentos de sua obra. Por exemplo, em “Totem e Tabu” (Freud, 1913b/1976), encontramos referências à Rousseau, em “O mal-estar na cultura”, Freud (1930/1974) menciona Hobbes e, em “Análise terminável e interminável”, Freud (1937a/1975) colocou um problema para o campo da filosofia política ao enunciar a impossibilidade do psicanalisar, educar e governar. Apesar disso, há uma crença de que os ditos textos de cultura são apenas apêndices da obra freudiana, o que contribui para que a psicanálise se distancie de outros campos de saber (Birman, 2010c).

Ou seja, a incorporação de paradigmas normativos e científicos promovem uma “terapeutização” da psicanálise fazendo com que a homogeneização das subjetividades triunfe sobre a estilização, o que impede a criação de estilos singulares de existência. As questões supracitadas podem ser condensadas em uma problemática central, a saber, se a psicanálise está contemplando o sujeito em sua singularidade ou se está a serviço da normalização promovendo, assim, a anulação das diferenças. Uma questão subjacente a esta é se a psicanálise tem sustentado a singularidade de seu discurso, pois tudo se passa como se, ao realizar uma bricolagem tecnológica-científica, a psicanálise estivesse abdicando de seus pressupostos, como do sujeito do inconsciente, da experiência pulsional, das fantasias, dos desejos e dos sintomas. Embora sejam duas questões distintas, elas estão imbricadas, pois se a psicanálise não se afirma como diferença e lança mão de suas premissas para fazer “bricolagens”, ela não propiciará a sustentação das singularidades e recairá, portanto, na normalização. O que almejamos sublinhar, com isso, é que, ao se apresentar como uma promessa de cura e vestir uma roupagem pedagógica-terapêutica, a psicanálise não poderá compreender o sujeito na pós-modernidade e, desse modo, ela corre *riscos*. Em outras palavras, a psicanálise não poderá “efetivamente sobreviver, marcada pela sua especificidade nos registros teórico e ético, se não puder reconhecer o desamparo do sujeito e o mal-estar social decorrente da pós-modernidade.” (BIRMAN, 2000, p. 145).

É importante sublinhar que a medicalização e a “terapeutização” da psicanálise vão na direção oposta do projeto freudiano. Por exemplo, ao defender que há três práticas impossíveis, o governar, o educar e o psicanalisar¹⁴², Freud (1937a/1975) não só indicou que a *pulsão* não é domesticável, como também, que psicanálise não é um terapêutica, pois, se fosse, ela seria uma prática possível. Mas, quando os analistas reduzem a *transferência* a uma prática de influência e de harmonização, a psicanálise é reduzida a uma terapêutica. E esse tipo de movimento evidencia, justamente, que a posição radical de Freud (1930/1974) acerca da inevitabilidade do mal-estar e do desamparo não foi sustentada. Por isso, Birman (2000) defende que, para sair da crise, a comunidade analítica deve se debruçar no último Freud, recolhendo as consequências políticas que o desamparo impõe, o que discutiremos agora.

¹⁴² Afinal, os cidadãos não são totalmente obedientes aos desígnios de seus governantes, as crianças resistem aos seus educadores e os pacientes não se submetem ao seus analistas: “Esta impossibilidade se fundaria no que existiria de limite intransponível no psiquismo para a regulação possível da pulsão de morte pela pulsão de vida, de maneira que um *resto* estaria sempre presente no polo da pulsão de morte, no campo do psíquico.” (BIRMAN, 2010, p. 551. Grifo do autor).

3.6. Desamparo, masoquismo e feminilidade

No decorrer do trabalho, apresentamos algumas portas de entrada que possibilitam a compreensão sobre a perda do poder simbólico da psicanálise e, neste momento, tentaremos pensar como ela pode enfrentar sua crise. Isso implica em discutirmos de que formas a psicanálise pode se posicionar eticamente em uma conjuntura sociopolítica e cultural marcada pela mercantilização dos riscos e pela exigência de performance. Esses dois processos foram investigados, nos permitindo perceber que a *finitude* vem sendo reduzida ao *risco*, que formas de subjetivações ancoradas no registro cerebral e comportamental vem substituindo o *sujeito do inconsciente* e que a *verdade-demonstrativa* continua triunfando sobre a *verdade-acontecimento*. A questão que se coloca agora é: como a psicanálise pode resistir e dar condições de possibilidades para que as subjetividades sustentem sua singularidade em uma sociedade neoliberal marcada pelo risco e pela performance?

Antes de avançarmos nessa discussão, é importante esclarecer que estamos utilizando o termo *resistência* tal como concebido por Foucault. Como demonstrou sua pesquisa, a sociedade Ocidental é caracterizada por uma marcha da verdade e pela produção de saberes que funcionam como dispositivos de poder. Por outro lado, o autor nos indicou que “a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência” (FOUCAULT, 1979, p. 241). Essa afirmação supõe que a resistência não é uma substância e que ela não está na exterioridade do poder, mas, sim, que ela é coexiste junto a ele. Isso significa que a resistência deve ser tão produtiva e inventiva quanto o poder e, ainda, que ela deve emergir de forma capilar e, a partir disso, se distribuir gradativamente. Bem, a partir da hipótese de que os dispositivos de saber-poder são mecanismos de assujeitamento, mas que abrem possibilidades de resistência, devemos pensar, por exemplo, em alternativas que não concebam a subjetividade como um epifenômeno do *sujeito cerebral* (Ortega, 2009) e a psicanálise parece ser uma ferramenta crucial para isso. Afinal, como vimos, a biologia da consciência coloca em xeque o sujeito do inconsciente, pois reduz o registros pulsional e singular do sujeito a uma mera condição biológica (Birman, 2010).

Podemos apostar que, apesar das promessas da psiquiatria, da neurobiologia e da psicologia se apresentarem como impasses para a psicanálise, nada conseguirá interromper a exigência de trabalho pulsional do sujeito, no máximo silenciará o registro do desejo (Birman, 2000). Partindo dessa ideia, devemos sublinhar a importância da psicanálise resistir à leitura naturalista e cientificista, que é predominante na atual epistemologia, até porque ela tem uma teoria do sujeito:

Torna-se urgente [...] repensar a articulação da psicanálise com a ciência levando em consideração essa evolução de uma parte importante da ciência rumo à naturalização do espírito. [...] A psicanálise deve prosseguir no seu esforço de pensar a desnaturalização do sujeito [...]. As teorias eletrônicas e químicas da consciência vêm desfraldando velas e, frequentemente, naufragando nessa questão do “Eu”. A psicanálise tem uma teoria do sujeito. (HOFFMAN, 2010, p. 206-207).

Quando nos referimos a uma teoria do sujeito na psicanálise, não podemos deixar de pensar que ele é marcado pela experiência de *desamparo* que, por sua vez, impulsiona a busca por proteção (Freud, 1927/1974). E, a partir da discussão empreendida na pesquisa, podemos inferir que, na pós-modernidade, o discurso médico, psiquiátrico e neurobiológico ocupam esse lugar de proteção, na medida em que prometem driblar o sofrimento, o envelhecimento e a morte (Sibilia, 2002) e, ainda, garantir a eficácia (Castel, 1987) e a auto-suficiência. Para destrincharmos essa hipótese, resgataremos algumas formulações sobre o desamparo.

Encontramos, em “O Futuro de uma ilusão”, uma tese crucial, qual seja, que não há possibilidade de cura nem de fuga em relação ao desamparo, pois ele remete ao “penoso enigma da morte, contra o qual remédio algum foi encontrado e provavelmente nunca será.” (FREUD, 1927/1974, p. 27). Em face disso, criamos formações culturais e ilusões para nos proteger da experiência do desamparo, como a figura de Deus que desempenha três funções: “exorcizar os terrores da natureza, reconciliar os homens com a crueldade do Destino, particularmente a que é demonstrada na morte, e compensá-los pelos sofrimentos e privações que uma vida civilizada em comum lhes impôs.” (Ibidem, p. 29). O autor afirma que, no contexto moderno, a religião perdeu parte de sua influência na Europa, devido ao progresso da ciência que, por sua vez, poderia fornecer alguma proteção:

os homens não estão completamente sem assistência. Seu conhecimento científico lhes ensinou muito, desde os dias do Dilúvio, e aumentará seu poder ainda mais. E quanto às grandes necessidades do Destino, contra as quais não há remédio, aprenderão a suportá-las com resignação. (Ibidem, p. 64).

Podemos entrever que essas “grandes questões do Destino” remetem para a condição de *finitude* que, por não ter cura, deve ser reconhecida e afirmada, o que aprofundaremos no final do capítulo. O que devemos destacar agora é que, para Freud, o desamparo é a condição do sujeito e ele está relacionado à nostalgia do pai, o que impulsiona a busca por proteção:

Quando o indivíduo em crescimento descobre que está destinado a permanecer uma criança para sempre, que nunca poderá passar sem proteção contra estranhos poderes superiores, empresta a esses poderes as características pertencentes à figura do pai; cria para si próprio os deuses a quem teme, a quem procura propiciar e a

quem, não obstante, confia sua própria proteção. Assim, seu anseio por um pai constitui um motivo idêntico à sua necessidade de proteção contra as consequências de sua debilidade humana. (Ibidem, p. 36).

Isso significa, em primeiro lugar, que o pensamento e as ideias não advêm de uma curiosidade desinteressada, mas, sim, da tentativa do “homem de tornar tolerável seu desamparo.” (FREUD, 1927/1974, p. 29). Pois, em sua perspectiva, a posse dessas ideias oferecem uma dupla proteção, a saber, “contra os perigos da natureza e do Destino, e contra os danos que o ameaçam por parte da própria sociedade humana.” (Ibidem, p. 29). Em segundo lugar, evidencia que o discurso freudiano enfatiza a importância do sujeito reconhecer sua condição de orfandade:

Você tem medo, provavelmente, de que não resistam a tão duro teste? Bem, pelo menos tenhamos esperança de que resistam. Já é alguma coisa, de qualquer modo, alguém saber que está entregue a seus próprios recursos: aprende a fazer um emprego correto deles. (Ibidem, p. 64).

Como vimos, a constituição da sociedade moderna foi marcada pela quebra da lei soberana-teológica, o que provocou, por um lado, o aumento da *liberdade* e, por outro, um sentimento de orfandade. No entanto, uma organização social horizontal é, permanentemente, ameaçada pela sombra fantasmática da verticalidade, o que pode ser observado pelos movimentos fundamentalistas (informação oral)¹⁴³. Isso significa que há um combate constante entre a multiplicidade e a unidade e não podemos perder de vista que foi sobre essa conjuntura que a psicanálise se inscreveu como um discurso crítico em relação à experiência do mal-estar que se instalou na modernidade. É neste sentido que Freud postula a inevitabilidade do mal-estar, demonstrando que o processo civilizatório tem como objetivo “criar uma unidade a partir dos seres humanos individuais” e, que, portanto, “a felicidade pessoal e a que se dirige para a união com outros seres humanos, devem lutar entre si em todo indivíduo.” (Freud, 1930/1974, p.165-166).

Em sua perspectiva, muitos métodos¹⁴⁴ são utilizados para subtrair os efeitos do mal-estar, como a técnica científica (por controlar os fenômenos da natureza) e a intoxicação. Esta, por sua vez, promove um prazer imediato e serve como um refúgio, na medida em que dá uma

¹⁴³ BIRMAN, J. Conferência. “Espelho, espelho meu, existe alguém mais belo do que eu?”. In: **XII Jornada do Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos**. Imagens improváveis, imagens impensáveis: presenças no mundo. Rio de Janeiro: EBEP, 15. jun. 2013.

¹⁴⁴ Freud (1930/1974) refere-se, também, ao isolamento (para evitar o sofrimento oriundo das relações humanas); à indiferença em relação a realidade; o tornar-se louco ou eremita como tentativa de criar uma nova realidade; ao trabalho (que dá um espaço seguro na comunidade) e à construção de ilusões.

sensação de independência face às pressões do mundo externo. Esses dois métodos são interessantes para nossa discussão, pois evidenciam que a utilização dos enunciados científicos e a regulação bioquímica podem ser usados como recursos paliativos contra o mal-estar. No que concerne a isso, é preciso sublinhar que, ao romper com a máxima ética do Iluminismo – na qual a felicidade seria alcançada por valores universais e racionais –, Freud (1930/1974) demonstrou que a felicidade não é um estado de plenitude estável, pois só pode ser alcançada de forma episódica. Ademais, ela é um problema da economia libidinal individual, o que significa que ela só pode ser conquistada a partir de uma perspectiva subjetiva e, ainda, que a primeira meta do sujeito é evitar o sofrimento, sendo assim, a busca pelo prazer algo secundário. Evidentemente, isto remete para o fato de que o vivente humano é suscetível a uma tripla ameaça, em relação: à fragilidade do próprio corpo, às forças esmagadoras do mundo externo e às relações hostis com os outros homens. Vale dizer que este terceiro ponto relaciona-se à hipótese de que a alteridade foi colocada em questão na modernidade, o que evidenciou que a máxima ética cristã, que obriga o indivíduo amar o próximo como a si mesmo, é uma impossibilidade.

A partir disso, observamos que não há uma regra de ouro para a felicidade nem que permita atenuar o mal-estar, apesar de uma série de enunciados e instrumentos que prometerem o *bem-estar*. Ademais, percebemos que a busca por proteção foi fartamente discutida no texto freudiano, desde que o desamparo foi concebido como a condição por excelência do sujeito moderno. Não podemos perder de vista que a busca por proteção a qualquer custo pode não só provocar a anulação da singularidade e do desejo, como também, propiciar que o sujeito assuma uma posição masoquista (Birman 2000). Neste sentido, podemos indagar se a *sede de obediência* (Freud, 1921/1976) em relação aos mandamentos da saúde e da performance não funciona como uma estratégia de proteção face à condição desamparada, finita e mortal do vivente humano. Pois, o “sujeito, ao engancha-se no outro, estabelece uma relação de servidão como forma de tentar evitar a dor do desamparo e afastar a angústia que lhe é correlata.” (NUNES, 2002, p. 55).

A constituição da modernidade foi caracterizada pela quebra da verticalidade, o que aumentou a liberdade, mas, também, a sensação de desproteção (Birman, 2000), o que nos permite situar a problemática da vulnerabilidade no contexto moderno. Ademais, pudemos notar que o estabelecimento da ordem neoliberal, da *cultura do narcisismo* (Lasch, 1979/1983) e da performance (Castel, 1987), como também, os avanços tecnológicos e da biomedicina contribuem para que a *vulnerabilidade* seja concebida como um *risco*, o que vem

acompanhado por um imperativo de medo. Talvez isso esteja atrelado ao fato de que a condição de *desalento* – correlato da *espacialização* da experiência psíquica e da *dor solipsista* – apresente-se mais na atualidade do que a de desamparo que, por sua vez, implicaria o endereçamento ao outro como forma de transformar a dor em sofrimento (Birman, 2012). Essa discussão remete para as formas pelas quais as subjetividades tentam se precaver dos riscos em um contexto caracterizado pela precarização do laço social, o que se dá, muitas vezes, por estratégias preventivas, como a auto-gestão dos riscos, a disciplinarização dos hábitos e o cuidado com o corpo. Observamos que isso perpassa, também, pela tentativa de se alcançar a eficiência e a performance, seja ela corporal ou cerebral. Ou seja, há toda uma entrega que é feita em relação ao discurso médico-biológico e psiquiátrico, o que se apresenta, por exemplo, pela demanda do paciente em receber algum diagnóstico psiquiátrico que lhe forneça algum sentido técnico ao sofrimento. Isso incrementa, também, a busca por psicofármacos, pois, como vimos, nessa situação não há vítimas nem algozes, o paciente pede e o psiquiatra prescreve.

A condição trágica de desamparo evidencia a incompletude que marca o sujeito que, por sua vez, está fadado a uma relação de dependência insofismável ao outro, afinal a autonomia integral, tanto psíquica como corporal, é impossível (Birman, 2000). Por outro lado, a radicalização da busca e da oferta de proteção pode culminar em um tipo de relação que se tornou comum na atualidade e que é composta por dois tipos de posições subjetivas, a posição masoquista e a posição perversa:

o masoquismo evidencia a repulsa do sujeito ao desamparo, na qual este ocupa a posição de servidão face ao outro para evitar a dor e a solidão da experiência da feminilidade. Enfim, no masoquismo o sujeito busca um senhor e um mestre para se colar e se fundir com o intuito de evitar a dor do desamparo, mesmo que para isso se transforme em servo do outro. (BIRMAN, 2000, p. 47).

Dito de outra forma, quando a experiência de desamparo é insuportável, o sujeito se agarra na fabula fálica do outro para se proteger, assumindo, desse modo, uma posição masoquista. Neste contrato servil, o senhor remete para a figura perversa que recebe o poder que lhe foi outorgando, oferecendo a proteção que o masoquista tanto demanda. Esse tipo de relação não se restringe ao registro interpessoal, pois a anulação da diferença e o aniquilamento da alteridade são marcas cruciais da contemporaneidade, o que é ilustrado pelas expressões radicais de violência:

o sujeito perverso funciona como agenciador da pobreza erótica e simbólica na sociedade de massas, transformando a energia que ainda resta do espírito em

potencial da violência. Para isso, oferece para os masoquistas símbolos fálicos a que podem se colar – a sexualidade, a cor da pele [...]. As práticas neonazistas da atualidade não são um mero acidente de percurso, mas o desdobramento da lógica da não-diferença que caracteriza a sociedade de massas. (Ibidem, p. 48-49).

Não poderemos explorar essa discussão, pois isso implicaria em um estudo aprofundado sobre a perversão, a servidão, o gozo e a violência. O que devemos extrair para nossa problemática são dois pontos centrais, a saber: que a lógica da não-diferença caracteriza a sociedade contemporânea e que a repulsa ao desamparo propicia que o sujeito assuma uma postura masoquista cujo o preço é a renúncia dos próprios desejos. Afinal, como vimos, a precarização do laço social, o incremento da competitividade e o imperativo da performance propiciam a *desnarcisação* das subjetividades e uma resultante disso é que o “*masoquismo* se espalhou nestas individualidades, como marca eloquente deste processo crucial que promoveu a perda da autoestima destas.” (BIRMAN, 2014, p. 32).

É importante sublinhar que, a partir da constatação irremediável do mal-estar, Freud (1930/1974) diferenciou as saídas singulares das saídas homogêneas que, como ele havia indicado, parecem mais tentadoras: “Constitui alívio enorme para a psique individual se os conflitos [...] que nunca superou inteiramente -, são dela retirados e levados a uma solução universalmente aceita.” (FREUD, 1927/1974, p.43). Nesse momento, tentaremos sustentar que o sujeito, em vez de abdicar de seu desejo e procurar soluções homogêneas para o mal-estar, pode criar respostas singulares, o que será discutido, sobretudo, a partir do conceito de *feminilidade*. No que concerne a isso, é importante destacar, primeiramente, que o desamparo é a condição do vivente humano, tanto dos homens como das mulheres, o que significa que ambos podem assumir uma posição masoquista:

Para Freud, é a impossibilidade do sujeito aceitar sua condição de desamparo o motor da assunção de uma posição masoquista tanto para homens quanto para mulheres, ou seja, diante do desamparo, a busca desesperada de um outro a quem oferecer seu corpo e sua alma é uma das saídas possíveis para o sujeito. (NUNES, 2002, p. 55).

Esse ponto é valorado por Nunes (2002) por evidenciar que o masoquismo foi sendo desatrelado do campo estritamente feminino e que a passividade¹⁴⁵ foi deixando de ser

¹⁴⁵ Nunes (2002) sinaliza que as dualidades ativo-masculino e passivo-feminino passaram por algumas contradições no discurso freudiano. Por exemplo, Freud (1905b/1989) defendeu, por um lado, que a bissexualidade seria constitucional (de modo que o sujeito poderia ter diferentes escolhas sexuais), mas, por outro, que as disposições masculinas e femininas poderiam ser percebidas desde a infância, devido à polaridade ativo-passivo. Para ilustrar como a passividade e o feminino foram se desarticulando, ela refere-se ao texto “Uma neurose demoníaca do século XVII”, onde Freud (1922/1980) afirma que, no complexo de Édipo, os meninos assumiriam uma atitude feminina diante do pai, o que evidencia um desejo passivo de castração. A

concebida como uma forma específica de sexualidade, na medida em que passou a ser pensada como uma atitude em relação ao desamparo. Como a autora relembra, Freud (1905b/1989) erigiu a primazia do pênis, indicando, com isso, que a sexualidade masculina seria o modelo da sexualidade humana e que as mulheres seriam acometidas pela *inveja do pênis*. Nesta concepção, o clitóris teria uma função ativa, similar a do pênis, e, portanto, o desenvolvimento “normal” da mulher dependeria que ela abandonasse a sexualidade clitoridiana e se centrasse na vagina que, por sua vez, seria o órgão efetivamente feminino. Já em “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos”, Freud (1925/1976) propôs uma nova leitura da sexualidade feminina não mais pautada exclusivamente no modelo fálico. Ele enunciou que a pré-história edípica da menina é marcada pelo fato da mãe ser seu primeiro objeto de amor, tal como ocorre com os meninos. Mas, enquanto “no menino o complexo de Édipo é destruído pelo complexo de castração, na menina é o complexo de castração que abre caminho para o complexo de Édipo e para a ligação com a figura paterna.” (NUNES, 2002, p. 42). Isto significa que o complexo de castração seria o marcador da distinção psíquica entre os sexos, o que representa, segundo Nunes (2002), uma leitura anti-essencialista da diferença sexual, pois evidencia a importância da elaboração psíquica para o “torna-se homem” ou “torna-se mulher”. Mas, apesar de anti-essencialista, a autora sublinha que a primazia do falo colocou-se em maior parte de sua obra, da mesma forma em que o mistério feminino foi reduzida à ausência de pênis¹⁴⁶.

Ademais, em sua perspectiva, o autor negativava o caráter forte das mulheres, seja afirmando que a mulher potente era alguém que tinha problemas com seu próprio sexo e tentava ser viril (Freud, 1931/1974), seja defendendo que elas poderiam ser altamente destruidoras. Por exemplo, por serem castradas, as mulheres poderiam tentar castrar os homens para conquistar o *falo* (Freud, 1923/1980). A própria figura da mãe foi pensada como aquela que, por um lado, dá a vida, mas, por outro, pode destruí-la, por ser devoradora (Freud, 1913a/1996). A autora relembra, ainda, que os órgãos femininos também foram vistos como ameaçadores, como o útero, que não só geraria os filhos, mas, também, seria o lugar para onde se pode voltar por meio de uma fusão mortal (Freud, 1919/1976).

conferência sobre “A feminilidade” também é mencionada pela autora, pois nela Freud (1933[1932]/1976) esclareceu que a sexualidade feminina poderia ser aproximada dos *fins passivos*, porém não da passividade propriamente dita que, por sua vez, pode exigir uma grande quantidade de atividade.

¹⁴⁶ Segundo Nunes (2002), ao privilegiar a oposição clitóris-vagina, o discurso freudiano excluiu outros elementos do corpo sexuado feminino, como o seio. Este foi apenas referido à relação mãe-bebê, no entanto, não ocupou um lugar de relevo nem foi concebido como um possível objeto da curiosidade da criança, pois esta só daria olhos à ausência de pênis na mulher.

Uma conclusão disso, segundo Nunes (2002) é que, por um lado, Freud (1893-95/1974) preocupou-se em positivar a histeria, que estava inscrita no campo das degenerações psíquicas, mas, por outro, ele apresentou uma leitura negativa. Isto é, inicialmente, o autor procurou elogiar as pacientes histéricas (como a inteligência, a criatividade e o senso de justiça de Anna O.), mas, ao longo de sua obra, ele foi descrevendo as mulheres como pessoas que tinham o senso ético, a inteligência e a capacidade de amar (Freud, 1914b/1974) aquém dos homens. Até porque, a figura da mulher foi aproximada da natureza, enquanto a do homem foi articulada à civilização, de modo que as mulheres representariam um perigo para a ordem social (Áran, 2002)¹⁴⁷.

Visto isso, podemos discutir a noção de *feminilidade* que só ganhou um estatuto teórico em “Análise terminável e interminável”, quando Freud (1937a/1975) indicou que ela estaria na matriz da ordenação sexual, tanto feminina quanto masculina, mas sem se identificar especificamente com nenhuma dessas (Birman, 2001). No início desse artigo, o autor defende que o complexo de castração é uma marca comum entre os homens e as mulheres, apesar de terem atitudes distintas em relação a ela. Na mulher haveria a *inveja do pênis* – de forma que, para a condição feminina advir, ela deveria reprimir seu “esforço pela masculinidade” –, enquanto que a batalha do homem seria contra a posição passiva:

Nos homens, o esforço por ser masculino é completamente egossintônico desde o início; a atitude passiva, de uma vez que pressupõe uma aceitação da castração, é energeticamente reprimida, e amiúde sua presença só é indicada por supercompensações excessivas. Nas mulheres, também, o esforço por ser masculino é egossintônico em determinado período – a saber, na fase fálica, antes que o desenvolvimento para a feminilidade se tenha estabelecido. Depois, porém, ele sucumbe ao momentoso processo de repressão, cujo desfecho, como tão frequentemente foi demonstrado, determina a sorte da feminilidade de uma mulher. (FREUD, 1937a/1975, p. 287).

Ou seja, nas duas situações é a atitude própria ao sexo oposto que é recalcada. No caso da mulher é necessário que ela recalque uma quantidade suficiente de seu anseio pela masculinidade e, para isso, ela deve deslocar o desejo de um pênis para o desejo de um filho e de um companheiro dotado de pênis. No entanto, é evidente que esse desejo de masculinidade pode ficar retido no inconsciente e exercer uma influência intensa na mulher. Não é por acaso que, em diversas situações, uma mulher é levada à análise com “a esperança de que, ao fim de tudo, ainda poderia obter um órgão masculino, cuja falta lhe era tão penosa.” (Ibidem, p. 287).

¹⁴⁷ Freud (1930/1974) afirmou que as mulheres se opõe à civilização e que esta seria um assunto para os homens (que seriam capazes de sublimar) e, ainda, valorou a paternidade em detrimento da maternidade, pois o homem seria mais capaz de renunciar a sensibilidade e a singularidade em prol racionalidade (Áran, 2002).

Em relação à batalha masculina contra a passividade, Alfred Adler a denominou de “protesto masculino”, mas, em nota de rodapé, Freud (1937a/1975) discorda deste termo. Pois, em sua perspectiva, os homens recusariam a posição feminina em relação a outro homem e não em relação às mulheres, até porque, muitas vezes, eles assumem uma postura masoquista em relação a elas. O autor defende, ainda, que “desde o início, ‘repúdio da feminilidade’ teria sido a descrição correta dessa notável característica da vida psíquica dos seres humanos.” (Ibidem, p. 285). O que é importante recolhermos para nossa discussão é que o “repúdio da feminilidade” está na matriz do grande enigma do sexo, tanto para as mulheres como para os homens: “Freud confere à feminilidade um estatuto originário e universal, e a situa no âmago de nossa cultura e, conseqüentemente, do processo de subjetivação que diz respeito a homens e mulheres” (NUNES, 2002, p. 55).

Dito de outro modo, até então, o discurso freudiano havia erigido o *falo* como o operador *princeps* da estruturação erótica feminina e masculina e, ainda, como uma invariante do signo de perfeição e da masculinidade, de modo que a *feminilidade* só podia ser pensada de forma negativa e imperfeita, sobretudo, por estar na fronteira do *rochedo da castração* (Birman, 2001). Portanto, a grande virada de 1937 foi que a *feminilidade* passou a ser considerada originária, o que significa que ela remete para um momento anterior à inscrição do *falo* no psiquismo. Dito de outro modo, ela representa um registro psíquico que não é fundado no falo, nem como referente nem como referência, por isso, “tanto os homens quanto as mulheres teriam horror à experiência da feminilidade, justamente pela ausência do falo.” (BIRMAN, 2001, p. 225). Isso quer dizer que o registro fálico é uma recusa ao registro originário da *feminilidade* e que o texto freudiano rompeu com o paradigma fálico ao deixar de pensar a *feminilidade* como uma “derivação acidentada da masculinidade fálica” (BIRMAN, 2002b, p. 8).

Segundo Birman (2001), a enunciação da *feminilidade* foi o resultado de uma longa marcha empreendida pelo texto freudiano¹⁴⁸ da qual ele destaca quatro pontos: a pulsão como força, a pulsão de morte, a angústia do real e o masoquismo originário. Em sua perspectiva, a

¹⁴⁸ Segundo Nunes (2002), o conceito de *identificação* também contribuiu para isso, pois evidenciou que a *masculinidade* e a *feminilidade* não seriam definidas por uma diferença natural, mas, sim, pela identificação psíquica com um modelo. Como afirma Freud (1921/1976), o pai pode ser o que gostaríamos de *ser* ou o que gostaríamos de *ter*: “a identificação esforça-se por moldar o próprio ego de uma pessoa segundo o aspecto daquele que foi tomado como modelo.” (p. 134). Outro exemplo é o caso atendido por Freud (1920b/1976) em que a jovem, em sua atitude para com o objeto amoroso, assumiu “inteiramente o papel masculino, isto é, apresentava a humildade e a sublime supervalorização do objeto sexual tão características do amante masculino, a renúncia de toda satisfação narcisista e a preferência de ser o amante e não o amado.” (p. 193). Isso ocorreu depois que que mãe teve uma nova gravidez e ela se interessou por mulheres maduras: “A análise da jovem revelou [...] que a amada era uma substituta de sua mãe” (Ibidem, p. 195).

própria descoberta do inconsciente já havia colocado em cena a *invisibilidade*, no entanto, ele foi logo permeado pela visibilidade, na medida em que Freud (1900/1972) articulou as forças pulsionais ao campo da representação e, ainda, erigiu o *falo* como o operador da *visibilidade* para o sujeito (Freud, 1905b/1989). Mas, em “As pulsões e seus destinos”, Freud (1915/1974) mergulhou novamente no terreno da *invisibilidade*, ao separar a força pulsional dos representantes-representação. Essa separação foi radicalizada em “Para além do princípio do prazer”, quando Freud (1920/1976) enunciou a *pulsão de morte* como enfaticamente autônoma em relação à representação, ou seja, como a marca da *invisibilidade* originária. Isto significa que a positivação da *feminilidade* implicou o resgate do excesso pulsional como o marco fundador da subjetivação (Nunes, 2002).

Devemos lembrar que, inicialmente, Freud (1895/1977) centrou-se na problemática das intensidades e dos afetos, porém, essa dimensão econômica foi jogada para segundo plano, quando o autor voltou-se para a sistematização do conceito de inconsciente e para o campo das representações (Nunes, 2002) e, ainda, passou a apostar no *princípio do prazer* (Neri, 2002)¹⁴⁹. Mas, quando o excesso pulsional, os obstáculos transferenciais e a *compulsão à repetição* passaram a se colocar de forma veemente, o registro econômico foi resgatado. Neste sentido, a noção de *feminilidade* é uma resultante disso e “reenvia o sexual para essa dimensão de excesso pulsional que, apesar de ter perdido importância com o lugar central dado ao falo, retornava sempre no campo do feminino como enigma.” (NUNES, 2002, p. 56). Dito de outro modo, o imperativo da força pulsional evidenciou que para além do sujeito da representação haveria um “um sujeito de intensidade pulsional não mais garantido pela ordem simbólica, uma vez que o circuito pulsional não se inscreve no simbólico de maneira imediata.” (NERI, 2002, p. 21). Isso é importante para o presente trabalho, na medida em que são essas intensidades que apontam para a condição imperfeita e finita do vivente humano:

Essas intensidades revelam a condição humana no seu fundamento, isto é, como potencialidade de afetação, enquanto marca de sua imperfeição e finitude. Somente somos afetados porque somos imperfeitos e finitos. [...] Seriam as intensidades que nos destinariam à errância do mundo, sem poder contar com critérios seguros oferecidos pela representação e pela visibilidade. (BIRMAN, 2001, p. 237).

Por isso, na hipótese de Birman (2001), a *angústia do real* também contribuiu para a elaboração do conceito de *feminilidade*. Afinal, a impossibilidade do sujeito antecipar algo

¹⁴⁹ Na primeira teoria pulsional, o *princípio do prazer* tinha pregnância no aparelho psíquico e seria sua função estabelecer um harmonia entre a retenção e a descarga da excitação. Já na segunda teoria pulsional, foi pensada uma nova economia psíquica que inaugurou um regime pulsional para *além do princípio do prazer* (Dutra, 2002).

inesperado demonstra como o trauma é uma correlato da condição humana caracterizada pela finitude, incompletude e imperfeição. A *feminilidade* seria tributária, também, do *masoquismo originário* que fez com que Freud (1924b/1976) concebesse o sadismo como uma forma de defesa contra o masoquismo¹⁵⁰. Isso comprova que a força pulsional, a *pulsão de morte* e a afetação estão na origem e que, portanto, cabe ao sujeito criar uma gramática subjetivante para dar conta dessas forças: “A feminilidade seria, enfim, um outro nome para denominar o masoquismo erógeno, maneira do sujeito lidar com as intensidades e com as forças pulsionais, sem se valer e precisar necessariamente do referencial fálico.” (BIRMAN, 2001, p. 240). Em outras palavras, tanto a *feminilidade* como o *masoquismo erógeno* evidenciaram formas de subjetivação e de erotização que estão para além do referencial fálico, indicando que esse é uma construção defensiva contra o desamparo e a incompletude do sujeito (Neri, 2002).

Ademais, é importante sublinhar que a própria leitura freudiana sobre a histeria evidenciou que o corpo e o psiquismo seriam caracterizados pela fragmentação e pelo despedaçamento, signos da condição finita e imperfeita do vivente humano (Birman, 2001). Afinal, a conversão aponta para a impossibilidade de preservar o conflito no registro psíquico, de forma que ele é desembocado no corpo, e a experiência convulsiónaria remete para a perda de controle do corpo, o que é um signo de imperfeição. Segundo Swain (2002), “aquilo que promete constitutivamente a mulher à despossessão corporal é também aquilo que colabora efetivamente para sua apropriação pelas forças sobrenaturais, pelo demônio.” (p. 26-27). A autora defende, ainda, que a histérica se manteve como o teatro da verdade sobre o corpo, pois sua “perturbação revela a economia subjetiva da corporeidade, aquela cujo corpo que parte exhibe a fratura interna do sujeito”. (Ibidem, p. 32-33).¹⁵¹

Considerando que a crise convulsiva revela o descentramento do sujeito, Neri (2002)

¹⁵⁰ Em nota acrescentada em 1924, em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, o autor afirma que: “Fui levado a reconhecer um masoquismo *primário – erógeno* -, do qual se desenvolvem posteriormente duas formas: o masoquismo *feminino* e o masoquismo *moral*. Revertendo-se contra a própria pessoa o sadismo que não encontra aplicação na vida, surge daí um masoquismo *secundário* que se acrescenta ao primário” (FREUD, 1905b/1989, p. 149. Grifo do autor). No masoquismo feminino, o sujeito coloca-se “numa situação caracteristicamente feminina; elas significam, assim, ser castrado, ou ser copulado, ou dar à luz a um bebê.” (FREUD, 1924b/1976, p. 202-203). O masoquismo moral diz respeito à necessidade de punição e ao “sentimento inconsciente de culpa” que “encontra expressão no conteúdo manifesto das fantasias masoquistas; o indivíduo presume que cometeu algum crime [...] a ser expiado por todos aqueles procedimentos penosos e atormentadores.” (Ibidem, p. 203). O acento recai no masoquismo do ego que anseia pela punição, seja do superego seja dos poderes parentais, o que está relacionado a ser espancado pelo pai ou ter uma relação sexual passiva com ele.

¹⁵¹ Swain (2002) defende que a dimensão externa e material do corporal na histeria foi perdendo intensidade, pois as convulsões tornaram-se mais raras e o sentido dos sintomas corporais foi se transformando. Um dos fatores que contribuiu para isto, em sua perspectiva, foi o surgimento da pílula contraceptiva que fez com que a mulher ganhasse um domínio sobre o próprio corpo, isto é, pudesse regular, artificialmente, seu ciclo de fecundidade.

defende que a crise histórica abarca uma perspectiva criativa, o que significa que a condição imperfeita e finita abarca um potencial criador. A partir disso, podemos pensar uma articulação entre criação, singularidade e *feminilidade*, pois esta “torna possíveis formas diferentes e singulares de subjetivação e de inscrição na ordem do discurso, abrindo espaço para novas possibilidades de criação.” (NUNES, 2002, p. 56).

Segundo Neri (2002), há duas teorias distintas da sublimação no texto freudiano. A primeira foi enunciada em “Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna” (1908b/1976), na qual a sublimação aparece como um equivalente do recalque da sexualidade perverso-polimorfa¹⁵². Uma segunda leitura pode ser encontrada em “Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância”, onde Freud (1910a/1970) evidencia que a sublimação é um destino da pulsão que escapa ao recalque, o que significa que ela pode propiciar a criação de uma diferença, mesmo que seja disruptiva para a cultura: “Não mais a serviço do pacto civilizatório de dessexualização da cultura, a criação faz surgir um novo objeto como força disruptiva na cultura.” (NERI, 2002, p. 22). Essa perspectiva vai ao encontro da leitura de Birman (2000) que afirma que o viés verticalizado da sublimação supõe uma ascese purificadora e que o erotismo seja colocado a serviço da razão civilizatória, enquanto a sublimação lateralizada remete à horizontalização dos laços sociais, o que é crucial para a criação de destinos erótico.

Dutra (2002) também defende que há duas concepções de sublimação no discurso freudiano, mas, diferente de Neri (2002) que sustenta isso a partir de dois textos específicos, a autora procura demonstrar que ambas leituras alternaram-se desde o início da obra de Freud. Em sua perspectiva, a sublimação apareceu por dois grandes vieses, a saber, o estruturante – que se refere à dessexualização da pulsão e à homeostase¹⁵³ – e o desestruturante que está ligado à criação e tem uma conotação de risco¹⁵⁴. Isto é, quando o conceito de sublimação “adquire, então, um sentido de criação que implica um risco de desestruturação.” (DUTRA, 2002, p. 90). A autora sinaliza que a sublimação foi, sistematicamente, repensada dessa

¹⁵² Nesta concepção, a representação simbólica ficaria em relevo, de forma que a meta pulsional deveria passar por uma dessexualização para alcançar uma finalidade mais nobre e contribuir para a cultura (Neri, 2002).

¹⁵³ Esta leitura está presente, por exemplo, nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, onde Freud (1905b/1989) defende que as pulsões parciais, quando não satisfeitas, viram forças psíquicas contrárias que constituem o caráter. Em “Os caminhos de formação dos sintomas” também é possível encontrar essa concepção, quando Freud (1917/1976) afirma que a criação está a serviço de uma compensação narcísica, pois diante do eu frágil, o sujeito se refugiaria na fantasia e, com isso, poderia obter um reconhecimento social por suas criações.

¹⁵⁴ Segundo a autora, isso apresenta-se quando Freud (1905b/1989) afirma que as intensidades sexuais estão na matriz da sublimação e que elas podem tomar uma via de satisfação perigosa e, ainda, quando Freud (1908 [1907]/ 1974) defende que o sujeito deve se desprender de seus referenciais para poder criar: na “criação, os referenciais temporais e cronológicos característicos do processo secundário são substituídos pela indiscriminação característica do processo primário.” (DUTRA, 2002, p. 91).

maneira na “Conferência XXXIII”, onde Freud afirmou que: “um determinado tipo de modificação da finalidade (meta) e da mudança de objeto [...] é descrito por nós como sublimação.” (FREUD, 1932, p. 121 apud DUTRA, 2002, p. 93). Com isso, ele não valorou apenas a modificação da meta, mas, também, a criação de um novo objeto, revelando que quando o vínculo da pulsão com o objeto é rompido, deve-se criar um novo¹⁵⁵: “O rompimento é tanto uma forma de abertura e libertação da ligação com o antigo objeto quanto um confronto com as intensidades pulsionais e o desamparo.” (DUTRA, 2002, p. 93). Isso evidencia que a sublimação não conserva o estado anterior, pelo contrário, pressupõe uma mudança radical. Por isso, essa segunda concepção só pôde ser elaborada após a elucidação da *pulsão de morte*¹⁵⁶ (Freud, 1920/1976) que é, por excelência, disruptiva: “É no risco do confronto com as intensidades pulsionais que se adquire a possibilidade de criar.” (Idem). A partir disso, podemos depreender que a *pulsão de morte* não está atrelada, exclusivamente, ao traumático, mas, também, às intensidades que, por sua vez, podem funcionar como motor de criação. Desse modo, a sublimação pode ser concebida como a via pela qual “a indeterminação do sujeito se revela, ou seja, expondo o risco envolvido no fato de ser um destino da criação.” (Ibidem, p. 89).

Devemos destacar mais dois pontos para aprofundar essa discussão. O primeiro é que, em uma perspectiva econômica, a sublimação implica a desconstrução da onipotência narcísica – pois ela está pautada no desamparo, no masoquismo erógeno¹⁵⁷ e no acolhimento das intensidades¹⁵⁸ – e o segundo ponto é que a alteridade é a condição para a sublimação (Birman, 1996b). Isso fica mais claro se coadunarmos a sublimação¹⁵⁹ à *feminilidade*, a fim de

¹⁵⁵ Essa ideia confirma a tese de 1910, a saber, que a intensidade da sublimação é diametralmente oposta à força do recalque, pois este é “um destino de reação da pulsão com relação às intensidades.” (DUTRA, 2002, p. 93). A diferença central é que, em 1932, foi valorado a importância de criar um novo objeto e não de realizar um movimento de transcendência do sujeito em relação a um objeto primeiro.

¹⁵⁶ Em 1910, Freud indicou que haveria uma oposição entre sublimação e recalque – ao afirmar que a intensidade da sublimação é inversamente proporcional à força do recalque –, mas isso só pôde ser sistematizado na segunda teoria pulsional.

¹⁵⁷ “Sua base deve ser buscada ao longo de linhas biológicas e constitucionais e ele permanece incompreensível a menos que se decida efetuar certas suposições sobre assuntos que são extremamente obscuros.” (FREUD, 1924b/1976, p. 201-202). O autor acrescenta que o masoquismo erógeno “acompanha a libido por todas as suas fases de desenvolvimento e delas deriva seus revestimentos psíquicos cambiantes. O medo de ser devorado pelo animal totêmico (o pai) origina-se da organização oral primitiva; o desejo de ser espancado pelo pai provém da fase anal-sádica que a segue; a castração, embora seja posteriormente rejeitada, ingressa no conteúdo das fantasias masoquistas como um precipitado do estágio ou organização fálica, e da organização genital final surgem, naturalmente, as situações de ser copulado e der nascimento, que são características da feminilidade”. (Ibidem, p. 205-206).

¹⁵⁸ O fato do novo objeto não estar ligado ao narcisismo pode provocar a desconstrução do sujeito: “a ligação da pulsão ao objeto se dá em detrimento do sujeito [...] pelo deslocamento da hegemonia do recalque e do desejo inconsciente [...] para a preponderância do paradoxo das intensidades pulsionais” (DUTRA, 2002, p. 102-103).

¹⁵⁹ Vale dizer que tanto Birman (2001) como Dutra (2002) distanciam essa concepção da sublimação do belo e a aproximam do sublime, enquanto uma *ultrapassagem de limites* (Kant, 1764/1993). Pois, na lógica kantiana, o

pensá-la como um eixo de erotização que sustenta a singularidade. Para isso, é importante distinguirmos, primeiramente, o feminino, a sexualidade feminina e a *feminilidade*:

O feminino (*weiblich*) se refere à posição feminina na dialética fálica que instaura a diferença masculino-fálico-atividade/ feminino-castrado-passividade, a sexualidade feminina (*weiblich sexualitat*) designa o destino da sexualidade da mulher na lógica fálica e a feminilidade (*weiblichkeit*) indica um erotismo não mais regulado pela lógica fálica, deixando à mostra um eixo de subjetivação, erotização e sublimação que inaugura novas possibilidades de inscrição do sujeito na cultura como singularidade e diferença. (NERI, 2002, p. 30).

Em linhas gerais, esses pontos indicam que a retomada do registro econômico enfatizou que a constituição da subjetividade depende da alteridade. Afinal, o outro é crucial para que as forças pulsionais se inscrevam em um circuito pulsional, por isso, toda vez que esse trabalho de elaboração não é realizado, a experiência de desamparo é reeditada (Nunes, 2002). Isso significa que o sujeito “depende do outro para tornar possível a inscrição de um circuito pulsional que o constituirá com marcas singulares de angústia, erotização e sublimação.” (NERI, 2002, p. 22). Visto isso, poderemos pensar a *feminilidade* e a finitude como formas de resistência aos discursos do risco e ao imperativo da performance.

3.7. O falo performático, a imperfeita feminilidade e a finitude que afirma a vida

Como discutimos no segundo capítulo, vivemos em um contexto marcado pelo imperativo da performance que propulsiona a sensação de vergonha e a insuficiência (Ehrenberg, 2000), signos da *desnarcisação* (Birman, 2014). Observamos que a exigência social da performance não está restrita ao mercado de trabalho e ao meio escolar, pelo contrário, ela permeia os mais diversos níveis, como o corpo, a sexualidade e o gênero. No que concerne a isso, Berenice Bento (2006) defende que a frustração e o sofrimento podem ser despertados quando não se consegue seguir os modelos hegemônicos estabelecidos para cada gênero, como a mulher vaidosa, sensível, passiva, que anseia pelo matrimônio e o homem viril, competitivo profissionalmente e ativo sexualmente.

Segundo Birman (2014), os sistemas avaliativos e a exigência de performance são as duas razões socioculturais que estão na base do enquadramento objetivante das experiências

sublime é pensado pelo desacordo das faculdades (sensibilidade, a imaginação, o entendimento e a razão), enquanto o belo pressupõe a harmonia da imaginação e do entendimento. Neste sentido, o belo não consegue aprender o infinito informe e o objeto é pensado dentro dos limites. Já o sublime pressupõe a quebra dos limites do objeto, semelhante à sublimação que implica uma rotura, devido ao excesso de intensidades. Mas, por questões metodológicas, não poderemos explorar essa discussão.

subjetivas em categorias psicopatológicas. Ilustramos isso a partir da proliferação da categoria de déficit nos manuais diagnósticos (Castel, 1987) e pelo aumento da taxa de depressão como uma resultante da exigência de autonomia e de realização pessoal (Ehrenberg, 2000). Discutimos, também, que a performance propulsiona a busca por práticas e instrumentos que acentuem a produtividade e a questão que se coloca agora é: será que a busca pela eficiência reflete a tentativa de se alcançar à *perfeição* ou, pelo menos, de velar a *imperfeição*?

Segundo Birman (informação oral)¹⁶⁰, tudo se passa como se estivéssemos, permanentemente, lutando contra a vergonha de nossa *feminilidade* e, com isso, caminhando para uma espécie de imperativo performático. Pois, tanto as drogas (ilegais ou medicinais) como as práticas da dita eficiência são utilizadas como uma tentativa de mostrarmos que não somos desamparados, apesar do fantasma da incompletude estar sempre batendo em nossa porta. Neste sentido, podemos arriscar dizer que o que está em jogo no confronto entre *performance-insuficiência* é a tensão entre *perfeição-imperfeição* e, ainda, entre *falo-feminilidade*. Pois, da mesma forma que as construções fálicas são buscadas para velar a *feminilidade*, procuramos ingredientes – seja hábitos saudáveis, recursos bioquímicos ou técnicas neuroascéticas – para driblar a imperfeição que nos assombra e conquistar a “perfeição fálica performática”.

Não podemos perder de vista que o *falo* remete para a ambição de se alcançar à completude e à perfeição, o que está atrelado ao fato da dicotomia masculino-perfeição e feminino-imperfeição ter perdurado durante séculos. Como relembra Birman (2001), desde a Antigüidade grega pensava-se que a harmonia do Cosmos pressupunha a perfeição do homem. Por isso, o Olimpo era regulado pelos deuses, enquanto as deusas eram excluídas, o que evidencia que a condição feminina era marcada pela imperfeição. Nunes (2002) ressalta que, até o século XVII, por conta da influência da tradição cristã, a figura da mulher era associada ao *mal* e, por isso, ela não poderia se responsabilizar por seus filhos. Mas, quando se instituiu o modelo familiar burguês, no século XVIII, a mulher ganhou uma “perfeição específica”, pois suas marcas físicas e morais adequavam-se perfeitamente à função materna e à esfera doméstica. Afinal, em uma sociedade supostamente igualitária, o paradigma da diferença sexual passou a ser respaldado pelo discurso médico-biológico, o que legitimou

¹⁶⁰ BIRMAN, J.. Palestra de encerramento. In: **Colóquio Internacional Subjetividades e Montagens Corporais no Mundo Contemporâneo**, Programa de Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pela Escola Doutoral da Universidade de Paris VII, 25 mai. 2013.

destinos sociais radicalmente opostos: o espaço público se restringiria aos homens e a esfera privada às mulheres (Birman, 2001)¹⁶¹.

Observamos que a maior parte do texto freudiano apresentou-se como herdeira da tradição patriarcal, por estar centrada na primazia do *falo* como um signo de *perfeição*, no entanto, isso foi colocado em questão com a enunciação da *feminilidade*. Como salienta Birman (2001), o território originário da *feminilidade* é um golpe narcísico no orgulho e na arrogância humana que almeja dominar a iminência de um possível despedaçamento, seja do corpo ou do psiquismo. E, a partir disso, podemos dizer que o encontro com o próprio desamparo é a condição de possibilidade do criar, mas, para isso, é necessário se deixar atravessar pelas intensidades sem tentar dominá-las (Dutra, 2002). Vimos, no segundo capítulo, que há uma relação entre pulsão de domínio (Freud, 1905b/1989) e performance e agora podemos dizer que o que está em jogo é a tentativa do sujeito afirmar a *masculinidade* como um repúdio à *feminilidade*:

o que está em pauta é a afirmação permanente da *masculinidade*, transformado que foi este signo em *bem supremo* hoje face a uma feminilidade a ser sempre repudiada pelo sujeito. O que implica dizer que a *virilidade* como valor moral está em alta na contemporaneidade, tanto entre homens quanto entre mulheres. (BIRMAN, 2014, p. 26).

Considerando que a imperfeição está na origem das subjetividades e que, via mediação fálica, pretendemos alcançar a perfeição e a completude, parece que podemos entrever, sim, que as *técnicas de usinagem de si* (Ehrenberg, 2009) são buscadas como armas garantidoras da *virilidade*. Ainda nessa perspectiva, podemos afirmar que o discurso da prevenção e as promessas de longevidade são fascinantes justamente por fazerem com que nossa condição finita e imperfeita pareçam veladas, o que também evidencia um “repúdio à feminilidade”. Afinal, o que está em jogo é a “a busca desenfreada e desesperada pela condição humana da perfeição e da completude, contra a finitude e a imperfeição” (BIRMAN, 2001, p. 233). A pergunta que permanece é: como é possível resistir e afirmar a singularidade em um mundo caracterizado pela lógica da não-diferença, pela performance e, ainda, permeado por discursos que almejam prescrever comportamentos, modular movimentos e normatizar a vida? Será que a *feminilidade* e a finitude, que são tão repudiadas, não podem servir, quando afirmadas, como resistência ao imperativo performático e ao discurso do risco?

¹⁶¹ Quando discutimos a constituição do biopoder, no primeiro capítulo, vimos que a função de formar crianças saudáveis e educadas tornou necessário que o corpo da mulher fosse medicalizado. Neste momento, estamos inserindo essa questão na discussão sobre a *feminilidade* e a imperfeição, por isso, é importante ressaltar que qualquer excesso sexual feminino passou a ser lido como um signo de degeneração psíquica (Nunes, 2002).

Observamos que o risco se impõe no imaginário contemporâneo, o que vem acompanhado pelo imperativo da saúde, pelo ideal da juventude (relacionado ao campo da beleza) e, ainda, por uma luta contra o envelhecimento e a morte que, por sua vez, deve ser exorcizada (Birman, 2012). No que concerne a isso, é importante sublinhar que, nas sociedades tradicionais, o idoso tinha um reconhecimento simbólico, até porque ele era a referência da sabedoria, da memória coletiva e da experiência e, portanto, da transmissão. Portanto, a impossibilidade de produzir e reproduzir, aponta para uma perda que “se metaforiza no registro simbólico, por onde se transmite o *poder da tradição*.” (BIRMAN, 1995, p. 44. Grifo do autor).

Discutimos no primeiro capítulo que, com a modernização ocidental iniciada no século XVIII, o *evolucionismo* permitiu com que o ciclo vital fosse pensado a partir de faixas etárias. Elas eram definidas cientificamente e cada uma ganhava um valor específico de acordo com a produção de riquezas que poderia gerar. Foi neste contexto que o conceito de *velhice*, como um signo de decadência, instituiu-se, fazendo com que os idosos fossem alocados em um lugar marginalizado da existência humana. Afinal, em razão das suas especificidades biológicas, os *velhos* eram destituídos de valor social por não apresentarem uma potencialidade funcional: “Enfim, não tendo mais a possibilidade de produção de riqueza, a velhice perderia também o seu valor simbólico.” (BIRMAN, 1995, p. 44). Com isso, o idoso ficou isolado, sem uma perspectiva de futuro e esperando, assim, o confronto com a morte. Isto também estava ligado ao fato de que com a constituição da família nuclear burguesa, na qual a *reprodução* deveria ocorrer, a ancestralidade foi lançada para segundo plano:

a memória tende a se transformar progressivamente num *sistema funcional* de informação, para ser aplicada conforme as demandas produtivas do social. Enfim, a memória coletiva tende a não mais se fundamentar na potencialidade de transmissão e de evocação dos valores da ancestralidade. (Ibidem, p. 45)

Na perspectiva de Birman (1995), a concepção que se tem hoje da velhice e da juventude difere-se daquela presente no século XIX e XX, o que não se deu apenas por causa dos avanços tecnológicos da medicina e da biologia, mas, sobretudo, porque os valores que delineavam os lugares sociais da juventude, da maturidade e da velhice se transformaram. Um primeiro ponto sinalizado pelo autor é que a velhice, em nossa tradição cultural, deixou de ser um objeto de piedade e tornou-se um objeto de cuidado social. Até porque, com os avanços tecnológicos da medicina, a longevidade estendeu-se bastante, de forma que a população

idosa começou a ganhar pregnância, o que pressupôs que uma responsabilidade social fosse dirigida a ela. Concomitantemente, houve a diminuição da população mais jovem e, portanto da renovação populacional (sobretudo, nos países de primeiro mundo), o que também está contribuindo para que o lugar social da terceira idade se transforme. Isso vem sendo acompanhado por um processo de reconhecimento simbólico (ainda que tardio) que está sustentado no cuidado com a terceira idade. O paradoxo instaurado pelo lugar impossível conferido ao idoso na modernidade é que ele continua excluído das trocas simbólicas, ou seja, não é inserido como uma agente social. Por isso, muitos idosos são marcados pela precariedade dos processos de *temporalização* e pela ausência de um projeto de futuro, o que dificulta o trabalho de elaboração das perdas narcísicas. Com isso, o idoso fica preso às memórias do passado e perde, gradativamente, a memória do presente:

Este traço simbólico permeia a existência do idoso como um todo, estando presente nas perturbações neuropsiquiátricas mais graves e nas ordenações psíquicas mais comuns, pois se funda na inexistência de futuro para a individualidade e nas impossibilidades colocadas para o sujeito do desejo pelos impasses de temporalização. (BIRMAN, 1995, p. 43).

Segundo o autor, o sujeito pode assumir diferentes *estilos psíquicos* em uma *situação limite*, sobretudo, quando se confronta com a iminência da morte: a depressão, a paranóia e a mania. A primeira tem um caráter melancólico¹⁶² e é marcada pela impossibilidade de se criar projetos futuros, sendo a única possibilidade do sujeito olhar para o passado que, por sua vez, não pode ser modificado. Essa experiência é acompanhada pela ausência de reconhecimento simbólico, de lugar social, por perdas e pela desnarcisação. Na segunda, o sujeito recusa suas perdas e infla seu eu, de modo que passa a regular suas relações de forma paranóica, dirigindo aos outros a culpa pelo próprio fracasso. O estilo maníaco, por sua vez, ocorre quando há uma recusa em reconhecer a passagem do tempo e a ausência de futuro e, com isso, o indivíduo assume uma caricatura jovem. Birman (1995) indicou que a *informação* triunfou sobre a *memória coletiva* e a *transmissão*, enfatizando que foi sobre esse segundo solo que a psicanálise se constituiu na modernidade para pensar o sujeito do desejo. Não é por acaso que o discurso freudiano valorou os traços psíquicos e centrou-se na *memória*, como uma potência de evocação e de desejo. Visto isso, é importante sublinhar que embora o envelhecimento

¹⁶² Segundo Freud (1923/1976): “o medo da morte faz seu aparecimento sob duas condições [...] Como reação a um perigo externo e como um processo interno (como, por exemplo, na melancolia). O medo da morte na melancolia só admite uma explicação: que o próprio ego se abandona porque se sente odiado e perseguido pelo superego, ao invés de amado. Para o ego, portanto, viver significa o mesmo que ser amado – ser amado pelo superego, que aqui, mais uma vez, aparece como representante do id.” (p. 75).

suponha perdas narcísicas (como da força física, da beleza e da sedução), se elas forem elaboradas psiquicamente, as portas do futuro estarão entreabertas:

A elaboração destas perdas dolorosas tem o poder de aumentar as possibilidades desejantes do sujeito, na medida em que este pode reavaliar o que pode e o que não pode mais, delineando seus contornos. O traçado dos contornos pelo sujeito se empreende na sua relação com os seus limites, impasses e possibilidades. Enfim, a experiência dolorosa do confronto do sujeito com os seus *limites* não é uma experiência de limitação e de conformismo, pois o futuro está em aberto com os seus possíveis e com isso a melancolia não se instala. [...] para isso é necessário um horizonte de futuro, para que as perdas possam ser metaforizadas no presente, pela rearticulação existencial e desejante do sujeito. (BIRMAN, 1995, p. 42).

No momento em que Freud (1937a/1975) sinalizou que a *feminilidade* seria originária, ele explicitou que a condição humana teria a imperfeição em sua matriz. Esta ideia está ligada ao olhar crítico que o autor empreendeu sobre o mal-estar da modernidade, em que a morte de Deus e a nostalgia do pai colocaram em cena o desamparo e a finitude como as condições *princeps* da subjetividade moderna. Afinal, a *feminilidade* só pode ser destino, pois ela é a nossa origem, o que significa que recusar a imperfeição é recusar a finitude e a *feminilidade* (Birman, 2001). Isso ratifica nosso argumento anterior, qual seja, que as construções fálicas, que nutrem o narcisismo do sujeito, podem ser consideradas tentativas de recusar a condição imperfeita e finita: “O narcisismo humano seria, então, a marca maior dessa nossa pretensão ao absoluto e à perfeição. Pela mediação deste acreditamos ser então deuses terrenos, sustentados que seríamos nessa pretensão pelos emblemas fálicos.” (BIRMAN, 2001 p. 228)

A enunciação da *feminilidade* originária nos permitiu compreender, também, a leitura horizontalizada e disruptiva da sublimação como desvencilhada dos registros do *falo*, da perfeição, da completude e da verticalidade. É justamente isso que nos permite pensar que o sujeito só pode se recriar e afirmar sua singularidade se ele se desprender das amarras fálicas, dos referenciais estabelecidos e, ainda, do registro narcísico que vislumbra a performance. Neste sentido, poderíamos perguntar: em vez de procurar *técnicas de usinagem de si* (Ehrenberg, 2009), por que não “modificar-se em seu ser singular e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e responda a certos critérios de estilo” (FOUCAULT, 1984/1988, p. 15)?

Como ressaltou Birman (2000), a economia narcísica da subjetividade contemporânea é atravessada pelo paradoxo do *autocentramento* e da *exterioridade*, de forma que os desejos parecem tangenciar mais o registro do eu. Isto contraria um dos norteadores da experiência analítica, a saber, a desconstrução da exaltação narcísica como condição de possibilidade para a emergência do desejo. Afinal, conduzir “o sujeito ao encontro incerto e imponderável de seu

desejo faz com que ele, necessariamente, siga as trilhas opostas ao projeto mundano do espetáculo e da *performance*” (BIRMAN, 2000, p. 170). Afinal, ainda que tentemos driblar nossa vulnerabilidade com artifícios fálicos, estamos na posição de feminilidade, portanto, a aposta é que devemos vivê-la sem vergonha, o que pressupõe que abduquemos da nostalgia da verticalidade (informação oral)¹⁶³. Apostar na *feminilidade* é acolher a condição de desamparo e de finitude e perder as certezas ilusórias para, assim, criar o novo e afirmar a diferença:

a feminilidade enquanto sublime ação indicaria as potencialidades humanas para a erogeneidade e para a experiência da criação, na qual se reconheceria implicitamente que a subjetividade seria, pois, imperfeita, incompleta, inconclusa e finita. Enquanto potência de devir e de vir-a-ser, o sujeito seria, enfim, sempre tosco e rude, marcado que seria pela pouco nobre carnalidade e fadado ao permanente e insistente recomeço de sua existência. (BIRMAN, 2001, p. 242-243).

Já discutimos como a finitude inscreveu-se no texto freudiano, mas para pensarmos como ela pode ser pensada como uma afirmação da vida é importante revisitarmos seu belo artigo intitulado “Sobre a transitoriedade”. Ele foi escrito a partir de uma caminhada que Freud fez com um amigo e um jovem poeta que, por sua vez, estava perturbado com a ideia de que toda beleza estaria propensa à extinção, isto é, tudo que “ele teria amado e admirado, pareceu-lhe despojado de seu valor por estar fadado à transitoriedade.” (FREUD, 1916 [1915]/1974, p. 345). O caráter efêmero do belo pode propulsionar tanto um penoso desalento, como uma espécie de revolta: “Não! É impossível que toda essa beleza da Natureza e da Arte, do mundo [...] realmente venha a se desfazer em nada. [...] De uma maneira ou de outra essa beleza deve ser capaz de persistir e de escapar a todos os poderes de destruição.” (Idem).

A questão do autor neste texto é discutir a desqualificação que se dirige àquilo que é transitório. Até porque, em sua perspectiva, “essa exigência de imortalidade, por ser tão obviamente um produto de nossos desejos, não pode reivindicar seu direito à realidade; o que é penoso pode, não obstante, ser verdadeiro.” (Idem). Sua hipótese central consiste em pensar que o “valor da transitoriedade é o valor da escassez no tempo. A limitação da possibilidade de uma fruição eleva o valor dessa fruição.” (Idem). Por isso, é incompreensível, em sua perspectiva, a ideia de que a transitoriedade da beleza retira dela o seu valor e interfere na alegria que se deriva dela. Em relação à natureza, o autor pontua que, apesar de cada inverno

¹⁶³ BIRMAN, J. Palestra de encerramento. In: **Colóquio Internacional Subjetividades e montagens corporais no mundo contemporâneo**. Evento organizado pelo Programa de Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pela Escola Doutoral da Universidade de Paris VII, 25 mai. 2013d.

destruí-la, no ano seguinte ela se reconstitui, de forma que, comparada a vida de um humano, ela pode até ser concebida como eterna. Em relação ao desaparecimento da beleza no decorrer da vida de uma pessoa, o autor defende que ela só lhe dá um encanto renovado, da mesma forma que nas obras de artes. Pois, mesmo que os quadros sejam reduzidos ao pó ou que acabe a vida na Terra, o valor da beleza só se determina pela significação que ela despertou em nossa vida emocional. Ou seja, isso independe da duração absoluta, da mesma forma que uma flor não é menos bela porque durou só um dia. A fim de compreender porque esses argumentos não convencem seus colegas, o autor conclui que há algum *fator emocional poderoso* em pauta, a saber:

O que lhes estragou a fruição da beleza deve ter sido uma revolta em suas mentes contra o luto. A idéia de que toda essa beleza era transitória comunicou [...] um antecipação de luto pela morte dessa mesma beleza; e, como a mente instintivamente recua de algo que é penoso, sentiram que em sua fruição de beleza interfeririam pensamentos sobre sua transitoriedade. (FREUD, 1916 [1915]/1974, p. 346).¹⁶⁴

Em relação à guerra, que ocorreu no verão seguinte dessa caminhada, Freud afirma que ela mostrou o quanto efêmeras eram as coisas que se consideravam imutáveis. Mas, em sua perspectiva, os bens que foram perdidos não perderam seu valor por parecerem perecíveis, mas aqueles que pensam desta maneira estariam

prontos para aceitar uma renúncia permanente porque o que era precioso revelou não ser duradouro, encontram-se simplesmente num estado de luto pelo que se perdeu. [...] Quando o luto tiver terminado, verificar-se-á que o alto conceito em que tínhamos riquezas da civilização nada perdeu com a descoberta de sua fragilidade. Reconstruiremos tudo o que a guerra destruiu, e talvez em terreno mais firme e de forma mais duradoura do que antes. (Ibidem, p. 347-348).

Essas considerações evidenciam que o discurso freudiano não concebeu a finitude como uma perda de valor nem como um risco, pelo contrário, ele a potencializou como uma afirmação da vida. Por outro lado, é interessante observar que os próprios riscos podem ser afirmados, pois, como vimos, se lançar em uma sublimação disruptiva e na indeterminação da *feminilidade* implica em correr riscos. Ainda que sobre termos completamente diferentes, o próprio pensador da *sociedade de risco* defendeu isso:

¹⁶⁴ Para Freud era compreensível que o desenvolvimento do sujeito implicasse que, primeiramente, ele dirigisse a libido para próprio ego e, depois, para os objetos, mas os afetos despertados pelo luto ainda lhe pareciam um grande enigma: “permanece um mistério para nós o motivo pelo qual esse desligamento da libido de seus objetos deve constituir um processo tão penoso, e até agora não fomos capazes de formular qualquer hipótese [...]. Vemos apenas que a libido se apegava a seus objetos e não renuncia àqueles que se perderam, mesmo quando um substituto se acha bem à mão. Assim é o luto.” (FREUD, 1916 [1915]/1974, p. 347).

É crucial manter em vista a irrevogável indeterminação do futuro e a demanda especificamente moderna de racionalização. Minha hipótese é que a demanda de racionalização aumenta a incerteza. Pois a incerteza produzida pela sociedade industrial não resulta inevitavelmente no caos ou na catástrofe; pelo contrário, a incerteza incalculável também pode ser uma fonte de criatividade, uma razão para permitir o inesperado e experimentar o novo [...] Contra o sentimento de inevitável ruína, atualmente bastante difundido (BECK, 1986/2010, p. 361).

O que estamos tentando sustentar é que o risco não precisa ser um motor de insegurança, de busca de proteção e de prevenção, pelo contrário, pode ser um motor de criação e de afirmação da própria vida, pois como indicou Freud (1916[1915]) o transitório não deve ser desqualificado. É neste sentido que Neusa Santos Souza (1998) defende que o efêmero compreende uma estética e que a finitude supõe em pensar o estranho como condição da criação do novo e da diferença:

acolher o efêmero, admitir a transitoriedade de todas as coisas, abraçar o nômade em sua transição fugaz, pudesse o sujeito dizer sim ao estrangeiro, esse passageiro da diferença e o estranho haveria de se conjugar, não com inquietude, desalento, dor e medo, paixões tristes, mas aliar-se com a alegria do novo, com a afirmação do múltiplo, afirmação trágica do plural, do diferente. Só assim o estranho viria a se definir como afirmação alegre da diferença (SOUZA, 1998, p. 163).

Desse modo, podemos dizer que, ao evidenciar de forma enfática a mortalidade e a finitude, o registro da *feminilidade* retira a pretensão de sermos deuses ou perfeitos. Ou seja, ela coloca em xeque “o orgulho e a vaidade humanas que procurariam camuflar nossas origens ingloria e bastarda, buscando recobrir e ocultar a imperfeição originária do sujeito pela perfeição e pela completude.” (BIRMAN, 2001 p. 228). E é isso que possibilita a afirmação do próprio desejo como um motor de resistência em relação às estratégias de normalização (Birman, Hoffman, 2013). Pois, na medida em que o sujeito pode sustentar seu desejo e singularidade, sem tentar driblar a finitude e a imperfeição, ele poderá resistir, por exemplo, aos enunciados que pretendem categorizar e objetivar as diferenças (Castel, 1987). Por exemplo, ele não será facilmente capturado pela lógica da não-diferença, nem se lançará em uma *servidão voluntária* (Boétie, 1577/1999) em relação ao ideário da perfeição e da longevidade. Afinal, por meio do desejo e do fantasma o sujeito pode lidar com a figura trágica da morte, na medida em que o “erotismo é a afirmação da vida contra a morte” (BIRMAN, 2012, p.45).

A partir dessa discussão, podemos dizer que um dos norteadores do processo analítico é conduzir o sujeito a assumir a condição de *feminilidade* “que o leva a múltiplas

possibilidades de sublimação.”(NUNES, 2002, p. 56). Mas isso implica que a própria psicanálise afirme sua diferença como discurso e prática clínica, sem se deixar capturar pelas promessas da eficácia de outros campos de saber, o que discutiremos agora.

3.8. A singularidade do discurso psicanalítico: contornando a crise?

No decorrer do trabalho, apresentamos um conjunto de elementos que propiciaram a perda do poder simbólico da psicanálise. Neste capítulo, procuramos demonstrar, por exemplo, como o triunfo da *verdade-demonstrativa* em detrimento da *verdade-acontecimento* (Foucault, 1973-74/2006) está sendo reatualizado em relação ao aumento do poder simbólico da psiquiatria biológica em detrimento da psicanálise. Vimos que, por um lado, esta não se apresenta de forma tão eficaz e performática que nem os outros campos de saber. Mas, por outro, observamos que o ideário de cura foi incorporado por alguns segmentos do campo psicanalítico, revelando que a tese freudiana sobre a inevitabilidade do mal-estar e do desamparo não foi sustentada (Birman, 2000). Desse modo, para que a psicanálise possa lidar com sua crise, sem deixar com que a *verdade-demonstrativa* desapareça com ela, é preciso que ela sustente sua singularidade enquanto discurso, por exemplo, resistindo ao biopoder, da mesma forma que Freud o fez. E para aprofundar essa discussão, devemos sublinhar de forma mais sistemática o caráter ético e estético do discurso freudiano.

Segundo Neri (2002), a obra freudiana fundou uma *discursividade* (Foucault, 1969/1992) e, desse modo, a psicanálise deve ser considerada uma produção discursiva do século XIX. Procuramos demonstrar que as coordenadas pelas quais o homem moderno se constituiu foram se modificando: a noção de finitude parece ter se esvaziado e ter sido substituída por uma preocupação generalizada com a saúde e com os riscos (Birman, 2012). As noções de *risco* e de *periculosidade* ganharam centralidade ao ponto de se descolarem das noções de *responsabilidade* e *liberdade*. Pois, por um lado, as “instintividades genéticas” e os fatores cerebrais parecem explicar as formas de ser e agir às expensas do sujeito (Castel, 1987; Ehrenberg, 2009). Por outro lado, em nome dos riscos, abrimos mão de nossa própria *liberdade*, por exemplo, preferimos “disciplinarizar” nossos hábitos e desejos a fim de alcançarmos a longevidade e, com isso, assumimos uma posição masoquista (Birman; Hoffman, 2013). O que está em jogo é que a psicanálise é uma produção discursiva moderna e, portanto, ela se constituiu em um solo onde essas noções se apresentavam de forma

pregnante e enlaçadas. Mas tudo se passa como se, na pós-modernidade, elas não tivessem mais coadunadas, o que é um vetor para pensar a crise da psicanálise.

Podemos localizar a singularidade do discurso freudiano no próprio contexto moderno e, tomando essa via de resistência, poderemos pensar no futuro da psicanálise. Em relação a sua singularidade discursiva, Neri (2002) dá enfoque à diferença sexual, defendendo que o feminino foi quem inscreveu, na psicanálise, o sujeito marcado por uma ética da diferença: “a psicanálise é uma produção discursiva singular que emerge para dar conta de uma diferença que, em razão da entrada do feminino na cena social, não pôde mais ser evitada.” (NERI, 2002, p. 13). Afinal, o corpo erógeno e encarnado da histeria operou uma subversão na ordem da razão evidenciando, assim, um sujeito marcado pelo pulsional e é aí que reside a singularidade da psicanálise:

Por meio da histeria, o feminino inscreve na psicanálise, para além do sujeito da representação inconsciente determinado pela lógica fálica, um sujeito da mobilidade pulsional em permanente tentativa de conversão de sua estesia pulsional em uma singularidade ética e estética. (NERI, 2002, p. 14)

Dito de outro modo, a emergência do discurso psicanalítico na modernidade possibilitou pensar a subjetivação “para além das dicotomias corpo-espírito e ser-pensamento que marcaram toda a tradição filosófica e científica anterior à invenção freudiana.” (Ibidem, p. 14). A autora acrescenta que a Revolução Francesa, ao anunciar a morte do rei, acabou por enunciar a morte de Deus e do pai, o que permite dizer que a modernidade foi um período de “feminização da cultura”. Em sua perspectiva, foi isso que permitiu Freud a se debruçar no estudo sobre o feminino, embora ele tenha muitas vezes operado uma distinção entre *masculino-espírito-cultura* e *feminino-natureza-sensorialidade*, como vimos anteriormente. Isso aponta para uma tensão intrínseca ao discurso psicanalítico, pois, por um lado, o masculino representaria o universal e, por outro lado, o feminino seria um operador de desconstrução desse universal.

A *pulsão perverso-polimorfa* (Freud, 1905b/ 1989) e a *feminilidade* (Freud, 1937a/1975) também evidenciam, segundo Neri (2002), a singularidade e o caráter subversivo do discurso psicanalítico. O primeiro porque, ao revelar que a sexualidade é disruptiva e está para além da biologia, representa uma ruptura com o paradigma essencialista da diferença sexual e, como vimos, com o projeto do biopoder que se centra na reprodução sexual¹⁶⁵

¹⁶⁵ A importância da reprodução da espécie estava relacionada à moral cristã que valorava a monogamia e o casamento que foi instituído quando a mulher já era vista como perigosa e diabólica. Qualquer coisa fora disso

(Birman, 2001). O segundo porque permite pensar eixos de subjetivação não pautados no modelo universal masculino: “Ao enunciar o sujeito da feminilidade, a psicanálise, portanto, aposta não no apagamento das diferenças, mas sim na afirmação de sujeitos irredutivelmente singulares em sua diferença.” (NERI, 2002, p. 34). Nunes (2002) partilha dessa ideia ao afirmar que Freud rompeu com o pensamento naturalista e universalista da diferença sexual ao enunciar a *feminilidade*:

Sua riqueza reside sobretudo no fato de Freud ter, com ela, escapado de uma concepção universalista. Isso permitiu à psicanálise não só reconhecer outras formas de subjetivação que não aquelas pensadas a partir do binômio fálico-castrado, como também deslocou a questão da sexualidade humana do paradigma da diferença sexual para um outro, centrado na idéia de singularidade. (NUNES, 2002, p. 56).

Neste sentido, a *feminilidade* pode servir não apenas como uma chave de leitura para compreendermos as subjetividades na atualidade e as novas modalidades de mal-estar, mas, também, como um vetor de sustentação das singularidades. Claro que isso parece uma missão impossível em uma cultura marcada pelo imperativo de homogeneização, mas os analistas não podem se abdicar de realizar tal tarefa:

Sabe-se que as diferenças têm sido pouco toleradas no império masculino e do falicismo. Diante dessa constatação, a noção de feminilidade pode ajudar tanto a compreender as formas contemporâneas de subjetivação quanto a criar espaços para a diversidade, a alteridade e a singularidade, tarefa da qual nós analistas não devemos nos furtar. (Ibidem, 2002, p. 57).

Ou seja, não podemos desistir da ideia de que o sujeito é marcado pela potência do desejo e que ele pode se reinventar, permanentemente, o que, segundo Birman (1996), implica em pensarmos a psicanálise como uma estilística da existência. Além de valorar a ética do desejo e a estesia pulsional, a própria teoria psicanalítica é permeada por esses elementos:

Pode-se, pois, encarar a psicanálise como uma estilística da existência. Esta tem um registro ético e um outro de ordem estética. Nessa perspectiva, o sujeito deve atravessar na análise a experiência dolorosa do desamparo a ser impregnado na sua carne pela feminilidade [...] nessa via que o sujeito estará finalmente na condição de inventar novas verdades e outras versões sobre sua história [...]; pela mediação de sublimações que ele poderá, então, construir e regular de maneira singularizada pelos registros ético e estético. (BIRMAN, 1996b, p. 30).

Como vimos, a ausência do reconhecimento científico da psicanálise foi um dos impasses que o discurso freudiano se defrontou em seu percurso. Muitos colegas, inclusive, a

(como o *desejo* e o *prazer*) era considerado como um pecado que deveria ser purificado e foi sobre esse solo que se constituiu, no século XIX, a dita perversão sexual (Birman, 2001).

aproximavam do campo estético, pois liam suas narrativas clínicas como se fossem escritos literários¹⁶⁶. Vale dizer que o próprio Freud fez alusões que a aproximavam do campo estético, como: "Os analistas são pessoas que aprenderam a praticar uma arte específica; a par disso, pode-se conceder-lhes que são seres humanos como quaisquer outros." (FREUD, 1937a/1975, p.281).

Ao sublinharmos a relação entre a psicanálise, ética e estética, o que objetivamos sinalizar é a importância do processo analítico propiciar a criação de destinos singulares para o desamparo e para o mal-estar. Para isso, o analista deve sustentar a radicalidade do próprio desamparo, caso contrário, segundo Birman (2000), ele acabará lançando mão de ideais fálicos a seu paciente. Isto é, o analista deve afirmar sua singularidade, o que implica que ele tenha perdido a crença na universalidade e feito o luto de seu ideal fálico e narcísico. Senão, com o intuito de apaziguar a angústia do paciente, ele prometerá a cura ou tentará transferir o seu estilo de existência para o analisante, mas cabe a este criar o próprio modo de existência:

A figura do analista não é, pois, um remédio, tampouco um fármaco capaz de promover a salvação das almas sofredoras. Isso porque a psicanálise não é um saber médico capaz de gerir a terapêutica das enfermidades. [...] Dessa maneira a figura do analista seria a de alguém capaz de sustentar radicalmente a experiência limite da morte indicada pela dor de desamparo, acreditando que a fronteira com o horror do impossível, o sujeito vai advir. (BIRMAN, 2000, p. 46)

Como vimos, as referências fálicas servem como um véu contra o enigma da *feminilidade* que, enquanto uma experiência fundamental do desamparo, “pairaria como uma sombra de horror sobre homens e mulheres, que teriam de perder o falo como referência constitutiva do seu psiquismo.” (Ibidem, p.8-9). Segundo Freud (1937a/1975), é difícil afirmar se é possível dominar o “repúdio à feminilidade” em um processo de análise, mas, em sua perspectiva, podemos ter certeza que o analisante recebe um incentivo para reexaminar e reconfigurar sua atitude em relação à condição de *feminilidade*. No que concerne a isso, Birman (2001) defende que apesar do discurso freudiano ter dado um estatuto de perfeição ao *falo* em grande parte de sua obra e da *feminilidade* ter sido anunciada tardiamente, já havia uma intuição clínica de Freud de que o trabalho analítico deveria propiciar com que o sujeito se desvinculasse de sua arrogância e onipotência e assumisse a posição de *feminilidade*. Ilustrações disso é o fato dele ter pensado o desenvolvimento da subjetividade a partir da

¹⁶⁶ Como vimos, no fim do século XVIII e no início do XIX, o modelo em pauta era o da anatomia patológica e a prima-dona desta era a *enfermidade*, por isso, as narrativas médicas centravam-se nessa e na ideia de lesão. Nas narrativas de Freud, pelo contrário, a figura central era o sujeito (como Dora (1905a/1989), Schreber (1911/1996), Hans (1909a/1976) ou os fantasmas (como o Homem dos Ratos (1909b/1976) e o Homem dos Lobos (1918[1914]/1976)).

rotura entre narcisismo primário e secundário (Freud, 1914b/1974), da passagem do *eu ideal* para o *ideal do eu* (Freud, 1923a/1976) e, ainda, pela incidência da angústia de castração (Freud, 1926a/1976).

Um último ponto importante para essa discussão é que Freud sempre manteve a preocupação de sustentar a singularidade do discurso psicanalítico, isto é, ele se abdicou de fazer concessões em relação as suas formulações centrais, ainda que estas despertassem críticas e oposições. Este seu movimento de resistência fica bastante claro quando o autor refere-se aos instintos amorosos como instintos sexuais e afirma que, apesar das discórdias, ele não utilizaria expressões mais polidas. Afinal, em sua perspectiva, quando se cede em palavras, aos poucos, abdica-se da própria substância:

A psicanálise [...] dá a esses instintos amorosos o nome de instintos sexuais [...]. A maioria das pessoas ‘instruídas’ encarou essa nomenclatura como um insulto e fez sua vingança retribuindo à psicanálise a pecha de ‘pansexualismo’. Qualquer pessoa que considere o sexo como algo mortificante e humilhante [...] está livre para empregar as expressões mais polidas ‘Eros’ e ‘erótico’. Eu poderia ter procedido assim desde o começo e me teria poupado muita oposição. Mas não quis fazê-lo, porque me apraz evitar fazer concessões à pusilanimidade. Nunca se pode dizer até onde esse caminho nos levará; cede-se primeiro em palavras e depois, pouco a pouco, em substância também. [...] aquele que sabe esperar não precisa de fazer concessões. (FREUD, 1921/1976, p. 117).

Para a nossa problemática, o que é importante sublinhar é que o campo psicanalítico não deve fazer concessões aos paradigmas normativos, comportamentais e neurobiológicos, nem se deixar iludir pelas promessas de cura e de eficácia. Afinal, isso coloca em xeque não só a *feminilidade*, o desamparo e a finitude, como também, a experiência pulsional e desejante do sujeito. Isto é, a radicalização desse tipo de “bricolagem tecnológica da psicanálise” (Birman, 2000) pode culminar em uma psicanálise que valoriza mais o *sujeito cerebral* do que o *sujeito do inconsciente* e é esse tipo de concessão que coloca em risco o discurso psicanalítico. Até porque, não combina com o projeto de Freud que a psicanálise se pautasse no ideal da cura e da performance, pois como ele mesmo afirmou: “Mesmo que os médicos tenham deparado com outros remédios, esforços psicoterápicos de uma natureza ou de outra jamais desapareceram completamente da medicina.” (FREUD, 1905[1904]/1980, p.267-268). Até porque, em sua perspectiva, “acreditar que as neuroses podem ser vencidas pela administração de remédios inócuos é subestimar grosseiramente esses distúrbios, tanto quanto à sua origem quanto à sua importância prática.” (FREUD, 1915 [1914]/1996, p. 188). Desse modo, para sustentar sua singularidade, a psicanálise deve propiciar que o sujeito crie um estilo singular de existência face ao seu desamparo:

Ser sujeito, pois, é ter de recomeçar insistentemente seu percurso singular, ter de lidar com seu desamparo em um mundo em que universalidade e totalidade não mais existem. A feminilidade é o registro fundamental do erotismo que nos marca, já que revela não apenas nossa corporeidade e finitude, mas também as incertezas de nossas ações. (BIRMAN, 2000, p. 95).

Neste sentido, mais interessante que se deixar capturar pelo discurso do *risco* (em nome da esbelta longevidade) e da *performance* (em nome da louvada perfeição), o sujeito deve se permitir encontrar com a finitude para, assim, advir como sujeito do desejo e da diferença. A psicanálise deve fornecer destinos para as excitabilidades, “para que a ordem da vida possa efetivamente se afirmar [...] inscrevendo assim a sexualidade na sua articulação íntima com a força vital, pelo imperativo incontornável da ‘urgência da vida’.” (BIRMAN, 2007, p. 44). Evidentemente, não fazer concessões não significa que a psicanálise não deva ser constantemente repensada, pois, como o próprio discurso freudiano nos ensinou, a clínica nos convoca a modificar as teorias. Dito de outro modo, a clínica só é possível se estivermos sensibilizados pelas questões de nosso tempo, afinal é completamente estéril a repetição teológica de certos pressupostos (Birman, 2002a). Afinal, isso enfraquece a operacionalidade teórico-clínica para lidarmos com as novas formas de mal-estar:

Acreditar no futuro da psicanálise representa relançar o desejo de ainda psicanalisar, considerando as novas condições do mal-estar [...] devemos nos perguntar se vamos investir nas novas formas de mal-estar de uma maneira ainda desejante, voltando-nos efetivamente para escutar o que se passa hoje e inventando outras formas de enunciar e acolher esse mal-estar, ou se vamos continuar engessados em nossas instituições e discursos teóricos, em uma espécie de masturbação teológica infinita. (BIRMAN, 2002a, p.51).

Já em 1971, Erich Fromm afirmou que a psicanálise estava acometida por uma série de sintomas, mas que estava longe de estar morta. Por outro lado, ele alertou que sua morte poderia ocorrer, a menos que ela mudasse de direção:

É isso o que designamos por “crise da psicanálise”. Como todas as outras crises, também esta contém uma alternativa: a lenta decadência ou a renovação criadora. [...] a renovação criadora da Psicanálise só é possível se superar o seu conformismo positivista e voltar a ser uma teoria crítica e provocante (FROMM, 1971, p. 40-41).

Segundo o autor, a psicanálise teria muito a contribuir, por exemplo, com os efeitos gerados pela “sociedade tecnológica, cibernética, de hoje e de amanhã.” (Ibidem, p. 41). Por isso, ela deveria se voltar para os sintomas que marcam as patologias da sociedade contemporânea, como a ansiedade, a solidão, o receio de ter sentimentos profundos e a

ausência de alegria. Elas, em sua perspectiva, ocuparam o lugar central que até então era conferido à repressão sexual nos tempos de Freud: “a teoria psicanalítica deve ser formulada de um modo tal que possa compreender os aspectos inconscientes desses sintomas e as condições patogênicas, na sociedade e na família, que os produzem.” (Idem).

Não pretendemos discutir se esses sintomas indicados pelo autor são pregnantes ou não na atualidade, até porque que estamos trabalhando essa temática sobre outros termos, por exemplo, pela experiência de *vazio*. Como vimos, ela ocorre quando o mundo perde o sentido e a potência de ser se esvazia, de forma que o sujeito é atravessado pela sensação de impotência e apatia, o que o leva a buscar drogas como uma tentativa de dar um colorido existencial. Afinal, é “enraizado nesse vazio que a cultura das drogas se desenvolve, tanto as legitimadas pela medicina e pela psiquiatria, quanto as ilegais e ilegítimas, disseminadas pelo narcotráfico.” (BIRMAN, 2012, p. 121). O que nos interessa sublinhar nesse momento é que, desde a década de 1970, a psicanálise já anunciava sua crise e já se pensava que ela deveria resgatar seu espírito crítico sem se deixar normalizar. Por exemplo, Fromm (1971) afirmou que para a psicanálise retomar seu caráter provocador e não ficar conformista, ela precisaria continuar “descendo cada vez mais profundamente no submundo do inconsciente” (p. 41). Para Birman (1994), para se manter como uma experiência crítica e romper com o cientificismo psicanalítico estéril, a psicanálise deve sair das grandes instituições e do seu isolamento para dialogar com outros produtores de cultura (como sociólogos, antropólogos e cineastas) e com temáticas que lhe são fronteiriças, como a violência e a política. Até porque isso é fundamental para que ela crie novas formas de pensar o mal-estar na contemporaneidade.

Apostar no futuro da psicanálise supõe que atentemos para as novas formas de subjetivação sem um olhar normativo, sem abrir mão das singularidades e, ainda, sem corroborar com o esvaziamento da dimensão do sujeito. Implica, também, que a própria psicanálise sublime, seja disruptiva e se renove. E esta parece ser a grande tensão: é preciso não se aprisionar nos discursos teóricos enrijecido, mas, também, não fazer concessões em relações as suas matrizes centrais (como o inconsciente) para se adequar ao ideário da performance. Ou seja, é preciso que a psicanálise se entregue à indeterminação da *feminilidade*, fazendo de sua crise uma *verdade-acontecimento* e de sua finitude uma afirmação, não um risco. Caso contrário, ela contribuirá para que o sujeito seja comprimido.

Conclusão

Observamos que a partir da segunda metade do século XX, a psicanálise começou a perder seu crédito social e sua prevalência na cartografia dos campos de saber sobre o psíquico (Birman, 2000). E, em nossa investigação, procuramos pesquisar os operadores socioculturais, políticos e éticos, como também, alguns fatores que concernem ao próprio campo psicanalítico que contribuíram para isto.

No primeiro capítulo, analisamos a crise da psicanálise a partir de dois pontos centrais. Primeiramente, observamos como a inscrição da psicanálise em determinado contexto relaciona-se ao processo de modernização do social, de forma que quando este se esgota a psicanálise tende a entrar em crise (Birman, 2000). Essa discussão enriqueceu nossa pesquisa por alguns motivos. Primeiro, porque pudemos observar que a crença de que o desejo é a condição de possibilidade de reinvenção do *sujeito* foi silenciada na pós-modernidade. Isso significa que o ideário psicanalítico de que pelo desejo tudo seria possível (Freud, 1900/1972) foi colocado em questão. Ademais, percebemos que a pós-modernidade é marcada por novas *formas de subjetivação*, centradas na individualidade e no registro narcísico e, ainda, que a tradição pós-freudiana contribuiu de forma efetiva para a instauração da *cultura do narcisismo* (Lasch, 1979/1983). Afinal, ela privilegiou a exaltação da individualidade, do eu e do narcisismo em detrimento do desejo, resgatando assim, o pensamento individualista (Birman, 2000). No decorrer do trabalho, sinalizamos que isso vai na contramão do discurso freudiano que, por sua vez, pensou a subjetividade pelo registro do desejo e do inconsciente. Essa questão foi pormenorizada no terceiro capítulo, quando apresentamos a condição descentrada do sujeito a partir da *finitude*, da tensão entre registro narcísico e alteritário e, ainda, da ausência de um pai protetor que dê alguma garantia.

Em segundo lugar, a discussão sobre psicanálise e modernização do social nos permitiu enfatizar que a psicanálise é uma leitura da subjetividade e de seus impasses na modernidade, de forma que ela deve ser pensada em sua relatividade histórica (Birman, 2002). Afinal, seu objeto de referência não é universal nem atemporal, mas, sim, o sujeito inscrito no mundo moderno. Portanto, da mesma forma que a psicanálise não existia até ser inventada, ela pode deixar de existir, o que intensifica a importância da presente pesquisa.

O segundo eixo pelo qual nos conduzimos para pensar a crise da psicanálise diz respeito ao esquecimento do *corpo* pela tradição pós-freudiana, o que teve como uma de suas resultantes a exclusão dos *afetos* (Birman, 2000). Com isso, os efeitos pulsionais no psiquismo passaram a ser minorados, de forma que o manejo clínico passou a se centrar em

uma racionalização. Uma segunda consequência é o fato da prática clínica ter se restringido ao deciframento que, por sua vez, não dá conta de muitas modalidades de sofrimento psíquico, como dos pacientes psicossomáticos. Vimos, inclusive, que a psicossomática se automatizou da psicanálise, nos anos 1970-1980, o que era impensável em 1960. Observamos, ainda, que a centralidade concedida à interpretação ocorreu mesmo que o discurso freudiano tenha apresentado novas ferramentas – sobretudo, a partir da segunda teoria pulsional – que poderiam contribuir para o trabalho clínico com pacientes que apresentam questões no campo da corporeidade e do narcisismo.

Um terceiro desdobramento do silenciamento do *corpo* foi que as subjetividades passaram a buscar modalidades de tratamento que não esqueceram do mesmo, como as práticas psicofarmacológicas e as terapias corporais. No que concerne a isso, diferenciamos as categorias de *corpo* e *organismo*, indicando que a exclusão do *corpo* pela psicanálise, contribuiu para que elas se sobrepusessem, por exemplo, no campo da medicina. Essa discussão foi importante para nossa pesquisa, não só por evidenciar como o próprio campo psicanalítico contribuiu para a crise da psicanálise, mas, também, por enfatizar como o discurso freudiano pensou o sujeito marcado pela *corporeidade* e pelas *afetações*.

Em um segundo momento, procuramos sustentar que a busca por práticas que “não esqueceram do corpo” pode contribuir para os processos de medicalização e psiquiatrização. Afinal, comumente elas estão assentadas em *discursos* que realizam uma sobreposição entre *corpo-organismo*, isto é, que tendem a conceber as experiências de ordem subjetiva a partir de uma leitura biológica e comportamental. Por exemplo, observamos como a psiquiatria biológica está pautada na neurofisiologia cerebral, na genética e na estatística (Caponi, 2011), o que, por sua vez, propicia uma coadunação entre diagnóstico e risco. Como pudemos observar, a categoria de *risco* atravessa os recentes manuais diagnósticos, seja sinalizando os riscos de comorbidade, de morte ou de condutas violentas, seja apontando para as correlações entre transtornos e gênero sexual ou, ainda, indicando as influências hereditárias. No que concerne a isso, Caponi (2011) defende que a lógica classificatória das últimas décadas segue os mesmos trilhos que desembocaram nas teorias degenerativas, o que aprofundamos no segundo capítulo. Neste momento, revisitamos as noções de herança mórbida e de degeneração para, assim, delinear a articulação entre o dispositivo da hereditariedade-degeneração e o biopoder (Foucault, 1976/1977). E, com isso, observamos que o projeto eugênico de aperfeiçoamento da espécie coaduna-se ao projeto de melhoria das condições sanitárias da população.

A partir disso, discutimos outras modalidades de *corpo*, como o *corpo-indivíduo*, da disciplina (Foucault, 1979), o *corpo-espécie*, do biopoder (Foucault, 1976/1977), o *corpo lesionado*, da anatomoclínica (Foucault, 1963/2008) e o *corpo infinitamente fragmento*, da medicina contemporânea (Birman, 2013b).

Primeiramente, pudemos observar que a importância estratégica do poder disciplinar foi o fato dele ter operado uma *anatomo-política dos corpos* por meio da positividade (Foucault, 1976/1977). Afinal, a disciplina é um conjunto de técnicas, que tem como alvo e produto o indivíduo. Além disso, essa nova técnica de gestão das multiplicidades, que se difere do poder soberano, se exerce nos corpos para torná-los úteis, dóceis e aptos para a produção. Um terceiro ponto importante é que essas táticas disciplinares são inventivas e produzem saberes que são inscritos no corpo teórico das ciências humanas e não do direito (Foucault, 1979). Desse modo, percebemos como ela se relaciona à normalização que, por sua vez, foi crucial no momento em que a lei foi substituída pelo controle (Foucault, 1976/1977) e que a figura do homem emergiu centrada na ideia de *liberdade* (Foucault, 1961).

Ademais, discutimos como o deslocamento da lei soberana, que poderia causar a *morte*, para o *controle da vida* caracterizou a emergência do aparato da governabilidade moderna (Foucault, 1977-1989/2008). Este passou a gerir os riscos no seio da população que, por sua vez, tornou-se um objeto técnico-político, no final do século XVIII e no início do século XIX. Desse modo, a qualidade de vida da população tornou-se tão ou mais importante do que o acúmulo de riquezas e, por isso, foi essencial inventar novas tecnologias de poder, como os mecanismos da segurança. Notamos que as estratégias de biopoder, em vez investirem no *corpo-indivíduo*, incidem no *corpo-espécie*, capturando os elementos anatomofuncionais e fisiológicos dos organismos, o que se coaduna ao projeto da biopolítica. Observamos que, neste momento, os fenômenos da vida e da espécie humana entraram para o domínio do poder e do saber, para o campo das técnicas políticas (Foucault, 1976/1977). Por outro lado, vimos que a emergência do biopoder não significou que o indivíduo foi substituído pela população. Pelo contrário, o biopoder e o poder disciplinar funcionam de forma concomitante e complementar, por isso, Foucault (1978/1979) prefere falar em termos de *soberania-disciplina-gestão governamental*. Até porque, na *era da governamentalidade*, as táticas disciplinares foram cruciais para compreender os fenômenos mais específicos e minuciosos da população. Afinal, todos os fenômenos da população deveriam ser controlados e manipulados, desde os hábitos individuais até as taxas de mortalidade e natalidade, o que pressupôs a constituição de novos saberes, como a demografia.

Em linhas gerais, podemos extrair duas contribuições dessa discussão. Primeiro, ela nos permitiu esclarecer algumas bases do pensamento de Michel Foucault sobre as quais nos apoiamos para desenvolver nossa pesquisa. Por exemplo, observamos que o poder não é uma propriedade, mas, sim, algo que se efetua em feixes de relações. Afinal, o exercício de poder se dá por operadores materiais e por dispositivos estratégicos que transcendem o modelo jurídico e o aparelho de Estado. Compreendemos, ainda, como o poder tem uma *eficácia produtiva* e que ele propicia a emergência de saberes, da mesma forma que esses retroalimentam o poder. Em segundo lugar, essa discussão evidenciou que o atual imaginário corporal é uma resultante do biopoder e, ainda, que a medicalização que se empreende hoje já é uma frente avançada (Birman, 2012) do processo de medicalização do campo social que se iniciou entre os séculos XVIII e XIX. Para destrincharmos isso, investigamos como a medicina social teve, primeiramente, o Estado como foco (Alemanha), em seguida, a cidade (França) e, depois, a “plebe” que, por sua vez, passou a representar um perigo social, de forma que deveria ser medicalizada e, ainda, qualificada como força de trabalho (Inglaterra). Observamos como isso foi acompanhado pelas transformações sanitárias, pela higiene pública e pela polícia médica, até porque as epidemias passaram a ser controladas no interior das cidades. O que estava em pauta era a melhoria da qualidade de vida da população, para aumentar a riqueza e, com isso, foi inaugurado a *bio-história*, no qual a história social começou a ser regulada pela intervenção da medicina no espaço social (Birman, 1995).

Ainda no primeiro capítulo, percebemos que da mesma forma que os *dispositivos de poder-saber* produziram o indivíduo, eles possibilitaram, também, a emergência da figura do homem, o que ficou mais claro quando discutimos a constituição da anatomoclínica (Foucault, 1963/2008) e a *analítica da finitude* (Foucault, 1966/1987). No que concerne à primeira, observamos que Bichat, ao inscrever a iminência da morte no campo da vida, operou um deslocamento do *órgão* para os *tecidos* e do *vitalismo* para o *mortalismo*, de forma que a enfermidade passou a ser concebida como uma espécie de morte abreviada. A partir disso, sinalizamos que a fragmentação da morfologia do corpo, empreendida pela medicina científica, foi se radicalizando com a citologia (que dividiu os *tecidos* em *células*), com a bioquímica (que fragmentou o *organismo* em *reações bioquímicas*) e com a genética, por exemplo, pelo *genoma* que forjou um novo limiar de visibilidade do corpo (Birman, 2013b). Considerando que uma das resultantes do processo de medicalização é a busca por consultas médicas mesmo na ausência de enfermidade (Birman, 1980), podemos defender que a *fragmentação infinita do corpo* (Birman, 2013b), contribui para a proliferação de *doentes imaginários*. Afinal, na medida em que o organismo é infinitamente fracionado, acredita-se

que há sempre uma pequena parte que pode estar acometida por algum problema, de modo que é a realização compulsiva de “nanoexames” que se impõe. Isso é propiciado pelo *discurso* do risco que, como vimos, é amplamente divulgado pelos dispositivos midiáticos e pelas campanhas de conscientização social, por exemplo, “Próstata: é preciso tocar nesse assunto” (Müller, 2012). Esses estão em consonância com o projeto do biopoder e da biopolítica que visam com que todos se *engajem na vida* (Foucault, 1966/1967).

Observamos no decorrer do trabalho que os *discursos* produzem efeitos reais em seus alvos e produzem novas formas de subjetivação (Foucault, 1979). Essa discussão foi pormenorizada no segundo capítulo da dissertação, onde procuramos analisar algumas facetas pelas quais o *risco* se inscreve na pós-modernidade, como ele se articula ao projeto da *performance* e, ainda, como eles se relacionam a alguns *discursos* e *práticas* que contribuem para que a singularidade do sujeito seja eclipsada. A partir disso, pudemos perceber como a dissonância entre psicanálise e ordem social ganhou diferentes feições, sobretudo, a partir da década de 80 (Birman, 2000). Em um primeiro momento, discutimos como a constituição do neoliberalismo, no final dos anos 1970, produziu transformações socioculturais, políticas e éticas importantes que levaram à instauração da *cultura do narcisismo* (Lasch, 1979/1983), da *performance* (Castel, 1987) e da *sociedade de risco* (Beck, 1986/2010).

Como vimos, há uma íntima relação entre a constituição histórica do neoliberalismo e o aumento do poder simbólico das neurociências, do cognitivismo e da psiquiatria como políticas efetivas do Estado neoliberal (Birman, 2013a). Por exemplo, observamos que a psiquiatrização e a criminalização possuem funções similares na ordem neoliberal, pois ambas visam regular o mal-estar que emerge devido à insegurança social. Esta se apresenta, por exemplo, pelo desemprego, pela competitividade, pela perda dos direitos dos cidadãos, pela ausência de reconhecimento simbólico, pela responsabilização pela própria condição social, o que juntos caracterizam uma cenário de precarização do laço social.

Essa discussão evidenciou que a *performance* e o *risco* articulam-se de várias formas na atualidade. Por exemplo, notamos como a competitividade e a performance propiciam a *corrosão do caráter* (Sennet, 1999/2009) e a quebra da solidariedade (Birman, 2000). Ademais, discutimos como os sistemas avaliativos e o imperativo da performance se impõe de tal modo no espaço social ao ponto da iminência do risco ter começado a caracterizar as subjetividades (Birman, 2014). Isso significa que há um risco constante no imperativo da performance que, por sua vez, se constitui pelo esvaziamento do espaço público e pela inflação do espaço privado (Sennet, 1988/1999). Vivemos em um contexto marcado pelo

esvaziamento das finalidades sociais em nome das tiranias da intimidade (Sennet, 1988/1999) o que, por sua vez, se desdobra na *cultura do narcisismo* (Lasch, 1979/1983).

Ademais, discutimos como a insegurança social incide nas modalidades de mal-estar e na economia narcísica, sublinhando que a expansão da performance tem como correlato a regulação bioquímica da dor e da angústia, o que contribui para a psiquiatrização da existência (Birman, 2014). Para aprofundar essa discussão, analisamos a relação que se estabelece entre performance, *cultura do narcisismo* (Lasch, 1979/1983) e psicopatologia pós-moderna. A partir disso, observamos que os sistemas avaliativos e a exigência de performance são as duas razões socioculturais que estão no bojo do enquadramento objetivante das experiências subjetivas em categorias psicopatológicas (Birman, 2014). Ademais, percebemos que o imperativo da performance propulsiona a vergonha e a sensação de *insuficiência* (Ehrenberg, 2000), pois, como indicou Lasch (1979/1983), o narcisista de nossos tempos caracteriza-se menos pela auto-admiração do que por uma busca de imperfeições, fadiga e decadência. Por outro lado, a performance pode propiciar com que as subjetividades concebam a própria existência como um espetáculo (Birman, 2000). Isto está ligado ao fato de que o modo de subjetivação *fora-de-si* tem um reconhecimento importante na lógica neoliberal (Birman, 2000), na medida em que ele representa um bom *empresário de si mesmo* (Foucault, 1978-1979/2008). Já o *dentro-de-si*, que não consegue alcançar a *glorificação do eu* e a performance – que, por sua vez, ganhou o estatuto de imperativo categórico cultural – tornou-se o maior alvo da psicopatologia pós-moderna (Birman, 2000). Isso revela que os *excessos na interioridade* foram medicalizados em nome da exaltação narcísica, afinal tudo se passa como se não fôssemos mais marcados pela *interiorização* e pelo *pensamento*, mas, sim, pela *autocentrimento* e *exterioridade*. Portanto, nesses casos, onde reina a insuficiência ou até mesmo a deficiência, as drogas, sobretudo os psicofármacos, assumem uma função tática-estratégica, como também, as *tecnopsicologias* que prometem um reforço da normalidade e a programação da eficácia (Castel, 1987).

Para melhor compreendermos como o *risco* se impôs de forma eloqüente e multifacetada no contexto neoliberal, esclarecermos o que Ulrich Beck (1986/2010) denomina de *sociedade de risco*, dando ênfase à articulação entre *risco*, globalização, mercantilização e ciência. Ademais, apresentamos a leitura de Castel (1987) sobre a gestão dos riscos que, por sua vez, defende que há uma nova fórmula de gestão do social centrada no controle dos fluxos populacionais e nos *fatores de risco*. Em seguida, contextualizamos as discussões de Ulrich Beck, Robert Castel e Michel Foucault, contrastando algumas diferenças que se colocam entre elas e correlacionando alguns elementos, de forma que pudemos extrair algumas conclusões

importantes. Por exemplo, observamos que a questão da periculosidade se colocou como central na psiquiatria propriamente dita, que se estabeleceu a partir de 1840, o que se apresentou pela categoria de *instintividade* (Foucault, 1974-1975/2010). No entanto, a psiquiatria não teve como prová-la por critérios científicos, até porque ela não se adequava ao modelo da anatomoclínica, de forma que foi pela proteção social que ela pôde ganhar legitimidade (Foucault, 1973-1974/2006). Mas, desde a década de 1980, a psiquiatria começou a se apoiar nas neurociências (Birman, 2012) e, a partir disso, ela tem conseguido se aproximar mais da *verdade-demonstrativa* (Foucault, 1973-1974/2006). Assim, a *instintividade* passou a ser explicada por critérios biológicos e hereditários, o que significa que a periculosidade está sendo retomada por um outro viés. Afinal, o que está em pauta é um fracionamento do indivíduo em *fatores de risco*, o que vem acompanhado pela gestão da normalidade.

Devemos sublinhar que, em nossa metodologia de pesquisa, nos pautamos nesse deslocamento do *normal*, *anormal* e *patológico* (Foucault, 1963/2008) para o campo da psiquiatrização e da psicologização da normalidade. E, no que concerne a isso, é preciso fazermos duas observações. Poderíamos nos contrapor à hipótese de Castel (1987), defendendo que o trabalho sobre o campo da normalidade promove uma espécie de patologização, na medida em que ele pressupõe diagnósticos e tratamentos da mesma maneira. No entanto, é preciso atentarmos para o fato de que a matéria-prima dessa “patologização”, se quisermos assim a chamar, aponta, prevalentemente, para situações regulares, como a tensão pré-menstrual, dificuldade na memória e alterações sutis de humor. Ou seja, ainda que a “patologização” ocorra, ela se dá, principalmente, sobre a égide da normalidade, seja para definir um déficit ou uma incapacidade, como pode ser observado nas recentes categorias psiquiátricas que, por sua vez, apontam para um domínio de desigualdades. É, nesse sentido, que se trata de um trabalho no campo da normalidade. Mas é claro que isso não significa, como o próprio Castel (1987) pontua, que o campo do patológico tenha sido extinto, mas, sim, que ele vem acompanhado por uma promoção do psicológico e da eficiência que, por sua vez, estão assentados na ideia de *funcionalidade*. Por exemplo, os loucos ainda existem, mas a forma pela qual a experiência da loucura é pensada supõe, prevalentemente, um domínio de *inferioridades* e a categoria de *deficiente psicossocial*, que muitos loucos recebem por ser “inaptos ao trabalho”, comprova isso. Por isso, o autor sinaliza que a proliferação da categoria de *déficit* marca uma diferenciação entre a psiquiatria moderna e a atual, justamente por insinuar que algo pode ser compensado por intervenções técnicas. Pois, como vimos, a noção de deficiência é a contrapartida da ideia de que todos

devem ser performaticamente eficazes, lembrando que falar de performance é falar de *ação*. Por outro lado, a exigência de performance propulsiona a sensação de estarmos sempre aquém (Birman, 2012), de modo que o cordão dos *insuficientes* (Ehrenberg, 2000) cada vez aumenta mais. E, na medida que somos diagnosticados e medicados por causa disso, podemos dizer que há, sim, um campo da “anormalidade” que vem se tornando majoritário, o que é propiciado, também, pelo autodiagnóstico e pela auto-gestão dos riscos. Mas essa anormalidade se difere daquela descrita por Foucault (1974-1975/2010) que, por regra, seria minoritária. Para uma próxima pesquisa, poderemos esmiuçar essa discussão, mas por enquanto, nos permitimos denominar esse campo dos “não tão performaticamente normais” como um o campo da “subnormalidade”.

Uma segunda observação importante é que essa modalidade de gestão do social, descrita por Castel (1987), apresenta algumas *continuidades* com o poder disciplinar, ainda que o autor não concorde, e com o biopoder. Por exemplo, os *discursos* do risco, da conscientização e do bem-estar, além de se inscreverem no projeto do biopoder e da biopolítica, eles têm uma *eficácia produtiva* (Foucault, 1979). Afinal, eles operam uma disciplinarização dos gestos, dos desejos e das condutas, o que se dá, por exemplo, por uma cientificização dos hábitos. E, neste sentido, eles são normativos e prescritivos mesmo que não passem pelas instituições. Pudemos perceber, ainda, que na ordem neoliberal há todo um controle normativo de quem está dentro e de quem está fora do *mercado*, sendo esses impulsionados a entrar no circuito da psiquiatrização ou da criminalização (Birman, 2014). Ademais, ilustramos a articulação que há que entre *risco* e *normalidade*, a partir da discussão sobre a *normalização do traumático*, o que evidenciou que a gestão dos riscos perpassa pela articulação entre *vulnerabilidade*, *gestão humanitária* e *dispositivo securitário* (informação oral)¹⁶⁷.

Ainda sobre a problemática do *risco*, analisamos como os *discursos* preventivos, que visam a promoção da saúde (Foucault, 1976/1977), propulsionam a *auto-gestão dos riscos*. Afinal, o *discurso* do risco opera uma conscientização maciça sobre nossa vulnerabilidade, de forma que somos convocados a nos tornamos peritos de nós mesmos. Vale sublinhar que o auto-processamento da insegurança (Beck, 1986/2010) evidencia uma coadunação entre *risco* e *performance*, até porque a aptidão de prever e responder a acontecimentos inesperados é uma das grandes performances requisitadas hoje (Castel, 1987). Não é por acaso que Beck

¹⁶⁷ BIRMAN, J. Conferência. Trauma e impasses nos processos de subjetivação na contemporaneidade. In: **Colóquio Subjetivações e Gestão dos Riscos na Atualidade** (Org: EPOS- Genealogia, Subjetivações e Violências/ Instituto de Medicina Social-UEJ). Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 17 out. 2014.

(1986/2010) defende que o *savoir-faire* em relação aos riscos tornou-se uma *qualificação civilizacional decisiva*. Observamos que isso é facilitado pela tecnologia, não só pelos “nanoexames”, mas, também, pelos dispositivos que prometem fazer uma avaliação personalizada dos riscos e definir os comportamentos adequados para se alcançar a saúde que, por sua vez, é um *bem supremo* e um *objeto de desejo* (Birman, 1980). Isto está ligado ao fato de que a *mercantilização dos riscos*, por um lado, instaura uma sensação de medo e insegurança e, por outro, fomenta a crença de que é possível evitá-los ou geri-los pelo manuseio técnico (Beck, 1986/2010).

Como vimos, a auto-gestão não é feita apenas em relação ao corpo e à saúde, ela se dá, também, no campo das experiências psíquicas. Afinal, os *doentes imaginários* lêem tanto seus processos corporais quanto seus processos psíquicos como potencialmente patológicos (Birman, 1980). Para discutirmos isso, apresentamos algumas contribuições de Borch-Jacobsen (2013) sobre os *coletivos de pacientes* que, unificados por um diagnóstico em comum, visam fazer uma auto-gestão da própria doença o que, segundo o autor, só poderia ocorrer em uma cultura marcada pelo imperativo da autonomia. Desse modo, sinalizamos uma interseção com a lógica neoliberal, pois da mesma forma que esta fez com que o *cidadão* fosse substituído pela figura do *consumidor* (Birman, 2014), o *doente* foi transformado na figura de *usuário*. Isto está atrelado ao fato de que cada transtorno abarca um *idioma* específico que, por sua vez, funciona como um bem de consumo. E, na hipótese do autor, cada indivíduo “compra” aquele que mais lhe convém e, assim, modela suas expressões de sofrimento ou de inadaptação pautando-se nas teorias e nos recursos que estão disponíveis.

Observamos, também, que na medida em que a indústria farmacêutica passou a ser atravessada pela lógica da rentabilidade e do *marketing*, houve um aumento significativo do número de categorias psiquiátricas. Afinal, as moléculas funcionam como curingas do baralho, de forma que o *psychopharmarketing* realiza uma exploração da fluidez dos transtornos mentais (Borch-Jacobsen, 2013). Por exemplo, no decorrer das décadas, a psiquiatria biológica voltou-se para três *paixões humanas* (Birman, 2014), a saber, a angústia ou ansiedade (1960-1980), a depressão (1980-2000) e as variações de humor (desde 2000). E, como vimos, isso se deu muito mais por questões mercadológicas do que científicas, o que revela que a indústria farmacêutica é a força-tarefa dos manuais diagnósticos. Para abordarmos uma outra face dessa problemática, discutimos o “neokraepelianismo”. As contribuições de Caponi (2011) evidenciaram que o objetivo de se estabelecer uma classificação objetiva das doenças mentais, pautada em premissas biológicas, marcam a linha de continuidade entre o trabalho de Kraepelin e dos ditos neokraepelinianos que, por sua vez,

tiveram uma influência crucial na elaboração do DSM-III (1980). No entanto, apesar das semelhanças, as premissas higienistas, da virada do século XIX-XX, concentravam-se no caráter inato e orgânico das *condutas indesejadas*, enquanto as abordagens neurobiológica e genética, da segunda metade do século XX, procuram explicá-las por fatores neuroquímicos e cerebrais. Como vimos, a eficácia social que é suscitada por esse tipo de vertente reside no fato de que ela transmite a ideia de que as patologias mentais podem ser tratadas como se fossem doenças orgânicas (Caponi, 2007; Castel, 1987; Ehrenberg, 2009). Essa aproximação só é possível devido ao lugar que a *síndrome* passou a ocupar na nomenclatura psiquiátrica, da mesma forma que ocorreu na medicina somática (Birman; Hoffmann, 2013). Com isso, alimenta-se a crença de que os psicofármacos são capazes de atenuar os transtornos, o que propicia com que a *eficácia bioquímica* orquestre a relação médico-paciente em detrimento da *linguagem*.

Embora a eficácia dos psicofármacos não seja, cientificamente, comprovada, eles são cada vez mais utilizados (Borch-Jacobsen, 2013), o que vem acompanhado pelo incremento do uso de drogas, sobretudo, as sintéticas, por serem mais acessíveis (Birman, 2014). E, mais do que isso, observamos que a própria revolução psicofarmacológica corroborou para a expansão da *cultura das drogas*, no Ocidente (Birman, 2012). No que concerne à ela, sublinhamos que, a partir de 1980-1990, estabeleceu-se uma nova gramática do uso de drogas, pois estas passaram a ser utilizadas como uma forma de colorir a existência desértica ou para alcançar a boa performance. Isto significa que, desde então, o recurso à droga não está mais vinculado a algum projeto ético-político nem a uma tentativa de se ampliar os canais de sensorialidade e de percepção. Essa é uma questão importante para nossa problemática, pois as modalidades de regulação da dor psíquica se relacionam às expressões do mal-estar. E, como indicou a hipótese de Birman (2012), a condição histórica que propiciou uma inversão na relação entre a psiquiatria e a psicanálise foi o aparecimento de novas formas de mal-estar, a partir de 1980-1990.

Observamos que o discurso freudiano positivou o conflito psíquico, defendendo que o sujeito seria marcado por uma conflitualidade irremediável (Freud, 1926 (1925)/1976), e que, na atualidade, as subjetividades não parecem mais se caracterizar dessa maneira. Afinal, o que está em pauta é um excesso que precisa ser descarregado, pois ele é vivenciado como dor ou como vazio (Birman, 2012). Isto está relacionado ao fato da categoria de *espaço* ter ganhado prevalência, na experiência subjetiva, em detrimento da categoria de *tempo*, o que impossibilita a antecipação dos acontecimentos e gera a sensação de se viver em um eterno presente. Desse modo, o registro do desejo é atingido, afetando a possibilidade de se construir

um horizonte de futuro, o que já havia sido sinalizado no primeiro capítulo, quando discutimos que a pós-modernidade soterrou a ideia de que seria possível reconstruir a si mesmo e a ordem social por meio do desejo (Birman, 2000). De qualquer forma, o que está em jogo é o triunfo da *dor solipsista* em detrimento do *sofrimento* e, ainda, da experiência de *desalento* sobre a de *desamparo* (Birman, 2012). Além disso, as subjetividades, no contexto contemporâneo, parecem ser marcadas pelo esvaziamento dos registros do *pensamento* e da *linguagem*, de forma que o mal-estar, que se apresenta como um excesso, tende a se expressar pelos registros do *corpo*, da *ação* e das *intensidades* (Birman, 2012).

Procuramos demonstrar como essas transformações no campo do mal-estar contribuem para a diminuição vertiginosa do interesse pelo processo analítico que, por sua vez, é centrado na linguagem e na temporalidade. Observamos que, em contrapartida, a psiquiatria biológica desperta um fascínio social, pois ela promete apaziguar o mal-estar de forma rápida e eficaz. No entanto, os psicofármacos não incidem no sofrimento psíquico propriamente dito, o que eles proporcionam é o bom funcionamento do indivíduo (Birman, 2006). Desse modo, a *dor* fica restrita ao nível corporal e neuroquímico, pois a alteridade seria a condição de possibilidade para transformá-la em *sofrimento*. Depois de analisadas essas questões, tentamos sustentar que os psicofármacos atendem à demanda do imperativo da performance que se coloca na contemporaneidade. E, no que concerne a isso, vimos que a instrumentalização das subjetividades em nome da eficiência (Castel, 1987) não se dá apenas via psicofarmacologia, mas, também, pelo aperfeiçoamento do funcionamento do cérebro. Afinal, a batalha da competitividade (Sennet, 1999/2009), por um lado, faz apologia ao sucesso e, por outro, erige o fantasma do fracasso, de forma que buscamos táticas para “vencer”, o que inclui as *técnicas cerebrais de usinagem de si*, como pontuou Ehrenberg (2009). Por isso, em sua perspectiva, o triunfo das neurociências está relacionado ao ideário contemporâneo da realização pessoal, de modo que o cérebro é o correlato material da totemização da personalidade. As práticas de neuroascese (Ortega, 2009) propiciam modalidades de sociabilidade que são ancoradas no *cérebro*, o que discutimos a partir da categoria de *sujeito cerebral* (Ehrenberg, 2009; Ortega, 2008). Essas práticas são acompanhadas pelo incentivo do “check-up cerebral” e de jogos mentais que prometem prevenir doenças degenerativas, retardar deficiências e aumentar a performance cerebral.

A partir dessa discussão, pudemos perceber que a ideia que está em pauta é que da mesma forma que o levantamento de peso fortalece um grupo específico de músculos, os exercícios mentais reforçam as funções cognitivas (Ortega, 2009), o que nos obrigou a explorar o estatuto do corpo por um outro viés. No primeiro capítulo, havíamos discutido a

transição que ocorreu, na modernidade, do ideário da salvação para o ideário da cura, o que concedeu um lugar mais importante ao corpo do que à alma (Birman, 2007) e, no segundo capítulo, investigamos como isso se radicalizou na contemporaneidade. O corpo se tornou nosso *bem supremo*, o que está atrelado à precarização do laço social que marca a sociedade neoliberal que, por sua vez, é permeada por riscos (Birman, 2014). Como indicou Beck (1986/2010), vivemos em uma volúvel “solidariedade pelo medo” que, por sua vez, é bastante movediça, afinal ele é constantemente redefinido de acordo com as ameaças que estão em pauta. Ademais, como o corpo se tornou nosso único recurso de sobrevivência, ele deve ser performático e blindando contra todos os riscos. Procuramos indicar, a partir disso, que há no imaginário social a ideia de que o envelhecimento, as doenças e a morte devem ser exorcizados, o que propicia um culto coletivo à imortalidade (Birman, 2012). Para explorarmos essa questão, discutimos como a programação da eficiência e a instrumentalização do potencial humano (Castel, 1987) articulam-se às promessas de eternização que, por sua vez, se expressam pelas receitas da longevidade e pelos novos limiares da medicalização. Por exemplo, demonstramos como os avanços tecnocientíficos e a genética têm preconizado a *evolução artificial*, o que supôs que analisássemos o *homem pós-orgânico* como um signo das reconfigurações que têm se dado em torno das noções de morte, vida, natureza e homem (Sibilia, 2002).

Apresentamos, também, algumas reflexões críticas de Overhage (1967/1970) sobre a pós-humanidade e, dentre elas, destacamos que o projeto de aperfeiçoamento não se dá apenas a nível corporal e biológico, pois ele visa, também, a faculdade do pensamento e da razão. Desse modo, nos interrogamos se a instrumentalização das subjetividades em nome da eficácia (Castel, 1987) não apontaria para um retorno do paradigma humanista de que o homem é um animal racional. No intuito de responder essa questão, revisitamos a discussão de Wolff (2012), na qual ele afirma que o humanismo teve dois desdobramentos, o pós-humanismo e o animalismo. E, em sua perspectiva, este segundo compromete mais a figura do homem, pois o coloca em uma equivalência com o animal. Este é um ponto importante, pois, em sua hipótese, o animalismo é um *a priori* das neurociências que, por sua vez, opera uma naturalização das propriedades humanas. Além disso, o autor indicou que esse tipo de naturalização pode remeter para o aperfeiçoamento racial e para as práticas eugênicas.

No que concerne a isso, discutimos a posição anti-humanista de Michel Foucault, o que se apresenta de várias maneiras, por exemplo, em sua problematização sobre o critério da razão erigido por Descartes, em sua hipótese de que a produção do sujeito se dá pela mediação dos registros do saber e do poder (Foucault, 1979) e, ainda, em sua discussão sobre

a doença mental como uma categoria histórica e da ciência psiquiátrica como um derivado da tradição humanista (Foucault, 1961/1972). A partir disso, observamos que suas críticas em relação ao dispositivos de cuidado e ao sistema asilar não podem ser pensadas na exterioridade da conscientização do que foi a experiência concentracionária. Por questões metodológicas, não pudemos discutir de forma pormenorizada essa problemática, mas, para uma próxima investigação, certamente isso será contemplado. De qualquer forma, extraímos três questões importantes. A primeira é que o homem, como uma invenção moderna, só pôde ser pensado à título da finitude (Foucault, 1966/1967) e, se esta é silenciada, ele também o é. A segunda é que o paradigma animalista das neurociências faz com que a razão seja substituída pela fragmentação das propriedades humanas que, por sua vez, são naturalizadas. Com isso, as faculdades de agir e decidir são pensadas como efeitos neuroquímicos, o que contribui para que a responsabilidade ética seja colocada em xeque. O terceiro ponto importante é que o discurso freudiano também assumiu uma postura anti-humanista, ao descentrar o sujeito do registro da consciência e do eu, mas ele valorou a importância da implicação do sujeito em relação aos seus desejos, sintomas e fantasias. Isso se deu, sobretudo, quando os pacientes foram retirados de uma posição passiva, tal como ocorria com o dispositivo hipnótico-sugestivo, e passaram a compartilhar as responsabilidades com o analista (Birman, 2001).

Foi por essa porta de entrada que discutirmos, propriamente, o silenciamento dos registros simbólico e histórico do sujeito como uma chave de leitura para pensarmos a crise da psicanálise. Como pontuou Birman (2014), o processo de psiquiatrização do mal-estar pautou-se, por um lado, nos discursos da neurobiologia e da psicofarmacologia e, por outro, na expansão da psicologia cognitiva. E, segundo o autor, o ponto de interseção entre esses *discursos* diz respeito à concepção que eles têm da subjetividade, na medida em que eles retiram dela o registro do *sujeito*, ao direcionarem seu enfoque para o registro do comportamento. E, como vimos, o fato da subjetividade ser concebida, exclusivamente, por parâmetros biológicos é um retorno do naturalismo e do cientificismo (Birman, 2010). Por exemplo, percebemos que a leitura biológica e comportamentalista da agressividade revela que esta não está sendo, prevalentemente, concebida como uma modalidade de enunciação subjetiva (Birman, 2013a). Observamos, ainda, que a naturalização das propriedades humanas faz com que as *instintividades* biológicas sejam valoradas às expensas do *sujeito*. Dito de outro modo, na medida em que o *sujeito* é concebido como uma resultante do metabolismo dos neurohormônios, ele é dissolvido no campo do sistema nervoso (Birman, 2013a). Evidentemente, isso não fica restrito ao campo intelectual e científico, pelo contrário, incide nas

formas pelas quais as subjetividades se pensam. Uma ilustração disso é que a crença de que as experiências afetivas e subjetivas podem ser compreendidas pelos processos neuroquímicos já penetrou o imaginário social.

A partir disso, percebemos que o *sujeito*, como uma experiência de subjetivação, está sendo colocado em xeque, em nome da homogeneização maciça e do fracionamento que se opera sobre ele, seja pelas reações neuroquímicas, pela estatística ou pela decodificação das diferenças em *fatores de risco* (Castel, 1987). Vimos, também, que o triunfo do modo de subjetivação *fora-de-si* sobre o *dentro-de-si* coloca uma série de questões para o campo psicanalítico, pois a exaltação narcísica performática não rima com o sujeito desejante. Enfim, observamos que o sujeito da modernidade foi constituído a partir da tríade *finitude, liberdade, responsabilidade*. Mas tudo se passa como se essas instâncias estivessem sendo desenlaçadas. A *finitude* parece estar sendo silenciada em nome de uma preocupação generalizada com os riscos, justamente por que acreditamos que somos imortais. O risco se automatizou da liberdade (Birman, 2013a), até porque estamos abrindo mão desta em nome dos riscos, por exemplo, adestrando nossos hábitos em detrimento dos nossos próprios desejos. Ademais, na medida em que o *bom uso da liberdade* (Foucault, 1961/1972), como também o seu *mal uso*, passam a ser pensados por fatores neuroquímicos e comportamentais, o sujeito é desatrelado da responsabilidade (Castel, 1987; Ehrenberg, 2009). Procuramos evidenciar que esta discussão não está na exterioridade da psicanálise, pelo contrário, que ela é uma chave para pensarmos sua crise. Afinal, a psicanálise foi construída tendo em vista o sujeito inscrito na modernidade, o que significa que as marcas éticas, políticas e antropológicas da modernidade atravessaram o discurso freudiano (Birman, 1995).

No terceiro capítulo, problematizamos a psicanálise a partir de dois vetores, o da *normalização* e o da *estilização*. Procuramos evidenciar, com isso, alguns elementos que revelam a singularidade e o caráter de *resistência* (Foucault, 1979) do discurso freudiano, demonstrando que a não sustentação disso, propicia a medicalização e a terapeutização da psicanálise. Para isso, indicamos alguns pontos de continuidade e de descontinuidade que se colocam entre o discurso freudiano, a medicina moderna e a medicina pré-moderna. No que concerne às aproximações com a medicina moderna, discutimos como o discurso freudiano inscreveu o *sujeito* no campo da finitude (Freud, 1927/1974), na medida em que ele foi pensado em uma tangência permanente entre *pulsão de vida* e *pulsão de morte* (Freud, 1920a/1976). Uma segunda continuidade com o discurso da anatomoclínica é que o discurso freudiano também operou uma fragmentação do corpo (Birman, 2013b). Evidentemente, isso

não se deu pelos *tecidos*, mas, sim, pelo caráter erógeno e pulsional do mesmo. Para discutirmos as descontinuidades que se colocam entre a anatomoclínica e o discurso freudiano, apresentamos as concepções que este teve a respeito da loucura, do sonho e do corpo e, ainda, sua hipótese de que a condição do sujeito é, eminentemente, descentrada. Ademais, sinalizamos que, enquanto a medicina moderna operou uma objetivação da enfermidade – ignorando, assim, as práticas discursivas –, o discurso freudiano positivou o *sintoma* (Freud, 1917b [1916]/1976) e a *linguagem* (Freud, 1905c/1989). Com isso, indicamos uma aproximação com a medicina pré-moderna que apostava nos efeitos terapêuticos da palavra (Foucault, 1963/2008).

Como vimos, com o surgimento da anatomia patológica e de uma medicina estatística elaborou-se, a partir do século XIX, uma tecnologia demonstrativa que fez com que a *crise* fosse excluída do campo da medicina (Foucault, 1973-1974/2006). A partir disso, discutimos como a *verdade-acontecimento* foi sendo parasitada pela *verdade-demonstrativa* que, por sua vez, triunfou sobre a primeira. Observamos que a psiquiatria não se fundou em critérios de verdade, pois ela não conseguiu encontrar os substratos orgânicos das patologias e, para compensar isso, ela fez com que, por exemplo, a hereditariedade desse um corpo à doença. Ademais, por ela ter se constituído como uma instância de proteção social, ela fez com que a *crise* se tornasse indesejável (pois ela poderia representar um perigo) e, ainda, ela criou provas de realidade que faziam com que a loucura se realizasse no hospital psiquiátrico. No interrogatório isso se dava pelo registro da linguagem e seu objetivo era promover três realizações, a saber, o comportamento como loucura, a loucura como doença e o guardião do louco como médico. Pela droga, o psiquiatra pôde vivenciar a experiência da loucura e, pela hipnose, foi possível apreender o funcionamento do corpo do doente.

Em seguida, discutimos como a histeria colocou em xeque a *verdade-demonstrativa*, pois ela resistia ao discurso da medicina científica que privilegiava a lesão como critério de verdade. Por isso, sua emergência no interior do campo médico supôs a construção do dispositivo clínico da neurologia e a emergência do *corpo neurológico* que, por sua vez, não estava atrelado aos órgãos e tecidos, mas, sim, às funções, aos comportamentos e ao desempenho. A partir dessa discussão, pudemos notar que, do ponto de vista genealógico, não há uma rotura entre o discurso médico e psicanalítico, pois o *corpo sexual* emergiu a partir do *corpo neuronal*. No entanto, observamos que o discurso freudiano indicou que o primeiro se sobrepunha fartamente ao segundo e, por isso, ele se centrou no caráter erótico da experiência histórica, enquanto Charcot privilegiou a perspectiva neurobiológica (Birman, 2013b). Sublinhamos que Freud (1896a/1976), ao privilegiar o erotismo, rompeu com o dispositivo da

hereditariedade-degeneração e que ele, ao valorar o prazer em detrimento da reprodução (Freud, 1905b/1989), posicionou-se de forma contrária ao discurso do biopoder. Vale ressaltar que sua postulação de que a histeria é sempre de defesa – e a conseqüente ruptura com as noções de *histeria hipnóide* e *histeria de retenção* – representou uma ruptura definitiva do discurso freudiano em relação à concepção nervosa da histeria (Freud, 1896b/ 1976). Afinal, com isso, o autor enfatizou os registros sexual e psíquico, ou seja, ao invés de tentar localizar a materialidade da histeria nas lesões, ele voltou-se para o campo da memória (Birman, 2001).

Em seguida, procuramos sustentar que o discurso freudiano resgatou a noção de crise da medicina pré-moderna a partir da *neurose de transferência* (Freud, 1917d/ 1976). Para isso, indicamos como esta foi pensada a partir da ideia de combate que, por sua vez, propicia com que a verdade da enfermidade seja produzida no *aqui e agora* da experiência analítica. Observamos que isso pode produzir um agravamento do quadro (Freud, 1937b/1975) e outras imprevisibilidades (Freud, 1915[1914]/1996), o que nos permite pensar uma relação do dispositivo analítico com a *verdade-acontecimento* e não com a *verdade-demonstrativa*. No que concerne ao campo da sexualidade, procuramos defender que o discurso freudiano aproxima-se mais da arte erótica do que da ciência sexual, apesar dessa discussão envolver diversas facetas, como indicou Foucault (1976/1977). Por exemplo, destacamos que o discurso freudiano privilegiou as intensidades em detrimento dos objetos e, ainda, que ele denunciou a *moralização* da experiência erótica, que ocorria na modernidade, oferecendo como antídoto as pulsões perverso-polimorfos e o prazer (Birman, 2013b). Sinalizamos, também, que ele rompeu com um sistema de pensamento que concebia a diferença entre homens e mulheres como natural, nos oferecendo, assim, novas ferramentas para pensar o indivíduo como um sujeito sexuado na cultura (Nunes, 2002). Essas descrições nos permitiram problematizar o fato de alguns segmentos do campo psicanalítico não sustentarem a hipótese do desamparo (Freud, 1927/1974), por exemplo, incorporando o ideário de cura e assumindo uma postura normativa (Birman, 2000). Isso implicou em evidenciarmos como a questão do poder atravessa a psicanálise e como Freud (1917d [1916]/1976) valorou a *liberdade*. A partir disso, constituímos um solo teórico pelo qual pudemos discutir como o afastamento em relação aos registros político, ético e estético propicia a “normalização da psicanálise” e a homogeneização das individualidades (Birman, 2000).

No intuito de extrairmos questões pertinentes sobre as problemáticas supracitadas, evidenciamos a denúncia que o discurso freudiano empreendeu sobre o projeto da modernidade. Indicamos, por exemplo, que sua decepção em relação à razão científica lhe permitiu pensar a condição trágica do sujeito moderno, como também, condensar sua tese

sobre o mal-estar na experiência psíquica de desamparo (Freud, 1930/1974), o que revela que a problemática da *vulnerabilidade* se inscreveu na modernidade. Isto também foi tematizado no primeiro capítulo, quando discutimos que, com a emergência da medicina moderna centrada na *finitude*, a *vulnerabilidade* passou a definir o campo da enfermidade (Foucault, 1963/2008). Já no segundo capítulo, procuramos sustentar que na pós-modernidade a *vulnerabilidade* parece estar sendo radicalizada a tal ponto de se apresentar como uma “infinitude de riscos”.

Considerando que, diante da sensação de desproteção, o sujeito pode recorrer a soluções homogêneas ou singulares (Freud, 1927/1974), discutimos que a angústia é um efeito da experiência de desamparo que tem como contrapartida o masoquismo que, por sua vez, faz com que o sujeito se ofereça a um outro “poderoso” para obter proteção (Birman, 2000). Desse modo, questionamos se a fiel submissão que é feita em relação aos mandamentos da longevidade e da performance, em busca da auto-suficiência e do enaltecimento do eu, não representa uma tentativa do sujeito velar sua condição finita e imperfeita. Para destrincharmos essa questão, discutimos como o discurso freudiano rompeu com a primazia fálica no final de seu percurso, ao postular que a *feminilidade* é originária, correspondendo, assim, a um registro psíquico no qual a referência fálica está ausente (Freud, 1937a/1975). Observamos que a novidade do texto freudiano, em 1937, reside no fato da *feminilidade* ter sido aproximada do desamparo originário – sendo, portanto, uma experiência comum aos homens e mulheres –, o que significa que o sujeito deve se confrontar com esse enigma no processo de construção de sua subjetividade (Nunes, 2002). E, a partir das contribuições de Birman, Neri, Aran e Nunes (2002), tentamos sustentar que a condição de *feminilidade* pode funcionar como motor de resistência às estratégias do biopoder e ao imperativo da performance.

Partindo da hipótese de que a *feminilidade* evidencia nossa finitude e mortalidade – isto é, revela nossa condição imperfeita originária – nos centramos na articulação entre *feminilidade*, *diferença* e *criação*, o que nos possibilitou apresentar uma leitura da *finitude* como afirmação da vida. Afinal, é a partir do encontro com o *horror* que o sujeito desejante pode emergir (Birman, 2000) e, assim, criar múltiplas possibilidades sublimatórias para a condição de desamparo que o caracteriza (Nunes, 2002). A partir disso, tentamos sustentar que o território da *feminilidade* permite com que a *imperfeição* não seja identificada como um déficit ou como uma *insuficiência*, mas, sim, como uma forma de romper com a “performance fálica”. Ao se lançar em uma viagem para o desconhecido, o sujeito não vive um “risco-demonstrativo” que lhe exige psicofármacos para se controlar, mas, sim, um “risco-

acontecimento”. Afinal, é no próprio arriscar-se que o sujeito se revela, se produz e se recria e, desse modo, ele não é comprimido nem consumido.

O último ponto abordado na pesquisa diz respeito à importância da psicanálise afirmar a singularidade de seu discurso – assumindo uma posição anti-naturalista, resistindo aos paradigmas normativos e ao ideário da eficácia –, o que pressupõe aproximá-la do campo da estética em detrimento da ciência. Até porque, como vimos, a *verdade-demonstrativa* é um derivado da *verdade-acontecimento*, o que significa que a demonstração científica é uma espécie de ritual e que, portanto, o que se entende como a descoberta da verdade é, na realidade, uma produção da verdade (Foucault, 1973-1974/2006). Em seguida, sublinhamos que a psicanálise não deve desistir da ideia de que o sujeito pode se reinventar de forma permanente e, também, que ela não pode esquecer que o sujeito é encorpado (Birman, 2000). Afinal, silenciar a corporeidade é eclipsar a *finitude*.

Procuramos sustentar, ainda, que o uso de psicofármacos não só traz efeitos para a experiência pulsional – reduzindo os limiares de suportabilidade da angústia – mas, também, para a própria experiência analítica. Afinal, o fato desses medicamentos serem usados para tamponar a angústia incide no coração do dispositivo analítico, pois coloca em xeque a ideia de que a análise deve ser levada a cabo pela abstinência (Freud, 1912/1996). No entanto, se os próprios psicanalistas passarem a acreditar, também, que “quem ri por último rivotril”, como já defendem algumas pessoas, os psicofármacos, substitutos das correntes, contribuirão para que a nau dos diagnosticados não precise mais deslanchar pelos mares purificadores. Afinal, o males, com estabilizadores, serão cuidados pelo controle, que goza com aqueles que acham que perderam o controle. E, enquanto os mistérios da saúde continuarem advertindo que o risco é o “já-está-aí” da vida, a indústria farmacêutica continuará faturando com a peste que ela trouxe para os corações das cidades. Mas, como já diz a paródia: “se persistirem os médicos, os sintomas deverão ser consultados”. Ou seja, é possível resistir, a *feminilidade* não tem tarja preta.

Para concluir, devemos afirmar que a psicanálise não deve se entregar às amarras da eficiência fálica, restringindo-se, assim, a uma *verdade-demonstrativa*. Pois, não há nada menos demonstrativo do que o inconsciente. Este sim corre riscos.

Referências bibliográficas

ADORNO, T.; HORKHEIMER, M. **Dialética do esclarecimento**: fragmentos filosóficos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

ALTHUSSER, L. (1964). Freud e Lacan. In: **Posições II**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1980.

_____. (1969). **Lénine et la philosophie suivi de Marx et Lénine devant Hegel**. Paris: Petite Colletion Maspero, 1975.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 1952.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 2. ed. 1968.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 3. ed. 1980.

_____. **DSM IV** – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ARÁN, M. A singularização adiada: o feminino na civilização moderna. In: **Feminilidades** (Org. Joel Birman). Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002, p. 59-86.

BACHELARD, G. (1938). **A formação e o espírito científico**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.

BECK, U. (1986). **Sociedade de risco**: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Ed. 34, 2010.

BIRMAN, J. **Enfermidade e Loucura**: sobre a medicina das inter-relações. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

_____. **Psicanálise, Ciência e Cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

_____. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: **Terceira idade**: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Relume Dumará: UnATI/UERJ, 1995, p. 29-48.

_____. **Por uma estilística da existência**. São Paulo: Ed. 34, 1996.

_____. **Cartografias do feminino**. São Paulo: Ed. 34, 1999.

_____. **Mal-estar na atualidade:** a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

_____. **Gramáticas do erotismo:** a feminilidade e as suas formas de subjetivação em psicanálise. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

_____. O cuidado de si no futuro da psicanálise. In: **O futuro da psicanálise** (Orgs. Aristides Alonso e Rosane Araujo). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002a.

_____. Diferença, singularidade, pluralidade. In: **Feminilidades** (Org. Joel Birman). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2002b, p. 7-11.

_____. Palestra. O mal-estar na pós-modernidade. In: **Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae**, 2004. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cYDrpRuwsE>. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. Diagnósticos da contemporaneidade. In: **Polifonias:** clínica, política e criação. (Orgs. Auterives Maciel Júnior, Daniel Kupermann, Silvia Tedesco). Contracapa Livraria: Mestrado em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, 2005.

_____. A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro**, v.14, n.2, p.529-548, abr./jun., 2007. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=zwgFiA8hrtUC&pg=PA148&lpg=PA148&dq=joel+birman+finitude&source=bl&ots=z2_3bVp3Hy&sig=EOdKKnmfmKLFORTSkZWb1Ekdux8&hl=pt-BR&sa=X&ei=oimUUo-9MIvNkQf-toDgDA&ved=0CDIQ6AEwAQ#v=onepage&q=joel%20birman%20finitude&f=false. Acesso em: 4 dez. 2013.

_____. O Ser e o nada. In: **Jornal O Valor Econômico**. Entrevista concedida a José Castello, 24 nov. 2006. Disponível em: www.ihu.unisinos.br/noticias/noticias-antiores/1964-o-ser-e-o-nada-entrevista-com-joel-birman. Acesso em: 4 dez. 2013.

_____. Discurso freudiano e medicina. In: **Um novo lance de dados:** psicanálise e medicina na contemporaneidade (Orgs. Joel Birman, Isabel Fortes, Simone Perelson). Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010a.

_____. A cena constituinte da psicose-maníaco depressiva no Brasil. In: **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010b, p. 345-371. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702010000600005&script=sci_arttext. Acesso em: 20 out. 2014.

_____. Governabilidade, força e sublimação: Freud e a filosofia política. In: **Psicologia-USP**, v.21, n.º.3, São Paulo jul./set. 2010c. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642010000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. **O Sujeito na contemporaneidade**: espaço, dor e desalento na atualidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

_____. Subjetivações e risco na atualidade. In: **Revista Epos**. Vol.4 No 1. Janeiro-Junho, 2013a. Disponível em: <http://revistaepos.org/?p=934>. Acesso em: 02 dez. 2013.

_____. A fragmentação infinita do corpo. In: **O corpo e suas vicissitudes** (Org. Ana Beatriz Freire). Rio de Janeiro: 7letras, 2013b, p. 17-32.

_____. Dor e Performance. In: **O Estado de São Paulo**, 14 set. 2013. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/suplementos,a-dor-e-a-performance,1074702,0.htm>. Acesso em: 04 dez. 2013c.

_____.; HOFFMAN,C. Le sujet em excés dans la biopolitique. In: **Topique**, 2013/2, n° 123, p. 101-108.

_____. Drogas, Performance e Psiquiatrização. In: **Ágora**: estudos em teoria psicanalítica. Rio de Janeiro: Pós-graduação em Teoria Psicanalítica IP/UFRJ. Vol. XVII, número especial, agosto, 2014, p. 23-37.

DE LA BOÉTIE, E. (1577). **Discurso da servidão voluntária**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

BORCH-JACOBSEN, M. **La fabrique des folies**. De la psychanalyse au psychopharmarketing. Auxerre: Éditions Sciences Humaines, 2013.

BORDIN, I.A.; Offord, D.R. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. In: **Revista Brasileira Psiquiatria**. Vol. 22. S.2. São Paulo. Dec.2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000600004&script=sci_arttext. Acesso em: 12 ago. 2014.

CANGUILHEM, G. (1968). L'objet de l'histoire des sciences. In: **Études d'histoire et de philosophie des sciences**. Paris: Vrin, 1983, p. 9-23.

CAPONI, S. Da herança à localização cerebral: sobre o determinismo biológico de condutas indesejadas. In: **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Vol. 17, n° 2, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a08.pdf. Acesso em: 11 nov. 2014.

_____. As classificações psiquiátricas e a herança mórbida. In: **Scientiae Studia**. Vol. 9, No 1, São Paulo, 2011. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662011000100003. Acesso em: 10 nov. 2014.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CHURCH, G.M.; YUSTE, R. O Novo século do cérebro. In: **Scientific American Brasil**. Número 143, abr., 2014.

DAGOGNET, F. (1964). **A razão e os remédios**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

DARWIN, C. (1859). **A origem das espécies**. São Paulo: Editora Hemus, 2003.

DAVOGLIO, T.R. Psicopatia na Infância - é possível identificar traços psicopáticos antes da idade adulta?. In: **Grandes temas do conhecimento** – Psicologia: Especial Psicopatas, número 4, 2014.

DELEUZE, Gilles (1990). *Post-scriptum* – sobre as sociedades de controle. In: **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DIETER, M. S. Lógica atuarial e incapacitação seletiva - a farsa da eficiente gestão diferencial das novas classes perigosas. In: **Revista Epos**, vol.4, nº.1. jan./jun., 2013. Disponível em: <http://revistaepos.org/?p=972>. Acesso em: 2 dez. 2013.

DUMIT, J. **Picturing personhood: brain scans and biomedical identity**. New Jersey: Princeton University Press, 2004.

DURAS, M. **A doença da morte**. Traduzido do original francês *La maladie de la mort*, Minit, Paris, 1983 (Trad. Jorge Bastos). Rio de Janeiro: Livraria Taurus Ed., 1984.

DUTRA, V.L. O conceito de sublimação à luz de uma perspectiva da feminilidade. In: **Feminilidades** (Org: Joel Birman). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2002, p. 87-106.

EHRENBERG, A. **La fatiga de ser uno mismo** - depresión y sociedade. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión SAIC, 2000.

_____. O sujeito cerebral. In: **Psicologia Clínica**, v.21, n.1, 2009, p.187-213. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652009000. Acesso em: 6 jul. 2014.

FASSIN, D. **La cause des victimes**. Les temps modernes. Paris, v.59, n.627, 2004, p.73-91.

_____.; RECHTMAN, R. **L'empire du traumatisme**: enquête sur la condition de victime. Paris: Flammarion, 2007.

FOUCAULT, M. (1961). **A história da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972

_____. (1963). **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. (1966). **As palavras e as coisas** - uma arqueologia das Ciências Humanas. São Paulo: Martins Fontes Editora, 1987.

_____. (1971). **A ordem do discurso**. Aula inaugural no Collège de France. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. (1969). **O que é um autor?**. Vega: Passagens, 1992.

_____. (1973-1974). **O poder psiquiátrico**: curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. (1974-1975). **Os anormais**: curso no Collège de France. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

_____. (1976a). **A história da sexualidade I** - a vontade de saber. Rio de Janeiro, Edições do Graal, 1977.

_____. (1976b). Genealogia e poder: curso no Collège de France. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, p. 167-177.

_____. (1976c). Soberania e disciplina: curso no Collège de France. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p.179-191.

_____. (1977-78). **Segurança, território, população**: curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. (1978). A governamentalidade: curso no Collège de France. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, p. 277-293.

_____. (1978-1979). **Nascimento da biopolítica**: curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. (1984). **História da sexualidade 2**: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FREUD, S. (1891). A Interpretação das afasias. Lisboa: Edições 70, 1977.

_____. (1893[1888-1893]). Alguns pontos para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e históricas. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1977, p. 223-239.

_____. (1893). Charcot. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 19-34.

_____. (1893-95). Estudos sobre a histeria. IV- A psicoterapia da histeria. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p. 311-369.

_____. (1894). As neuropsicoses de defesa. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 57-82.

_____. (1895). Projeto para uma psicologia científica. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1977, p. 395-517.

_____. (1896a). Hereditariedade e a etiologia das neuroses. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.165-179.

_____. (1896b). Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 187- 211.

_____. (1896c). A etiologia da histeria. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 217-249.

_____. (1897). Carta 69 - Extratos dos documentos dirigidos à Fliess (1950 (1892-1899)). In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1977, p. 350-352.

_____. (1900). A interpretação dos sonhos. Capítulo VII – A Psicologia dos Processos Oníricos. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. V. Rio de Janeiro: Imago, 1972, p. 543-665.

_____. (1905[1904]). Sobre a Psicoterapia. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1980, p. 267-278.

_____. (1905a[1901]). Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1989, p. 5-119.

_____. (1905b). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1989, p. 127-228.

_____. (1905c). Tratamento psíquico (ou anímico). In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1989, p. 267-285.

_____. (1908[1907]). Escritores criativos e devaneio. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 147-158.

_____. (1908a). Fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 163-170.

_____. (1908b). Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 187-208.

_____. (1909 [1908]). Algumas observações gerais sobre ataques histéricos. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 233-238.

_____. (1909a). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. X. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 15-154.

_____. (1909b). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. X. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 159-250.

_____. (1910a). Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1970, p. 59-124.

_____. (1910b). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1970, p. 127-136.

_____. (1911). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*dementia paranoides*). In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 15-89.

_____. (1912). A dinâmica da transferência. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 111-119.

_____. (1913a). O tema dos três escrínios. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 315-325.

_____. (1913b). Totem e Tabu. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.20-209.

_____. (1913c). O interesse científico da psicanálise. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.199-226.

_____. (1914a). Recordar, Repetir e Elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 163-171.

_____. (1914b). Sobre o narcisismo: Uma introdução. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p. 89-119.

_____. (1915a). O instinto e suas vicissitudes. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p. 137-162.

_____. (1915b). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p. 311-341.

_____. (1916[1915]). Sobre a transitoriedade. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p. 345-348.

_____. (1915[1914]). Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 177-188.

_____. (1917a [1916]). Conferências Introdutórias sobre psicanálise – Parte III: Teoria

Geral das Neuroses. Conferência XVI – Psicanálise e Psiquiatria. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 289-303.

_____. (1917b [1916]). Conferências Introdutórias sobre psicanálise – Parte III: Teoria Geral das Neuroses. Conferência XVII – O sentido dos sintomas. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 305-322.

_____. (1917c [1916]). Conferências Introdutórias sobre psicanálise – Parte III: Teoria Geral das Neuroses. Conferência XVIII – Fixação em traumas – O inconsciente In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 323-336.

_____. (1917d [1916]). Conferências Introdutórias sobre psicanálise – Parte III: Teoria Geral das Neuroses. Conferência XXVII – Transferência. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 503-521.

_____. (1917). Uma dificuldade no caminho da psicanálise In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.171-179.

_____. (1918[1914]). História de uma neurose infantil. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.119-151.

_____. (1919). O “Estranho”. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.275-318.

_____. (1920a). Para além do princípio do Prazer. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 17-85.

_____. (1920b). A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 185-212.

_____. (1921). Psicologia das massas e análise do eu. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 91-179.

_____. (1940[1922]). A cabeça de Medusa. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 329-

330.

_____. (1923a). O Ego e o Id. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 23-83.

_____. (1923b). Uma neurose demoníaca do século XVII. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 91-133.

_____. (1924a). Neurose e psicose. In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Vol. 3 (1923-1940). Rio de Janeiro: Imago, 2007, p. 95-98.

_____. (1924b). O problema econômico do masoquismo. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 199-212.

_____. (1925[1924]). As resistências à psicanálise. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 265-275.

_____. (1925). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 309-320.

_____. (1926a[1925]). Inibições, sintoma e ansiedade. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 107-201.

_____. (1926b[1925]). Psicanálise. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 301-309.

_____. (1927). O futuro de uma ilusão. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p.15-71.

_____. (1930). O mal-estar na civilização. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p. 81-171.

_____. (1931). Sexualidade Feminina. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p. 250-279.

_____. (1933[1932]). Novas Conferências Introdutórias – Sobre Psicanálise: Conferência XXXIII- Feminilidade. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 139-165.

_____. (1937a). Análise terminável e interminável. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Volume XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1975, p. 247-287.

_____. (1937b). Construções em análise. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Volume XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1975, p. 291-304.

_____. (1939). Moisés e o monoteísmo. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Volume XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1975, p. 29-258.

FROMM, E. **A crise da psicanálise** – Ensaio sobre Freud, Marx e a Psicologia Social. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.

GARCIA-ROZA. Artigos de metapsicologia, 1914-1917. In: **Introdução à metapsicologia**. v.3. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995.

HARTMANN, H. (1939). **A psicologia do ego e o problema da adaptação**. Rio de Janeiro: Biblioteca Universal Popular, 1968.

HOFFMANN, C. (2010). A bioboucle, uma questão epistemológica atual. In: **Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade**. (Orgs. Joel Birman, Isabel Fortes, Simone Perelson). Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010.

KANT, E. (1764). **Observações sobre o sentimento do belo e do sublime**; Ensaio sobre as doenças mentais. Campinas, SP: Papyrus, 1993.

KOYRÉ, A. **Do mundo fechado ao universo infinito**. Editora: Forense Universitária, 1961.

KRAEPELIN, E. (1887). The directions of psychiatric research. ("Classic Text nº 63", tradução e notas de E. J. Engstrom e M. M. Weber). In: **History of Psychiatry**, v. 16, n. 3, 2005, p. 350-364.

_____. **Clinical psychiatry**: a text book for students and physicians. New York: Macmillan Company, 1907.

_____. (1920). As formas de manifestação da insanidade. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 12, 1, 2009, p. 167-94.

LASCH, C. (1979). **A cultura do narcisismo** - a vida americana numa era de esperanças em declínio. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

_____. (1984). **O mínimo eu**: sobrevivência psíquica em tempos difíceis. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J-B.P. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MARX, K. (1867). O capital: crítica da economia política. Vol. 1. Livro Primeiro: o processo de produção do Capital. In: **Coleção Os Economistas**. São Paulo, Nova Cultural, 1988.

MEGNAN, V. **Recherches sur les centres nerveux**. Alcoolisme, folie des héréditaires dégénérés. Paris: Masson, 1893.

MOLIÈRE, J.P.. (1673). **O doente imaginário**. Belo Horizonte: Crisálida, 2002.

MORAES, T.D.; NASCIMENTO, M.L. Da norma ao risco: transformações na produção de subjetividades contemporâneas. In: **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 7, n. 1, jan./jun. 2002, p. 91-102.

MOREL, B. A. **Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives**. Paris: Bailliére, 1857.

MÜLLER, R. F. Violência, vulnerabilidade e risco na política nacional de atenção integral à saúde do homem. In: **Revista Epos**. vol.3, n. 2, jul./dez., 2012. Disponível em: <http://revistaepos.org/?p=844>. Acesso em: 2 dez. 2013.

NERI, R. O encontro entre a psicanálise e o feminino: singularidade/ diferença. In: **Feminilidades** (Org. Joel Birman). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2002, p. 13-34.

NUNES, S.A. O feminino e seus destinos: maternidade, enigma e feminilidade. In: **Feminilidades** (Org. Joel Birman). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2002, p. 35-57.

ORTEGA, F.J.G. Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral. In: **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, 2009, p.247-260. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a02v1331.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.

OVERHAGE, P. (1967). **A caminho da pós-humanidade**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1970.

PAULA, E.B.M. et al (Orgs.). **Manual para elaboração e normalização de Dissertações e Teses**. 3. ed.. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Sistema de Bibliotecas e Informação. Rio de Janeiro: SiBI, 2011. Disponível em: <http://www.sibi.ufrj.br/documentos/manual-teses-dissertacoes.pdf> . Acesso em: 15 dez. 2014.

PIGNARRE, P. **Comment la dépression est devenue une épidémie**. Paris: La Découverte, 2012.

RABINOW, P. Artificiality and enlightenment: from sociobiology to biosociality. In: **Essays on the anthropology of reason**. Princenton: Princenton University Press, 1996, p. 91-111.

REVISTA MENTE E CÉREBRO. São Paulo: Duetto Editorial, jan. 2015, nº 264.

REVISTA SCIENTIFIC AMERICAN BRASIL. São Paulo: Duetto Editorial, abr. 2014, ano 12, nº143. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/218728981/Scientific-American-Brasil-2014-04#scribd>. Acesso em: set. 2014.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A.T.A (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, IX, 3, p. 460-483. Disponível em: https://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume09/n3/classificando_as_pessoas_e_suas_perturbacoes_a_revolucao_terminologica_do_dsm_iii.pdf. Acesso em: 12 nov. 2013.

SARTI, C. A vítima como figura contemporânea. In: **Cad CRH** (Revista de Ciências Sociais editada pelo Centro de Recursos Humanos da Universidade Federal da Bahia). Salvador, v.24, n.61, pp. 51-61, jan./abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010349792011000100004&script=sci_arttext. Acesso em: 10 ago. 2014.

SENNET, R. (1988). **O declínio do homem público**: as tiranias da intimidade. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

_____. (1999). **A corrosão do caráter**: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record, 2009.

SERVAN-SCHREIBER, D. **Guérir le stress, l’anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse**. Paris: Laffont, 2003.

SIBILIA, P. **O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

SOUZA, N. S. O estrangeiro: nossa condição. In: **O estrangeiro** (Org. Caterina Koltai). São Paulo: Escuta, Fapesp, 1998.

SZASZ, T. S. **A Ética da Psicanálise**: teoria e método de psicoterapia autônoma. Rio de Janeiro: Zahar Editores, (1965).

TARANTINO, M. Como vai a saúde do seu cérebro?. In: **Revista ISTO É**. São Paulo: Editora Três, 19 nov. 2014, ano 38, nº 2347.

TUNG, T.C. A doença da inconstância. In: **Mente e Cérebro**. São Paulo, Ano XV, n.182, março, 2008, p. 44-53.

WOLFF, F. **Nossa humanidade**: de Aristóteles às Neurociências. São Paulo: Editora Unesp, 2012.