

# Aproximações possíveis a indagações sem respostas

Estevam Vaz de Lima,<sup>1</sup> São Paulo

---

Resumo: O autor aborda questões relacionadas ao *phármakon* através da inserção de excertos que tratam de variadas facetas do assunto, envolvendo os contrastes e impasses entre uma concepção psicanalítica e outra organicista dos problemas humanos. Propõe haver liames entre essas diversas facetas e convida o leitor a estabelecer as suas próprias. Trata também do fenômeno da autodiagnose em psiquiatria e da tendência de hiperdiagnose da psiquiatria atual, de orientação sobretudo americana. Aponta a possibilidade de interlocução entre a psicanálise e as neurociências.

Palavras-chave: psicanálise, psiquiatria, organicismo, autodiagnose, DSM-5

Neste texto, proponho algumas aproximações pertinentes ao tema da revista. Acredito que se trata, em geral, de questões para as quais não há respostas possíveis, dada a complexidade em que estão mergulhadas. Apresento estas ideias sob a forma de breves tópicos independentes, havendo, a meu ver, liames que os unem de um modo ou de outro. Parte dessa tarefa, naturalmente, fica por conta do leitor, conforme o que o conteúdo do texto lhe suscite. Acredito na psicanálise e na capacidade dos psicanalistas de suportar conviver em dúvida permanente, em busca constante de aproximações possíveis.

1) “*A gente tem que passar no meio deles?*” Sanatório Bela Vista, década de 1970. Ficava no fim da rua Joaquim Floriano, início da rua Iguatemi, no Itaim Bibi, São Paulo. Rua Iguatemi, nº 9. Esse era o endereço. Antigos e enormes portões de ferro fundido na entrada se abriam para um grande espaço com bastante verde e jabuticabeiras. Muitos psiquiatras internavam seus pacientes ali. Havia uma pracinha circular na entrada, com um chafariz no centro. Três analistas didatas<sup>2</sup> tinham seus consultórios *lá dentro*. Isso fazia com que os

1 Membro associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP).

2 Laertes Moura Ferrão, Pêrsio Osório Nogueira e Yutaka Kubo.

analisandos precisassem atravessar a praça para chegar até suas salas de análise. Ao fazê-lo, cruzavam com os pacientes, que tinham livre trânsito naquele espaço. Era uma experiência potencialmente evocativa de variadas impressões e emoções. Não é todo dia que se atravessa a praça de um *manicômio* para a sessão de análise. Aquele trecho de terreno era uma interseção física e bem concreta entre psiquiatria e psicanálise... No mesmo cenário, mas em outro momento, certa noite chegou ao sanatório um paciente em furor maníaco para internação, trazido de ambulância e, inexplicavelmente, algemado. Algo explicável, entretanto, sob outra ótica: um conhecido dos familiares havia emprestado as algemas para socorrê-los num momento de desespero. Sobreveio mais um evento inesperado e complicador adicional: a chave quebrou ao se tentar abrir o grilhão, criando apreensão em todos, inclusive em mim, que era o plantonista do turno. Feitas algumas tentativas e propostas algumas ideias, finalmente decidimos, e os homens do fogo e da coragem foram chamados. Logo surgiram com suas sirenes ligadas e luzes azuis e vermelhas girando. Vieram para a recepção, de onde conseguiam ver o salão do outro lado, com pouca iluminação àquela hora, que lhes permitia observar o movimento de alguns vultos *lá dentro*. O oficial do grupo manifestou preocupação. “Doutor, para nós, abrir as algemas é uma tarefa até que bem fácil”. Muito reticente, prosseguiu: “Mas diga para a gente, por favor, para fazer isso a gente tem que passar no meio deles?”. Este se tornou para mim um inesquecível paradigma do que a vida mental dos seres humanos pode provocar na mente de outros seres humanos. Voltando ao trajeto percorrido pelos analisandos: por que nos aventuramos na travessia de um terreno que causa forte perturbação até mesmo nos homens-símbolo do fogo e da coragem? E tendo a palavra como único *remédio* para, quem sabe, abrir algumas algemas...

2) *O mundo em que vivemos*. Setembro de 2023. Minha filha me envia uma mensagem e pergunta: “Pai, uma criança de 10 anos com transtorno de oposição – não sei ao certo como se diz – e com TDAH pode ser violenta e agressiva? Depois te conto um episódio”. Se há uma experiência comum na vida de quem lida com o mundo mental é receber perguntas fáceis com respostas difíceis. Poderia oferecer uma resposta fácil também, mas para qualquer psiquiatra e psicanalista minimamente reflexivo não há como não lhe passar pela mente a complexidade subjacente a uma questão como essa. Como elementos mais imediatos, penso que crianças que já foram chamadas de arterias agora podem receber diagnósticos psiquiátricos e serem medicadas, via de regra com anfetamínicos. Lembro-me de ter lido que nos Estados Unidos, em 2014, havia cerca de 300 mil crianças entre 1 e 3 anos de idade tratadas com medicação psiquiátrica (Lopez-Leon et al., 2018). Recordo-me também da informação de que na França se diagnostica TDAH nove vezes menos do que nos Estados Unidos (Landman, 2019). Fico sabendo, depois, que minha filha havia

acudido uma criança chorando porque outra tinha batido nela. A que chorava tinha 4 anos, e a que bateu, 10. Ao conversar com esta, ficou impressionada com a frieza e com o fato de mostrar como havia dado o tapa no rosto da outra. “Foi assim...” (com a mão aberta). As mães dessas crianças se desentenderam e discutiram muito... Já se conheciam... Moravam no mesmo condomínio... O evento social em que tudo aconteceu ficou perturbado, a festa se deteriorou... O menino de 10 anos “tinha TOD e TDAH e tomava Ritalina”. Podemos deixar essa história por aqui, com presumíveis vários “etc.”

3) *Psiquiatria checklist*. Uma psiquiatra bastante conhecida e conceituada me relata uma breve ocorrência. Conta ter recebido uma paciente em seu consultório que apresentou esta justificativa para a procura: tinha se consultado com outro psiquiatra, que ficou o tempo todo olhando para a tela do computador, enquanto movia o mouse e ia lhe fazendo perguntas. Depois de algum tempo, dirige finalmente o olhar para ela e lhe diz: “Você tem depressão”. É a psiquiatria checklist em sua pior expressão. Não é necessário ter experiência na área, nem ser psiquiatra, nem médico, nem psicólogo. Basta ser alfabetizado e saber usar o mouse.

4) *Teia complexa*. Ideias sobre o uso de medicação para o aplacamento de dores que, de outro modo, seriam parte do desenvolvimento mental e próprias da experiência humana correm o risco de cair na armadilha da simplificação ingênua. Essa questão se prende a uma teia de tal complexidade que a torna dificilmente redutível a um entendimento “satisfatório”. Um dos vieses dessa teia é a ideia de oposição entre psicanálise e tratamentos medicamentosos.

5) *Sangrar até morrer?* Há estados depressivos graves que levam pacientes, denotando sofrimento extremo, a dizer que preferiam ter alguma coisa no corpo. A dor de certas depressões graves às vezes é vivida como um estranho peso físico no corpo. Um estado de espírito que parece ganhar materialidade, *tornando-se uma carga à qual o corpo vai sucumbir*. Estados como esse, evidentemente, se aproximam perigosamente da possibilidade de suicídio. Os determinantes dessas condições são poderosos fatores genéticos e epigenéticos. “Epigenéticos” destina-se a ressaltar que não considero que esses estados são redutíveis ao que se tem chamado de organicismo. Creio temerário discorrer, nesses casos, sobre os medicamentos como forma de anestesiá-lo e evitar as dores do desenvolvimento mental. Sangrar até morrer também é uma experiência humana possível. Não é que essas pessoas não tenham interesse, coragem ou disposição para deambular e “atravessar o pátio do sanatório” rumo ao divã. *Elas estão sem suas pernas para fazer o percurso*.

6) “*Você não é bipolar*.” Por outro lado, não há atualmente mês ou quinzena que decorra sem que se tenha de dizer para alguém: “Não, você não é bipolar”. Com frequência, referem-se somente a bipolar, e não a transtorno afetivo bipolar, muito menos a psicose maníaco-depressiva. A mudança da

nomenclatura geral da psiquiatria proposta pela Organização Mundial da Saúde e pela Associação Americana de Psiquiatria pode ter feito diminuir o preconceito e a estigmatização, mas com certeza aumentou muito o lucro das grandes farmacêuticas e levou à febre da autodiagnose. Allen Frances, um dos mais importantes psiquiatras da atualidade e *chairman* do DSM-4, é um crítico severo do DSM-5 e dos rumos que a psiquiatria vem tomando. O título de um de seus livros expressa isso suficientemente: *Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life* (Frances, 2013).

7) *Psicanalista bipolar*. É possível refletir sobre a oposição entre psicanálise e organicismo ainda por outros vieses. Vejamos pelo lado do analista. Considere um analista com um quadro típico de transtorno afetivo bipolar (há casos reais), com crises de euforia, sob “exaltação do ser psíquico” – como se dizia na boa psicopatologia europeia –, com insônia, aceleração do pensamento, manifestando-se logorreicamente e com comprometimento acentuado da crítica. Considere agora o mesmo analista em outro momento, imerso no mundo sombrio da depressão, com lentificação dos processos psíquicos e da fala, pesaroso, desistente da vida, amargo e pessimista, exibindo profunda tristeza. Avalie a repercussão desses dois estados sobre pacientes em análise. Esse profissional estaria em melhores condições de exercer a psicanálise se estivesse medicado com lítio (ou outros estabilizadores do humor – estou ciente da existência deles)? Acredito que a única alternativa a uma reposta positiva para essa questão é deixá-la de lado.

8) *Phármakon amigável com a psicanálise?* Considere agora um fármaco com efeitos singulares, muito diferentes daqueles do restante do arsenal de medicamentos psicoativos. Não se trata, a rigor, de uma droga, mas de uma substância que é produzida no organismo humano e que foi sintetizada em laboratório para comercialização. Trata-se da melatonina.<sup>3</sup> Uma das observações clínicas comuns associadas a esse produto é uma *modulação diferente da atividade onírica*. Os pacientes dizem ter sonhos mais copiosos, complexos e “interessantes”, efeito evidentemente nunca observado nas demais drogas. Haveria, portanto, ao menos um caso de contraponto relativo à oposição entre psicanálise e medicamentos? Em tempo: há pesquisas acadêmicas sobre o efeito da melatonina na atividade onírica (Maurizi, 1987).

9) *ChatGPT psicanalista?* A discussão talvez deva ser ampliada para abarcar o pano de fundo social, cultural e econômico sobre o qual essas

3 Tenho tentado, na medida do possível, substituir indutores de sono pela melatonina. Muitas pessoas dizem que não percebem nenhum efeito e imediatamente interrompem o uso, mas a persistência parece favorecer o efeito benéfico sobre o sono. Por isso, passei a insistir na recomendação e, dependendo da situação, a manter concomitantemente a medicação anterior, até que o paciente se sinta em condições de experimentar somente a melatonina. Num caso, os sonhos se tornaram vívidos a ponto de causar desconforto, e a pessoa decidiu interromper o uso.

questões se assentam. A ideia de que o bem mais precioso do mercado atualmente é a informação parece consolidada. Os grandes conglomerados de tecnologia são capazes de induzir as pessoas ao que bem queiram ou lhes interesse. No documentário *Privacidade hackeada* (Amer & Noujaim, 2019), o narrador diz, ao final, que atualmente essas corporações são capazes de manter 5 mil marcadores para cada indivíduo e que, quando sua filha for uma adolescente, serão 50 mil. Além das mídias sociais, temos a inteligência artificial. Há dias, por sinal, *inventei um sonho* (algo que, sob um olhar psicanalítico mínimo, pode-se dizer impossível, pois certamente o sonho inventado é que inventava algo sobre mim). Pedi ao ChatGPT, com quem costumo “conversar” bastante, que desse quatro *interpretações* psicanalíticas para aquele “material clínico”, baseadas em quatro diferentes enfoques: freudiano, kleiniano, bioniano e lacaniano. Ele cumpriu muito bem a tarefa, de modo muito coerente com as respectivas teorias. Depois alterei o final do sonho, que era aflitivo e angustiante, para um desfecho que traduzia uma experiência mais integrada e, eu diria, mais madura. Pedi que repetisse a operação e ele mudou competentemente seu “entendimento” do sonho. Não eram, claro, *interpretações*, senão *explicações teóricas* sobre o conteúdo daquele “sonho” à luz de cada uma dessas teorias, opção da qual não estamos livres na prática do dia a dia. Muitos interessados em “análise” poderão se dar por satisfeitos ao conversar com o ChatGPT e receber boas “explicações”. A psicanálise talvez dependa da existência de pessoas que entendam haver algo além do que uma máquina possa *dizer*. Nesse sentido, *a psicanálise é um marco importante, que delimita o território entre o humano e o não humano*.

10) “*Acha?!?! Você não enxerga que está falando com Ele?!?!*” Em meio ao “tecnicismo” cultural, vem a reboque a psiquiatria americana, atualmente predominante em boa parte do mundo. A chamada visão organicista está mergulhada nesse meio e, na busca de objetividade diagnóstica, acaba por produzir uma psiquiatria tipo checklist, superficial e míope (Palomba, 2021). A falta de um olhar mais reflexivo leva a psiquiatria atual à tendência de considerar apenas o “valor de face” dos sintomas dos diversos transtornos psiquiátricos. O conceito de delírio, por exemplo, trata o fenômeno como delimitado à esfera de mero erro cognitivo – “Delírio: crença falsa, baseada em inferências incorretas sobre a realidade externa, incongruente com a inteligência e a base cultural do paciente; não pode ser corrigido com o raciocínio” (Sadock & Sadock, 2007, p. 313). Em primeiro lugar, sugiro considerar que homens e mulheres que romperam paradigmas nas ciências e nas artes, contrariando “as inferências (‘corretas’) sobre a realidade externa” de seu tempo, certamente atenderiam ao conceito de delírio exposto. Em segundo lugar, recorro à lembrança de uma entrevista com Arthur Bispo do Rosário, gravada em celloide já um tanto devorado pelo tempo, em que o repórter lhe pergunta em

tom ingênuo e algo leviano: “Então você acha que é o Messias?”. Bispo do Rosário, vomitando turbilhões de palavras, tal qual um vulcão vomita suas lavas, fulmina o entrevistador: “Acha?!?! Você não enxerga que está falando com Ele?!?!”. Os delírios e demais atividades psicóticas originam-se em “locas profundas” (Rosa, 1956/1986) da natureza humana, e tomá-los apenas pelo “valor de face” é um bom caminho para pouco conhecer tais experiências. *Antes de delirar*, essas pessoas passam por experiências emocionais profundas. São tomadas por inspirações reveladoras acerca do mundo. Suas misérias e fortunas, suas dores e tristezas, os sinais percebidos, as intuições, os sonhos e as vísceras inconscientes de sua vida emergem sob a forma de conclusões delirantes: são os filhos de Deus ou os amados de muitas mulheres.

11) *Aprendiz de psiquiatra acha que tem todos os diagnósticos!* Outra consequência do “objetivismo” da psiquiatria americana e do fenômeno da autodiagnose pode ser entendida através de uma experiência que nós, psiquiatras, vivemos quando começamos a estudar a disciplina. Ao lermos sobre cada classe diagnóstica, é comum nos identificarmos com muitas ou todas elas: “Sou um pouco obsessivo-compulsivo”, “Tenho ansiedade”, “Tenho depressão”, “Sou um tanto hipocondríaco”, “Acho que também sou bipolar”, “Sou meio paranoico” etc. Parte dessa experiência pode decorrer de fatores como a complexidade da mente humana e da consequente capacidade de identificar sutilezas atávicas subjacentes nos recantos de nossos processos psíquicos. Somente com o tempo, estudos e experiência, quando vislumbramos o pano de fundo *emocional* de cada transtorno mental, é que vamos nos tornando capazes de identificar com maior precisão cada um deles. Acredito que a epidemia de autodiagnose entre leigos decorra de algo parecido. As mídias oferecem listas de sintomas, e os leigos se identificam com os diversos transtornos, podendo realizar seus “diagnósticos” através de inúmeros recursos disponíveis nos meios de comunicação – de uma simples notícia de jornal a programas famosos de tv, ou a questionários disponíveis para realizar a tarefa. (Já é bem conhecido entre os psiquiatras o efeito de um dos mais populares programas dominicais da tv brasileira. Quando fazem matérias sobre determinados transtornos, na semana seguinte os “doentes” passam a aparecer em grande número nos consultórios e ambulatórios de psiquiatria.)

12) *Os mais populares.* Entre os transtornos que se tornaram “famosos” estão o já citado transtorno afetivo bipolar (ou bipolar), o transtorno de personalidade borderline, os transtornos do espectro autista (TEAS), o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), além de vários muito discutíveis transtornos psiquiátricos infantis. Há outro, que já foi excluído da psiquiatria americana por ter se revelado uma farsa, mas ressuscitado recentemente em nosso meio, o famigerado transtorno das personalidades múltiplas. (Em tempo: a partir, justamente, de matéria do referido programa dominical.)

13) *Apartados do mundo*. Entre esses, vale considerar o mais recente deles, o TEA. A expansão do conceito de autismo e da síndrome de Asperger para transtornos do espectro autista traz um importante benefício para indivíduos que, efetivamente, apresentam o conjunto ou parte do conjunto de sintomas desses transtornos. Tais pessoas estão sujeitas a um grau de sofrimento intenso, que as coloca nas franjas de seus grupos familiares, profissionais e comunitários. Atualmente, acontece um fenômeno singular relacionado ao TEA, que é um grande número de adultos se darem conta, aos 45, 50 ou 60 anos de idade, de que estão dentro do espectro. *Não há tratamentos psiquiátricos específicos* para essa condição, como há para depressão, psicoses, ansiedade etc. São pessoas com sintomas às vezes muito sutis, *mas que as apartam do mundo*.

14) *Protocolos comportamentais*. Se por um lado não há *phármakon* químico para esses casos, por outro pergunto-me sobre as dificuldades de uma psicanálise desses indivíduos, sobretudo se sua sintomatologia for sutil e branda a ponto de ser de difícil identificação pelo analista. Há dias conversei com uma pessoa de 43 anos de idade que buscava o reconhecimento de diagnóstico de transtorno do espectro autista. Até então, nada acontecera em sua vida nesse sentido. Descreveu vários aspectos de sua vida com o mundo e contou que desenvolveu “protocolos comportamentais”: registra como as pessoas agem num determinado contexto, que linguagem usam etc. e se comporta de acordo com tais protocolos. *É inevitável indagar o quão bem conseguiria fazer isso numa análise*.

15) *Velocidade para erguer o braço e ângulo para manter o dedo*. Tratava-se, entretanto, de quadro que consideramos de TEA moderado (foi examinado em junta médica). Apresentava outros sinais evidentes e mais facilmente identificáveis. Por exemplo, quando indagada sobre comportamentos rígidos ou fixos, a pessoa citou um deles. Disse que, “num restaurante, só sabe chamar o garçom de um jeito”. Perguntamos qual era esse jeito, e ela respondeu: “Assim...” (ergueu o antebraço até a linha do ombro e ali o manteve). Quando lhe perguntamos, “Por que não faz assim: ‘Ei, garçom?’” (reproduzindo o gesto conhecido), ela respondeu: “Porque não sei qual a velocidade para erguer o braço, nem em que ângulo devo manter o dedo”.

16) *Caso difícil*. Condições humanas como essa, para as quais não há fármacos específicos, desafiam a reflexão e a pesquisa em psicanálise e, num plano mais amplo, nossas teorias sobre a natureza humana. Tenho visto que algumas orientações da reflexão no campo das neurociências parecem guardar certa afinidade com questões com as quais nos ocupamos. Parece haver, assim, a possibilidade de interlocução com essa área do conhecimento. Ao que me parece, podemos compartilhar, no mínimo, as mesmas angústias e aflições:

Talvez a complexidade da mente humana seja tal que a solução para o problema nunca possa vir a ser conhecida devido às nossas limitações intrínsecas. Talvez nem sequer devêssemos considerar que existe um problema e devêssemos, em vez disso, falar de um mistério, estabelecendo uma distinção entre as questões que podem ser adequadamente abordadas pela ciência e as que provavelmente nos iludirão sempre. (Damásio, 1994/1996, p. 19)<sup>4</sup>

### Posibles enfoques a preguntas sin respuesta

Resumen: El autor aborda cuestiones relacionadas con el *phármakon* intercalando fragmentos que tratan diversas facetas del tema, los cuales implican los contrastes e *impases* entre una concepción psicoanalítica y una organicista de los problemas humanos. Propone que existen vínculos entre estas diversas facetas e invita al lector a establecer los suyos propios. También aborda el fenómeno del autodiagnóstico en psiquiatría y la tendencia al hiperdiagnóstico de la psiquiatría actual, de orientación principalmente norteamericana. Señala la posibilidad de un diálogo entre el psicoanálisis y las neurociencias.

Palabras clave: psicoanálisis, psiquiatría, organicismo, autodiagnóstico, DSM-5

### Possible approaches to unanswered questions

Abstract: The author addresses issues related to the *phármakon* by inserting excerpts that deal with various aspects of the subject, involving the contrasts and *impases* between a psychoanalytic and an organicist conception of human problems. He proposes that there are links between these various aspects and invites the reader to establish their own. He also deals with the phenomenon of self-diagnosis in psychiatry and the tendency towards hyperdiagnosis in current psychiatry, which is mainly American in orientation. He points to the possibility of interlocution between psychoanalysis and neurosciences.

Keywords: psychoanalysis, psychiatry, organicism, self-diagnosis, DSM-5

### Approches possibles de questions sans réponse

Résumé : L'auteur aborde les questions relatives au *phármakon* en insérant des extraits qui traitent de diverses facettes du sujet, notamment les contrastes et les *impasses* entre une conception psychanalytique et une conception organiciste des problèmes humains. Il propose des liens entre ces différentes facettes et invite le lecteur à établir les siens. Il traite également du phénomène de l'autodiagnostic

4 Mais adiante em seu texto, Damásio se mostra esperançoso de que o problema encontre solução.

Aproximações possíveis a indagações sem respostas

en psychiatrie et de la tendance à l'hyper-diagnostic de la psychiatrie actuelle, d'orientation principalement américaine. Il laisse entrevoir la possibilité d'un dialogue entre la psychanalyse et les neurosciences.

Mots-clés : psychanalyse, psychiatrie, organicisme, autodiagnostic, DSM-5

## Referências

- Amer, K. & Noujaim, J. (Diretores). (2019). *Privacidade hackeada* [Documentário]. Netflix.
- Damásio, A. R. (1996). *O erro de Descartes*. Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1994)
- Frances, A. (2013). *Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. Mariner. <https://a.co/d/0Qncc3U>
- Landman, P. (2019). *Todos hiperativos? A inacreditável epidemia dos transtornos de atenção* (V. A. Ribeiro, Trad.). Contra Capa.
- Lopez-Leon, S., Lopez-Gomez, M. I., Warner, B. & Ruitter-Lopez, L. (2018). Psychotropic medication in children and adolescents in the United States in the year 2004 vs 2014. *Daru: Journal of Pharmaceutical Sciences*, 26(1), 5-10. <https://cutt.ly/ywIRwPqB>
- Maurizi, C. P. (1987). The function of dreams (REM sleep): roles for the hippocampus, melatonin, monoamines, and vasotocin. *Medical Hypotheses*, 23(4), 433-440. <https://doi.org/dr57rz>
- Palomba, G. (2021). *Decadência da psiquiatria ocidental*. Del Rey.
- Rosa, J. G. (1986). *Grande sertão: veredas*. Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 1956)
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria* (M. A. Almeida et al., Trads.). Artmed.

Recebido em 20/11/2023, aceito em 30/11/2023

Estevam Vaz de Lima  
 estevamvaz@uol.com.br