

# A CONCEPÇÃO NORMATIVA DO FUNCIONAMENTO PSÍQUICO E OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO: O CÉREBRO NA ERA DA PÓS-PSICANÁLISE\*

## THE NORMATIVE CONCEPTION OF PSYCHIC FUNCTIONING AND THE SUBJECTIVE PROCESSES: THE BRAIN IN THE POST-PSYCHOANALYSIS ERA

Natasha Mello Helsinger\*\*

**Resumo:** A crença de que as experiências subjetivas são determinadas por processos neuroquímicos está difundida no imaginário social (BIRMAN, 2014). Tendo isto em vista, o artigo analisa as *formas de subjetivação* que estão sendo forjadas pelas atuais tecnologias “PSIs”. A metodologia consiste em uma revisão bibliográfica desenvolvida em quatro etapas. Na primeira são explicitadas algumas noções trabalhadas por Foucault, como *poder*, *dispositivo* e *normalização*. Em um segundo momento, discute-se a relação entre psiquiatria e norma e a hipótese de Robert Castel sobre o “reforço da normalidade”. Um terceiro passo consiste em investigar o estatuto que o cérebro ocupa em um contexto caracterizado pela *normatividade da autonomia* e da *valorização da realização de si*, de acordo com as contribuições de Ehrenberg e Ortega. Na quarta etapa, são investigados os efeitos do paradigma neurobiológico no que concerne aos processos de subjetivação. Os resultados da discussão evidenciam que o registro do *sujeito*, como forma de subjetivação, está sendo colocado em xeque, o que contribui para a perda do poder simbólico da psicanálise. A conclusão extraída é que a configuração de uma percepção normativa sobre os fenômenos psíquicos culminou no enaltecimento do registro do *cérebro*, o que produz uma dissonância entre psicanálise e contexto contemporâneo.

**Palavras-chave:** poder; performance; neurociências; medicalização da sociedade; sujeito.

**Abstract:** The belief that the subjective experiences are determined by neurochemical processes is already in the social imaginary (BIRMAN, 2014). With this in view, the article analyses the *forms of subjectivity* being forged by current technologies “PSYs”. The methodology consists of a literature review developed in four stages. At first, some categories worked by Foucault are explained, as *power*, *dispositif* and *normalization*. In a second step, the article discusses the relationship between psychiatry and norm and the Robert Castel’s hypothesis about “normality strengthening”. A third step is investigate the status occupied by the brain in a context characterized by the *normativity of autonomy* and *enhancement of self-realization*, according to the contributions of Ehrenberg and Ortega. In the fourth stage, the effects of neurobiological paradigm with regard to subjective processes are investigated. The results of the discussions show that the subject of the record, as a form of subjectivity, is being put into question, which contributes to the loss of the symbolic power of psychoanalysis. The conclusion is: the configuration of a normative perception about the psychic phenomena resulted in the enhancement of the brain’s record, which produces a dissonance between psychoanalysis and contemporary context.

---

\* Considerando que este artigo foi uma resultante da minha pesquisa de mestrado, gostaria de expressar minha gratidão ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, ao apoio financeiro concedido pela CAPES e, sobretudo, ao meu orientador Joel Birman.

\*\* Mestre em Teoria Psicanalítica pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro do Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos (EBEP-Rio). E-mail: nathelsinger@gmail.com.

**Keywords:** power; performance; neurosciences; medicalization of society; subject.

## Introdução

O artigo circunscreve como problemática a incidência das atuais tecnologias “PSIs” (como a neuropsicologia, a psiquiatria biológica e as tecnopsicologias) nas formas de subjetivação, tendo em vista que uma percepção social, normativa e moral sobre os fenômenos psíquicos vem se configurando nos últimos 30 anos. Observaremos que uma das maiores resultantes disso foi o fato do psiquismo ter começado a ser concebido, predominantemente, como um epifenômeno do corpo biológico (BIRMAN, 2000). A partir disso, sustentaremos a ideia de que o modo de subjetivação que se tornou prevalente na pós-modernidade caminha na direção oposta à concepção de *sujeito* proposta pelo discurso freudiano (BIRMAN, 2000). Afinal, se este pensou o *sujeito* descentrado dos registros do *eu* e da consciência, os imperativos da autonomia e da *valorização da realização de si* (EHRENBERG, 2000) atribuem ao registro do *eu* uma posição privilegiada.

Primeiramente, devemos ressaltar que se a promoção do psicológico (CASTEL, 1987), a *fetichização do cérebro* (EHRENBERG, 2009) e a psicofarmacologia (BORCH-JACOBSEN, 2013) conquistaram um lugar tático-estratégico em nosso contexto, isso se deve a operadores socioculturais, econômicos e políticos. Por exemplo, ao investigar a relação entre desenvolvimento tecnológico e capitalismo, Ulrich Beck (1986/2010) sustenta a hipótese de que a modernidade teria “dado um tiro nos próprios pés”, de forma que viveríamos os efeitos colaterais do capitalismo industrial. Estes retornariam 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).

Ao analisar as mudanças que ocorreram no campo da economia, da política e do comportamento, o autor parte da premissa de que duas resultantes do processo de mundialização foram a globalização dos riscos e a fragilização das formas tradicionais de regulação da insegurança. Com isso, os indivíduos foram convocados a desenvolver um *savoir-faire* acerca dos riscos, pois na “sociedade de risco, saber lidar de tal modo biográfico e político com o medo e a insegurança se convertem numa qualificação civilizacional decisiva” (idem, p. 93).

O termo *qualificação* revela o caráter performático que caracteriza a autogestão dos riscos na era da mundialização. Esta ideia vai ao encontro da hipótese de Birman (2013), na qual ele afirma que a globalização neoliberal corroborou a instauração da insegurança e da precarização do laço social. Por exemplo, a competitividade, gerada pela precariedade do mercado de trabalho, incrementa a rivalidade social e contribui para que a performance seja erigida como critério para a manutenção dos postos de trabalho (BIRMAN, 2014). Isto é, a governabilidade neoliberal opera um controle sobre quem está dentro e quem está fora do mercado, na medida em que ela exige que o indivíduo seja um bom empresário de si mesmo (FOUCAULT, 1978-1979/2008). Tendo isto em vista, analisaremos, com Birman (2014), como a *psiquiatrização dos normais* é uma tentativa de qualificar os indivíduos, isto é, de prepará-los para lidar com os impasses gerados pela *sociedade de risco* (BECK, 1986/2010). Afinal, a noção de *mercado* triunfou sobre a ideia de *sociedade* e o *cidadão* foi substituído pela figura 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).

É importante destacar, ainda, que um dos maiores marcos da constituição da sociedade contemporânea foi a afirmação de Bill Clinton, feita em meados dos anos 1990, na qual ele enunciou que se inaugurava, naquele momento, a “década do cérebro”. Segundo Birman (2013), essa formulação coloca em evidência a relação que se estabeleceu entre a constituição histórica do neoliberalismo e o aumento do poder simbólico das neurociências, da psiquiatria biológica e da psicologia cognitiva. Considerando que este será um objeto de nossa análise, devemos esclarecer que não pretendemos realizar uma arguição sobre a legitimidade teórica e prática (BIRMAN, 1995) dos *discursos* supracitados. Pelo contrário, almejamos analisar as condições de possibilidade que colaboraram para que eles ocupassem um lugar estratégico na sociedade contemporânea, como, também, seus efeitos de subjetivação. Para isso, sustentaremos que o ponto de interseção entre tais *discursos* é o fato de eles estarem a serviço da eficiência, uma vez que oferecem, de acordo com suas especificidades, ferramentas que prometem garantir a performance e a autogestão dos riscos (CASTEL, 1987).

A exigência de performance e a gestão dos riscos apresentam-se de múltiplas formas no campo social. Por exemplo, se analisarmos sua incidência sob a ótica do *biopoder* e da *biopolítica* (FOUCAULT, 1976/1977), perceberemos que uma dessas facetas corresponde ao processo de medicalização. Para destrinchar essa questão, elucidaremos, primeiramente, como os *dispositivos de poder-saber* incidem nas *formas de subjetivação*.

### **A eficácia produtiva e as formas de subjetivação**

A investigação sobre o papel dos discursos da psiquiatria biológica, da neuropsicologia e das *tecnopsicologias* nos processos de subjetivação pressupõe a elucidação de algumas categorias, descritas por Michel Foucault, com as quais trabalharemos no presente artigo, como as noções de *discurso*, *poder*, *dispositivo* e *formas de subjetivação*. A partir disso, poderemos entender como a *experiência de subjetivação* é pensada como um entrecruzamento entre campos de saber, modos de normatividade e formas de subjetividade (FOUCAULT, 1984/1988). A explicitação desses conceitos nos possibilitará compreender, ainda, como se configurou o processo de normalização, atrelado ao poder disciplinar, como, também, a análise genealógica<sup>1</sup> de Foucault sobre a instauração dos *mecanismos de segurança*, o que será um norteador para pensarmos a gestão dos riscos na contemporaneidade.

Segundo Foucault (1979), há dois grandes sistemas de análise do poder que se opõem. O primeiro concebe o poder como algo negativo e opressor, enquanto o segundo visa analisar o poder pelo esquema da *guerra*, considerando seu caráter positivo, isto é, produtivo e inventivo. É neste segundo sistema que o autor se apoia no intuito de realizar uma analítica das relações de poder, o que envolve uma análise ascendente e capilar do mesmo. Afinal, em vez de partir de um polo central do poder e analisar seus prolongamentos a nível molecular, Foucault parte da micromecânica do poder para pensar como os processos capilares tornam-se, posteriormente, estratégias econômicas e políticas.

O exercício de poder pressupõe, em sua perspectiva, uma economia dos discursos de verdade, o que lhe permite indagar: “Em uma sociedade como a nossa, que tipo de poder é capaz de produzir discursos de verdade dotados de efeitos tão poderosos?” (FOUCAULT, 1976/1977, p. 179). Esta questão evidencia que não

podemos assumir um olhar crítico em relação a qualquer modalidade de *discurso* sem interrogarmos quais foram as condições de possibilidade para sua emergência, como, também, os efeitos de poder que são produzidos por eles. Isto remete para a hipótese de Foucault (1976/1977), na qual ele defende que os *discursos* possuem uma *eficácia produtiva*, de forma que devemos sempre questionar: “sob que formas, através de que canais, fluindo através de que discursos o poder consegue chegar às mais tênues e mais individuais das condutas”? (p. 16). O autor parte da premissa de que 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” (FOUCAULT, 1971/1996, p. 8-9). Ou seja, as estratégias discursivas devem ser pensadas em suas práticas efetivas, afinal elas incidem nas *formas de subjetivação*, noção esta que remete para a produção aleatória e relativística do que se denomina *subjetividade*.

Ao valorar a experiência da *subjetivação*, o discurso foucaultiano deslocou-se de um plano substantivo – no qual o sujeito seria pensado como universal e imutável – e privilegiou o campo da ação (BIRMAN, 2004). Desse modo, ele pôde pensar a subjetividade em termos de processualidade, indicando, com isso, que a *subjetivação* se dá em uma espécie de interseção entre as esferas do poder e do saber. Por isso, o autor investigou os *jogos de verdade* por meio dos quais o *ser* se forja, historicamente, como experiência, analisando as “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). A ideia de *jogo* remete para a noção de regra que, por sua vez, é arbitrária, de forma que é possível tanto inventar novas regras, como, também, abdicar delas a qualquer momento (BIRMAN, 2004). É pautando-se nesta premissa que Foucault (1984/1988) define a *experiência* como “a correlação, numa cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade” (p. 10). Isso não significa apenas que cada *experiência* assume formas históricas singulares, mas, também, que elas estão atreladas à formação de saberes, aos sistemas que regulam suas *práticas* e às formas pelas quais os indivíduos se reconhecem como sujeitos de tal experiência.

Para melhor compreender como as *técnicas* engendram processos de subjetivação, é importante revisitarmos a noção de *dispositivo*. Segundo Foucault (1979), o *dispositivo* é um conjunto heterogêneo constituído por uma rede composta por elementos discursivos ou não, como instituições, organizações arquitetônicas, leis e enunciados científicos. A relação que se estabelece entre tais elementos heterogêneos tem uma natureza específica, qual seja, ela pode passar por constantes mudanças. 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” (FOUCAULT, 1979, p. 244). Uma terceira característica é que a gênese do *dispositivo* é um objetivo estratégico, desse modo, ele designa um “tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência” (ibidem p. 244). Enfim, o *dispositivo* deve ser pensado como *jogos de poder e configurações de saber*: “É isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles” (ibidem, p. 246).

O *poder* e o *saber* devem ser pensados, portanto, como *dispositivos estratégicos* que gerem a vida dos indivíduos para controlá-los e utilizá-los de forma eficiente, o que significa que eles são produtores de individualidade. Para compreendermos esta hipótese de Foucault, apresentaremos sua concepção sobre o poder disciplinar. Este emergiu no século XVIII e 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 (ibidem, p. 105).

Essa nova modalidade de gestão tem dois operadores essenciais, a saber, a disciplina e o exame, que visam à individualização: “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” (FOUCAULT, 1979, p. 107).

A disciplina possui um discurso próprio que não é o do direito, mas, sim, o da norma. Isto é, as disciplinas não almejam criar um código de lei, mas, sim, da normalização: “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 delinqüentes” (ibidem, p. 145). Isto quer dizer que a quebra da lei soberana-teológica e a constituição de uma organização social horizontal foi a condição de possibilidade para a emergência das ciências humanas:

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).

Além do poder disciplinar, emergiu, na passagem do século XVIII para o século XIX, outra modalidade de poder que foi denominada de biopoder e é neste campo que sinalizaremos uma primeira inscrição da noção de *risco* no trabalho de Foucault. Nesta acepção, o *risco* está relacionado ao projeto de promoção da vida, no qual os *mecanismos de segurança* controlam a qualidade de vida da população (FOUCAULT, 1977-1978/2008). O biopoder, neste sentido, deve ser entendido como uma modalidade de 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).

A partir disso, podemos notar que o biopoder diferencia-se do poder soberano, na medida em que este “culminava no privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la” (ibidem, p. 128). Já o biopoder operou um deslocamento da questão jurídica da *morte* para a questão biológica da população: “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). O biopoder também se diferencia do poder disciplinar, pois este se dirige ao “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” (ibidem, p. 131). O biopoder, por sua vez, visa à combinatória dos corpos e o planejamento das populações, o que se inscreve em um âmbito maior, a saber, a biopolítica. Esta 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” (ibidem, p. 134). Desse modo, a biopolítica tem como correlato a bio-história, que designa “as pressões por meio das quais os movimentos da vida e os processos da história interferem entre si” (ibidem, p. 134).

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

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)

Visto isso, apresentaremos uma segunda inscrição da noção de *risco* no pensamento de Foucault que diz respeito à articulação da *periculosidade* ao campo da loucura, o que nos permitirá compreender como a psiquiatria inscreveu-se no campo social como uma instância que visava à proteção moral.

### **A psiquiatria como instância normativa: da periculosidade à eficácia**

Para melhor compreendermos a atual concepção normativa sobre os fenômenos psíquicos, devemos evidenciar como se deu a instauração do paradigma normativo na modernidade. Se na seção anterior tangenciamos esta problemática tendo como enfoque o poder disciplinar e as ciências humanas, nos voltaremos, neste momento, para a relação entre psiquiatria e norma. Para isso, analisaremos, a passagem da protopsiquiatria para a psiquiatria propriamente dita – sinalizando como ela se configurou como uma instância normativa – para, em seguida, discutirmos que tipo de normatividade caracteriza a atual psiquiatria biológica.

A passagem da protopsiquiatria para a psiquiatria propriamente dita deu-se na década de 40 do século XIX e isso implicou uma mudança importante, qual seja, o objeto do alienismo era o *alienado mental*, enquanto o da psiquiatria foi a *periculosidade* (FOUCAULT, 1974-1975/2010). A lei de 1838 foi decisiva para isto, na medida em que ela previa que a internação deveria se dar caso a alienação do



indivíduo comprometesse a segurança pública: “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 consagração da psiquiatria como uma instância de proteção social implicou, portanto, o deslocamento “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 campo da arqueologia, o deslocamento do campo do pensamento (da desrazão) para o campo da ação aparece da seguinte maneira: o louco, agora mais caracterizado pela desobediência do que pelo delírio, não sabe fazer um *bom uso da liberdade* (FOUCAULT, 1961/1972). No campo da genealogia, Foucault (1973-1974/2006) aponta para o anseio do louco ocupar o lugar da exceção soberana, de forma que caberia ao hospital psiquiátrico, como um espaço disciplinar, “cortar a cabeça do rei” por meio do tratamento moral. Em seu curso “Os Anormais”, essa questão foi abordada através da ideia de *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 (FOUCAULT, 1974-1975/2010, p. 118).

Foi nesse contexto que a monomania homicida passou a ser o indicador do que estaria no cerne da loucura, a saber, a instintividade involuntária. Os psiquiatras “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). No entanto, não foi possível comprovar esse índice de periculosidade através dos critérios da anatomopatologia, o que representou um impasse para a psiquiatria. Nas palavras de Castel (1987), a “impotência da psiquiatria, mesmo a mais positivista, a objetivar completamente a periculosidade foi uma cruz particularmente pesada de carregar” (p. 127). O autor relembra, ainda, que a periculosidade era imputada ao doente mental, mas só era possível confirmá-la se ele fosse ao ato. A partir disso, Castel (1987) diferencia as técnicas disciplinares das novas políticas preventivas, indicando que os fatores e correlações estatísticas substituíram a noção de *indivíduo*:

o modo de vigilância promovido por essas políticas preventivas é totalmente novo em relação ao das técnicas disciplinares [...] As novas políticas preventivas [...] tratam, num primeiro tempo, pelo menos, não são indivíduos, mas fatores, correlações estatísticas (CASTEL, 1987, p. 126).

Esta distinção está na matriz de sua hipótese de que, a partir dos anos 1980, desenvolveu-se uma nova modalidade de gestão do social ancorada no trabalho de “reforço da normalidade”. Isso implicou a dissolução das fronteiras que demarcavam os campos do *normal*, do *anormal* e do *patológico*, e para destrinchar essa ideia, devemos lembrar que tais categorias constituíram o horizonte epistemológico da modernidade (BIRMAN, 2014). Isto é, o paradigma constituído pelo *normal*, *anormal* e *patológico* não apenas sustentou a medicalização do social, como, também, funcionou como um modelo para a constituição dos *discursos* das ciências humanas:

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).

Pretendia-se, com esse paradigma, retificar as anomalias em nome da qualidade de vida da população, isto é, operar uma “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).

É preciso ressaltar que a noção de normalidade supunha o domínio da razão sobre as paixões que, por sua vez, se inseriam no registro da *animalidade*. Isto é, para que a razão triunfasse, dever-se-ia “domesticar” as paixões. Esta ideia teve como pano de fundo o *evolucionismo*, que foi a base científica que inseriu o ciclo vital no paradigma biológico, possibilitando, assim, que o campo das anomalias fosse distribuído em critérios de evolução e involução (BIRMAN, 2007). Foi nesse contexto que emergiu o conceito de *degeneração* que 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). A *degeneração* estava atrelada às práticas eugênicas, o que significa que o

dispositivo da hereditariedade-degeneração não pode ser pensado na exterioridade do projeto do biopoder:

O eugenismo e o racismo foram então engendrados no campo desse projeto [...] pretendendo a purificação dos degenerados e a transformação dos anormais. [...] 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).

Visto isso, podemos retomar a hipótese de que o vetor composto pelas categorias de *normal*, *anormal* e *patológico* foi, a partir de 1980, substituído por um trabalho de “reforço da normalidade”. Para desenvolvê-la, Castel (1987) afirma que, apesar das especificidades, tanto a terapia comportamental como a psiquiatria biológica estão a serviço da performance. A primeira porque 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 [...]. Já estamos na esfera da ‘terapia para os normais’” (CASTEL, 1987, p. 98). Em relação à atual nosografia psiquiátrica, o autor defende que ela está mais voltada para a constituição de um domínio de desigualdades que visa detectar as inferioridades.

Afirmar que o trabalho de “reforço da normalidade” tornou-se preeminente não significa dizer que o projeto de correção dos desvios não está mais em pauta, mas, sim, que ele vem acompanhado pela promoção do psicológico. Isso se dá pela manipulação do capital humano e pela administração de *handicapes*,<sup>2</sup> o que 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” (CASTEL, 1987, p. 106). Afinal, ainda que a psiquiatria tenha aproximado o louco da violência, esta não se identificava com a noção de deficiência, pois o “que se esconde atrás da deficiência não é a irrupção do patológico, mas o reino da desigualdade” (ibidem, p. 106).

É importante sublinhar que Castel (1987) entende tais 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” (p. 179). Outro caminho teórico para se pensar uma “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 o indivíduo ocupava na massa) e pelas palavras de ordem. Já a *sociedade de controle* é centrada nas cifras (senha), os indivíduos tornaram-se “dividuais” e as massas foram transformadas em amostras. 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). Isto é, a crise das instituições fez com que o controle se dirigisse para a *modulação* dos movimentos. Por exemplo: “Nos regimes dos hospitais: a nova medicina ‘sem médico nem doente’, que resgata doentes potenciais e sujeitos a 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, pois isso implicaria outro objeto de estudo. Ademais, na perspectiva que estamos trabalhando, a *psiquiatrização da normalidade* (BIRMAN, 2014) não pressupõe essa transição, se considerarmos a normatividade e o caráter positivo do poder. Até porque, como discutimos na primeira seção, a constituição do poder disciplinar pressupõe a elaboração de um sistema de normas, portanto, não podemos restringi-lo às instituições. Isto é, o poder disciplinar tem um caráter positivo importante, não só por prescrever comportamentos pautados em uma sanidade estabelecida e difundida como norma, mas, também, por ser extremamente inventivo, uma vez que produz efeitos de subjetivação.

Um segundo ponto importante é que, na modernidade, a transição do ideário da *salvação* para o ideário da *saúde* fez com que os *discursos* normalizadores, como o da psiquiatria, se apropriassem da dimensão moral, forjando, assim, normas de regulação do laço social (BIRMAN e HOFFMANN, 2013). Nesse sentido, podemos considerar que a psicofarmacologia funciona como uma gestão de riscos

da loucura que se dá fora do hospital psiquiátrico, o que não retira seu caráter normativo. Pelo contrário, o medicamento pode funcionar como uma “camisa de força bioquímica” que modula as intensidades para colocá-las a serviço da norma.

O que estamos tentando sustentar é que mesmo que as instituições tenham sido parcialmente dissolvidas, o quadro normativo permanece, por isso, estamos insistindo na coadunação entre a *anátomo-política do corpo humano* e a *biopolítica da população*. Portanto, em vez de defendermos uma *descontinuidade* entre uma ordem disciplinar e uma ordem pós-disciplinar (CASTEL, 1987), devemos considerar um *upgrade*<sup>3</sup> das antigas biopolíticas:

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 a 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).

Esse é um ponto nodal, pois as ferramentas direcionadas à sujeição da vida encontram sua legitimidade em *discursos* que incidem nos processos de subjetivação. E, para analisarmos essa questão à luz de nossa problemática, veremos como o paradigma neurobiológico coaduna-se à “norma da normalidade performática”.

### **O cérebro como ator social: uma concepção normativa sobre os fenômenos psíquicos**

Depois de analisado como o trabalho de “reforço da normalidade” é empreendido pela psiquiatria biológica e pela psicologia cognitivo-comportamental (CASTEL, 1987), devemos discutir como ele se articula ao campo das neurociências. A partir disso, poderemos analisar de que maneiras o paradigma neurobiológico está contribuindo para a configuração de uma percepção social, normativa e moral sobre as formas de ser, pensar e agir dos indivíduos. Além disso, procuraremos elucidar algumas características do atual cenário sociocultural que contribuíram para que as neurociências conquistassem uma notoriedade científica e social, tendo em vista

que “a midiatização obtida pelas neurociências é indubitável e o cérebro se tornou uma personagem da imaginação contemporânea” (EHRENBERG, 2009, p. 200).

Como relembra Ehrenberg (2009), 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. Em sua hipótese, é essa grande divisão que o “programa forte”<sup>4</sup> das neurociências está colocando em questão, na medida em que ele objetiva tratar as psicopatologias mentais através de uma abordagem neuropatológica. Com isso, diversas experiências afetivas, emocionais e intelectuais passaram a ser interpretadas através dos processos cerebrais. Por exemplo, a noção de “incapacidade social” começou a ser vinculada ao registro do cérebro, como ocorre com os “Aspergers”. Apesar de possuírem um QI dentro da média, os portadores são considerados “socialmente deficientes”, mas 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” (ibidem, p. 202).

Por conta do novo estatuto que foi atribuído ao cérebro, começaram a se desenvolver uma série de práticas neuróbicas<sup>5</sup> e programas de *fitness cerebral*<sup>6</sup> que prometem promover a saúde, a longevidade e a performance cerebral, o que está na base do *neurobusiness*<sup>7</sup> (ORTEGA, 2009). O check-up cerebral, os *neurogames*<sup>8</sup> e os centros de memória estão pautados na ideia de que as práticas cerebrais previnem futuras deficiências. Por isso, elas não atraem apenas idosos, mas, também, jovens que almejam preservar e melhorar sua performance cerebral (TARANTINO, 2014). Vale ressaltar que isso se inscreve no ideário da *saúde*, pois a ideia que está em pauta é que o cérebro deve ser cuidado da mesma forma que o corpo. 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 sociocultural onde o corpo tornou-se um *bem supremo*, contrariamente à tradição cristã na qual a alma ocupava esse lugar. Em sua perspectiva, a precarização da experiência social foi o fator determinante para isso, pois, na ausência de laços sociais consistentes, o corpo tornou-se o único recurso de sobrevivência dos indivíduos. É nesse sentido que

Ortega (2009) defende que mesmo que as promessas neuroascéticas<sup>9</sup> produzam modalidades de coletividade ancoradas no cérebro, como as *neurocomunidades*,<sup>10</sup> elas tendem, em última instância, para a dissolução da alteridade. Afinal, o que está em jogo é a promoção da *glorificação do eu* (BIRMAN, 2000) e, nesse sentido, podemos dizer que a *neurosociabilidade*<sup>11</sup> não só incrementa a precarização do laço social, mas, também, é um signo dela. Talvez seja por isso que as categorias de “poupança cognitiva” e de “patrimônio cognitivo”<sup>12</sup> apareçam com tamanha frequência nos dispositivos midiáticos: nossa performance corporal funciona como um reserva financeira e, por isso, deve ser, permanentemente, cuidada.

Do ponto de vista genealógico, a autoajuda cerebral é um correlato do estatuto que a autoajuda ganhou na governamentalidade neoliberal, haja vista que esta incentiva a autogestão como uma estratégia de competitividade (ORTEGA, 2009). A hipótese de Ehrenberg (2009) vai ao encontro dessa ideia, na medida em que ela sinaliza que o sucesso das neurociências se deve à forma pela qual elas respondem aos impasses gerados pelo imperativo de autonomia. Afinal, o discurso neurocientífico não só consola aqueles que têm dificuldade de lidar com essa exigência, como, também, desperta “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). Está se configurando, com isso, a crença de que é possível melhorar o desempenho social por meio de técnicas que prometem “reprogramar o cérebro emocional, aumentando suas capacidades [...]. As aptidões que derivam desse princípio ‘são os fundamentos do domínio de si e do êxito social’” (ibidem, p. 201).

Ainda na perspectiva de Ehrenberg (2000), os indivíduos, na sociedade contemporânea, foram convocados a se tornar responsáveis pelo próprio sucesso e fracasso, o que propulsiona, muitas vezes, a sensação de *insuficiência*. Esta aponta para “um processo de desnarcização dos indivíduos, resultante da mácula da vergonha que incidiu violentamente sobre as suas identidades sociais” (BIRMAN, 2014, p. 32). Afinal, na medida em que o indivíduo não consegue alcançar a performance, ele é acometido pela sensação de impotência: “O sentimento de segurança psíquica se esvazia de maneira flagrante [...] É a potencialidade de ser que é assim atingida no seu âmago” (BIRMAN, 2012, p. 117). Desse modo,

enquanto a subjetividade *fora-de-si* é valorada no campo social, por ser performática, 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). Nesse sentido, o estatuto da *deficiência*, na atual abordagem médico-psicológica, não pode ser pensado na exterioridade da *valorização da realização de si* que se tornou uma exigência normativa na contemporaneidade (EHRENBERG, 2009). Afinal, a psicopatologia pós-moderna encontra seu alvo justamente naqueles indivíduos que não conseguem alcançar a *exaltação de si mesmo* e que são vistos como fracassados, como é o caso dos “deprimidos” e dos “panicados” (BIRMAN, 2000). Estes, muitas vezes, são conduzidos ao uso sistemático de drogas (sobretudo, psicofarmacológicas) como uma tentativa de acessar o mundo da performance e se tornar uma *microempresa* (FOUCAULT, 1978-1979/2008). O que está em pauta é que a performance, como forma de subjetivação, tornou-se uma exigência social:

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 (BIRMAN, 2014, p. 31).

A partir disso, percebemos que o trinômio droga, performance e *psiquiatrização da existência* visa à “promoção da performance do sujeito, pela psiquiatrização ostensiva da normalidade” (ibidem, p. 36). Evidentemente, isso contribui para o aumento da incidência de portadores de transtornos mentais, por exemplo: estima-se que a taxa de depressão foi multiplicada por sete na França, entre 1970 e 1996; que, entre 1994 e 2002, a taxa do transtorno bipolar infantil aumentou 4000%; e que a fobia social passou a incidir em uma em cada oito pessoas (BORCH-JACOBSEN, 2013).

Paralelamente, o consumo dos psicofármacos também cresce bastante, por exemplo, em 1994, na Grã-Bretanha, onde 6.000 prescrições foram fornecidas para o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), e em 2003, esse número subiu para 345.000 (BORCH-JACOBSEN, 2013). Segundo Ortega e colaboradores (2010), a associação que se estabeleceu entre o diagnóstico do TDAH e a ritalina, ao longo dos anos 1980 e 1990, propiciou tanto a extensão dos critérios diagnósticos, como, também, o aumento do número das prescrições do



metilfenidato (substância utilizada no tratamento do TDAH). Uma ilustração disso é que nos Estados Unidos, entre março de 2002 e junho de 2005, o número de prescrições fornecidas para maiores de 18 anos cresceu 90%. Os pesquisadores sublinham que esse aumento ocorreu mesmo que uma série de instâncias tenha advertido sobre a ausência de comprovação sobre a causalidade do TDAH. Por exemplo, o Instituto Nacional de Saúde Americano (National Institutes of Health – NIH) publicou um documento, em 1998, que afirmava a impossibilidade de se comprovar a etiologia orgânica e cerebral do transtorno em questão. Ainda de acordo com os pesquisadores, o aumento do consumo do metilfenidato acompanhou a intensificação de sua produção em escala mundial; por exemplo, entre 1990 e 2006, houve um crescimento de mais de 1200% na fabricação da substância. O relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), realizado em 2008, revelou que a produção do metilfenidato chegou a aproximadamente 38 toneladas, em 2006, sendo 34,6 produzidas pelos EUA (ORTEGA et al., 2010).

Em relação ao panorama brasileiro, dados fornecidos pelo “Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade” indicam que foram vendidos, no ano 2000, 70.000 caixas de medicamentos cuja base era o metilfenidato e, em 2010, esse número subiu para dois milhões.<sup>13</sup> Isto é, no Brasil, o uso da substância também vem se intensificando, de forma que, em 2000, o consumo nacional foi de 23 kg e, em 2006, a produção nacional já fabricava 226 kg de metilfenidato e importava mais 91 kg (ORTEGA et al., 2010).

O que importa para nossa discussão é que, ao pesquisar as representações sociais da ritalina no Brasil, entre 1998 e 2008, Ortega e colaboradores (2010) observaram que o uso da substância não se restringe mais ao tratamento de patologias da atenção. Afinal, ela passou a ser consumida por pessoas saudáveis que almejam melhorar suas funções cognitivas: “A disseminação do uso da medicação altera os estados de atenção e concentração, melhorando a performance dessas funções e criando novos padrões de normalidade dessa função cognitiva” (ORTEGA et al., 2010, p. 507).

A partir disso, podemos concluir que tanto as técnicas comportamentais e cerebrais como os psicofármacos são utilizados como recursos para melhorar a performance e transformar o *eu* em uma majestade a ser iluminada na cena social

(BIRMAN, 2000). É nesse sentido que Ehrenberg (2009) defende que a “totemização” da personalidade tem como correlato material o cérebro, o que aponta para uma nova forma de subjetivação ancorada no registro neuroquímico. A questão que nos interroga é: como esse conjunto de elementos contribui para a perda do poder simbólico da psicanálise?

### **O predicado sem sujeito como a sentença da psicanálise e considerações finais**

Observamos que o estabelecimento da sociedade de mercado fez com que o *risco* se impusesse de forma tão eloquente ao ponto de instaurar a insegurança social (BIRMAN, 2013a). Desse modo, os psicofármacos tornaram-se os instrumentos por meio dos quais a psiquiatria biológica psiquiatiza “os indivíduos normais para torná-los performáticos, para enfrentar então os desafios colocados pela sociedade de risco na atualidade” (BIRMAN, 2014, p. 36). A partir disso, foi possível constatar 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).

Acompanhamos, também, como esses elementos conjugam-se ao processo de psiquiatrização, que se pautou, por um lado, na neurobiologia e na psicofarmacologia e, por outro, na expansão da psicologia cognitiva, *discursos* que portam uma notoriedade científica no contexto neoliberal. Uma nova questão que se apresenta, nesse momento, é que o ponto de interseção entre essas duas tendências diz respeito, segundo Birman (2014), à concepção que elas assumem a respeito da subjetividade, na medida em que, ao direcionarem o enfoque para o registro do comportamento, retiram dela o registro do *sujeito*.

Antes de desenvolvermos esta questão, é preciso esclarecer que quando nos referimos ao silenciamento do registro do *sujeito*, estamos considerando que este é

caracterizado por uma perspectiva histórica e simbólica que transcende os parâmetros biológicos e comportamentais. Isto implica pensarmos o sujeito para além de qualquer universalidade ou, em outras palavras, o *sujeito* em sua singularidade. No que concerne à concepção psicanalítica, trata-se do *sujeito da finitude*, que é marcado pelo erotismo, pelo corpo erógeno e pela experiência pulsional (BIRMAN, 2001). Para sustentarmos essa formulação, devemos enfatizar, ainda que brevemente, que a psicanálise é um discurso fundado no inconsciente e que, por isso, o trabalho de análise foi pensado pelo registro da linguagem.

Em “A interpretação das afasias”, Freud (1891/1977) lançou a hipótese do aparelho de linguagem atravessado por intensidades, e em seu trabalho intitulado “Tratamento psíquico” (1905c/1989), o autor indicou que o trabalho analítico não se daria pelo campo da *consciência* nem do *eu*, mas, sim, da *memória* e da *linguagem*. Desse modo, esses dois textos 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). Isto é, Freud voltou-se para a experiência do sujeito:

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).

Além da linguagem, o autor positivou os sintomas, diferente dos psiquiatras que, “mesmo que interessados nos fenômenos mentais, almejaram 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). Enquanto que para os leigos, o sintoma seria a essência de uma doença e, para curá-la, se deveria removê-lo, para a medicina moderna, sinaliza Freud (1917a[1916]/1976), haveria uma distinção entre sintoma e doença, de forma que eliminar o primeiro não levaria à cura da doença. O autor convida-nos a aceitar a primeira concepção, defendendo que a doença só poderia ser curada se o sintoma fosse decifrado. Afinal, este é concebido como uma *solução de compromisso* entre

os desejos sexuais inconscientes e as forças que tentam suprimi-lo, o que significa que 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, (1917a[1916])/1976, p. 305).

Ao se fundar no inconsciente, o discurso freudiano revelou que a condição do sujeito é eminentemente descentrada. Isso fica claro, por exemplo, quando a psicanálise é indicada como o terceiro golpe dado ao amor-próprio dos homens, justamente por ter provado “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, 1917b [1916]/1976, p. 336). A ideia de descentramento também se apresenta pelo fato de o sujeito ser atravessado pelo registro da alteridade, por ele estar inscrito na tradição da finitude (BIRMAN, 2000), e, ainda, por sua condição desamparada, pois “não há mais um pai que possa salvar o sujeito dessa situação trágica” (BIRMAN, 2002, p. 56).

Depois de explicitada a concepção de *sujeito* com a qual estamos trabalhando, podemos retomar a discussão sobre o esvaziamento do registro do *sujeito* como uma resultante do lugar ocupado pelas novas tecnologias “PSIs” no cenário contemporâneo. No campo de problematização que estamos traçando, esses elementos estão sendo pensados em articulação ao imperativo de autonomia que coloca o registro do *eu* em evidência (BIRMAN, 2000) como, também, à decomposição que se faz do sujeito em termos de *fatores*, como bioquímicos e comportamentais. 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 decomposição do sujeito se dá, ainda, 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). É neste sentido que Castel (1987) defende que, a partir da metade dos anos 1960, entramos na pós-psicanálise: “A pós-psicanálise não é o fim da psicanálise,

mas o fim do controle pela psicanálise do processo de difusão da cultura psicológica na sociedade” (p. 133).

A cultura psicológica não se identifica, de forma exclusiva, com o campo da psicologia, pois o que a caracteriza, fundamentalmente, é a instrumentalização empreendida sobre o material humano. Desse modo, a psiquiatria biológica e as neurociências também contribuem de forma decisiva para a constituição dessa cultura psicológica que, por sua vez, tem a exigência de performance e de autonomia como seus operadores centrais:

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).

Cria-se, dessa forma, uma concepção do homem pela qual ele mesmo se percebe como detentor de um capital, o que condiz com o fato de estarmos diante de uma “postura cultural que tende a fazer da instalação na psicologia a consumação da vocação da pessoa social” (CASTEL, 1987, p. 133).

Ora, a partir disso, é possível depreender que a promoção do psicológico e o projeto “forte” das neurociências, apesar de suas especificidades, caminham na mesma direção. Pois, como indicou Ehrenberg (2009), o investimento no *self* tem o processo de “fetichização” do cérebro como seu correlato. A mensagem que está se transmitindo, portanto, é que o registro cerebral é mais determinante do que a experiência psíquica do sujeito e uma ilustração paradigmática disso diz respeito à violência. Segundo Birman (2013a), o campo da periculosidade ampliou-se no Estado neoliberal e os profissionais das ciências humanas, como colaboradores do Estado-penal, tendem a ler as expressões de agressividade por um viés comportamentalista. 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” (BIRMAN, 2013a, p. 22).

A gestão da criminalidade por intervenções preventivas desenvolveu-se na década de 1970, quando as inovações tecnológicas possibilitaram a realização de pesquisas estatísticas (DIETER, 2013). Consolidou-se, a partir disso, a ideia de que era possível prever o *perfil de risco* para carreiras criminosas, analisando-se certos

fatores, como comportamento antissocial e baixo rendimento escolar. Isso aponta para uma concepção comportamentalista da violência que se ancora, muitas vezes, no registro biológico. Por exemplo, recentemente, a revista *Grandes Temas do Conhecimento-Psicologia* (2014) erigiu a psicopatia como assunto central, discutindo 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 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). Este é um signo de que a responsabilidade ética está sendo colocada em xeque, pois o triunfo das explicações deterministas evidencia que o sujeito não precisa mais se implicar em suas ações e desejos. Não pretendemos fazer um julgamento moral sobre a “responsabilidade cerebral”, mais importante do que isso é atentarmos para o “contexto que permite empregar tal linguagem de justificativa da ação” (EHRENBERG, 2009, p. 206). Ou seja, trata-se de indagar por que o cérebro passou a responder por tudo 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).

O programa “forte” das neurociências já transcendeu os laboratórios e difundiu-se no campo social (EHRENBERG, 2009), o que é um ameaçador retorno do cientificismo e do naturalismo (BIRMAN, 2010). Pois tudo se passa como se o *bom uso da liberdade* (FOUCAULT, 1961/1972) estivesse sendo reduzido a fatores cerebrais, uma vez que 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).

A problemática que se delineia é de ordem ética, pois há todo um incentivo para que as subjetividades justifiquem suas formas de ser e de agir através de uma

linguagem neuroquímica, o que contribui para a consolidação de uma concepção normativa acerca dos fenômenos psíquicos. Já o registro ético implica que o sujeito da singularidade assuma uma posição frente ao código moral dos valores e, com isso, revele sua liberdade e responsabilidade. E é exatamente isso que se torna impossível quando se opera uma naturalização da condição humana:

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).

É nesse sentido que estamos tentando sustentar a ideia de que a crise da psicanálise é um signo de que as experiências histórica e simbólica do sujeito estão sendo eclipsadas. Pois mesmo que fundada no inconsciente, a psicanálise valoriza a implicação do sujeito, defendendo que este precisa se defrontar com seus próprios desejos e sofrimentos. Isso fica claro quando Freud afirma que o paciente deve se tornar responsável por sua enfermidade em vez de tentar 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).

Estamos diante, portanto, de um impasse ético, pois, diferente da concepção neurobiológica, a psicanálise supõe um *sujeito do inconsciente* que, por sua vez, deve se implicar em sua experiência pulsional e desejante (BIRMAN, 2010). A problemática acentua-se na medida em que vivemos em um contexto sociocultural que impulsiona as subjetividades a conferirem ao cérebro o poder de suas ações (EHRENBERG, 2009), o que constitui uma espécie de dissonância entre contexto pós-moderno e psicanálise. Sendo assim, não é por acaso que, a partir da segunda metade da década de 1970, entramos na era da pós-psiquiatria e da 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).

Vale sublinhar que a crise da psiquiatria refere-se ao fato de a psiquiatria clássica ter se submetido aos cânones das neurociências, tornando-se, portanto, biológica. No que concerne a isso, Ehrenberg (2009) relembra-nos que os estudos que almejavam aproximar as patologias mentais das somáticas proliferaram a partir de 1980. Nesse contexto, as neurociências empreenderam seus esforços para coadunar os registros mental, social e cerebral, o que implicou a expansão do seu escopo de pesquisa para o campo das emoções, sentimentos e comportamentos. E foi apoiando-se nas neurociências e na neurobiologia molecular que a psiquiatria tornou-se biológica, conseguindo, assim, se inscrever na *Big Science* e obter uma eficácia social. Com isso, ela se autonomizou da psicanálise (BIRMAN, 2000), o que culminou na exclusão do referencial psicanalítico do sistema nosográfico norte-americano, em 1980, quando se elaborou o DSM-III. Dois exemplos disso são: o desaparecimento da categoria de *neurose* em sua revisão (DSM-III-R, 1987) e a mudança do estatuto da psicanálise em relação ao tratamento da depressão.

O termo *depressão* 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 dessa patologia. O período entre 1977-1984 foi marcado pelas primeiras dissidências entre psiquiatria e psicanálise, o que coincidiu com o desenvolvimento dos antidepressivos tricíclicos. Entre 1985-1992, tornou-se prevalente a ideia de que a depressão era causada por neurotransmissores, o que já sinalizava um aumento do domínio da psiquiatria em detrimento da psicanálise. O argumento biológico foi ainda mais acentuado entre 1993-2000, quando a seguinte tese começou a prevalecer: a causa da depressão é o déficit de serotonina que, por sua vez, pode ser compensado pelos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs).

O que devemos sublinhar é que se a psiquiatria pautou-se, tradicionalmente, na categoria de *sintoma*, quando ela passou a se sustentar nas neurociências e na psicofarmacologia, o sintoma e o diálogo com o paciente perderam relevância em nome dos aspectos neurobiológicos, como as sinapses inadequadas e as deficiências neuroquímicas (CAPONI, 2011). Como relembra Castel (1987), a



descoberta dos neurolépticos, em 1952, foi um dos maiores acontecimentos da história da psiquiatria e, nesse contexto, a fala do paciente era contemplada, pois os medicamentos agiam de forma “cega”. Mas com as atuais pesquisas que visam conhecer o modo de ação dos medicamentos no cérebro (o que é facilitado pela câmara de pósiton), os psicofármacos ganharam maior relevância do que a escuta clínica.<sup>14</sup> O silenciamento da narrativa aponta para a exclusão dos elementos subjetivos dos pacientes, o que, segundo Caponi (2011), já se apresentava desde Kraepelin (1920/2009). Este acreditava que a fala do paciente poderia produzir enganos sobre seu estado, por isso, seria mais aconselhável a busca pelos 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 tentativa de se estabelecer uma classificação das doenças mentais com base em argumentos endógenos, hereditários e cerebrais marca, então, a linha de continuidade entre os teóricos da degeneração, Kraepelin e os ditos “neokraepelinianos” (CAPONI, 2011).<sup>15</sup>

Ademais, segundo Birman (2014), a psiquiatria contemporânea vem reproduzindo a retórica da medicina somática que, a partir da década de 1960, erigiu a categoria de *síndrome* (centrada na relação entre os sintomas e sinais) em detrimento da noção de *enfermidade*. E 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). Uma consequência disso foi a configuração de um quadro meramente funcional das perturbações psíquicas, o que fez com que o discurso fosse “colocado de lado, na relação médico-paciente e psiquiatria-paciente, em prol da eficácia bioquímica dos medicamentos psicotrópicos” (BIRMAN, 2012, p. 80).

Nesse sentido, podemos afirmar que o deslocamento da noção de *enfermidade* para a noção de *deficiência* contribui para a perda do poder simbólico da psicanálise, uma vez que o trabalho com a “deficiência” é pensado em termos de “melhora de performances, mais do que em termos de tratamento, e ainda menos de escuta [...] de atenção ao sofrimento psíquico” (CASTEL, 1987, p. 106). Isso significa que a *deficiência* coloca o registro do *sujeito* em questão, na medida em que a

“deficiência naturaliza ao mesmo tempo a história da pessoa, fazendo de sua falta um déficit” (ibidem, p. 106). Dito de outro modo, o que está em pauta é que a exclusão da linguagem revela um “despojamento progressivo do registro do sujeito, o que teve como contrapartida o incremento do registro do comportamento” (BIRMAN, 2014, p. 33).

Uma conclusão disso é que a psiquiatria biológica, ao conceber o psiquismo como um epifenômeno do corpo biológico (BIRMAN, 2014), corrobora com a crença de que o cérebro determina as especificidades do ser social. Não é por acaso, portanto, que a maioria das pesquisas que visam investigar a incidência dos psicofármacos no tratamento de determinados transtornos mentais é pautada em premissas exclusivamente biológicas, de forma que os registros simbólico e pulsional do sujeito são ignorados (BIRMAN, 2000). É importante ressaltar que isso vem acompanhado pela tentativa de se provar que as patologias mentais podem ser tratadas da mesma forma que as patologias orgânicas. Afinal, diversas pesquisas tentam definir 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).

Nesse sentido, outro elemento que contribui para a perda do poder simbólico da psicanálise (BIRMAN, 2000) é a promessa de cura anunciada pelas tecnologias “PSIs”. Isto está ligado à exigência de eficácia dos tratamentos, o que, na perspectiva de Borch-Jacobsen (2013), está no cerne da “guerra dos PSIs”. Afinal, o critério de eficácia é legitimado pela mensurabilidade dos resultados, o que coloca algumas práticas em um lugar desvantajoso. Isso ocorre, sobretudo, com a psicanálise, na medida em que esta não pretende quantificar seus efeitos terapêuticos:

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 mensurar 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 nesse sentido que Castel (1987) afirma que a era da pós-psicanálise não se constitui apenas pelo fato da *performance* ser mais valorada do que a escuta do sofrimento psíquico, mas, também, porque a psicanálise não consegue responder às demandas geradas pelas exigências sociais da performance. Já as *psicotecnologias* conseguem, uma vez que 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). Ou seja, não é apenas o *sujeito* que está sendo silenciado, mas, também, os campos de saber que o valoram, sobretudo, a psicanálise. Esta vem se afogando na cultura psicológica e “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” (ibidem, p. 133).

A partir dessa discussão, podemos concluir que uma percepção social, normativa e moral sobre os fenômenos psíquicos está se desenvolvendo no contexto contemporâneo e uma das resultantes cruciais disso é que o *sujeito*, como uma experiência de subjetivação, está sendo colocado em xeque em nome da homogeneização maciça que se opera sobre ele.

### **Referências bibliográficas**

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3. ed. 1980.
- BECK, U. (1986). *Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade*. São Paulo: Ed. 34, 2010.
- BIRMAN, J. 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.
- \_\_\_\_\_. A racionalidade do tempo nos impasses do sujeito – Sobre a perversão, o poder e a temporalidade (prefácio). In: HELSINGER, L. A. *O tempo do gozo e a gozação: a temporalidade na perversão*: Freud, Lacan, Sade, Genet. Rio de Janeiro: Revan, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
- \_\_\_\_\_. O cuidado de si no futuro da psicanálise. In: ALONSO, A. e ARAUJO, R. (Orgs.). *O futuro da psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.
- \_\_\_\_\_. 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.
- \_\_\_\_\_. Discurso freudiano e medicina. In: BIRMAN, J.; FORTES, I.; PERELSON, S. (Orgs.). *Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010.
- \_\_\_\_\_. *O Sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.
- \_\_\_\_\_. Subjetivações e risco na atualidade. *Revista Epos*, vol. 4, n. 1, jan.-jun. 2013a. Disponível em: <http://revistaepos.org/?p=934>. Acesso em: 02 dez. 2013.

- \_\_\_\_\_. A fragmentação infinita do corpo. In: FREIRE, A. B. (Org.). *O corpo e suas vicissitudes*. Rio de Janeiro: 7letras, 2013b, p. 17-32.
- \_\_\_\_\_.; HOFFMAN, C. Le sujet em excès dans la biopolitique. *Topique*, nº 123, p. 101-108, 2013/2.
- \_\_\_\_\_. Drogas, Performance e Psiquiatrização. *Ágora: estudos em teoria psicanalítica*. Rio de Janeiro: Pós-graduação em Teoria Psicanalítica IP/UFRJ, vol. XVII, número especial, p. 23-37, ago. 2014.
- BORCH-JACOBSEN, M. *La fabrique des folies*. De la psychanalyse au psychopharmarking. Auxerre: Éditions Sciences Humaines, 2013.
- CAPONI, S. Da herança à localização cerebral: sobre o determinismo biológico de condutas indesejadas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 17, n. 2, 2007. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a08.pdf). Acesso em: 11 nov. 2014.
- \_\_\_\_\_. As classificações psiquiátricas e a herança mórbida. *Scientiae Studia*. São Paulo, vol. 9, n. 1, 2011. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-31662011000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662011000100003). Acesso em: 10 nov. 2014.
- CASTEL, R. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
- DAVOGLIO, T. R. Psicopatia na Infância – é possível identificar traços psicopáticos antes da idade adulta?. *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. *Revista Epos*, vol. 4, n. 1. jan./jun. 2013. Disponível em: <http://revistaepos.org/?p=972>. Acesso em: 2 dez. 2013.
- EHRENBERG, A. *La fatiga de ser uno mismo – depresión y sociedade*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión SAIC, 2000.
- \_\_\_\_\_. O sujeito cerebral. *Psicologia Clínica*, v. 21, n. 1, p. 187-213, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652009000](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652009000). Acesso em: 6 jul. 2014.
- FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br>. Acesso em: 10 jul. 2014.
- FOUCAULT, M. (1961). *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972
- \_\_\_\_\_. (1971). *A ordem do discurso*. Aula inaugural no Collège de France. São Paulo: Edições Loyola, 1996.
- \_\_\_\_\_. (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.
- \_\_\_\_\_. (1976). *A história da sexualidade I – a vontade de saber*. Rio de Janeiro, Edições do Graal, 1977.
- \_\_\_\_\_. (1977-78). *Segurança, território, população: curso no Collège de France*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- \_\_\_\_\_. (1978-1979). *Nascimento da biopolítica: curso no Collège de France*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- \_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FREUD, S. (1891). *A Interpretação das afasias*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- \_\_\_\_\_. (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, 1976, p. 311-369.
- \_\_\_\_\_. (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.
- \_\_\_\_\_. (1917a [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.
- \_\_\_\_\_. (1917b[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. 305-322.
- KRAEPELIN, E. (1920). As formas de manifestação da insanidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12, 1, p. 167-94, 2009.

- ORTEGA, F. J. G. Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, p. 247-260, 2009a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a02v1331.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.
- \_\_\_\_\_. Elementos para uma história da neuroascese. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 621-640, jul.-set. 2009b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n3/03.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2015.
- \_\_\_\_\_. et al. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 14, n. 34, p. 499-510, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop1510.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2015.
- SENNET, R. (1999). *A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 2009.
- SIBILIA, P. *O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.
- TARANTINO, M. Como vai a saúde do seu cérebro?. *Revista ISTO É*. São Paulo: Editora Três, ano 38, n. 2.347, 19 nov. 2014.

---

## Notas

- <sup>1</sup> A metodologia de pesquisa de Foucault não se pautou em uma análise histórica, sociológica, nem epistemológica, mas, sim, em uma arqueologia e em uma genealogia. Pela arqueologia, o autor pesquisou *como* os saberes se constituem e se transformam, dando enfoque às inter-relações discursivas e suas relações com as instituições, e na genealogia, o problema do poder foi introduzido como uma ferramenta analítica para compreender a produção dos saberes (FOUCAULT, 1979).
- <sup>2</sup> O termo *handicap* refere-se à ideia de deficiência (física ou mental) entendida como algo que dificulta o êxito ou que limita as “ações normais” de determinado indivíduo.
- <sup>3</sup> O termo *upgrade* designa uma espécie de atualização e aprimoramento de determinada função.
- <sup>4</sup> O “programa fraco” está voltado para as doenças neurológicas e para os elementos neuropatológicos das doenças, enquanto o “programa forte” visa aproximar o conhecimento do cérebro ao conhecimento de si mesmo, tratar as psicopatologias mentais por uma abordagem neuropatológica e, no futuro, incidir na maquinaria cerebral.
- <sup>5</sup> Este termo aponta para a relação de equivalência, que vem se configurando, entre ginástica aeróbica e atividades cerebrais.
- <sup>6</sup> Este designa uma espécie de “academia cerebral” que visa desenvolver regiões específicas do cérebro para aprimorar certas funções cognitivas.
- <sup>7</sup> Refere-se ao mercado que está se desenvolvendo em torno da performance cerebral.
- <sup>8</sup> São jogos que prometem maximizar a atividade cerebral, como a atenção e a memória.
- <sup>9</sup> A *neuroascese* remete para os discursos e práticas referentes aos modos de agir sobre o cérebro. As práticas *neuroascéticas* baseiam-se na noção de *plasticidade cerebral* que pressupõe que as conexões entre as células nervosas podem ser alteradas durante toda a vida. Assim, a *neuroascese* é usada para maximizar o raciocínio e a memória; para combater transtornos mentais (como a depressão e a ansiedade); para aperfeiçoar a performance sexual etc..
- <sup>10</sup> São comunidades que visam promover a atividade cerebral e constituir um espaço de troca sobre assuntos que giram em torno do cérebro.
- <sup>11</sup> Trata-se de uma modalidade de coletividade que tem como referência os saberes e práticas neurocientíficas. Ela é uma especificação da *biossociabilidade*, termo cunhado por Rabinow (1996) para designar formas de sociabilidade que não são pautadas em critérios tradicionais (como classe social e orientação política), mas, sim, em critérios como saúde, diagnósticos e dados genéticos (ORTEGA, 2009a).
- <sup>12</sup> A “poupança cognitiva” e o “patrimônio cognitivo” remetem para a importância que o discurso neurológico atribui à longevidade e à performance do cérebro como uma tentativa de retardar eventuais perdas de memória e doenças neurodegenerativas.
- <sup>13</sup> Informação do “Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade”. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br>. Acesso em: 10 jul. 2014.
- <sup>14</sup> A escuta clínica remete para a importância de se atentar para a experiência singular do paciente, o que implica contemplar sua narrativa sobre o sofrimento que lhe acomete. Podemos dizer que a escuta clínica possibilitou o ato inaugural da psicanálise, na medida em que foi “pela escuta acurada da histeria que Freud pôde surpreender o que existia de volúpia nas dores lancinantes do sofrimento

humano. [...] O que Freud escutou de novo? Os sintomas permeados pela dor revelavam, ao mesmo tempo, fantasmas impronunciáveis, pois o sujeito não poderia dizer literalmente a paixão que simultaneamente o possuía e o acossava” (BIRMAN, 1996, p. 11).

<sup>15</sup> Vale dizer que isso se dá mesmo que eles tenham tido enfoques distintos, pois os primeiros centraram-se na herança mórbida, o segundo focou-se na reconstrução dos antecedentes familiares e os “neokraepelinianos” buscam os fatores genéticos das patologias mentais (CAPONI, 2011).

Recebido em: 07/04/2015

Aprovado para publicação em: 10/06/2015