

Introdução

*Mal*¹ é o termo universal de apreciação desfavorável, designando tudo que pode ser um empecilho para o alcance de uma finalidade. O mal é o que é contrário às normas admitidas, aquilo que é obstáculo à perfeição, em suma, tudo o que é motivo de desaprovação; o termo engloba as experiências de sofrimento ou dano (Lalande, 1968; Durozoi, 1993).

O objetivo do presente trabalho é analisar a condução do mal-estar na atualidade. O mal em questão é o sofrimento psíquico, o qual, talvez de maneira redundante, chamamos de mal-estar psíquico. Para tal, não pretendemos localizar as palavras e as pílulas em universos distintos, como diferentes formas de condução do mal-estar. Palavras e pílulas encontram-se associadas, na medida em que a “medicamentação”² (Wannmacher, L., 2007) do mal-estar é uma realidade efetiva, atual e crescente, que se expande, inclusive, para campos diversos do médico-científico, tais como a literatura e os programas de televisão que funcionam como verdadeiros manuais de autoajuda. Através dos meios de comunicação são oferecidos produtos que prometem alívio ou melhoramento de estilo ou condição de vida. Abordaremos o governo do mal-estar na atualidade do campo psiquiátrico, mais especificamente, de certo discurso sobre as pílulas, o discurso da psiquiatria biológica – voltado para a regulação de quase todo e qualquer mal-estar psíquico. Investigaremos também a condução do mal contida em algumas das produções freudianas, levando em consideração a elaboração de certos conceitos, culminando no conceito de pulsão de morte.

É o governo do mal-estar que está em jogo na elaboração de tais discursos, portanto, é a reflexão sobre o modo de conduzir o mal-estar característico da psiquiatria contemporânea e da psicanálise o que nos interessa. Ou seja, o modo

¹O mal metafísico é a imperfeição; o mal físico é o sofrimento e o mal moral, o pecado. (Lalande, 1968)

²Ou “*medicamentation*” (Mbongue et al, 2005). O termo se refere a um fenômeno cultural amplo que diz respeito às interseções entre droga, medicina e sociedade. A definição encontra-se no tópico 4.2 deste trabalho.

como cada uma delas, as abordagens psiquiátrica e psicanalítica, propõe que o mal-estar seja conduzido. Inspirados no conceito de “governamentalidade” (Foucault, 1979a), chamaremos de governo do mal-estar o modo de conduzir o mal-estar. Por isso, recorreremos à noção foucaultiana de biopoder, referência e pano de fundo de análise a partir da qual entenderemos como se constituiu o governo da vida na modernidade. Segundo a interpretação foucaultiana, a modernidade caracteriza-se pelo funcionamento do biopoder, ponto de partida para refletirmos sobre o governo da vida na atualidade, onde o mal-estar psíquico desempenha papéis estratégicos.

Na proliferação de categorias diagnósticas a que assistimos nas últimas décadas³, podemos identificar a ênfase nos quadros que remetem aos sintomas da ansiedade e da depressão (Ehrenberg, 2008). O termo inglês “anxiety” é utilizado no campo médico desde a metade do século XVII (Strachey, 1996), mas foi somente no início do século XIX, em 1813, que a ansiedade foi considerada como uma disfunção da atividade mental (Landeira-Fernandez, J & Mello Cruz, 2007). Palpitações, sudorese, tremores ou abalos, falta de ar ou sensação de sufocamento, asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controle ou enlouquecer, medo de morrer, parestesias, calafrios ou calores. Atualmente, se pelo menos quatro desses sintomas se manifestam intensamente em aproximadamente dez minutos, caracterizando um período de intenso temor ou desconforto, vive-se um ataque de pânico (APA, 1994). Esse quadro, classificado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais, hoje, em sua quarta versão, pode sugerir o diagnóstico de transtorno do pânico, caso pelo menos um dos ataques seja seguido por um mês de preocupação com a possibilidade de novos ataques ou com as consequências do ataque, ou ainda, de alteração comportamental significativa. O transtorno do pânico pode se manifestar com ou sem agorafobia, ou seja, a ansiedade associada à permanência em locais

³Em 1952, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais publicado pela Associação Americana de Psiquiatria listou 106 categorias de desordens mentais. O DSM IV, publicado em 1994, listou 297 desordens mentais.

ou em situações de onde é difícil escapar ou ser socorrido pode participar dos sintomas do transtorno do pânico.

Para o diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada, pelo menos três dos seguintes sintomas devem estar presentes por, no mínimo, seis meses, associados à ansiedade e expectativa apreensiva: inquietação, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular, perturbações do sono. Participam também do grupo dos transtornos de ansiedade classificados pelo DSM IV a fobia social, diagnóstico que caracteriza a ansiedade relacionada a situações sociais ou de desempenho pelo medo do embaraço, e a fobia específica, diagnóstico que inclui a ansiedade diante de situação ou objeto específico. O conjunto dos transtornos de ansiedade, tal como registrados pelo DSM IV, contém ainda o transtorno obsessivo-compulsivo, o transtorno do estresse pós-traumático, o transtorno de estresse agudo e o transtorno de ansiedade sem outra especificação. Este último item diz respeito a alguns quadros sintomáticos que, apesar de não preencherem os critérios dos transtornos de ansiedade classificados, enunciados acima, ainda assim, são contemplados pelo manual como categoria diagnóstica. É o caso, por exemplo, do transtorno ansioso-depressivo misto, que reúne sintomas de ansiedade e de depressão, mas estes não satisfazem critérios para qualquer transtorno de humor (grupo onde o quadro depressivo foi classificado no DSM IV) ou de ansiedade específicos. (APA, 1994)

O conjunto dos transtornos do humor, tal como organizado pela quarta versão do DSM, é composto pelo transtorno depressivo maior, transtorno distímico e transtorno bipolar I. O transtorno depressivo maior pode ser diagnosticado diante da manifestação de um único episódio depressivo maior. Este último se caracteriza pela reunião de no mínimo cinco dos seguintes sintomas, presentes durante um período mínimo de duas semanas: perda ou ganho de peso, aumento ou diminuição do apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva (inadequada), capacidade diminuída de pensar ou indecisão, pensamentos de morte, ideação suicida. Pelo menos um dos sintomas deve ser humor deprimido ou irritável (em crianças e adolescentes), ou perda do interesse ou prazer. Os sintomas devem apresentar uma alteração em relação ao

funcionamento anterior, no entanto, se durante o período de dois anos algum dos sintomas do episódio depressivo esteve presente ininterruptamente por dois meses, pode ser diagnosticado o transtorno distímico. A classificação dos transtornos de humor conta ainda com o transtorno depressivo sem outra especificação, item onde são contemplados os sintomas depressivos que não respondem aos critérios para os outros transtornos do humor. Nesse item são classificados transtornos como o disfórico pré-menstrual, diagnosticado diante da manifestação de humor deprimido, ansiedade, instabilidade afetiva, interesse diminuído por atividades, durante a maioria dos ciclos menstruais. O transtorno depressivo menor é um diagnóstico que se justifica pela presença de menos de cinco dos itens exigidos para o transtorno depressivo maior, por pelo menos duas semanas; e o transtorno depressivo breve recorrente é diagnosticado em caso de sintomatologia depressiva manifestada durante o período de dois dias a duas semanas, pelo menos uma vez por mês, por 12 meses. (APA, 1994)

Diante desse pequeno recorte das classificações diagnósticas dos transtornos mentais – registradas em forma de manual – nossa intenção é refletir sobre a proliferação de categorias nas quais o sofrimento psíquico pode ser classificado. Percebemos que os sintomas de ansiedade e depressão reúnem uma variedade de sofrimentos que dificilmente não correspondem aos critérios psicopatológicos contemporâneos. É o caso de sofrimentos bastante comuns, como o sentimento de insuficiência e a preocupação excessiva, por exemplo. Ou seja, parece que grande parte do sofrimento ao qual podemos estar submetidos, durante o prolongamento temporal da vida, é passível de funcionar como uma peça de um jogo cujas regras são esclarecidas em manuais diagnósticos – como o DSM IV, por exemplo – e cujo objetivo é a definição de um transtorno mental. Quase sempre, a manifestação de algum sofrimento (inclusive associado a alguma manifestação física como a sudorese e o aumento da frequência cardíaca, por exemplo) pode ser traduzida em sintoma; da mesma maneira, quase todo quadro sintomático (algumas vezes, apenas um sintoma) submetido ao fator tempo (algumas vezes, menos de quinze minutos) pode ser classificado em alguma categoria de transtorno mental.

Equiparando a ansiedade humana às respostas de defesa apresentadas pelos animais em situações de perigo, – no caso, ratos de laboratório – Landeira-Fernandez, J & Mello Cruz (2007) concluíram que o transtorno de ansiedade generalizada tem origem nos circuitos neurais responsáveis pelo sentimento de medo, enquanto que o ataque de pânico se origina nos circuitos neurais responsáveis pelo sentimento de dor. Ou seja, o mau funcionamento dos circuitos neurais do medo e da dor é o responsável pela ocorrência dos sintomas que caracterizam, respectivamente, o transtorno de ansiedade generalizada e o ataque de pânico. No entanto, os sistemas neurais do medo e da dor, normalmente, reagem a estímulos externos de perigo que podem ser perigos potenciais, no caso do medo, ou reais, no caso da dor. Segundo os autores, a ativação desses circuitos neurais “na ausência de qualquer estímulo externo que justificasse essas intensas reações” (Landeira-Fernandez, J & Mello Cruz, 2007: 233) indicaria uma deficiência no funcionamento dos circuitos neurais da dor ou do medo.

Os sintomas que compõem, hoje, os transtornos de ansiedade não apresentam diferenças significativas em relação à sintomatologia para o que Freud, em 1894, de maneira inédita, denominava “neurose de angústia” (Freud, 1894: 93). Em 1926, Freud considerou a angústia⁴ como uma reação a situações de perigo e distinguiu a angústia automática da angústia sinal. A angústia automática é determinada pela ocorrência de uma situação de perigo, enquanto que a angústia sinal é determinada pela ameaça da ocorrência de uma situação de perigo (Freud, 1926). O perigo é uma situação traumática que se caracteriza pela experiência de desamparo diante da perda, ou da ameaça de perda do objeto. Há situações de perigo específicas para diferentes épocas da vida, situações capazes de promover um acúmulo de excitação com a qual não se pode lidar: do nascimento à perda do amor do superego (Freud, 1926).

Na década seguinte, a respeito da origem da angústia, Freud (1932) confessou que, até então, não estivera “... preparado para constatar que o perigo pulsional interno se revelaria fator determinante e preparação para uma situação

⁴O responsável pela Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud esclarece que o termo em português “angústia” é o que melhor traduz o termo alemão “*angst*”, eleito por Freud para abordar o tema reconhecido no campo médico desde o século XVII pelo termo inglês “*anxiety*” (Salomão, 1996 vol. III: 117, 118).

de perigo externo, real.” (Freud, 1932: 90). Trata-se da Conferência XXXII, *Angústia e Vida Pulsional*, onde mais adiante Freud nos lembra que a pulsão⁵ surge de fontes de estimulação no interior do corpo e atua como força constante da qual não há fuga possível, condição que a faz distinta do estímulo externo (Freud, 1932). Além disso, o advento da pulsão de morte na teoria psicanalítica foi retomado e a dupla condição da pulsão foi ressaltada: pulsão sexual e pulsão de morte encontram-se inextricavelmente misturadas no processo de viver. É à pulsão sexual que podemos atribuir um movimento de manutenção da vida (Freud, 1920), enquanto que a pulsão de morte, expressão da inércia inerente à vida orgânica, tende à destruição (Freud, 1920). A situação de perigo temida pelo ego é a perda do objeto ansiado como aquele que poderia satisfazer a insistente demanda pulsional (Freud, 1926). “A angústia é um produto do desamparo mental da criança, o qual é um símile natural de seu desamparo biológico” (Freud, 1926: 136). A perda do objeto ansiado só é temida porque revela a pressão interna à qual estamos submetidos:

“É apenas a magnitude da soma de excitação que transforma uma impressão em momento traumático, paralisa a função do princípio de prazer e confere à situação de perigo a sua importância.” (Freud, 1932: 97)

Assim, tanto o próprio momento traumático quanto uma espécie de evocação do trauma que sinaliza o perigo são admitidos por Freud como as duas origens possíveis da angústia (Freud, 1932). O perigoso e o traumático são, portanto, em última análise, a demanda pulsional que se faz excessiva diante da ausência de um objeto ao qual se ligar. Tal concepção da angústia nos faz lembrar dos “Primeiros passos em direção a uma teoria da neurose de angústia” (Freud, 1895), quando Freud já suspeitava ser a angústia uma excitação somática que não foi transformada em estímulo psíquico e, por isso, é descarregada pelo corpo de maneira desordenada. Ocorre que, nessa ocasião, Freud ainda não havia forjado o conceito de pulsão de morte e acreditava que a excitação somática era de natureza puramente sexual (Freud, 1895).

⁵O conceito de pulsão será mais bem explicado no tópico 4.3 do presente trabalho.

Os pesquisadores Landeira-Fernandez, J & Mello Cruz (2007) apontam para um mau funcionamento dos circuitos neurais do medo e da dor na origem dos transtornos de ansiedade generalizada e do pânico, respectivamente. Freud (1932) também reconhece a origem da angústia no interior do corpo, no entanto, o percurso investigativo do criador da psicanálise não aponta para um mau funcionamento do corpo na origem do mal-estar, mas para uma produção do mal-estar que, em última análise, é decorrente do próprio pulsar da vida. A pesquisa de Landeira-Fernandez, J & Mello Cruz (2007) revela a atual predominância da abordagem biológica dos transtornos mentais e da vida subjetiva. No campo psiquiátrico tal predominância se torna possível, principalmente, devido aos avanços das neurociências em busca de evidências da subjetividade humana, que vão desde transtornos mentais até aspectos mais gerais como as emoções e os sentimentos, por exemplo. Tais evidências funcionam como critérios para o desenvolvimento do campo psiquiátrico, participando de importantes transformações nesse campo, tais como a proliferação de categorias diagnósticas e a produção e utilização dos psicofármacos, processo que colabora para a crescente medicamentação do mal-estar. Com a proliferação das categorias diagnósticas, quase qualquer mal-estar pode ser medicado, já que os sintomas que, reunidos caracterizam a ansiedade e a depressão, por exemplo, são comumente sentidos em muitos momentos da vida. Trata-se de um processo de patologização do sofrimento psíquico, de maneira que a multiplicação de categorias diagnósticas é proporcional à diversidade de sofrimentos psíquicos que podem ser medicados.

É evidente que o discurso da psiquiatria biológica e o da psicanálise não concebem o mal da mesma maneira. Ainda que o surgimento das práticas psiquiátrica e psicanalítica tenha se dado no mesmo contexto, ou seja, aquele de funcionamento do biopoder, ressaltaremos as discontinuidades entre os dois discursos, apostando que a psicanálise apresenta uma proposta de governo do mal-estar que desvia do dispositivo médico no qual se apoiou para emergir. Tal reflexão se desenvolverá tendo em vista a complexidade do fenômeno em questão, o que justifica uma abordagem interdisciplinar.