



Revista Subjetividades
ISSN: 2359-0777
revistasubjetividades@gmail.com
Universidade de Fortaleza
Brasil

O Delírio além do Sintoma: Reflexões a partir da Teoria da Subjetividade

Fernandes Mourão, Renata; Magalhães Goulart, Daniel

O Delírio além do Sintoma: Reflexões a partir da Teoria da Subjetividade

Revista Subjetividades, vol. 19, núm. 3, 2019

Universidade de Fortaleza, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=527562272003>

DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v19i3.e7391>



Este trabalho está sob uma Licença Internacional Creative Commons Atribuição 4.0.

O Delírio além do Sintoma: Reflexões a partir da Teoria da Subjetividade

The Delusion beyond the Symptom: Reflections from Subjectivity Theory

El Delirio más allá del Síntoma: Reflexiones a partir de la Teoría de la Subjetividad

Le Délire au-delà du Symptôme: Réflexions de la Théorie de la Subjectivité

Renata Fernandes Mourão

Universidade de Brasília, Brasil

renata.fernandes.m@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v19i3.e7391>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=527562272003>

Daniel Magalhães Goulart

Universitário de Brasília, Brasil

danielgoulartbr@gmail.com

Recepção: 11 Janeiro 2018

Aprovação: 03 Junho 2019

RESUMO:

Este artigo parte de uma crítica ao conceito de delírio na perspectiva psiquiátrica hegemônica, de modo a propor sua definição a partir de uma base teórico-conceitual diversa: a teoria da subjetividade na perspectiva cultural-histórica de González Rey. A partir dessa perspectiva teórica, torna-se possível desconstruir o conceito de patologia e avançar na compreensão do transtorno mental como configuração subjetiva de um conflito, social e historicamente situado. Nesse sentido, esse referencial teórico permite gerar inteligibilidade sobre processos singulares individuais e sociais que se articulam no delírio, de forma a legitimá-lo enquanto fonte de conhecimento científico e como dimensão a ser considerada nos processos de atenção à saúde mental. Tal compreensão abre a possibilidade para considerar a dimensão potencialmente criativa do delírio, constituindo-se em produção possivelmente articulada a processos de desenvolvimento subjetivo, para além de um déficit comportamental relativo a uma suposta norma idealizada.

PALAVRAS-CHAVE: delírio, transtorno mental, subjetividade, teoria da subjetividade, desenvolvimento subjetivo.

ABSTRACT:

This article starts with a critique of the delirium concept in the hegemonic psychiatric perspective, to propose its definition from a different theoretical-conceptual basis: the theory of subjectivity in González Rey's cultural-historical perspective. It becomes possible to deconstruct the concept of pathology and advance the understanding of the mental disorder as a subjective configuration of a socially and historically situated conflict. In this sense, this theoretical framework allows us to generate intelligibility about individual and social singular processes that articulate in delirium, to legitimize it as a source of scientific knowledge and as a dimension to be considered in mental health care processes. Such understanding opens the possibility to consider the potentially creative dimension of delirium, constituting a production possibly linked to processes of subjective development, beyond a behavioral deficit relative to a supposed idealized norm.

KEYWORDS: delirium, mental disorder, subjectivity, subjectivity theory, subjective development.

RESUMEN:

Este trabajo viene de una crítica al concepto del delirio en la perspectiva psiquiátrica hegemónica, de modo a proponer su definición a partir de una base teórico-conceptual diversa: la teoría de la subjetividad en la perspectiva cultural-histórica de González Rey. A partir de esta perspectiva teórica, es posible derrumbar el concepto de patología y avanzar en la comprensión del trastorno mental como configuración subjetiva de un conflicto, social e históricamente ubicado. En este sentido, ese referencial teórico permite generar inteligibilidad sobre procesos singulares individuales y sociales que articúlese en el delirio, de forma a legitimarlo mientras fuente de conocimiento científico y como dimensión a ser considerada en los procesos de atención a la salud mental. Tal comprensión abre la posibilidad para considerar la dimensión potencialmente creativa del delirio, constituyéndose en producción posiblemente articulada a procesos de desarrollo subjetivo, para más allá de un déficit de comportamiento relativo a una supuesta norma idealizada.

PALABRAS CLAVE: delirio, trastorno mental, subjetividad, teoría de la subjetividad, desarrollo subjetivo.

RÉSUMÉ:

Cet article part d'une critique du concept de délire dans la perspective psychiatrique hégémonique, afin de proposer sa définition à partir d'une base théorique-conceptuelle différente: la théorie de la subjectivité dans la perspective historico-culturelle de González Rey. Dans cette perspective théorique, il devient possible de déconstruire le concept de pathologie et de faire progresser la compréhension du trouble mental en tant que configuration subjective d'un conflit socialement et historiquement situé. En ce sens, ce cadre théorique permet de générer une intelligibilité sur les processus singuliers individuels et sociaux qui s'articulent dans le délire, ce qui le légitime comme source de connaissances scientifiques et aussi comme dimension à prendre en compte dans les processus de soins de la santé mentale. Une telle compréhension ouvre la possibilité de considérer la dimension potentiellement créative du délire. Ce-ci se constitue, donc, dans une production probablement liée à des processus de développement subjectif, au-delà d'un déficit comportemental par rapport à une norme supposément idéalisée.

MOTS CLÉS: délire, trouble mental, subjectivité, théorie de la subjectivité, développement subjectif.

Este artigo tem como objetivo discutir o fenômeno do delírio a partir da teoria da subjetividade em uma perspectiva histórico-cultural (González Rey, 2003, 2007, 2011, 2016). Para tanto, parte-se, à luz de correntes críticas, de reflexões sobre os desdobramentos problemáticos do conceito de delírio na perspectiva psiquiátrica hegemônica, para a qual se toma como referência a quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM5)*. Nesse ínterim, incluem-se na discussão os conceitos de delírio de Dalgarrondo (2008a, 2008b), enquanto psicopatologista brasileiro largamente consultado, e de Jaspers (1986, 2000a, 2000b), representante da psiquiatria fenomenológica que, embora não seja representante da atual corrente hegemônica da psiquiatria, contribuiu para seu caráter descritivo (Berrios, 1992), bem como consiste em uma referência internacional importante na psiquiatria.

Atualmente, a noção hegemônica de delírio é profundamente influenciada pela perspectiva biomédica, sendo associada diretamente a um sintoma de uma doença aprioristicamente definida, do qual mais importa a forma que o conteúdo. O delírio é tido como "(...) um erro do juízo que tem origem na doença mental" (Dalgarrondo, 2008a, p. 209). Esse conceito, ao incluir como critério definatório a "doença mental", da qual o delírio seria o sintoma, nos remete à compreensão de Berrios, (1996) sobre a formação histórica do conceito de delírio atual. Segundo o autor, foi ainda no século 19 que se estabeleceu o caráter mórbido do delírio, com sua respectiva lógica sintomatológica.

Na clássica visão de Jaspers (2000a), são três características reconhecidas no delírio que o definem enquanto patológico: a) convicção extraordinária, o que implica uma certeza praticamente absoluta; b) impossibilidade de demoção, de modo que nem provas, nem argumentos lógicos são capazes de modificá-lo; e, finalmente, c) impossibilidade do conteúdo, que implica que se trata, na maior parte das vezes, de um juízo falso. Nota-se o reducionismo à forma, no qual o único aspecto caracterizador do delírio relativo ao conteúdo é a postulação de sua impossibilidade. Os elementos centrais dessa definição encontram eco no *DSM5*, que define os delírios como "crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes" (APA, 2014, p. 87). Isto não porque exista um diálogo estruturado entre a atual perspectiva hegemônica da psiquiatria e a abordagem fenomenológica, mas porque Jaspers reitera toda a compreensão sobre delírio construída durante o século XIX, contribuindo para o caráter descritivo da psiquiatria atual (Berrios, 1992, 1996).

A limitação relativa à parca abordagem do conteúdo do delírio se expressa na noção de oposição entre o delírio secundário e o delírio primário, que seria, este último, o delírio propriamente dito, definindo-se justamente por ser incompreensível (Jaspers, 2000a; Nardi, Freire, Machado, Silva, & Crippa, 2013; Owen, Harland, Antonova, & Broome, 2004), pessimismo que Owen et al. (2004) reconhecem que é preciso superar. Aqui, também, o pensamento descritivo de Jaspers parece encontrar ressonância no *DSM5*, notadamente no que concerne à distinção entre delírios bizarros e não bizarros neste manual (APA, 2014). E tais categorizações, tanto de Jaspers como do *DSM*, remetem, mais uma vez, à formação histórica do conceito de delírio ainda no século XIX (Berrios, 1996). Para não dizer que a preocupação com o conteúdo

do delírio esteja totalmente ausente na corrente psiquiátrica hegemônica, ela está presente no DSM5, mas é uma preocupação de cunho meramente classificatório e ilustrativo, que visa, no mais das vezes, à simples identificação do delírio por parte do clínico, e também ao diagnóstico de subtipos de transtorno delirante, por exemplo (APA, 2014).

Embora Jaspers (2000a), fundamentado na fenomenologia da primeira metade do século XX, defina a psicopatologia em termos que pretendem uma abordagem integral do ser humano (Hersch, 1982; Jaspers, 2000a, 2000b; Rodrigues, 2005), o autor considera a neurologia e a fisiologia como suas ciências auxiliares mais importantes e define a doença mental como um fenômeno natural (Jaspers, 2000a).

Efetivamente, ao assumir que os sintomas devem ser considerados numa perspectiva diagnóstica, privilegiando sua forma em detrimento de seu conteúdo, Jaspers (2000a) está implicitamente excluindo a subjetividade de seu foco. Quando se refere ao subjetivo, o faz por oposição ao objetivo, expressando uma visão dicotomizada e individualizante da subjetividade. E, apesar de chegar a considerar o subjetivo como aquilo que é “(...) propriamente psíquico que se apreende através de empatia e convivência” (Jaspers, 2000a, p. 40), nota-se, de modo geral, a sua negação dessa dimensão como objeto de conhecimento científico psicopatológico (Jaspers, 1986, 2000a):

Quanto mais (o psicopatologista) conceitualiza, quanto mais reconhece e caracteriza o típico, o que se acha de acordo com os princípios, tanto mais reconhece que, em todo indivíduo, se oculta algo que ele não pode conhecer. Como psicopatologista, basta saber da riqueza infinita de todo indivíduo, que nunca poderá esgotar; independente disso, poderá, como homem, ver mais; ou quando outros veem esse ‘mais’, que é algo incomparável, não deve imiscuir-se com psicopatologia. (Jaspers, 2000a, p. 12)

Tanto a subjetividade do médico quanto a do paciente são excluídas do processo por ser uma dimensão que não deve “imiscuir-se” com a ciência.

Aqui convém introduzir brevemente contribuições da teoria da subjetividade de González Rey (2003, 2007, 2011, 2016) para avançar sobre esse tópico. Isto porque o conteúdo incomunicável que, na visão de Jaspers (2000a), previne que a psicopatologia se firme como ciência, estaria no campo daquilo que González Rey entende por subjetividade, já que esta não é redutível a outros processos com os quais se articula, tais como o comportamento, a linguagem ou o psiquismo, mas guarda sua especificidade ontológica. Não se trata da concepção internalista que, pela herança cartesiana, vê a subjetividade como “mundo interno”, reduzindo-a a um subjetivismo. A subjetividade, na perspectiva adotada, é um sistema simbólico-emocional, que expressa a mobilidade e a diversidade das experiências individuais e sociais, representando uma produção humana ontologicamente diferenciada (González Rey & Mitjáns Martínez, 2017).

Rodrigues (2005) procura refutar justamente a crítica que aqui fazemos a Jaspers: “A fenomenologia jasperiana na#o deve ser acusada de encobrir a pro#pria omissa#o a# ‘subjetividade como objeto de estudo’” (p. 759). Segundo o autor, Jaspers prevê a compreensão empática como um momento posterior à descrição diagnóstica.

Assim, poder-se-ia pensar que, após o diagnóstico, a subjetividade pudesse ser abordada no tratamento. No entanto, o diagnóstico tradicional se insere no modelo sintomatológico-descritivo, com vistas à identificação da “doença mental” naturalizada, de modo a adquirir um caráter geralmente definitivo (Amarante, 2007; Coutinho, 2009). Na famosa pesquisa de Rosenhan (1973), em que oito pseudopacientes foram internados em hospitais psiquiátricos, é discutida a ideia de que, uma vez diagnosticado com esquizofrenia, o paciente pode ser considerado em remissão, mas não chega a ser considerado são.

Dessa forma, tradicionalmente, o diagnóstico funciona mais como rótulo irreversível do que como base analítica e dinâmica para ações terapêuticas contextualizadas e atualizadas conforme a evolução da situação. A noção de uma doença de base neurofisiológica, cujas causas permanecem largamente desconhecidas, não deixa ao tratamento psiquiátrico senão o objetivo de supressão dos sintomas. É assim que, desde o estabelecimento do diagnóstico, começa a se delinear um método de intervenção baseado na exclusão da subjetividade

(González Rey, 2011; Goulart, 2017, 2019a, 2019b), ignorando-se, como nos lembra Foucault (1972), que o próprio diagnóstico já é um momento de intervenção.

Vários estudos têm abordado desdobramentos problemáticos das práticas voltadas para o diagnóstico no âmbito da saúde mental. A desvalorização do parceiro sexual (Wainberg et al., 2016), as dificuldades no contexto escolar (Knis-Matthews, Bokara, DeMeo, Lepore, & Mavus, 2007), a desvalorização financeira do trabalho (Gao, Schmidt, Gill, & Pratt, 2011) e a exclusão social derivada do preconceito e estigma (Severo & Dimenstein, 2009; Silva & Brandalise, 2008) são alguns desses desdobramentos. O estigma é tal que a pessoa com diagnóstico psiquiátrico tem os diferentes aspectos de seu comportamento interpretados sob o prisma da “doença” (Rosenhan, 1973).

Nesse quadro, a perspectiva psiquiátrica hegemônica naturaliza a “doença” como entidade intrapsíquica de base orgânica, ignorando suas dimensões histórica, social e subjetiva. Essa naturalização fica patente na assunção de Dalgarrondo (Zarzanelli, Dalgarrondo, & Banzato, 2016) de um realismo ontológico no que concerne aos transtornos mentais e suas classes, ainda que com ressalvas, que não atenuam o caráter deletério do diagnóstico e tratamento baseado nessa concepção naturalizante.

Vários autores desenvolvem essa crítica à psiquiatria. Szasz (1974) postula que o próprio conceito de “doença mental” deve ser combatido, visto que questões políticas e morais são confundidas com questões médicas. Foucault (1994) questiona a concepção da “doença mental” enquanto essência natural, como se fosse uma entidade autônoma, independente da totalidade psicossomática. Amarante (2007) nota que “(...) ao considerar a doença um objeto natural, externo ao homem, a psiquiatria passou a se ocupar dela e não do sujeito que a vivencia” (p. 66). Capra (1995) destaca que a cura, sempre relativa à integralidade do organismo, não pode ser compreendida ou promovida pela perspectiva biomédica, que se restringe ao controle dos sintomas. Tal limitação raras vezes se admite de modo explícito. É mais comum que se expresse projetando-se sobre a própria concepção da doença, que é, então, tida como incurável.

Diante da constatação de que o atual conceito de delírio foi formado ainda no século XIX, Berrios (1996) argumenta:

Sendo assim, a visão corrente de delírio engloba uma teoria obsoleta da linguagem e a epistemologia da introspecção promovida pela psicologia clássica. Progressos ocorreram em todas essas áreas e a noção de delírio necessita ser atualizada, mesmo que tal trabalho possa precipitar sua desintegração. (Berrios, 1996, p. 112, tradução nossa)

O autor não se propõe a desenvolver tal revisão do conceito, mas sua compreensão do seu processo de formação histórica nos dá suporte hoje para empreendemos tal discussão conceitual à luz da perspectiva epistemológica e psicológica da teoria histórico-cultural da subjetividade. A teoria da subjetividade na perspectiva histórico-cultural nos parece útil para questionar o reducionismo da visão psiquiátrica hegemônica, com sua “(...) noção individualista e essencialista de patologia” (González Rey, 2011, p. 21), e propõe que, na configuração subjetiva do transtorno mental, a constituição singular do indivíduo, permanentemente atravessada pelo tecido social e cultural, joga um papel central. Com este artigo, pretendemos contribuir para a compreensão do delírio a partir dessa teoria, gerando alternativas teóricas à lógica biomédica sintomatológica.

O TRANSTORNO MENTAL SOB A ÓTICA DA SUBJETIVIDADE: ALTERNATIVAS À PATOLOGIZAÇÃO INDIVIDUALISTA

A subjetividade é uma dimensão da realidade humana eminentemente geradora, que, irredutível a qualquer dimensão externa, se define pela produção e organização de processos simbólico-emocionais, caracterizando-se como sistema em que se configuram sentidos subjetivos tanto no nível individual como social (González Rey, 2003, 2004, 2007, 2016).

A unidade básica desse sistema complexo é o sentido subjetivo, que se define a partir da integração dinâmica entre simbólico e emocional, no qual um emerge ante a presença do outro sem ser necessariamente sua causa (González Rey, 2003). Os sentidos subjetivos emergem em fluxos inconscientes e contínuos, nos quais um sentido subjetivo se articula a outros, formando configurações subjetivas (González Rey, 2016). Nesse dinâmico processo, tanto as configurações subjetivas individuais como sociais representam formações autogeradoras e autorreguladoras, tornando-se fontes permanentes de sentidos subjetivos nas diversas ações humanas. As configurações subjetivas não são estáticas, mas sintetizam a pluralidade de experiências de uma história singular, articulando passado e presente, assim como os mais diversos contextos sociais na experiência atual.

Nessa perspectiva teórica, a categoria sujeito se remete à condição momentânea de um indivíduo ou de um grupo social, na qual se gera um espaço próprio de subjetivação para além da normatização social e para além da própria constituição subjetiva individual (González Rey, 2007, 2011, 2016). Trata-se, portanto, de um conceito articulado à reflexividade e à possibilidade de se gerar novos recursos subjetivos no contexto complexo de uma trama social. Nesse sentido:

A pessoa, ao atuar como sujeito, expressa (...) uma subjetivação que implica sua subjetividade individual e a subjetividade social, integração única que surge em forma de sentidos subjetivos singulares, que se desdobram em trajetórias únicas em suas ações concretas. (González Rey, 2007, p. 145)

Esse aspecto de integração entre individual e social, encontrado na emergência do sujeito da ação, será posteriormente abordado, mais detidamente, como via para a compreensão do delírio a partir da teoria da subjetividade.

A singularidade e atualidade do sujeito são também um momento de geração de todo um sistema subjetivo social, bem como participam na geração dos sentidos subjetivos da subjetividade individual. É através do ponto de ruptura representado pela singularidade irrepetível do sujeito que o social se renova (González Rey, 2015).

Essa compreensão da subjetividade implica a negação de qualquer forma de patologização dos processos subjetivos, afinal: “A patologização leva à desconsideração do diferente, contudo, a subjetividade é necessariamente singular, e impossível de ser pensada dentro de normas gerais” (González Rey, 2007, p. 59). Isto ocorre porque não há uma forma de subjetividade que possa ser considerada natural ou universal, em oposição à qual se configurariam formas patológicas. Em vez disso, os processos subjetivos são considerados em relação a tramas singulares de vida. Em outras palavras, esse referencial teórico nos auxilia a gerar alternativas conceituais ao conceito de patologia mental (González Rey, 2007, 2011; Goulart, 2017, 2019a, 2019b), pois o rótulo de doente implica, geralmente, desconsideração pelo contexto social e cultural, bem como pela complexidade subjetiva envolvida na sintomatologia, que tem na configuração subjetiva singular um momento constitutivo desse processo.

Assim, a compreensão da subjetividade, especialmente em relação ao delírio, pode oferecer a abertura conceitual necessária para a desconstrução do patológico, sem, no entanto, deixar de “diferenciar uma psique saudável de uma psique geradora de danos” (González Rey, 2007, p. 154). O critério para traçar essa fronteira estaria na fixação do indivíduo em determinados modos de subjetivação da experiência comprometidos com seu sofrimento, o que significa a perda da capacidade geradora da subjetividade em termos de novos sentidos subjetivos (González Rey, 2007, 2011, 2012b, 2015). “O transtorno psicológico é resultado da paralisação da pessoa perante o conflito experimentado” (González Rey, 2007, p. 161).

Essa paralisação não significa, contudo, que o indivíduo cesse de gerar sentidos subjetivos diante de suas experiências. O indivíduo gera sentidos subjetivos, apenas estes não representam alternativas à configuração subjetiva do conflito em uma situação de sofrimento. Assim, o transtorno mental é entendido como:

(...) consequência do desenvolvimento de uma configuração subjetiva que, produzida em determinado momento da vida da pessoa, vai se desdobrando em novos processos e sentidos subjetivos que terminam não permitindo novas expressões da pessoa, fixando-lhe no sofrimento. (González Rey, 2015, p. 18)

É o indivíduo quem tem seu desenvolvimento subjetivo inibido a partir da configuração do conflito vivido, impedindo sua emergência como sujeito de sua experiência e, portanto, a geração de alternativas à situação de sofrimento. Portanto, “a fixação em um tipo de produção subjetiva é o início dos transtornos na vida psíquica” (González Rey, 2007, p. 162).

Em suma, pode-se definir o transtorno mental como a emergência de uma configuração subjetiva que impede o indivíduo de produzir sentidos subjetivos alternativos, que poderiam lhe permitir novas opções de vida (González Rey, 2011). Tal como discutido por Goulart (2017, 2019a, 2019b), isso não significa negar outros níveis que podem estar articulados ao transtorno, como processos de base orgânica, mas gerar inteligibilidade sobre a trama complexa da subjetividade que fundamenta a qualidade com que o conflito é vivido.

CONSTRUINDO SOCIALMENTE O DELÍRIO: EXCLUSÃO E OCULTAMENTO DE CONTRADIÇÕES

Retomando os três elementos definidores do delírio para Jaspers (2000a), nota-se que a convicção extraordinária e a impossibilidade de demissão, associadas à falsidade do juízo, remetem inequivocamente à falta de razoabilidade do louco, aspecto definidor da loucura no senso comum, que o discurso psiquiátrico acompanha, oferecendo-lhe a tecnicidade de sua linguagem. Nesse sentido, é importante abordar o problema epistemológico com a definição de “doença mental” a que Szasz (1977) se refere: “a comparação oculta entre as ideias, conceitos e crenças do paciente e as do observador e da sociedade em que vivem” (p. 21). A definição de delírio como um juízo patologicamente errôneo traz à luz esse problema epistemológico, visto que, assim como a noção de “doença mental”, oculta o critério social e moral por trás do diagnóstico (Foucault, 1972, 2006).

Dalgarrondo (2008a), no entanto, vai além da sistematização de Jaspers (2000a) e propõe uma quarta característica definidora do delírio, que nos parece útil para discutir o que pode ser o cerne do conceito de delírio numa perspectiva histórico-cultural da subjetividade: “o delírio é uma produção associal”, afirma o autor (Dalgarrondo, 2008a, p. 210).

Ao considerar o delírio como produção associal, Dalgarrondo (2008a), ciente das possíveis relações entre religião ou desejo de transcendência e as manifestações psicóticas (Dalgarrondo, 2008b), não pretende mais que fazer notar que o juízo representado pelo delírio não é socialmente compartilhado, no intuito de diferenciá-lo de outras crenças, como as superstições e crenças religiosas. Ao fazê-lo, no entanto, chama inadvertidamente atenção para a participação do critério social, mais do que um critério clínico, na definição do delírio. Assim, fica patente a exclusão ou patologização, pelo social, de certos processos da subjetividade individual, classificados como delírio.

Por um lado, a afirmação de que o delírio é associal não é compatível com a teoria da subjetividade (González Rey, 2003, 2004, 2007, 2012a), pois a relação entre individual e social está na base da constituição subjetiva, não sendo jamais uma relação de exclusão de uma das instâncias pela outra, pois o social é intrínseco ao individual e vice-versa. Nesse sentido, o social participa, sim, no delírio, seja nos elementos de seu conteúdo – perseguições, erotomania, delírios religiosos –, que demonstram como o social é reconhecido de alguma forma pela pessoa delirante, seja na intervenção social no sentido de recusar o delírio como produção legítima a ser considerada. Por outro lado, essa consideração do delírio como associal chama indiretamente atenção para a própria participação do social na constituição/definição do delírio, por meio de seu rechaço, aspecto importante para compreender o fenômeno a partir da teoria da subjetividade.

Nesse sentido, parece útil o questionamento de Basaglia (1991):

É possível falar de um diagnóstico clínico objetivo, decorrente de dados científicos concretos? Ou, antes, trata-se de uma simples etiqueta que, por trás da aparência de um julgamento técnico-especializado, esconde, mais ou menos veladamente, um significado mais profundo: o da discriminação? (p. 108)

O autor esclarece, então, que, na base da prática diagnóstica, está uma situação de violência e discriminação generalizada em nossa sociedade contraditória e excludente, que é reforçada através da técnica psiquiátrica, notadamente no hospital psiquiátrico. Assim, a apropriação médica do fenômeno enquanto “doença” pode chegar a agravá-lo, ao negar a consideração de suas bases psicológicas e sociais.

Como se vê, a constituição do delírio na subjetividade individual e sua definição enquanto processo patológico estão profundamente intrincadas, visto que a perspectiva médica patologizante é atravessada por uma ordem política e social excludente, que também está na base da constituição subjetiva do delírio. Dessa forma, a redução do delírio ao sintoma de uma “doença” oculta a complexidade que subjaz o critério médico.

Quanto às consequências destrutivas do rótulo da “doença mental”, Basaglia (1991) nota que “(...) não podem ser consideradas como a evolução direta da doença, mas sim do tipo de relação que o psiquiatra, e através dele a sociedade, estabelece com o doente (...), que não tem outra alternativa de oposição exceto um comportamento anormal” (pp. 106-107). Nesse sentido, certa forma violenta e excludente da relação social permeia todo o processo do delírio, desde sua constituição, passando por sua patologização, até suas consequências. É o que foi descrito por Foucault (1994) em relação ao delírio:

Abrindo-se sobre um mundo delirante, não é por um constrangimento imaginário que a consciência mórbida se liga; mas sofrendo o constrangimento real, ela escapa para um mundo mórbido no qual encontra, mas sem reconhecê-lo, este mesmo constrangimento real: pois não é querendo escapar-lhe que se ultrapassa a realidade. (p. 95)

Em suma, o delírio implica uma situação social de constrangimento do indivíduo em seus espaços de convivência, constrangimento que apenas recrudescer diante do próprio delírio gerado, por meio da patologização e exclusão do indivíduo mediante sua estigmatização.

Assim, em última instância, o que define o delírio como um juízo patologicamente falso é o fato de não ser compartilhado socialmente, de modo que a psiquiatria serve de instância institucional que ratifica um critério de exclusão social. Fica a pergunta, no entanto, sobre a natureza do objeto da discriminação social que é tratado como loucura e delírio: por que ocultar o critério social da definição do delírio sob o discurso da objetividade científica? Do que a sociedade está se defendendo?

Basaglia (1991) deixa claro que, durante todo o processo de identificação, diagnóstico e tratamento da “doença mental”, o que está em jogo é o ocultamento pela sociedade de suas próprias contradições. Uma dessas contradições é o cerne do modelo socioeconômico em que vivemos. A loucura é subversiva especialmente em relação a uma lógica da produtividade, como já notava Foucault (1994), como faz notar também Rotelli (2004), e como observam Severo e Dimenstein (2009) em estudo empírico:

A ideologia dominante busca destruir qualquer forma de diversidade em função de uma exigência de produtividade das pessoas, onde as forças não produtivas são excluídas, e (...) a psiquiatria se prestou a essa lógica, legitimando-a com um assim chamado “saber”. (Rotelli, 2004, p. 150)

A lógica capitalista exclui os portadores de sofrimento psíquico grave com base especialmente na força econômica da indústria dos medicamentos. Nesse sentido, “(...) sua conversão numa empresa econômica poderosa, centrada no lucro, converte a saúde em um dos espaços de exclusão mais intensos da humanidade” (González Rey, 2015, p. 28). Isto ocorre, principalmente, mediante a influência exercida sobre a ciência e as instituições de pesquisa, com uma orientação estatística e positivista que legitima os medicamentos, mas não atenta para os aspectos de promoção de saúde implicados nos processos subjetivos. Melo (2007), por sua vez, reconhece a influência da indústria farmacêutica como um fator ligado à intervenção médica desnecessária e à iatrogenia. Nesse sentido, chama atenção que, diante do delírio, o protocolo médico seja a medicação, unindo-se a supressão química dessa expressão do paciente à deslegitimação que já se fez da mesma durante o diagnóstico.

Capra (1995) aborda precisamente o que se tenta esconder sob o manto da “objetividade científica”:

Como sociedade, somos propensos a usar o diagnóstico médico como cobertura para problemas sociais. Ora, só será possível transcender o modelo biomédico se estivermos dispostos a mudar também outras coisas; isso estará ligado, em última instância, a uma completa transformação social e cultural. (p. 155)

O papel potencial da loucura em questionar o status quo das relações sociais fica claro também na seguinte colocação de Szasz (1977):

As relações humanas são inerentemente carregadas de dificuldades (...) o conceito (de doença mental) funciona como um disfarce: em vez de chamar atenção para necessidades, aspirações e valores humanos conflitantes, o conceito de doença mental produz uma coisa moral e impessoal – uma doença – como uma explicação para problemas existenciais. (p. 27)

Szasz (1977) aborda a questão em termos subjetivos: “necessidades, aspirações e valores humanos conflitantes” (p. 27). Fica patente, dessa forma, que os critérios que a sociedade usa para identificar o delírio são eminentemente subjetivos, configurados nos diferentes espaços sociais. Dizê-los subjetivos não implica diminuir tais critérios. Pelo contrário, diz respeito a localizá-los em uma esfera da realidade qualitativamente específica e que diz respeito às formas de vivenciar os fenômenos humanos.

Seria, então, a própria subjetividade, em sua constituição dialética e permanentemente geradora em relação à ordem social, o objeto da discriminação social, oculto sob a formalidade supostamente objetiva e neutra do critério médico. Essa interpretação é corroborada por Lobosque (2001), visto que sustenta que a exclusão da loucura afeta a todos, pois vivemos em uma sociedade que tende a não questionar os sentidos. Nessa mesma direção, Basaglia (1991) afirma: “(...) é necessário que nós próprios, prepostos do poder e da violência, tomemos consciência de que também somos excluídos – pelo próprio fato de haveremos sido objetivados no papel de excludentes” (p. 103).

Essa centralidade da subjetividade, seja no delírio individual, seja nos processos sociais que o atravessam, articula-se com a afirmativa de Foucault (1994) de que:

(...) uma sociedade se exprime positivamente nas doenças mentais que manifestam seus membros, e isto, qualquer que seja o status que ela dá a estas formas mórbidas: quer os coloque no centro de sua vida religiosa como é frequentemente o caso dos primitivos, quer procure expatriá-los situando-os no exterior da vida social, como faz nossa cultura. (p. 74)

Esse tipo de expressão da sociedade por meio do transtorno mental diz respeito, necessariamente, aos modos de vida e relação da sociedade, que se constituem, a partir de uma transformação qualitativa, em aspectos subjetivos. E essa constituição subjetiva dos diferentes aspectos históricos e sociais que podem estar na base do delírio se expressa também no nível social. Afinal, “(...) os sentidos subjetivos e as configurações subjetivas da subjetividade social estão presentes nas configurações dos transtornos individuais” (González Rey, 2007, p. 165). Assim, importa compreender as configurações da subjetividade social que estão em conflito com a subjetividade individual da pessoa delirante, pois estão envolvidas tanto na emergência do delírio como em seu rechaço (Goulart, González Rey, & Patiño, 2019). Dessa forma, como nos lembra González Rey (2015), o conceito de subjetividade nessa perspectiva é subversivo, pois nos permite avançar na compreensão de dinâmicas sociais, que permanecem ocultas pelas práticas e discursos dominantes sobre a realidade social.

DELÍRIO: O PARADOXO DA CRIATIVIDADE PARALISANTE

O delírio implica uma produção subjetiva, da qual participam processos imaginários que são socialmente rejeitados de forma dramática. Embora na perspectiva biomédica seja considerada uma manifestação patológica, nota-se que esse processo subjetivo guarda em si uma característica definidora da subjetividade em seu aspecto de saúde e desenvolvimento: seu caráter gerador, que a define não como reflexo da realidade objetiva, mas como dimensão intrínseca à realidade humana, que comporta a criatividade.

Nesse sentido, pode estar associado à emergência da condição de sujeito, momento gerador de processos de subjetivação alternativos às normatizações sociais, necessário para a superação do transtorno mental. Esse papel potencial do delírio na superação do transtorno mental fica patente na medida em que “um aspecto essencial da mudança terapêutica (...) está associado à emergência da pessoa como sujeito de seus conflitos, o que representa um processo de identidade que lhe permite assumir o conflito e desenvolver posicionamentos perante ele” (González Rey, 2007, p. 161). Ora, a pessoa delirante pode estar, justamente, diante de um conflito avassalador, assumindo um posicionamento profundamente singular e potencialmente transformador na forma de viver tal conflito.

A proximidade entre o delírio e a criatividade pode ser atestada por casos como os de Edgar Allan Poe, Francisco Goya, Vincent Van Gogh, Arthur Bispo do Rosário e do Profeta Gentileza.

Imerso em um delírio místico, Bispo do Rosário produziu inúmeras peças de arte a partir de material do cotidiano, que, em sua perspectiva, eram uma espécie de inventário do mundo para o dia do juízo final. Sua obra mais conhecida é o Manto de apresentação, com o qual deveria se apresentar diante de Deus nesse dia. Reconhecido no circuito brasileiro como expoente da arte contemporânea, Bispo do Rosário teve suas obras expostas nacional e internacionalmente, em países como Suécia, Estados Unidos, México, Espanha e França. Sua vida foi também tema de peças de teatro, documentários e um longa-metragem (Borges, 2011; Hidalgo, 2011; Poli & Mesquita, 2014).

Por sua vez, o Profeta Gentileza ficou conhecido pela frase “Gentileza gera gentileza”. Desde a infância tinha premonições quanto a receber uma missão na vida, o que deixou os pais preocupados com sua saúde mental, porém foi só depois dos quarenta anos de idade que iniciou sua missão, quando, numa noite, foi acordado por vozes que o incitavam a dedicar-se apenas ao mundo espiritual. Na época, foi consolar as famílias das vítimas de um famoso incêndio ocorrido em um circo em Niterói, passando cerca de quatro anos nesse local. Depois, percorreu as cinco regiões do país, sempre pregando. Já no final dos anos 1980, sua peregrinação o reconduziu ao Rio de Janeiro, onde suas frases ainda podem ser lidas nas várias pilastras de um viaduto da cidade. Geralmente levando túnica e estandarte, sua figura provocava estranhamento, mas também admiração, especialmente por sua mensagem de que a gentileza deveria conduzir as relações humanas. Como Bispo do Rosário, Gentileza também experimentou o reconhecimento por seu trabalho. Ele se tornou tema de filme, músicas e inspirou uma ONG no Rio de Janeiro, entre outras iniciativas (Boff, 2013; Guelman, 2009).

Nos casos descritos a título de exemplo, o delírio mostra sua relação com a criatividade, não apenas expressando a produção de novos sentidos subjetivos por parte de seus atores, mas desdobrando-se em ampla capacidade de mobilização de dimensões sociais, características marcantes da condição de sujeito (González Rey & Mitjáns Martínez, 2017). Nesse sentido, Stenlund (2017) apresenta estudos sobre como o delírio pode, em alguns casos, se constituir em um fenômeno adaptativo e criativo, ligado a uma maior atribuição de sentido à vida, a um estado de consciência diferenciado e mais alerta, e até mesmo à reavaliação dos próprios valores e escolhas de vida. Mesmo Jaspers (2000a) reconhece a semelhança do delírio com as convicções que tantas vezes são “(...) capazes de abrir novos caminhos à criação” (p. 235), bem como com “(...) as ilusões fecundas que se veem na vida dos povos e na existência do indivíduo” (p. 235), porém o autor foca em seu caráter patológico.

No entanto, em alguns casos, o próprio delírio parece fazer o papel de isolar socialmente e paralisar o indivíduo em seus processos de desenvolvimento. Nesses casos, o delírio pode também estar comprometido com a configuração subjetiva do transtorno mental, em seu aspecto de paralização do indivíduo. São exemplos disso os delírios persecutórios, a erotomania, entre uma multiplicidade de possibilidades de geração delirante que podem alimentar os processos subjetivos que estão na base do transtorno mental. Stenlund (2017) nota que, em alguns casos, o delírio pode prejudicar as capacidades pessoais, inclusive cognitivas, necessárias para que a pessoa exerça sua liberdade. Estamos diante do paradoxo expresso no fato de que uma produção

potencialmente criativa como o delírio pode também, por outro lado, cultivar e até acentuar a configuração subjetiva do transtorno mental.

Diante de tal complexidade, faz-se necessário superar a perspectiva universalizante sobre o delírio e a visão dicotômica entre social e individual, bem como entre emocional e simbólico. Para tanto, uma via alternativa fecunda é gerar inteligibilidade sobre os processos subjetivos que articulam e mantêm a tensão entre essas dimensões tradicionalmente fragmentadas e dicotomizadas no campo da saúde mental.

González Rey (2007) vê, por exemplo, na organização capitalista atual, elementos patogênicos, em que sentidos subjetivos relacionados à solidão, vazio, desconfiança e medo bloqueiam os vínculos com o outro. É possível pensar que esse tipo de produção subjetiva esteja na base da constituição de eventuais delírios persecutórios, em que o próprio conteúdo do delírio parece ditar a paralisação social da pessoa. Uma análise mais atenta pode mostrar que, ao declarar estar sendo perseguida, a pessoa não está tentando se isolar, mas sim expressar – mesmo de forma inconsciente e tantas vezes vã – processos sociais ocultos de controle sobre os quais ela não consegue gerar alternativas personalizadas de subjetivação.

Foucault (1994) nota, como um dos aspectos essenciais da “doença mental”, o paradoxo de se viver um mundo profundamente privado e inacessível e, ao mesmo tempo, um mundo absolutamente constrangedor, no qual o indivíduo se encontra em um estado de abandono. O autor adverte, no entanto, subjacente a esse paradoxo, outra contradição:

O determinismo que a (a contradição) subentende não é a causalidade mágica de uma consciência fascinada por seu mundo, mas a causalidade efetiva de um universo que não pode, por si mesmo, oferecer uma solução às contradições que suscitou. Se o mundo projetado na fantasia de um delírio aprisiona a consciência que o projeta, não significa que ela se despoje de suas possibilidades de ser; mas é que o mundo, alienando sua liberdade, não pode reconhecer sua loucura (Foucault, 1994, p. 95).

Um aspecto ligado a contextos sociais coercitivos é a forma como o tempo pessoal se configura subjetivamente a partir de fortes exigências sociais: “As pessoas vão perdendo seu tempo pessoal na base de um tempo institucionalizado que os ‘ritualiza’ em seus sistemas de ações, de modo que as relações se despersonalizam com o custo que isso tem para uma produção subjetiva *sã*” (González Rey, 2007, p. 172).

Não cabe, no entanto, atribuir aos contextos sociais rígidos e coercitivos a causa direta do desenvolvimento de um transtorno mental ou de processos de delírio. Nesse tipo de contexto, exacerba-se a tensão entre a subjetividade social e a subjetividade individual, mas essa tensão pode ser também importante para a emergência do indivíduo como sujeito, estimulando sua criatividade. Há muitos casos de produções criativas em situações limitantes. O próprio Bispo do Rosário realizou a maior parte de sua arte em um contexto que se pode julgar profundamente desencorajador – uma instituição psiquiátrica, na qual vivia isolado.

O que parece mais relevante nesse processo é a forma como o conflito se configura subjetivamente, sendo pertinente investigar a trama vital na qual o conflito passou a ter presença, abordando, por exemplo, aspectos relativos à família, ao trabalho, às diversas relações sociais e ao sistema de atividades de que o indivíduo participa. O estudo da configuração subjetiva do conflito não é importante somente para compreender o transtorno mental, mas para fundamentar estratégias de ação profissional orientadas à construção de alternativas a esse quadro (Goulart, 2015, 2017, 2019a, 2019b; Goulart & González Rey, 2016). Nessa perspectiva, pesquisa e ação profissional constituem uma unidade, avançando concomitantemente (González Rey, Goulart, & Bezerra, 2016). A construção de modelos teóricos é um processo em permanente desenvolvimento, alimentando e sendo alimentada por novos campos de prática (González Rey & Mitjás Martínez, 2017).

O aspecto estimulante da tensão entre as instâncias individual e social da subjetividade no que concerne à geração de novos sentidos subjetivos está atrelado à dimensão da ação humana. Nesse sentido, “a capacidade geradora do sujeito é inseparável da produção de novos sentidos subjetivos inseparáveis de novas práticas” (González Rey, 2007, p. 199). Os distintos processos da subjetividade social, que por vezes limitam as possibilidades de emergência da subjetividade individual, também podem favorecer a

construção de relações dialógicas capazes de legitimar a produção subjetiva do outro, apoiando processos de desenvolvimento subjetivo a partir de seus próprios recursos (González Rey, Goulart, & Bezerra, 2016).

Dessa forma, o delírio pode se constituir em uma produção subjetiva criativa, mas que, na maioria das vezes, não logra favorecer processos de desenvolvimento subjetivo em função, entre outros processos, da exclusão social da pessoa em seus contextos de atuação. A pessoa amiúde se vê privada de relações dialógicas que sejam favorecedoras de sua emergência como sujeito, pois suas produções subjetivas singulares associadas ao delírio são rotuladas e estigmatizadas. Por exemplo, Stenlund (2017) refere-se à exclusão da pessoa dos espaços políticos e religiosos em que poderia exercer sua liberdade de pensamento e crença. Essa seria uma primeira explicação para a associação entre a produção subjetiva do delírio e a estagnação do desenvolvimento do sujeito, que pode culminar na intensificação do transtorno mental.

Todavia essa explicação, embora importante no que concerne às possibilidades de ação profissional nesses casos, não é suficiente. Tomem-se novamente os exemplos de Bispo do Rosário e do Profeta Gentileza, que conseguiram encontrar um espaço social para exercer suas produções artísticas fundamentadas por seus processos de delírio, contribuindo também para a transformação da subjetividade social dos espaços que integravam. Bispo expressou-se através da arte, aproveitando o universo cultural e artístico dos festejos religiosos da cidade de Japarutuba, em Sergipe, de onde era natural (Hidalgo, 2011). Gentileza se valeu também de elementos da cultura religiosa popular, como as túnicas e os estandartes, mas sua arte era interventiva, inscrita nas paredes da cidade, posicionando-se como profeta e pregador (Boff, 2013; Guelman, 2009). No entanto esses são casos excepcionais.

Para compreender melhor a paralisação do desenvolvimento que pode ocorrer no delírio, de novo será útil considerar o processo gerador característico do sujeito da ação: “Para que esse processo (de uma produção subjetiva alternativa à configuração subjetiva do conflito) ocorra, o paciente há de se converter no sujeito de sua experiência, o que implica seu compromisso reflexivo no espaço comunicativo (...)” (González Rey, 2007, pp. 179-180).

Na capacidade de posicionamento e abertura de processos de subjetivação alternativos à normatização social, o sujeito opera, segundo o autor, de maneira reflexiva no espaço comunicativo, gerando caminhos próprios. Quais seriam as possibilidades de isso acontecer nas situações de delírio? Frente a essa questão, outra ideia nos parece importante para explicar a frequente paralisação do desenvolvimento subjetivo da pessoa delirante, complementar ao que foi discutido em relação à exclusão do delírio das práticas sociais: o delírio representaria uma ruptura com as formas de possibilidades dialógicas na subjetividade social dominante. Obviamente, tal processo depende da rigidez em que se apresenta configurada a subjetividade social nos espaços sociais que o indivíduo integra. Novamente, os casos de Bispo do Rosário e Gentileza nos mostram que há possibilidade de haver tal compromisso reflexivo, bem como investimento em uma ação social engajada. Ainda assim, a carência de espaços sociais dialógicos que considerem a produção singular do indivíduo delirante se associa, em múltiplos casos, ao seu isolamento e à intensificação do conflito vivenciado, de modo a dificultar processos de desenvolvimento subjetivo.

Assim, com base no que foi discutido, pensamos que o cerne da questão não seja a natureza do delírio em si, tomado de forma isolada da trama vital na qual é constituído, mas precisamente as possibilidades de consideração dos processos subjetivos singulares envolvidos na situação em que o delírio se faz presente. Tal como Goulart (2017) argumenta:

Enfatiza-se, sim, a trama subjetiva singular de uma situação de vida, vista como processo dinâmico, que, ao mesmo tempo em que pode nos levar às situações mais dramáticas do sofrimento humano, também guarda em si as possibilidades criativas para inventarmos o diferente, criando novos mundos possíveis, tanto para o indivíduo, como para a subjetividade social na qual ele está inserido. Em outras palavras, enfatizam-se as possibilidades permanentes de transformação a partir de uma ética do sujeito. (p. 164)

Tal processo deve ser acompanhado por pesquisas que sejam capazes de construir modelos teóricos afinados aos princípios dessa perspectiva. Assim, busca-se uma lógica de transformação, não uma atenção que

se paute pela permanente associação entre “doença mental” e exclusão social (Goulart, 2015, 2017, 2019a, 2019b; Goulart & González Rey, 2016).

A dimensão mais problemática nas formas de lidar com o delírio ainda parece residir principalmente na relação conflitiva entre subjetividade individual e subjetividade social. Diversos processos subjetivos podem estar na base do conflito vivenciado, como a lógica produtiva excludente ou o caráter coercitivo de certos espaços sociais. Entretanto, o que parece gerar o rechaço e exclusão do delírio enquanto produção subjetiva potencialmente criativa é a subjetividade social dominante, intensamente marcada pelo culto à razão, pelo pensamento supostamente objetivo, em uma lógica que posiciona o delírio enquanto erro a ser controlado ou suprimido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo teórico não pretende ser conclusivo em relação à consideração do delírio para além da tradicional dimensão sintomática em que é considerado, tampouco em sua compreensão enquanto produção subjetiva. Novas pesquisas, capazes de construir casos singulares em profundidade, são necessárias para avançar nesse caminho reflexivo.

Em que se pese a parcialidade deste estudo, a partir do que foi discutido, pode-se considerar que a teoria da subjetividade é promissora no sentido de construir zonas de inteligibilidade para a compreensão do delírio em sua singularidade e complexidade constitutiva, para além da perspectiva padronizada centrada no comportamento, ainda dominante no campo da saúde mental. Além disso, tal perspectiva teórica oferece possibilidade interessante para a pesquisa em que o delírio não seja reduzido a sintoma de uma doença predefinida, mas investigado em relação à complexidade da trama vital de um indivíduo. Ademais, nessa perspectiva, abrem-se possibilidades de abordar o delírio como fenômeno inscrito na interface individual-social, de forma alternativa à perspectiva individualista com que vem sendo considerado.

Assim, a partir da discussão empreendida, é possível avançar no entendimento do delírio como produção subjetiva singular, pautada na fantasia e na imaginação, que se desvia de uma subjetividade social dominante, ainda marcada pelo racionalismo e objetivismo, gerando, no mais das vezes, a exclusão da pessoa delirante dos principais espaços sociais que poderia integrar.

A singularidade do delírio e de todo o contexto cultural e social em que se insere não permite afirmar, a priori, se se trata de uma produção subjetiva voltada ao desenvolvimento do sujeito ou comprometida com seu transtorno mental. Inclusive, a partir da orientação dialética intrínseca à teoria da subjetividade na perspectiva histórico-cultural, é possível pensar que as duas possibilidades não são mutuamente excludentes. Seja como for, fica claro o caráter potencialmente criativo do delírio, em que o sujeito gera sentidos subjetivos a partir da tensão entre sua subjetividade individual e os processos da subjetividade social que a atravessam.

A compreensão da dinâmica entre as dimensões individual e social da subjetividade na constituição do delírio tem profundas implicações para a construção de uma abordagem terapêutica que considere o desenvolvimento subjetivo do paciente. Uma dessas implicações, notadamente, consiste na amplitude necessária do processo terapêutico, que precisa ir além do trabalho individual em consultório, unindo-se à vida das pessoas (González Rey, 2007).

Concomitantemente à preocupação com a construção de abordagens terapêuticas singulares para trabalhar com os casos de delírio, surgem interessantes linhas de pesquisa. Um aspecto central emerge à luz da necessária consideração da singularidade do caso individual: as configurações subjetivas individuais e sociais relacionadas aos processos de delírio. Parece importante compreender a relação entre a configuração subjetiva do transtorno mental e a produção subjetiva delirante. Complementarmente, o estudo das configurações subjetivas sociais implicadas na emergência e patologização do delírio também é sumamente relevante (Goulart, 2019a, 2019b). Tal compreensão pode contribuir a aclarar o potencial criativo do delírio, bem

como suas limitações para envolver-se em um diálogo com diferentes dimensões sociais, ao lançar luz sobre a trama vital que articula passado e presente, bem como instâncias individuais e sociais.

Ainda, outro interesse de pesquisa, não suficientemente explorado neste artigo, refere-se à construção de processos dialógicos voltados ao desenvolvimento subjetivo de pessoas que vivenciam processos de delírio em suas vidas. Tais processos podem ser pensados tanto a partir dos serviços de saúde mental (Goulart, 2017, 2019a, 2019b) como em processos comunitários que extrapolam os espaços institucionalizados de assistência e as delimitações formais do saber psi.

Como se vê, uma série de possibilidades se abre quando se propõe uma compreensão do transtorno mental para além da doença, e do delírio para além do sintoma.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (2007). Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mental (DSM5). Porto Alegre: Artmed.
- Basaglia, F. (1991). A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal.
- Berrios, G. E. (1992). Phenomenology, psychopathology and Jaspers: A conceptual history. *History of Psychiatry*, 3(11), 303-327. DOI: 10.1177/0957154X9200301103
- Berrios, G. E. (1996). The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century. New York: Cambridge University Press.
- Boff, L. (2013). O Profeta Gentileza. *Correio Popular*. Link
- Borges, V. T. (2011). Arthur Bispo do Rosário: Loucura, arte e patrimonialização. In Universidade do Estado de Santa Catarina, Associação Nacional de História – Seção Santa Catarina, & Programa de Pós-Graduação em História – UDESC (Orgs.), *Anais, I Seminário Internacional História do Tempo Presente*. Florianópolis: UDESC, ANPUH-SC, PPGH. Link
- Capra, F. (1995). O ponto de mutação: A ciência, a sociedade e a cultura emergente (10. ed.). São Paulo: Cultrix.
- Coutinho, R. S. R. (2009). O diagnóstico em perspectiva: Reflexões sobre a prática da psiquiatria (Dissertação de Mestrado), Instituto Universitário de Lisboa, Portugal.
- Dalgalarondo, P. (2008a). Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Dalgalarondo, P. (2008b). Religião, psicopatologia e saúde mental. Porto Alegre: Artmed.
- Foucault, M. (1972). História da loucura (3. ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1994). Doença mental e psicologia (5. ed.). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Foucault, M. (2006). O nascimento da clínica (6. ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Gao, N., Schmidt, L. T., Gill, K. J., & Pratt, C. W. (2011). Building human capital to increase earning power among people living with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(2), 117-124. DOI: 10.2975/35.2.2011.117.124
- González Rey, F. L. (2003). Sujeito e subjetividade: Uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. L. (2004). O social na psicologia e a psicologia social: A emergência do sujeito. Petrópolis: Vozes.
- González Rey, F. L. (2007). Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: Uma aproximação Histórico-Cultural. São Paulo: Thomson Learning.
- González Rey, F. L. (2011). Subjetividade e saúde: Superando a clínica da patologia. São Paulo: Cortez.
- González Rey, F. L. (2012a). Pesquisa qualitativa e subjetividade: Os processos de construção da informação. São Paulo: Cengage Learning.

- González Rey, F. L. (2012b). Sentidos subjetivos, linguagem e sujeito: Implicações epistemológicas de uma perspectiva pós-racionalista em psicoterapia. In A. Holanda (Org.), *O campo das psicoterapias: Reflexões atuais* (pp. 47-70). Curitiba: Juruá.
- González Rey, F. L. (2015). A saúde na trama complexa da cultura, das instituições e da subjetividade. In F. L. González Rey, & J. Bizerril (Orgs.), *Saúde, cultura e subjetividade: Uma referência interdisciplinar* (pp. 9-33). Brasília: UniCeub.
- González Rey, F. L. (2016). Advancing the topics of social reality, culture, and subjectivity from a cultural-historical standpoint: Moments, paths, and contradictions. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 36, 175-189. DOI: 10.1037/teo0000045
- González Rey, F. L., & Mitjáns Martínez, A. (2017). *Subjetividade: Teoria, epistemologia e método*. Campinas: Alínea.
- González Rey, F. L., Goulart, D. M., & Bezerra, M. S. (2016). Ação profissional e subjetividade: Para além do conceito de intervenção profissional na psicologia. *Revista Educação*, 39 (supl.), 54-65.
- Goulart, D. M. (2015). Clínica, subjetividade e educação: Uma integração teórica alternativa para forjar uma ética do sujeito no campo da saúde mental. In F. L. González Rey & J. Bizerril (Orgs.), *Saúde, cultura e subjetividade: Uma referência interdisciplinar* (pp. 59-83). Brasília: UniCeub.
- Goulart, D. M. (2017). Educação, saúde mental e desenvolvimento subjetivo: Da patologização da vida à ética do sujeito (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de Brasília.
- Goulart, D. M. (2019a). *Saúde mental, desenvolvimento e subjetividade: Da patologização à ética do sujeito*. São Paulo: Cortez.
- Goulart, D. M. (2019b). *Subjectivity and critical mental health: Lessons from Brazil*. Londres: Routledge.
- Goulart, D. M., & González Rey, F. L. (2016). Mental health care and educational actions: From institutional exclusion to subjective development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 18(4), 367-383. DOI: 10.1080/13642537.2016.1260617
- Goulart, D. M., González Rey, F. L., & Patiño, J. F. T. (2019). El estudio de la subjetividad de profesionales de la salud mental: una experiencia en Brasilia. *Athena Digital*, 19(3), e2548.
- Guelman, L. (2009). *Univvverrso Gentileza*. Rio de Janeiro: Mundo das Ideias.
- Hersch, J. (1982). Karl Jaspers (L. G. P. Cacaís, Trad.). Brasília: Universidade de Brasília.
- Hidalgo, L. (2011). Arthur Bispo do Rosário: O senhor do labirinto (2. ed.). Rio de Janeiro: Rocco.
- Jaspers, K. (1986). *O médico na era da técnica*. Lisboa: Edições 70.
- Jaspers, K. (2000a). *Psicopatologia geral: Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia* (8. ed., Vol. 1). São Paulo: Atheneu.
- Jaspers, K. (2000b). *Psicopatologia geral: Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia* (8. ed., Vol. 2). São Paulo: Atheneu.
- Knis-Matthews, L., Bokara, J., DeMeo, L., Lepore, N., & Mavus, L. (2007). The meaning of higher education for people diagnosed with a mental illness: Four students share their experiences. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(2), 107-114. DOI: 10.2975/31.2.2007.107.114
- Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Melo, M. (2007). A prevenção quaternária contra os excessos da Medicina. *Rev Port Clin Geral*, 23, 289-293.
- Nardi, A. E., Freire, R. C., Machado, S., Silva, A. C., & Crippa, J. A. (2013). A hundred-year of Karl Jaspers' General Psychopathology (Allgemeine Psychopathologie) - 1913-2013: A pivotal book in the history of Psychiatry. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 71(7), 490-492. DOI: 10.1590/0004-282X20130068
- Owen, G., Harland, R., Antonova, E., & Broome, M. (2004). Jaspers' concept of primary delusion. *The British Journal of Psychiatry*, 185(1), 77-78. DOI: 10.1192/bjp.185.1.77-a
- Poli, M. C., & Mesquita, D. B. G. (2014). Arte e psicose: A obra de Arthur Bispo do Rosário. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(3), 612-624. DOI: 10.1590/1982-3703001382013
- Rodrigues, A. C. T. (2005). Karl Jaspers e a abordagem fenomenológica em psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8(4), 754-768. DOI: 10.1590/1415-47142005004012

- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258. DOI: 10.1126/science.179.4070.250
- Rotelli, F. (2004). Superando o manicômio: O circuito psiquiátrico de Trieste. In P. Amarante (Org.), *Psiquiatria social e a reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Severo, A. K. de S., & Dimenstein, M. (2009). O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 59-67. DOI: 10.1590/S1413-294X2009000100008
- Silva, R. S., & Brandalise, F. (2008). O efeito do diagnóstico psiquiátrico sobre a identidade do paciente. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, 16(2), 123-129. DOI: 10.15603/2176-1019/mud.v16n2p123-129
- Stenlund, M. (2017). The freedom of belief and opinion of people with psychosis: The viewpoint of the capabilities approach. *International Journal of Mental Health*, 46(1), 18-37. DOI: 10.1080/00207411.2016.1264037
- Szasz, T. (1974). *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Szasz, T. (1977). *Ideologia e doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Wainberg, M. L., Cournos, F., Wall, M. M., Norcini Pala, A., Mann, C. G., Pinto, D., ... McKinnon, K. (2016). Mental illness sexual stigma: Implications for health and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 90-96. DOI: 10.1037/prj0000168
- Zarzanelli, R., Dalgarrondo, P., & Banzato, C. E. M. (2016). Realismo e pragmatismo em psiquiatria: Um debate. *Rev. Lationam. Psicopat. Fund.*, 19(3), 527-543. DOI: 10.1590/1415-4714.2016v19n3p527.11