

Psicopatologia psiquiátrica e psicopatologia psicanalítica: a questão da psicose no caso do Dr. Schreber

Lazslo A. Ávila¹

RESUMO: Procuraremos neste trabalho discutir alguns aspectos das relações entre a psicopatologia psiquiátrica e a psicopatologia psicanalítica, propondo a utilização de um modelo de formação de sintomas mentais, desenvolvido na Escola de Psicopatologia de Cambridge, liderada por G. E. Berrios. Em seguida, utilizaremos esse modelo para a discussão da psicose, considerada psicanaliticamente, tendo o estranho caso do Dr. Daniel Paul Schreber como cenário expositivo. Buscamos aqui tanto uma reaproximação entre as formas psiquiátrica e psicanalítica de conceber e caracterizar a psicopatologia, quanto contribuir com uma representação da possível gênese do sintoma psicótico, que permita se acercar das contribuições de importantes autores psicanalíticos contemporâneos.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise; psicopatologia psiquiátrica; psicopatologia psicanalítica; psicose; Schreber.

O presente trabalho foi parcialmente apresentado como uma das atividades do curso “Psicose na obra de Freud”, organizado pelos Drs. Ney Marinho e Carlos Fernando Motta, na Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, em 24 de agosto de 2021. Agradeço a eles o convite que me suscitou escrever as ideias aqui expostas.

1. Psicólogo, psicoterapeuta, grupanalista. Professor Livre Docente da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP. Membro da Cambridge School of Psychopathology. Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares (NESME). Autor de: *Doenças do corpo e doenças da alma* (2002, 3ª ed., Escuta), *Isso é Groddeck* (1998, EDUSP), *O eu e o corpo* (2004, Escuta), *Grupos: uma perspectiva psicanalítica* (2016, Zagodoni), *7 - Bosch em mim* (2022, Escuta).

Procuraremos neste trabalho discutir alguns aspectos das relações entre a psicopatologia psiquiátrica e a psicopatologia psicanalítica, propondo a utilização de um modelo de formação de sintomas mentais, desenvolvido na Escola de Psicopatologia de Cambridge (Marková & Berrios, 1995; Berrios & Porter, 2012; Berrios, 2015; Marková & Chen, 2020). Em seguida, utilizaremos esse modelo para a discussão da psicose, considerada psicanaliticamente, tendo o estranho caso do Dr. Daniel Paul Schreber como cenário expositivo.

Buscamos aqui tanto uma reaproximação entre as formas psiquiátrica e psicanalítica de conceber e caracterizar a psicopatologia, quanto contribuir com uma representação da possível gênese do sintoma psicótico, que permita se acercar das contribuições de importantes autores psicanalíticos contemporâneos. Conscientes de que essa articulação vai muito além de nossas capacidades, dado que cada um dos autores aqui mencionados produziu vasta obra e que trabalhar dentro do enfoque de cada uma de suas perspectivas demandaria enorme esforço expositivo, e maior ainda seria o trabalho de inter-relacioná-las, queremos deixar claro que a presente proposta visa apenas, humildemente, a propor a conexão entre um modelo recente, derivado da neuropsiquiatria, com o modo psicanalítico de representar o sintoma psicótico. Essa, portanto, é uma proposta completamente aberta ao debate.

Começemos com uma metáfora. Imagine-se que uma pessoa, vinda de terras distantes e de uma cultura muito diferente da nossa, onde nunca se houvesse conhecido os relógios, fosse conduzida até uma grande loja de relógios e convidada a classificá-los. Ela veria uma profusão de formas, modelos, tamanhos, cores e modos de utilização. Provavelmente iniciaria sua classificação pelas cores, seguiria pelo tamanho, constatando que eles podem ser minúsculos ou gigantescos, podem ser usados no pulso, no bolso, na bolsa, na parede. Podem ser redondos, triangulares, ovais, quadrados, romboides. Podem ter ponteiros nos mais diferentes tamanhos e formatos, ou exibir apenas números. Podem produzir sons, inclusive alarmes, tocar músicas, ou serem completamente silenciosos. Ao cabo de um longo dia de separação e classificação, provavelmente poderia apresentar uma lista de algumas centenas de “tipos”, que poderiam estar subdivididos em “famílias”, “espécies”, “grupos” ou “ordens”.

Nesse momento, se ele perguntasse ao relojoeiro, este provavelmente lhe diria que os relógios se dividem em apenas dois tipos: podem ser analógicos ou digitais. Quanto ao seu mecanismo, eles podem ser mecânicos ou eletrônicos. Assim, duas formas muito distintas de classificar se apresentam. O mesmo se passa em psicopatologia.

A psicopatologia psiquiátrica vem se desenvolvendo continuamente desde o final do século XIX, e é apresentada nos sistemas de classificação oficiais: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM, APA, 2013) e a Classificação Internacional de Doenças (CID, OMS, 2019), atualmente em sua 5ª e 11ª edições, respectivamente. O primeiro deles é preparado por uma grande equipe de profissionais vinculados à American Psychiatric Association (APA) e o segundo por um conjunto internacional de especialistas convocados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Ambos manuais são o resultado de estudos profundos, de muita qualidade e rigor, e demonstram grande utilidade para a prática clínica psiquiátrica, sendo empregados em pesquisas epidemiológicas, clínicas, testes de resultados e desfechos de tratamentos, estudos transversais e longitudinais, embasando cientificamente os psiquiatras, além de diversos outros profissionais de saúde que os empregam para finalidades diagnósticas e de pesquisa.

Mas a sua organização e estrutura, seu método de seleção e apresentação, é o de nosografias baseadas, essencialmente, na taxonomia. O modo taxonômico de estudar o mundo é uma estratégia estabelecida, desde o século XVII, pelos estudos pioneiros na botânica. Tratava-se de conhecer o mundo natural através da observação e da descrição minuciosa, buscando caracterizar as formas individuais, estudar suas semelhanças e diferenças e agrupá-las então em categorias, que permitissem o estabelecimento de um quadro geral, que é aberto permanentemente ao ingresso de novos participantes, mas busca ser exaustivo, classificando a totalidade das formas daqueles seres naturais. O sucesso das taxonomias botânicas levou imediatamente às classificações biológicas em geral, e logo às taxonomias em medicina. Primeiro foram classificadas as doenças somáticas e, no século XIX, estabeleceram-se as primeiras nosografias psiquiátricas. Sua história pode ser amplamente reconhecida nos textos da *História da psiquiatria clínica*, de Berrios e Porter (2012).

O que caracteriza a psicopatologia psiquiátrica é que seus quadros, denominados hoje em dia como “transtornos”, são agrupamentos e conexões entre diversas expressões sintomáticas, buscando fundamentalmente uma *descrição* rigorosa e, tanto quanto possível, inequívoca. As ambiguidades são cuidadosamente retiradas, buscando-se a clareza, a consistência e a não sobreposição. Nos manuais DSM e CID, os sintomas são unidades de análise, blocos de construção para os transtornos.

Trata-se de uma caracterização extremamente minuciosa, uma análise refinada, mas destinada fundamentalmente a descrever, classificar, mensurar,

padronizar e universalizar. São guias para utilização no mundo todo, que uniformizam as descrições, permitem trocas entre os diversos profissionais dos diferentes países e culturas e pretendem estabelecer os padrões definidores de cada transtorno mental.

Uma vez classificados os quadros e sintomas, vem outra tarefa, intrinsecamente associada à produção dos próprios manuais: estabelecer os protocolos de conduta clínica e os medicamentos especificamente criados pela indústria farmacêutica e que serão prescritos pelos médicos. Aqui emerge uma das questões críticas que vem cercando o debate sobre essa forma de estabelecer a nosografia psiquiátrica: as indústrias farmacêuticas são empresas capitalistas, visam o lucro, e têm todo o interesse em que seus produtos possam ser amplamente vendidos. Caso tenham a chancela científica, o apoio da comunidade científica e pesquisas que comprovem sua validade, terão certamente seu mercado garantido. Nos últimos anos, o debate bioético tem aprofundado essa e outras questões acerca dos critérios que devem reger a produção científica para defender os interesses coletivos e assegurar o valor social dos cientistas, pesquisadores e profissionais de saúde mental.

Psicopatologia psiquiátrica e psicopatologia psicanalítica

Retomando a metáfora que propusemos inicialmente, verificamos que a psicopatologia descritiva (PD) é a própria linguagem da psiquiatria. As categorias nos manuais diagnósticos abrangem mais de 200 “tipos”. Essa forma de apresentar e discutir a doença mental parte da taxonomia e pretende fundamentalmente caracterizar a “forma” dos transtornos e dos seus blocos constitutivos, que são os sintomas. É com essa nosografia que se estabelece o diagnóstico em psiquiatria, claro que mediado pela observação clínica de cada paciente por cada profissional psiquiatra.

Já o diagnóstico em psicanálise é de outra natureza. O modelo psicanalítico de pensar os sintomas mentais parte de um método compreensivo, ou seja, hermenêutico e, por isso, limita-se a apenas três categorias (ou estruturas): neurose, psicose e perversão. Como o foco da nosologia psicanalítica é a compreensão dos mecanismos e dos modos de produção dos sintomas, e não a sua “forma”, a classificação se torna muito mais restrita, e a totalidade e diversidade das manifestações dos transtornos mentais passam a ser apresentados na chave da compreensão e não da descrição. O que deve ser compreendido é o que constitui, o que gera o sintoma, e qual a interação entre o sintoma e a personalidade total do sujeito, e não a forma em que o sintoma se apresenta.

Essas duas perspectivas devem ser articuladas, especialmente para o psicanalista de formação psiquiátrica, mas é de interesse teórico e clínico para a psicanálise enquanto ciência, quer já a consideramos como tal, quer a vejamos como ciência ainda em constituição.

A Escola de Psicopatologia de Cambridge

Vamos apresentar aqui, muito brevemente, a contribuição de German Elias Berrios e seu grupo de colaboradores, que vêm há vários anos discutindo a psiquiatria do ponto de vista histórico e epistemológico. Seu método é a pesquisa histórica e a construção de modelos genéticos para estudar a evolução das categorias empregadas em psiquiatria. A abordagem histórica dos sintomas visa permitir compreender a construção/reconstrução e a evolução conceitual dos termos da psiquiatria. Com isso, se pretende testar a validade epistemológica de cada conceito psiquiátrico e promover a “calibragem” periódica de seus termos, conceitos e práticas.

Uma das contribuições mais significativas da Escola de Psicopatologia de Cambridge foi a elaboração e posterior aplicação a diferentes campos de investigação de um novo modelo de formação dos sintomas mentais, que detalharemos logo adiante. Nos últimos anos, o Dr. Berrios tem se dedicado especialmente a elaborar uma nova epistemologia para a psiquiatria (2015). Para esse empreendimento histórico-crítico, a psicopatologia psiquiátrica deve ser escrutinada. Vejamos como isso se apresenta, utilizando suas próprias formulações:

A história da psiquiatria clínica pode ser definida como o estudo da forma na qual sinais clínicos e sua descrição interagiram em períodos históricos sucessivos, em seu contexto psicossocial. Para estimar a extensão na qual significados anteriores (termos, conceitos e comportamentos) foram preservados quando as categorias clínicas foram transferidas desde um discurso para o seguinte, historiadores e clínicos necessitam saber como as regras descritivas e nosográficas são formuladas. Por exemplo, pode ser assumido que “mania”, “melancolia” ou “hipocondria” signifiquem hoje o mesmo que elas significavam em 1800? Como podem ser explicitadas as diferenças? Um dos objetivos da nosografia histórica é decodificar as regras que controlam o discurso psiquiátrico, e tornar explícitos os moldes sobre os quais ele se baseia. (Berrios & Porter, 2012, p. 33-4)

Um aspecto muito significativo da perspectiva histórico-filosófica da Escola de Cambridge é a tomada de posição de que os quadros dos transtornos mentais não podem ser tomados como “fatos da natureza” ou “objetos” fixos, a-históri-

cos, por exemplo, quando se tenta reduzir um quadro psiquiátrico a suas características anatomopatológicas ou bioquímicas.

Duas metáforas parecem controlar o entendimento da nosologia histórica. Uma mostra o clínico catalogando espécies (doenças) em um jardim (isto é, assumindo a invariância ontológica); a outra vê o clínico como um escultor esculpindo formas da matéria informe, isto é, criando “formas clínicas”. A perspectiva do jardim encoraja a busca de um “descobridor”, o qual com sua potente mirada supera todas as descrições enganosas. A abordagem criacionista requer que a visão que guia o escultor seja “contextualizada”. Essa última atividade pode variar de um forte “sócio-construcionismo” até formas mais tênues de explicação social que deixam lugar para noções tais como a de progresso científico. (Berrios & Porter, 2012, p. 34-5)

Para concluir essa sumária apresentação, vejamos como esses autores definem a tarefa da articulação conceitual dos dados biológicos com os dados semiológicos na construção dos conceitos da psicopatologia psiquiátrica:

Junto à pesquisa clínica e estatística, a história da psiquiatria clínica é essencial para a calibragem da nosologia psiquiátrica. Calibragem aqui significa os reajustes das descrições a: 1. mudanças que afetam as fundações biológicas dos sintomas (causadas, por exemplo, por mutação genética), 2. mudanças na teoria psicológica levando a novas conceituações de comportamentos e 3. variações na significação social da doença. Historiadores profissionais têm uma contribuição a fazer não apenas para a cultura psiquiátrica, mas também para o conhecimento clínico. Construindo sobre a noção de que os transtornos mentais são reflexos complexos e distorcidos de localizações cerebrais disfuncionais, eles devem buscar determinar quais fenômenos “psiquiátricos” passados eram apenas ruído, e quais eram expressões reais de sinais biológicos modulados por gramáticas individuais e códigos culturais. (Berrios & Porter, 2012, p. 35)

Este último ponto, ou seja, a vinculação das dimensões biológica e psicossocial na constituição dos conceitos e quadros psiquiátricos é que conduziu ao desenvolvimento de uma inédita formulação sobre a origem dos sintomas mentais, que se materializou no Modelo de Formação de Sintomas (Marková & Berrios, 1995; Berrios, 2015).

Proposta para reaproximar a psicopatologia psicanalítica da psicopatologia psiquiátrica

À primeira vista, a classificação nosográfica apresentada na CID e no DSM diverge tanto da que se pratica em psicanálise, com suas poucas, mas densas estruturas, que pode levar os profissionais da saúde mental, psiquiatras, psicólogos e psicanalistas a uma escolha exclusiva por uma dessas duas psicopatologias. Observando-se a história recente desses manuais, observa-se claramente que, ao longo das sucessivas edições, vários termos que as duas perspectivas psicopatológicas tinham em comum foram sendo retirados. O exemplo mais notório desse processo é a completa remoção da categoria “neurose” nas edições atuais dos dois manuais. Igualmente significativo foi a decisão anterior de retirar de circulação todas as menções à “histeria”, que é talvez o termo mais caro aos psicanalistas, por ter sido a primeira das psicopatologias que recebeu tratamento efetivo pela psicanálise. Outros termos ainda, com grande importância para a compreensão psicodinâmica dos sintomas mentais, também vêm sendo retirados ou substituídos por descrições mais “objetivas” e desvestidas de qualquer “penumbra” de significações múltiplas.

A consequência é que essas duas perspectivas psicopatológicas parecem se opor, ao invés de surgirem como complementares. Uma alternativa a essa distância é uma revisão da própria história de constituição das categorias psicopatológicas, tal como vem sendo realizada pela Escola de Psicopatologia de Cambridge. De acordo com essa releitura histórica e epistemológica, os sintomas mentais podem ser compreendidos tanto do ponto de vista descritivo quanto do ponto de vista semiológico, que possibilita relacionar questões sociais com questões biológicas.

Em 1995, foi apresentado, pela primeira vez, o modelo de formação de sintomas, ou modelo de Cambridge (“modelo do Eco”), por I. Marková e G. E. Berrios. Esse modelo foi desde então investigado em relação a inúmeras áreas da psiquiatria, desde seus conceitos mais centrais, até diferentes áreas de aplicação clínica (Marková & Chen, 2020). No ano de 2000, ao lado de outros pesquisadores de diferentes regiões do mundo, fomos convidados a integrar o projeto “The insight and monitoring of the bodily and mental functions”, que se desenvolvia nos departamentos de Psiquiatria e de História e Filosofia da Ciência da Universidade de Cambridge, UK. Ali, buscamos fazer a adaptação desse modelo para a investigação da gênese e do desenvolvimento dos sintomas psicossomáticos, que apresentamos posteriormente (Ávila, 2004, 2005, 2016, 2019, 2020).

Entendendo que esse modelo dá nova flexibilidade para tornar possível uma reaproximação entre a psicopatologia psiquiátrica e a psicanalítica, já que uma abordagem descritiva não impede uma abordagem hermenêutica para os mesmos fenômenos, propomos aqui uma nova utilização para o Modelo de Formação de Sintomas, da Escola de Psicopatologia de Cambridge: pensar a construção dos sintomas, tal como se a representa em psicanálise, nas suas três categorias constitutivas: a neurose (histeria e neurose obsessiva), a perversão e a psicose.

Para iniciar essa tarefa, primeiro vamos apresentar as linhas gerais do Modelo do Eco, para depois buscar integrar o mesmo na análise dos sintomas psicóticos, tendo como paradigma a psicanálise que Freud empreendeu sobre a autobiografia do Dr. Schreber. A tarefa mais ampla de pensar as outras duas estruturas da psicopatologia psicanalítica fica para o futuro, e mesmo a que se refere à psicose, aqui faremos apenas o primeiro esboço de aplicação e discussão, esperando prosseguir com essa análise a partir de maior aprofundamento teórico e discussão ampliada com a comunidade científica psiquiátrica e psicanalítica.

A “construção” dos sintomas mentais

O modelo de Cambridge propõe a seguinte estrutura para representar a “formação” ou, poderíamos também dizer, a “formatação” dos sintomas mentais: existem cinco estágios de formação, ao longo dos quais e por diferentes vias, um dado biológico proveniente do cérebro irá se constituir em um ato de fala, que será articulado em um intercâmbio entre o portador do sintoma e o clínico (psiquiatra, psicólogo ou psicanalista) que o atende.

Os cinco estágios são: 1) o sinal biológico ou sinal cerebral, 2) a barreira de consciência, 3) a “sopa primordial”, 4) a conceituação e 5) o ato de enunciação, apresentação, ou “ato de fala”. O caminho mais usual de “construção” do sintoma é denominado como via (a). Por essa via se entende que o sintoma sempre parte de uma sinalização do cérebro que deve ser percebida pelo sujeito. Tal sinalização tende a ser imprecisa, “crua”, informe, e tão logo seja percebida pelo sujeito, ou seja, atravesse a barreira de consciência, ela emerge em uma área em que será comparada a moldes subjetivos e sociais, experiências prévias do sujeito e/ou modelos derivados de sua cultura circundante. Nessa “sopa primordial”, o sinal ganha uma expressão, uma “forma”, uma pré-significação. Então, ele pode passar para o estágio seguinte e ser trabalhado para ganhar um significado definido, uma forma linguística, um “nome” – e poder ser conceituado. É só então que finalmente ele será enunciado numa entrevista clínica. Vamos detalhar como tudo isso ocorre.

Através da via (a), um sinal neurobiológico (normal ou patológico) passa pela barreira de consciência e ingressa na “sopa primordial”, para receber uma pré-conceituação. Nesse processo, o sinal é comparado a modelos prévios de vivência do sujeito, de sua história pessoal, bem como dos modelos culturalmente disponíveis para a representação de seu estado subjetivo. Após essa pré-conceituação, o sintoma passa a ser representado, ganhando aquele estado mental um conceito, o que lhe permitirá emergir como um ato de fala ou de comportamento expresso. Uma vez conceituado, o sintoma pode ser objeto de reconceituações, o que se dará no diálogo clínico-paciente. Este será o processo de modelagem final do sintoma pela via (a).

Porém, esse não é o único caminho possível para a construção dos sintomas. Há uma via (b), em que o sinal cerebral vai contornar todo esse percurso, desviando-se dos três estágios intermediários. Na via (b), o sinal neurobiológico evita a barreira da consciência e, por esse motivo, não ingressa na “sopa primordial”. Este sintoma não recebe, assim, nenhuma pré-conceituação e não poderá, portanto, ganhar uma representação para aquela determinada vivência subjetiva ou estado mental. Este sintoma emergirá como ato de fala ou de comportamento, mas só poderá ser conceituado pelo clínico e pelo paciente uma vez já constituído e expresso, ou seja, exteriormente.

Há ainda uma via (c) e uma via (d). Na primeira, existem duas possibilidades, c1 e c2. C1 ocorre quando o sujeito apresenta um sintoma que nasce secundariamente: não provém de um sinal biológico, e sim, é produzido pelo sujeito a partir de suas próprias ideias, ou seja, ocorre no nível 4, de conceituação. Pode se dar através de um ingresso na “sopa primordial” (c1), ou nascer no próprio nível das ideias, no estágio das conceituações (c2).

Finalmente, o modelo admite ainda uma quarta via, ou via (d): por esse caminho, o sintoma não emerge como ato de fala, porque após emergir enquanto sinal cerebral, ele ingressa diretamente na “sopa primordial”, mas não emerge dela. Permanece como um estado subjetivo vago, até mesmo ignorado pelo sujeito.

Passemos a citar o mesmo processo nas palavras do autor:

Os sintomas mentais são atos de fala que transportam queixas subjetivas reconstruídas. De acordo com esta via (a), a formação dos sintomas mentais começa com uma região do cérebro que expressa sua perturbação com um sinal que, eventualmente, atinge a consciência do sujeito. Esta experiência é pré-linguística e pré-conceitual, no sentido de que não pode ser posta em palavras – pode não ser claro se é uma imagem, uma emoção, um pensamento, etc. Esta experiência informe denominamos

“sopa primordial” para enfatizar sua natureza rudimentar e seu cru imediatismo. A consciência dessa protoexperiência pode afetar o indivíduo de muitas maneiras, causando perplexidade, medo, etc. O indivíduo tem de manejar essa experiência e as respostas variam entre ignorá-la, contemplá-la ou precisar comunicá-la. Neste último caso, o indivíduo tem que transformar uma experiência inefável em uma transmissível. Ele o faz sujeitando a experiência a um conjunto de configuradores que incluem estilos pessoais, familiares, sociais e culturais de formação e nomeação de experiências. (Berrios, 2015, p. 182)

Quanto à via (b), Berrios esclarece que, nela, o sinal neurobiológico não é formatado e emerge no exterior da pessoa como transtornos de pensamento, neologismos, desinibição, discinesia tardia, dentre outros sintomas. Assim, não ocorre o processamento semântico que o sinal deveria receber. Em nossa própria concepção, como acima dissemos, essa via (b) é a via privilegiada para a construção do sintoma psicossomático (Ávila, 2004, 2016, 2019, 2020). Agora busquemos outra aplicação.

Adaptação do modelo de Cambridge para pensar psicanaliticamente o sintoma psicótico: a sopa primordial

A ideia da “sopa primordial” não é totalmente original, pois aparece como metáfora em diferentes produções artísticas e literárias, por exemplo, na forma da “salada de palavras”, ou no jogo infantil com letras e sílabas isoladas. Mas é, em nossa opinião, uma sugestão extraordinariamente fecunda para o pensamento psicanalítico. Na forma como Berrios a apresentou, a “sopa primordial” é a matriz para os pensamentos, mas uma matriz em que pensamento não se distingue de emoção ou de sensação. É o local onde as vivências subjetivas são formadas, é o berço das ideias, dos sentimentos e das percepções significativas. Um comum sedimento de onde se originam os produtos mais refinados que serão as ideias bem formuladas, os nomes das coisas, a tradução verbal compreensível das experiências subjetivas. Os órgãos dos sentidos captam os estímulos do mundo: cores, formas, cheiros, sons, sensações corporais. Mas é a mente que os ordena, os significa. O “local” onde isso se realiza é a “sopa primordial”: local de produção dos produtos mentais que ganharão sentido e significado, se forem adequadamente “formatados” para serem expressos.

A significação desse modelo para a psicanálise pode ser estabelecida se apontarmos sua proximidade com determinadas contribuições psicanalíticas,

desde Freud até os contemporâneos. A “sopa primordial” pode ser pensada como um reservatório, à semelhança do id, mas situada no sistema pré-consciente, e constituída por muitos fragmentos da biografia pessoal, da cultura e da língua. O id seria, neste modelo, a fonte do sinal biológico, enquanto na concepção freudiana é o reservatório pulsional, que fornece ao ego a energia para os processos psíquicos. Cabe ao pré-consciente a tarefa de articular as representações-coisa provenientes do id, com as representações-palavra, que poderão dar acesso à consciência. Se conectarmos a “sopa primordial” ao modelo do aparelho psíquico freudiano, contudo, teremos que é nela que se encontram depositados todos os recursos necessários para as representações, pois aí se encontra um sortimento de imagens, de signos, de “moldes” estabelecidos ao longo da biografia do sujeito, ou seja, elementos de seu percurso pessoal, de sua história de vida; paralelamente aos recursos muito diversificados de sua cultura em sentido amplo: os símbolos circulantes em seu meio social, os muitos elementos que fazem parte do acervo linguístico empregado por seu grupo familiar ou social mais amplo e os modelos de configuração para as vivências subjetivas. Tudo isso em livre disponibilidade, mas em condição “líquida”, fluida: são pré-concepções que darão origem a formas conceituais se e após serem formatadas.

São, portanto, imagens e signos, tanto próprios ao sujeito, quanto parte do acervo cultural que o circunda, que podem ser correlacionados às imagens oníricas (como na *Interpretação dos sonhos*), aos protopensamentos e às pré-concepções (tal como em Bion, os elementos das colunas A, B, C e D da Grade), ou à “colcha de retalhos”, de Groddeck, e também, de forma quase exata, correspondendo ao “tesouro dos significantes”, de Lacan.

Se situarmos a “sopa primordial” no limiar do componente topográfico do pré-consciente, tal como Freud o caracterizou, podemos aproximar o modelo de formação dos sintomas das elaborações psicanalíticas, talvez até as enriquecendo. Pois, algumas das complexas questões que permanecem em aberto sobre a origem dos sintomas podem ser pensadas com base nessa chave: os sintomas mentais são formações “híbridas”: partem de um sinal biológico, mas são recobertos por camadas de “sentido”, capas semiológicas que têm origem em processos de representação pessoais e coletivos, originados da “sopa primordial” e formatados de forma singularizada por cada sujeito.

Vamos agora buscar aplicar essa tentativa de articulação com uma questão fundamental: como se origina o sintoma psicótico?

De acordo com o modelo de Cambridge, o sintoma mental sempre parte de uma fonte neurobiológica, o próprio cérebro, centro do sistema nervoso. O

sinal biológico, fonte de qualquer sintoma, é muito provavelmente disfuncional nos casos de psicose, muito embora seja, em geral, um sinal bastante genérico, impreciso, insuficiente para se determinar objetivamente, tal como se espera com base no modelo anátomo-clínico prevalecente em medicina. Embora seja um sinal biológico vago, ele é patológico, e existem diversas possibilidades que vêm sendo consideradas para a disfunção cerebral específica associada aos sintomas psicóticos: disfunção na recaptção de dopamina? Alterações características em algum setor da anatomia cerebral? Desorganização na arquitetura neuronal? Desregulação em diversos neurotransmissores? Perturbação metabólica? Causas médicas? Há muitos anos investiga-se também a genética relacionada aos quadros psicóticos. A Escola de Psicopatologia de Cambridge defende que se prossiga na busca desses componentes biológicos, mas que se busque concomitantemente entender a participação dos componentes de significação, parte inerente da construção dos sintomas mentais.

E é nesse ponto que a discussão entre a “sopa primordial” e a formação do sintoma psicótico pode ganhar um novo elemento de análise, que é a noção do “pensamento incorporado” (*embodied thought*), introduzida pela antropóloga Michelle Rosaldo (1980, 1984), autora importante dentro da perspectiva conceitual, que recebeu o nome de “Antropologia do self” (Heelas & Lock, 1981; Shweder & LeVine, 1984; Lynch, 1990).

O “pensamento incorporado” é uma noção em que as emoções e os pensamentos são representados enquanto experiências indissociáveis, fusionadas. Tomando por base grupos étnicos e linguísticos muito distintos do ocidental, Rosaldo postulou que os indivíduos de uma cultura, tal como os Ilongot da Polinésia, não concebem os seus pensamentos como entidades distintas dos seus sentimentos. Assim, noções como amor, medo, raiva etc., não podem ser entendidas como “naturais” e universais, mas sim como experiências subjetivas que são possibilitadas pelos moldes culturais e tornadas “pensáveis” e/ou “faláveis” em função de seu contexto linguístico-cultural específico. Apresentamos as ideias dessa autora e de outros autores da mesma orientação metodológica (Ávila, 2003) buscando demonstrar sua aplicabilidade no campo psicanalítico. O “pensamento incorporado” é uma noção muito similar aos processos que ocorrem na “sopa primordial”.

Na mente humana, as experiências buscam por um molde cultural já elaborado, o qual permita ao sujeito entender a si mesmo, “lendo” a sua experiência de acordo com a gramática de emoções e significados que o contexto cultural lhe oferece. Esse processo visa tornar a “sua” experiência, uma experiência

conceitualizável e compartilhável, para não viver a solidão do “irrepresentado”: a experiência de um sintoma-coisa.

Cada experiência subjetiva que não encontra “tradução” nos moldes pessoais e culturais disponíveis precisa ser manejada de alguma forma. Na psicose, elas são lançadas fora, na forma dos delírios e das alucinações. O sintoma psicótico emerge incompreensível, porque emerge diretamente da “sopa primordial”, sem mediação nenhuma, sem “conceituação” socialmente reconhecível. Ele pode se apresentar como delírio ou alucinação, e ambos encontram expressão adequada quando colocados em relação com o modelo de formação de sintomas.

O delírio corresponde à linha C(2) do modelo, porque o sujeito, ao invés de percorrer o caminho habitual de formatar sua experiência pessoal com os elementos biográficos e culturais compartilháveis, utiliza os componentes da “sopa primordial” e cria um sintoma inédito, psicótico. De acordo com Freud (1911/1980a, 1923/1980b, 1924/1980c), o delírio visa sempre atuar como um “remendo” para consertar a fissura criada na relação do sujeito com a realidade e possibilitar a reconstrução da parte do mundo que foi perdida pela cisão psicótica. Em termos do modelo de formação de sintomas, podemos representar esse processo como um sinal neurobiológico particularmente intenso e constante, que sobrecarrega a “sopa primordial” e não encontra nela nem a contenção, nem a formatação adequada para uma expressão compatível na comunicação social. Tais sinais, fortes e talvez incessantes, vão desorganizando a capacidade de o sujeito articular suas vivências subjetivas com os padrões sociais de representação, nomeação e significação, até que o sujeito, inundado e dilacerado por suas experiências internas, termina por romper de alguma forma sua relação com a realidade, atacando sua própria percepção do mundo, desorganizando seu juízo de realidade, terminando por vivenciar seu surto psicótico. A profunda cisão psíquica que o surto implica, deixa o mundo “esburacado”, e o psiquismo invadido por sensações, sentimentos e pensamentos fusionados (pensamentos incorporados), aos quais o sujeito reage com a construção de seu delírio, para consertar a si mesmo e ao mundo. Assim, o delírio é uma sopa primordial diretamente despejada no mundo: estranha, intragável, mas, de alguma forma, ainda passível de ser reconhecida como uma experiência humana possível.

Já a alucinação, pensada a partir do mesmo modelo, pode ser entendida como uma emersão direta de fragmentos de imagens presentes fluidamente na “sopa primordial”. Sua forma visual corresponde a fragmentos de imagens provenientes tanto das experiências subjetivas daquele sujeito em particular, quanto de pedaços de representações visuais de sua coletividade, partes dos

bens culturais disponíveis para todos. Seu caráter estranho e produtor de grande ansiedade para o psicótico é que são imagens desconexas, cujo significado foi alterado: não servem mais para a expressão simbólica compartilhável, são símbolos próprios, solipsistas, que o sujeito produz, mas que vivencia como se lhe fossem impostos, agredindo o sujeito com sua aparição, sentidas como provindas de fora.

O estranho caso do Dr. Schreber

Passemos agora a um intento de discussão do famoso caso de paranoia, apresentado por Freud, em 1911, através da análise da autobiografia do Dr. Daniel Paul Schreber. Não vou me estender aqui nos muitos detalhes do histórico clínico ou nos inúmeros estudos dedicados a esse trabalho de Freud, nem vou me referir aos autores que investigaram o livro *Memórias de um doente dos nervos*, escrito por Schreber em 1903, tanto a partir da perspectiva psicanalítica quanto das análises históricas e sociológicas.

Vou me dedicar a três pontos: 1) o surto psicótico após ser promovido para a corte suprema de apelações de Dresden, 2) o pai de Schreber e seus “instrumentos” de higiene e moralização, e 3) o ponto central da análise, realizada por Freud: – Eu (um homem) amo ele (um outro homem), e sua proposição do mecanismo básico da psicose: a rejeição. Na paranoia de Schreber, esse mecanismo atua como rejeição das tendências homossexuais.

Em sua detalhada análise, Freud considera como “disparador” da primeira crise psicótica do juiz Daniel Paul Schreber sua indicação como presidente da corte de apelações da cidade de Dresden, alto posto da magistratura alemã. Pouco após assumir essa função, para a qual fora indicado pelo próprio Kaiser, o paciente se interna na clínica do Prof. Flechsig, da Universidade de Leipzig. O primeiro tratamento tem relativo sucesso, mas já então a figura de seu psiquiatra, o eminente Dr. Flechsig, vai ganhar extrema importância na vida psíquica de Schreber.

Se pensarmos esse precursor da psicose indicado por Freud com os critérios do modelo de Cambridge, consideraríamos que a indicação sendo do “pai da pátria” (o Kaiser), para um posto eminentemente paterno, como o de juiz presidente, provocou em Daniel Paul Schreber um estado de intensa agitação interna, com todos os seus componentes psíquicos em severa perturbação. Podemos representar esse momento como a “sopa” agitada por (proto)pensamentos, (proto)emoções e (proto)sensações mutuamente ativados. Junto a isso,

muito provavelmente a mente e o cérebro de Schreber se desorganizam um ao outro. Schreber tem insônia, seu estado de saúde física é afetado, sua homeostase corporal provavelmente mostra grande desequilíbrio. Talvez o cérebro do juiz, agitado por sua mente, passe a enviar uma série de estímulos perturbados para a “sopa primordial” do paciente. Entre o cérebro e a mente trava-se uma batalha, um mútuo bombardeio, em consequência mais e mais sinais neurobiológicos serão enviados para uma “sopa primordial” já sobrecarregada que, por conta própria, vai produzindo sensações subjetivas bizarras, pensamentos incorporados de expressão muito problemática e novas sensações que retroagem sobre o cérebro.

O resultado de tudo isso é um estado explosivo que em algum momento eclode como o surto psicótico, atacando a realidade onde ela mais dói: esse cargo para o qual Schreber se sente obrigado a assumir. Essa cadeira de juiz ferve, o homem atormentado simultaneamente pelo mundo e por seu cérebro junto com sua mente (“sopa primordial”), e o resultado é a manifestação dos primeiros sintomas psicóticos. Muito pior será a segunda crise psicótica, após um breve intervalo de alguns anos de vida “normal”.

O segundo surto é definitivo e se estabelecem todas as características de uma psicose exuberante. É extremamente florido o sistema delirante de Schreber: há um Deus indiferente, cruel e voluptuoso; as árvores, os pássaros e os raios do sol “falam”; há sensações físicas extremamente dolorosas ou transcendentemente prazerosas; os nervos são transformados em nervos femininos, “nascem” seios, uma gravidez divina está se preparando; a ordem do mundo anda muito perturbada, mas um messias está a caminho e fará a redenção da humanidade.

Não podemos deixar de relacionar a riqueza de seu sistema delirante com a riqueza da formação intelectual, tanto do Dr. Schreber, como de sua longa lista de antepassados, composta de importantes pensadores, artistas, juristas ou pedagogos, como seu pai. A mente desse psicótico é uma mente refinada, sofisticada, ele fala diversos idiomas, tem sólida composição intelectual, ao mesmo tempo em que tem uma vida emocional bastante conturbada. Dois aspectos são marcantes: seu casamento, embora com uma mulher que ele estima, é marcado pela infertilidade – nada menos que seis abortos sucessivos. O outro aspecto é sua trajetória pessoal em sua família de origem.

O pai de Schreber foi bastante famoso em seu tempo, e sua influência se faz sentir até hoje em certos aspectos da vida alemã. Foi um homem extremamente severo consigo mesmo e com seus filhos. Adotava uma rígida discipli-

na, tanto mais forte quanto mais houvesse para corrigir, e desde a mais tenra infância de seus filhos. Criou, visando finalidades higiênicas e moralizantes, inúmeros aparelhos e instrumentos, próteses que visavam manter a coluna ereta, os ombros e maxilares na posição correta, aparelhos de ginástica para o desenvolvimento corporal e instrumentos para impedir que a criança se masturbasse. Assim, adotava os mais diversos meios para a “postura correta”, tanto a postura física quanto a postura moral. Parece que era homem demasiadamente autoritário, que sofria de ideias obsessivas e que chegava a apresentar tendências homicidas. De todos os modos, muito provavelmente fosse um severo caso de neurose obsessiva, regulando o mundo ao seu redor com “mão de ferro”, dominando e afligindo sua família até morrer aos 56 anos de idade de “obstrução intestinal” – do ponto de vista psicanalítico, um sintoma de interpretação óbvia.

Deve ter sido muito difícil ser seu filho, e o suicídio de um dos irmãos de Daniel Paul Schreber pode ser uma indicação disso. De todas as maneiras, apresentava-se como um pai para ser amado e ser odiado. Quando esse seu filho cresce, admirando e temendo essa figura de tão alta autoridade, torna-se ele próprio uma autoridade, mas não pode atingir o posto mais alto: isso o tornaria igual a seu pai. Na verdade, Schreber não pode, biologicamente, ser pai, mas sua trajetória o levou de encontro a seu destino: seu pai.

Na psicose paranoica de Schreber, duas figuras irão dominar: o seu psiquiatra e o “pai de todos”, Deus. Falemos primeiro deste. O Deus de Schreber é libidinoso: quer, a todo custo, o corpo do pobre homem. Quer convertê-lo em mulher, muito embora nunca tenha se importado com a humanidade. Schreber percebe, muito dolorosamente, que ele tem que aceitar essa dominação, precisa se submeter sexualmente, e mais, precisa ceder em sua identidade masculina, poder ser mulher para poder gerar. Deus fará, com a participação de Schreber, uma nova e melhor humanidade.

Quanto ao Dr. Flechsig, este entra na história tanto como substituto do pai real de seu paciente, como objeto de seu amor. A figura autoritária de Flechsig é perfeita para encarnar transferencialmente (transferência psicótica) a figura de um pai sexualizado. Um pai que vai exigir, para seu próprio prazer, que seu filho seja emasculado e se submeta como mulher no ato sexual. Recordemos que, nas memórias de Schreber, este salienta que sua primeira ideia estranha foi a de que deveria ser muito prazeroso se sentir como a mulher durante o ato sexual. Para Freud, o centro da “equação psicótica” de Schreber poderia ser resumido na fórmula: Eu (um homem) amo ele (um outro homem).

A violenta defesa contra essa ideia-sentimento é: não amo, isso é impossível. Esse é o conteúdo que deve ser repudiado, recusado, e Freud o denomina como rejeição. Algo seu não pode ser seu, será expelido de si – Schreber adota a forma paranoica com a qual concretizará a total rejeição de seu desejo. Flechsig passa a ser seu perseguidor, perseguidor amado. Seu corpo, desejado por Deus, já está se feminilizando. No entanto, Flechsig o recusa e quer ver nele apenas o paciente difícil, obstinado, irremediavelmente psicótico. Daí o ex-juiz se decide a escrever sua própria peça de defesa jurídica e conseguir receber alta de sua internação. Readquirir seus direitos civis, voltar para casa, escrever suas memórias e seguir como um psicótico que mantém seu delírio, mas já consegue retomar daí em diante a vida que lhe seja possível.

Utilizando novamente o modelo de formação de sintomas, consideramos que o processo de relativa “cura” de Schreber será alcançado quando este encontra a via literária como recurso sublimatório para sua convulsa “sopa primordial”. À medida que esse homem capacitado intelectualmente vai conseguindo achar “moldes” mais estruturados e compreensíveis, ele pode simultaneamente consertar parte do mundo externo que a psicose havia destruído, reassumindo sua família e vida social, ao mesmo tempo em que destina para o seu livro suas pulsões – sublimando-as ele pode finalmente encontrar um caminho melhor do que delirar. A arte o auxilia a separar suas produções psíquicas, torna-se capaz de “pensar”, “falar” e escrever. Consegue encontrar conceitos para suas vivências, consegue compará-los com moldes culturais mais facilmente comunicáveis e chega assim a produzir uma obra, seu livro, que encaderna (contém, no sentido bioniano) as suas vivências psicóticas.

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ávila, L. A. (2003). Antropologia do self e psicanálise: um diálogo. *Percurso*, 30, 79-90.
- Ávila, L. A. (2004). *O eu e o corpo*. Escuta.
- Ávila, L. A. (2005). Uma proposta para representar o “irrepresentado” na mente. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VIII, 187-203.
- Ávila, L. A. (2016). Corpo e mente em questão: Em busca da gênese dos sintomas psicossomáticos. *IDE*, 61, 51-61.
- Ávila, L. A. (2019). Psicanálise e neurociência. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 54(2), 141-159.

- Ávila, L. A. (2020). The contribution of the Cambridge School of Psychopathology for the understanding of psychosomatic symptoms. In I. S. Marková & E. Chen (Eds.), *Rethinking psychopathology: Creative convergences* (pp. 255-265). Springer.
- Berrios, G. E. (2015). *Rumo a uma nova epistemologia da psiquiatria*. Escuta.
- Berrios, G. E. & Porter, R. (2012). *Uma história da psiquiatria clínica*. Escuta.
- Freud, S. (1980a). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (Caso Schreber). In S. Freud, Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Vol. XII (pp. 23-110). Imago. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (1980b). Neurose e psicose. In S. Freud, Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Vol. XIX (pp. 189-198). Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (1980c). A perda da realidade na neurose e na psicose. In S. Freud, Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Vol. XIX (pp. 229-238). Imago. (Trabalho original publicado em 1924).
- Heelas, P. & Lock, A. (1981). *Indigenous psychologies: The anthropology of the self*. Academic Press.
- Lynch, O. M. (1990). *Divine passions: The social construction of emotion in India*. University of California Press.
- Marková, I. S. & Berrios, G. E. (1995). Mental symptoms: Are they similar phenomena? *Psychopathology*, 28, 147-157.
- Marková, I. S. & Chen, E. (2020). *Rethinking psychopathology: Creative convergences*. Springer.
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (11ª ed.). <https://icd.who.int/>
- Rosaldo, M. Z. (1980). *Knowledge and passion: Ilongot notions of self and social life*. Cambridge University Press.
- Rosaldo, M. Z. (1984). Towards an anthropology of self and feeling. In R. Shweder & R. LeVine (Eds.), *Culture theory: Essays on mind, self and emotion*. Cambridge University Press.
- Shweder, R. & LeVine, R. (1984). *Culture theory: Essays on mind, self and emotion*. Cambridge University Press.

Psychiatric psychopathology and psychoanalytic psychopathology: the question of psychosis in the case of Dr. Schreber

ABSTRACT: *We will seek in this work to discuss some aspects of the relations between psychiatric psychopathology and psychoanalytical psychopathology, proposing the use of a model of mental symptoms formation, developed at the Cambridge School of Psychopathology, led by G. E. Berrios. Then we will use this model for the discussion of psychosis, psychoanalytically considered, having the strange case of Dr. Daniel Paul Schreber as an exhibition scenario. We seek here both a rapprochement between these two ways of conceiving and characterizing*

psychopathology, the psychiatric and the psychoanalytic, as to contribute to a representation of the possible genesis of the psychotic symptom in order to combine it to the contributions of important contemporary psychoanalytic authors.

KEYWORDS: *Psychoanalysis; psychiatric psychopathology; psychoanalytical psychopathology; psychosis; Schreber.*

Psicopatología psiquiátrica y psicopatología psicoanalítica: la cuestión de la psicosis en el caso del Dr. Schreber

RESUMEN: *Buscaremos en este trabajo discutir algunos aspectos de las relaciones entre la psicopatología psiquiátrica y la psicopatología psicoanalítica, proponiendo el uso de un modelo de formación de síntomas mentales, desarrollado en la Escuela de Psicopatología de Cambridge, dirigida por G. E. Berrios. Luego usaremos este modelo para la discusión de la psicosis, considerada psicoanalíticamente, teniendo el extraño caso del Dr. Daniel Paul Schreber como escenario de exposición. Buscamos aquí un acercamiento entre estas dos formas de concebir y caracterizar a la psicopatología, que son la psiquiátrica y la psicoanalítica, cómo contribuir a una representación de la posible génesis del síntoma psicótico para combinar con las contribuciones de importantes autores psicoanalíticos contemporáneos.*

PALABRAS CLAVE: *Psicoanálisis; psicopatología psiquiátrica; psicopatología psicoanalítica; psicosis; Schreber.*

Recebido: 22/12/2022

Aceito: 02/07/2023

Lazlo A. Ávila

lazlo@terra.com.br