

Outra Forma de se Pensar a Normalidade: A Potencialidade da Teoria de Goldstein

[Another Way of Thinking about Normality: The Potentiality of Goldstein's Theory]

Ronaldo Manzi*

Resumo: Normal e patológico são concepções que parecem ter um estatuto bem definido no senso comum. Entretanto, é notável como são poucas as reflexões que encontramos sobre esse tema. As ciências da saúde, por exemplo, adotam frequentemente uma concepção estatística que pode ser medida em laboratório. Para isso, seria preciso ter claro o que é patológico. Entretanto, a própria medicina se vê em situações em que um ideal de normalidade não pode servir de guia na determinação de uma patologia. A psiquiatria enfrenta esse problema ao estabelecer um manual diagnóstico. Iremos refletir primeiramente como Allen Frances justifica seu uso utilitarista da noção de normal para estabelecer a quarta versão do DSM. Contudo, na história da medicina, há uma concepção de normal e patológico que não foi levada adiante, mas que ainda guarda sua potencialidade. Trata-se de uma reflexão de Kurt Goldstein sobre o organismo. E se pensássemos o normal como uma ação de instaurar normas?

Palavras-chave: Normal. Patológico. Anormal. Psiquiatria. DSM.

Abstract: Normal and pathological are conceptions that seem to have a well-defined status in common sense. However, it is remarkable how few reflections we can find about this topic. Health sciences often adopt a statistic conception that can be measure in laboratory. For that, it would be necessary to have clear what is pathological. However, medicine finds itself in situations in which an ideal of normality cannot serve as guide in determining pathology. Psychiatry faces this problem when create a diagnostic manual. Primarily we will reflect on how Allen Frances justifies his utilitarian use of the notion of normal to establish DSM in its fourth version. Nevertheless, in medicine's history there is a conception of normal and pathological that has not been carried forward, but still has a potential. It is about a reflection of Kurt Goldstein on the organism. What if we thought the normal as an action of establishing norms?

Keywords: Normal. Pathological. Anormal. Psychiatry. DSM.

*Doutor em Filosofia pela Universidade de São Paulo (USP). Professor da Faculdade de Inhumas. E-mail: manziflho@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7980-3997>.

A questão da normalidade

Em 2013, no livro *Voltando ao normal – Como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle*, Allen Frances, em um capítulo denominado *O que é e o que não é normal?*, busca justificar como a sua concepção de normalidade proposta no DSM-IV (*Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais* em sua quarta versão, 1994) não era satisfatória. Enquanto líder da equipe responsável pela elaboração dessa versão do DSM, ele buscava a melhor definição possível de normal para ter um critério na seleção das categorias clínicas. Esse é um dos poucos momentos que um dos responsáveis pelo estabelecimento desse manual tenta justificar seus critérios de escolha de categorias clínicas. Frances se volta à filosofia, medicina, psicologia, antropologia, etc. na busca de uma definição e demonstra a surpreendente escassez de reflexão sobre essa questão fundamental: como diferenciar o normal do patológico?

Esse estudo de Frances não leva em conta uma concepção de normalidade que foi pensada na década de 1930 na Alemanha e que foi retomada posteriormente, principalmente na França por Georges Canguilhem e Maurice Merleau-Ponty por exemplo. Trata-se de um estudo apresentado por Kurt Goldstein denominado *O organismo – uma aproximação holística da biologia derivada de dados patológicos no homem*. Goldstein é neurologista e psiquiatra e analisa vários casos de lesão cerebral oriundos de feridos da Primeira Guerra Mundial. Seus estudos partem da biologia e têm como horizonte uma concepção de organismo enquanto um todo estruturado. O estudo de lesões o leva a pensar de outro modo o que se compreende por normalidade. Eis sua definição:

Um organismo que atualiza suas particularidades essenciais ou, o que significa o mesmo, encontra seu meio adequado e as tarefas surgidas dele, é “normal”. Desde que essas realizações ocorram em um meio específico em um modo ordenado comportamental, pode-se denominar o comportamento ordenado sob essa condição como comportamento normal (GOLDSTEIN, 1939, p. 427).

Estamos diante de um caso na história da medicina que guarda uma potencialidade que não foi explorada, pois sua concepção de normalidade nos força a pensar fora daquelas propostas que Frances tinha em mãos, por exemplo, para diferenciar normal e patológico. Mas afinal, o que nos diz Goldstein de tão

inovador?

Partamos primeiramente da reflexão de Frances sobre a normalidade e de sua explicação de ter escolhido uma concepção utilitarista para usar no DSM-IV. Veremos que a proposta de Goldstein talvez nos levasse a um horizonte de pensamento bem distante. É essa potencialidade que gostaríamos de retomar.

Reflexões sobre o normal segundo Allen Frances

O livro de Frances denuncia uma inflação diagnóstica psiquiátrica na contemporaneidade principalmente depois de os EUA liberarem o marketing de produtos farmacêuticos psiquiátricos e da publicação da nova versão do DSM, a quinta, em 2013. Frances diz que não esperava que houvesse essa publicidade a partir do que tinha estabelecido no DSM-IV e não previu como se poderia utilizar das mínimas brechas desse manual para ampliar o mercado consumidor. Se viu, portanto, na necessidade de “voltarmos à normalidade” e que teríamos perdido uma referência sobre o que é normal.

A origem da palavra “normal” se dá enquanto a nomeação de um instrumento: um esquadro usado na carpintaria. Por extensão, foi utilizada moralmente como um padrão a ser seguido que coloca algo “no esquadro”, no conforme, padrão, usual etc. Posteriormente, foi incorporado em reflexões biológicas e psicológicas. Com essa acepção, temos uma falsa intimidade sobre o que é normal e anormal (seu suposto contrário).

A concepção de normal melhor aceita na medicina vem da estatística: cria-se uma faixa estatística com certo desvio-padrão que seja capaz de abarcar uma grande quantidade de casos. Assim, por exemplo, podemos calcular qual é a altura normal de um estadunidense dentro de uma faixa esperada. A média seria 1,78m para homens, sendo aceitável um desvio-padrão de 7,5cm. Grande parte da população entraria nessa faixa. O mesmo podemos fazer pensando o padrão de normalidade de açúcar no sangue para se pensar na diabetes – tudo que pode ser mensurável e que tenha um modelo ideal esperado de normalidade pode ser reduzido a esse padrão diagnóstico.

É essa concepção que encontramos desde Augusto Comte, assim como no trabalho de médicos tais como de Claude Bernard e René Leriche – pensadores que marcaram nossa maneira de compreender a diferença entre normal e pato-

lógico enquanto uma diferença quantitativa. Nesse caso, tratar-se-ia de pensar as funções e órgãos isolados, como se os fenômenos patológicos fossem, no organismo vivo, apenas variações quantitativas. Dessa forma, o patológico é descrito como distúrbio, transtorno, devido a um déficit ou excesso que acontece no nível de funções e órgãos. Afinal, pensando a partir do que é mensurável, qualquer patologia é um desvio de um modelo. Entretanto, seguindo essa concepção, no caso de doenças mentais, seria difícil encontrar qualquer desvio-padrão: haveria um limiar que poderia indicar que tal indivíduo se encaixa no caso de transtorno x?

Os testes psicológicos também não poderiam nos ajudar. Os testes de Q. I., por exemplo, estabelecem uma linha de corte arbitrária do que é esperado intelectualmente, mas nada pode comprovar que o número escolhido seja o padrão. Ter um Q. I. abaixo de 70 é realmente muito diferente de alguém que tem um Q. I. de 71? Juridicamente sim, porque está abaixo do desvio-padrão, mas na prática, há realmente uma diferença? Frances não vê aqui uma possibilidade para se pensar o normal.

Já a Organização Mundial de Saúde se baseia em uma definição muito abstrata e inalcançável: a saúde é um estado de bem-estar completo físico, mental e social e não somente uma ausência de doença. Enquanto um padrão/modelo, dificilmente qualquer pessoa pode se encaixar nessa concepção de saúde, pois é praticamente impossível alguém poder afirmar que alcançou esse bem-estar completo. Vale notar que a saúde perfeita não passa de um conceito normativo, um tipo ideal. Não existe, a rigor, um indivíduo que possa gozar desse padrão esperado. Pode-se dizer que o padrão desempenha, por outro lado, um papel, mesmo que abstrato, de permitir uma “correção” do que foge à regra. Mas nesse caminho, todos fogem de algum modo à regra.

Quanto aos testes em laboratórios que pudesse identificar um gene, por exemplo, que indicasse com precisão um transtorno, Frances afirma:

As novas e poderosas ferramentas da biologia molecular, da genética e da imagiologia ainda não levaram a testes laboratoriais de doenças como demência, depressão, esquizofrenia, bipolaridade, transtorno obsessivo-compulsivo ou qualquer transtorno mental. A expectativa de que os transtornos fossem explicados por um simples gene, neurotransmissor ou circuito revelou-se ingênua e ilusória (FRANCES, 2016, p. 32).

Frances parece não ver nada promissor na possibilidade de se encontrar uma causa biológica de uma patologia mental que se possa confirmar em laboratório, isso devido à complexidade do cérebro – seria o órgão mais complexo que já nos deparamos até hoje e pouco sabemos sobre como decifrar seu funcionamento. Daí afirmar:

A ausência de testes biológicos é uma enorme desvantagem para a psiquiatria. Significa que todos os diagnósticos hoje são baseados em julgamentos subjetivos, que são falíveis por natureza e vulneráveis a mudanças caprichosas. É como ter de diagnosticar pneumonia sem dispor de testes de vírus ou bactérias que causam os vários tipos de infecção pulmonar (FRANCES, 2016, p. 34).

Os sociólogos e antropólogos, segundo Frances, afirmam que o normal varia com o tempo, o lugar, a situação do indivíduo. Ou seja, a concepção de normal estaria vinculada não mais à biologia, mas à cultura. A psicanálise, por sua vez, tenderia a apagar uma diferença entre normal e patológico. Sendo assim, haveria uma inflação diagnóstica, pois todos poderiam se enquadrar no patológico: “Ninguém é completamente normal para Freud; todos são neuróticos e poderiam se beneficiar de mais *insight*” (FRANCES, 2016, p. 38).

A conclusão de Frances é que o transtorno mental e a normalidade são conceitos muito fluidos. Ao mesmo tempo, na clínica, encontra-se pessoas que sentem desconforto, desabilidade, disfunção, descontrole, desvantagem etc. Contudo, o quanto de desconforto é necessário para determinar um transtorno? Estamos diante de um problema: “Não ter uma definição utilizável de transtorno mental cria um abismo no centro da classificação psiquiátrica que resulta em dois enigmas sem resposta: como decidir que transtorno incluir no manual diagnóstico; e se determinado indivíduo tem um transtorno” (FRANCES, 2016, p. 39).

Frances, entretanto, diferencia três formas específicas de se pensar a doença em um subcapítulo denominado *Os transtornos mentais são doenças, mitos ou outra coisa?* A primeira posição é, a seu ver, radical: existem as doenças mentais; elas são reais e os psiquiatras seriam responsáveis em apreender sua essência. Essa posição foi abandonada segundo Frances, devido a seu otimismo e sua ineficácia em encontrar uma suposta “essência” do patológico. A terceira

posição seria pensar a doença mental como um mito – igualmente uma posição radical para Frances, pois a doença seria uma construção teórica sem qualquer correspondência com a realidade. Nesse caso, corre-se o risco de afirmar que a doença mental não existe e que todos são sadios. A posição de Frances é a intermediária: podemos conhecer a doença mental em partes, uma vez que aquilo que ela supostamente é e o que podemos perceber não se sobrepõem. Segundo Frances, essa posição não toma a doença enquanto uma enfermidade real, mas tem um viés calculista: aquilo que melhor funciona (ou seja, essa é a melhor explicação que temos sobre tal doença até hoje, o que não impede que a abandonemos amanhã – o que não se poderia fazer, é negar o fato de existir a doença). Este árbitro, diz Frances,

Ele aceita o fato de que estamos o tempo todo construindo percepções e descobrindo significados temporários que são úteis, mas nunca totalmente acurados. Nossa classificação dos transtornos mentais não passa de uma coleção de constructos falíveis e limitados que busca, porém jamais encontra, a verdade – mas essa continua sendo a melhor forma que temos de comunicá-los, tratá-los e pesquisá-los (FRANCES, 2016, p. 43-44).

Para fundamentar sua posição, Frances nos diz que a filosofia só trabalhou a questão da normalidade no utilitarismo quando afirma que uma escolha deve buscar sempre o maior bem para o maior número de pessoas. É essa a abordagem que ele utiliza no DSM-IV por falta de melhor definição: uma ideia de equilíbrio entre as consequências negativas e positivas de uma escolha. Ou seja, o que traz resultados melhores. E esses melhores resultados foram obtidos clinicamente: diante de tais sintomas que insistiram durante um tempo determinado, tais pessoas foram melhor tratadas de x maneira. Quer dizer, não se trata de uma suposta definição de normalidade em si, mas de uma forma de identificar o que foi útil no tratamento. Assim, ao descrever um transtorno por uma série de sintomas identificáveis (os mais simples e diretos possíveis, para evitar interpretação) em que uma pessoa se encaixaria em alguns deles e por uma frequência mínima (para evitar que seja uma situação isolada na vida), satisfaria a ideia de excluir o máximo possível de pessoas que pudessem ser inclusas inapropriadamente (isto é, o transtorno é identificável naqueles que apresentarem tais sintomas). Assim, quanto maior a exigência de quantidade de sintomas e de tempo, se exclui mais pessoas; ao mesmo tempo, pode inclusive excluir quem precisa de tratamento. Por isso, é preciso encontrar uma “medida útil”.

O DSM-IV busca essa medida útil como critério de classificação de cada transtorno a seu ver.

Como se vê, essa concepção parte de um estudo clínico, mas não tem nenhum critério que justifique que tal caso seja patológico, a não ser afirmar que: em casos semelhantes, com tais sintomas, nessa frequência e com tal intensidade, o melhor a ser feito é x. Daí porque sua concepção é utilitarista: não se busca definir exatamente o que é o normal, mas o que seja mais útil para as pessoas no tratamento.

Uma outra forma de se pensar o normal Goldstein escreveu na década de 1930 sua principal obra tendo em vista a apresentação de uma nova forma de se pensar o organismo. A ideia de Goldstein sobre o normal não foi levada adiante senão por alguns poucos pensadores, como Canguilhem. Mas dentro da história cumulativa das ideias (como repertório de possibilidades perdidas), ela é uma dessas que tem potencialidade transformativa; ela nos dá uma nova forma de pensar o normal e o patológico.

Para se compreender qual seria a natureza do organismo, diferentemente do que se poderia esperar, é a partir do patológico, segundo Goldstein, que podemos apreender o que é o normal. Há aqui já uma modificação: tradicionalmente, partimos do que é normal e então estabelecemos qualquer desvio como transtorno. Goldstein parte do que é patológico para tentar entender não uma espécie de déficit ou superavit, mas como um organismo saudável age.

Um comportamento patológico, não sendo um déficit, é visto como uma mudança qualitativa de comportamento. Por exemplo: há algo de diferente no comportamento de alguém com uma lesão cerebral. Isto é, não é que a pessoa tenha um déficit na fala no caso da afasia, mas seu comportamento é qualitativamente diferente em relação à sua postura antes de uma lesão.

O que é visto como sintoma, nessa perspectiva, não tem uma correlação direta com o dano cerebral. Goldstein destaca o sintoma como uma resposta do organismo diante de uma modificação de sua estrutura. Assim, na afasia, ao se tomar o sintoma da perda de palavras para se expressar, normalmente se veria essa “perda” devido à lesão em uma parte do cérebro que seja responsável pela evocação da imagem/fala. Em sua concepção, há um erro teórico nessa postura: o que há não é uma perda da fala, mas no emprego do sentido da palavra. Anatomicamente, sabia-se na época de uma correlação da área do cérebro res-

ponsável por uma função específica no organismo, mas algo ainda incipiente. De qualquer forma, notou-se que a destruição de uma parte do cérebro não atua somente em uma função específica, pois todo o organismo se modifica. Há, portanto, uma nova configuração no comportamento. Conclusão:

A localização de uma performance não mais significa para nós uma excitação num certo lugar, mas um processo dinâmico que ocorre em todo sistema nervoso, mesmo em todo o organismo, e que tem uma configuração definitiva para cada performance. Essa configuração da excitação tem, em uma certa localidade, uma formação especial (“elevação”) correspondente ao processo figura. Essa elevação encontra sua expressão na figura da performance. Uma localização específica é caracterizada pela influência que uma estrutura particular que essa área exerce no processo total, i.e. pela contribuição com que a excitação dessa área, em virtude de sua estrutura, faz ao processo total (GOLDSTEIN, 1939, pp. 260-264, grifos do autor).

Por exemplo: sem demandar que a pessoa tenha em mente o sentido da palavra, ela consegue usá-la; entretanto, se se demandar seu sentido, ela não consegue. Há, portanto, uma mudança na forma de lidar com a linguagem (no caso, a pessoa não lida com a linguagem abstrata, somente com a linguagem concreta). Em outras palavras, ao invés de insistir em interpretar que há um “erro”, um déficit do paciente, é preciso entender a lógica por trás da resposta dada: toda vez que lhe é exigido que transcenda o concreto, ela falha; se exige dela somente uma manipulação concreta, sem o uso da imaginação, ela tem sucesso. A lógica dessas falhas e sucessos é a capacidade da pessoa lidar com a esfera do possível. Assim, por exemplo, ela pode entender uma história em que ela participe, mas não quando tem que se colocar na posição de outro, pois não consegue apreender metáforas. Da mesma forma, ela não representa o espaço, mas sabe se orientar/mover nele.

O que há de patológico nessa situação em que a pessoa não sabe lidar com o possível, em usar a linguagem abstrata? A partir desse desajuste em saber se comportar de forma adequada em uma dada situação, Goldstein propõe que o comportamento normal é aquele em que a ação é bem-sucedida em uma dada situação. Contrariamente, um comportamento catastrófico é aquele vivido como inadequado à situação, em que o indivíduo se sente restringido.

Entretanto, trata-se de situações específicas: o organismo não permanece em estado de comportamento catastrófico; ele tende a viver em situações que pode lidar. Começa, assim, a organizar o mundo a seu redor de uma maneira que lhe parece adequado – como se criasse uma ordem em que pode lidar, buscando a repetição de situações adequadas. Há um déficit se se vê esse comportamento a partir de um modelo (aquele que age no campo de possibilidades). Mas dentro de uma situação que ele cria (um mundo moldado, familiar, que não lhe traz surpresas), ele age de forma adequada, pois o organismo só existe se for bem-sucedido em encontrar um mundo que possa se adequar – um meio que lhe fornece essa oportunidade. O que é patológico é essa restrição do meio que a pessoa deve impor a si para viver somente em situações em que pode lidar. Eis como se diferencia o normal do patológico por essa via:

A tendência em manter o estado existente é característico de uma pessoa doente e é um sinal de uma vida anômala, uma vida decaída. A tendência de uma vida normal é em direção à atividade e ao progresso. Para o doente, a única forma de autoatualização que permanece é a manutenção do estado existente. Essa, entretanto, não é a tendência do normal. Pode ser que algumas vezes o organismo normal também tenda primordialmente em evitar catástrofes, e em manter um certo estado que torna isso possível; mas isso toma lugar sob condições inadequadas e não é o comportamento usual. Sob condições adequadas, o organismo normal busca mais atividades (GOLDSTEIN, 1939, p. 197).

Contudo, por mais restrito que seja esse meio criado, a pessoa age como um todo – esse é o pressuposto de sua teoria. Trata-se de uma concepção holística, como se vê: o sistema nervoso é tomado enquanto uma rede que funciona como um todo; nenhum estímulo age isolado, provocando uma mudança em todo sistema. Goldstein assume nesse ponto a teoria gestaltista figura/fundo como a configuração básica do sistema nervoso: não é que um estímulo age isoladamente, mas ele se torna “figura” sob um fundo que é determinado pela situação de todo o organismo em uma dada situação:

O fenômeno “isolado” alegado, que se alude pelo termo reflexo, é, de fato, uma “figura” numa reação padrão do organismo todo. O “reflexo” é a figura, enquanto a atividade do resto do organismo é o fundo. Isso é claramente confirmado pelo fato que qualquer mudança

no organismo restante ao mesmo tempo modifica o reflexo, a figura (GOLDSTEIN, 1939, p. 159, grifos do autor).

Essa ideia de todo/partes, aliás, é mais bem compreendida se nos voltarmos ao terceiro livro (*Para a doutrina dos todos e das partes*) das *Investigações lógicas* de Edmund Husserl (2012, pp. 189-249) – base para o pensamento gestaltista posterior. Neste livro, Husserl destaca que há uma dupla concepção de como se pode pensar o todo e as partes. Podemos pensar as partes como formadas independentes ou dependentes uma das outras. Pensadas independentemente, a parte é tomada de forma usual: como um pedaço e pode, por isto, ser objeto de representação que se dirige exclusivamente para ela. Assim, podemos imaginar as outras partes como inexistentes e ter somente esta parte como objeto de análise, pois se trata de partes de um todo que, por sua própria natureza, podem ser representadas independentemente.

Mas esta não é a única concepção da relação entre partes/todo. Podemos dizer que, ao modificar uma parte, se modifica o todo, porque suas partes são *dependentes* entre si. Portanto, temos, de um lado, partes separáveis (independentes entre si); e, por outro, partes inseparáveis (dependentes entre si). No primeiro caso, a existência de uma parte não é condicionada pela existência das outras, pois não se funda uma dependência em relação às outras partes – um todo em que, na sua essência, as partes não exigem dependência. No segundo, estas partes não podem existir se ao mesmo tempo não existirem outras partes para formarem uma unidade com ela: as partes se exigem mutuamente. Essa exigência não é de um *a priori* analítico, mas de um *a priori* sintético, que se refere à natureza do conteúdo dos materiais.

Husserl caracteriza essa relação entre o todo e as partes como *fundação*: se A só existe se for completado pelo conteúdo B, então A é fundado em B. Esta unidade não necessita de nada exterior a este todo. Já no outro caso, em um todo formado por partes independentes entre si, a unidade deste todo só pode ser produzida por algo exterior a ele. No caso da fundação há uma *ligação não mediada*, mais íntima e necessária entre as partes (imediata), fazendo que haja uma necessidade material de ligação que se expressa pela noção de fundação. É seguindo essa lógica que Goldstein pode afirmar (pensando o organismo) que, “*Com qualquer mudança em uma localidade no organismo, simultaneamente mudanças ocorre em outras localidades*” (GOLDSTEIN, 1939, p. 213, grifos do autor).

Se a modificação de uma parte modifica o todo do organismo, jamais há uma “falta”, um “déficit” – o que há é uma nova estrutura do organismo. Com isso, *nega-se uma concepção de que a saúde pode ser restaurada*, como se houvesse uma “volta” a um estado anterior. Com a doença, há uma nova estruturação do organismo. O que o torna saudável não é um suposto retorno, mas uma capacidade de lidar com o meio diante dessa nova estruturação: “Assim, *estar bem* significa ser capaz de comportamento ordenado que pode prevalecer apesar da impossibilidade de algumas performances que eram anteriormente possíveis. Mas o novo estado de saúde não é o mesmo que o antigo” (GOLDSTEIN, 1939, p. 437, grifos do autor). O organismo se “ajusta”, portanto, às situações novas quando é requerido, mesmo que seja necessário criar comportamentos substitutos (se for impedido de agir de forma habitual, ele busca outras formas de agir). Mas pode acontecer de ele não conseguir se adequar a uma situação. Esse momento catastrófico evidencia a doença e é vivido em forma de angústia.

Seguindo uma tradição em que descreve a angústia como algo que não tem um objeto específico, a pessoa não saberia descrever bem o que se passa nessas situações – como se não soubesse do que “correr”, se afastar, por exemplo. Diferentemente do medo, em que a pessoa sabe determinar do que teme, a angústia é uma vivência de ausência de objeto sendo por isso vivida de forma qualitativamente diferente de uma situação de perigo. Goldstein percebe que essa angústia é frequentemente descrita em pacientes com lesão cerebral, em situações consideradas catastróficas, ou seja, naquelas em que a pessoa não responde de forma adequada. São situações nas quais a pessoa não sabe como agir; em que há uma espécie de quebra de relação com o mundo; descrita como um estilhaçamento do eu; ou uma dissolução da personalidade. Situações vividas como um choque na experiência subjetiva, em que a pessoa não tem controle: “A *angústia aparece quando se torna impossível para um organismo lidar de alguma forma com tarefas que são adequadas à sua real natureza. Essa é uma situação que se põe em perigo*” (GOLDSTEIN, 1939, p. 295, grifos do autor). Tratar-se-ia de uma experiência primária de que algo não se adequa, em que o eu perde o controle da situação.

Tais pessoas, como é de se esperar, passam a temer situações desconhecidas, em que pode ser surpreendido. Daí o caráter limitante, de restrição, do patológico. É certo que, em situações novas, uma pessoa pode não saber agir de forma adequada, mas isso não é vivido necessariamente de forma angustiante. No caso da patologia, sim, devido à incapacidade de superar essa situação. O que se perde é a capacidade criativa de lidar com a situação; sem essa capa-

cidade, é como se sua existência estivesse em jogo. Uma criança vive algo parecido em vários momentos de seu desenvolvimento, mas

Na medida em que a criança vai entrando no mundo do adulto, seu comportamento se torna ainda mais “ordenado”. Quanto mais ele se torna adequado a seu meio, mais seu “encanto” diminui, mas nunca desaparece completamente. O adulto é sempre afetado novamente por surpresa e angústia, na medida em que ele está sempre exposto a novas situações internas e externas. Assim como em uma pessoa com lesão cerebral, o adulto normal tem a urgência em diminuir sua angústia mesmo que a um grau menor. Como uma expressão de urgência, encontramos no adulto a tendência em direção à ordem, norma, continuidade e homogeneidade, em princípio similar aos pacientes. Mas, à parte isso, o normal é determinado pela urgência (já inerente à criança) de novas experiências, para a conquista do mundo, e para uma expansão de sua esfera de atividade no sentido prático e espiritual. Seu comportamento oscila entre essas duas tendências, e é influenciada algumas vezes mais por uma, outras vezes por outra. O resultado das duas tendências são as reações culturais (GOLDSTEIN, 1939, p. 304).

O normal é descrito por Goldstein como uma pessoa com potencialidade, que de certa forma até deseja o desconhecido e mesmo a angústia. No caso da patologia, isso é vivido de forma catastrófica. Por isso sua urgência é contrária: em tornar o mundo a seu redor seguro, em que se possa anular choques e angústias. A diferença está na capacidade de autoatualização: reestruturar o organismo diante de novas situações; incapacidade de se autoatualizar, levando o organismo a um impasse. No caso de normalidade, vemos a experiência de coragem: “*A coragem, numa análise final, não é nada mais que uma resposta afirmativa a choques da existência, que devem nascer para a atualização da própria natureza da pessoa*” (GOLDSTEIN, 1939, p. 306, grifos do autor). Em uma palavra: o normal é aquele que tem uma “atitude em direção ao possível” (GOLDSTEIN, 1939, p. 306), enquanto o patológico é incapaz de autoatualizações, reduzindo seu espaço de ação, reduzindo a sua existência a situações de controle já conhecidas (qualquer mudança pode ser catastrófica).

A criança, devido à sua não-maturação, passa por situações angustiantes; dependendo do grau de exigência, pode não saber lidar com a demanda (uma demanda do mundo não pode ser maior do que a criança possa lidar), reprimindo

mindendo essa experiência (é assim, aliás, que Goldstein incorpora a psicanálise, a seu modo). Dependendo da situação, tal desordem na adequação pode inclusive determinar a atitude da pessoa diante do mundo (e a pessoa pode repetir essa inadequação sem saber o motivo). Mas em um desenvolvimento normal, “A criança aprende a lidar com coisas desagradáveis pelo bem da atualização de sua personalidade como uma entidade multiforme” (GOLDSTEIN, 1939, p. 319). A maturação seria um processo de reestruturação do organismo em que ele cada vez se torna mais plástico, mais capaz de lidar com situações desconhecidas. Quer dizer, na pessoa normal, há a formação de novos padrões de comportamentos.

De qualquer modo, tanto no caso normal como patológico, espera-se que o organismo se mantenha em um mundo “confortável” em que sabe lidar. A pessoa cria para si seus comportamentos preferidos e tende a repeti-los, a fazer o mesmo (pois é mais agradável, “natural”, mais seguro etc.). Entretanto, por serem preferíveis, são limitados. No caso normal, outras formas de comportamento são possíveis, mas não são espontâneas. Assim, qualquer mudança no organismo pode fazer com que o force a se adaptar a um novo comportamento preferencial – tornando-o plástico, pois pode ser autoatualizado.

Enquanto uma restrição do meio de ação, a patologia só poderia ser identificada individualmente (para se dizer que alguém está doente é preciso observar um comportamento desordenado). Goldstein cria um critério clínico de diagnóstico, mas exige que cada caso seja avaliado; além do que, essa restrição afeta de forma diferente cada pessoa, dependendo se ela é, por exemplo, demandada a situações catastróficas. Assim, “Não importa como se pode definir normalidade, há certamente muitas digressões da norma que não significa estar doente” (GOLDSTEIN, 1939, p. 428). Podemos concluir disso que o normal não pode seguir uma norma que se dá a partir de algo exterior ao próprio organismo, comparando-o, por exemplo, a um ideal/modelo ou a uma métrica/estatística. Tomando um ideal, não teríamos nenhum parâmetro real para determinar uma patologia; usando a estatística, não se faz justiça com o individual, pois o fato de estar fora de uma faixa métrica não determina uma patologia. A doença, por sua vez, está ligada a uma mudança no organismo: não de um conteúdo ou por haver um desvio de uma norma, mas por haver uma mudança que reduz o campo de ação do organismo: “Doença é choque e perigo para a existência. Assim, uma definição de doença requer uma *concepção da natureza individual como ponto de partida*. A doença aparece quando um organismo é mudado de uma forma que, por si próprio, no meio ‘normal’, sofre reações catastróficas”

(GOLDSTEIN, 1939, p. 432, grifos do autor). Enquanto “natureza individual”, pode-se afirmar que *a medida é o próprio organismo* – como se houvesse uma norma pessoal.

A doença seria encarada nesse caso como uma possibilidade de o organismo se reestruturar. Como é impossível voltar a uma norma anterior à doença, Goldstein destaca nossa capacidade de criarmos uma nova normalidade: “*Uma nova norma individual* corresponde a essa reabilitação [saúde]” (GOLDSTEIN, 1939, p. 437). Enquanto uma nova norma, ela pode desviar do padrão esperado socialmente. Daí porque nem sempre o que é estranho pode ser um comportamento catastrófico:

Um entendimento profundo da natureza da neurose, assim como de lesões cerebrais, mostrou que desvios da norma não são sempre sinal de doença. Ao contrário, alguns deles pertence ao processo do paciente que o protege de alguns perigos naturalmente envolvidos na mudança a uma nova normalidade. Aprendemos a ver alguns desvios como uma *necessidade para o bem-estar* (GOLDSTEIN, 1939, p. 438, grifos do autor).

Que se veja que o objetivo é o bem-estar, mas criado por uma norma individual que não é comparável a outra norma. Essa norma individual pode inclusive ser vista como uma *anomalia* – um desvio da norma social. Daí porque julgar o outro a partir de nossos próprios valores/padrões é precipitado a seu ver. É preciso compreender o outro em seu comportamento. A classificação de ordem inferior/superior tornaria flagrante esse tipo de julgamento – como se um comportamento adequado fosse submetido à avaliação de outro (alguém que supostamente soubesse o modelo de como dever-se-ia agir).

Por outro lado, a perda de capacidade de agir, de responder ao meio, é uma perda na norma do próprio indivíduo. O bem-estar, por isso, não pode ser confundido com uma tendência para preservar a vida; essa tendência, aliás, se torna um fenômeno patológico, uma decadência de vida nos termos de Goldstein (1939, p. 443). Somente a preservação da vida é um encolhimento de nossa capacidade de performance. Quanto mais reduzida essa capacidade de ação, a vida se torna mais catastrófica. Goldstein não teme em afirmar que há uma *limitação de liberdade* nesse caso (GOLDSTEIN, 1939, p. 448).

Uma potencialidade a ser retomada

Georges Canguilhem percebe a potencialidade desse estudo de Goldstein e o retoma em sua obra *O normal e o patológico* na década de 1940. Canguilhem desenvolve principalmente cinco pontos nesse estudo (todas com uma inspiração claramente de Goldstein): 1) a ideia de que a saúde é a vida no silêncio dos órgãos (o normal só se revela com a infração, com a patologia); 2) tomar o normal como média é algo abstrato (o organismo deve ser pensado a partir de uma norma individual); 3) a vida deve ser pensada enquanto uma potência dinâmica que *instaura normas*; 4) a doença não pode ser pensada de forma contínua com a saúde: não se trata de uma mera mudança quantitativa (está-se doente devido a um superávit ou déficit de algo pressupõe uma continuidade com o estado normal), mas uma mudança de uma forma de ser; 5) restaurar a saúde não significa retornar a forma de ser anterior à doença, mas uma instauração de uma nova forma de ser. Chega ao ponto de propor, teoricamente, que a possibilidade de se ficar doente é um luxo: “Estar em boa saúde é poder ficar doente e se reerguer, é um luxo biológico” (CANGUILHEM, 2007, p. 132). Um vivente que é incapaz de passar por situações que restringe suas normas e incapaz de se reerguer de alguma forma, com outra norma, seria patológico. Eis então a definição de patologia para Canguilhem:

Devemos dizer, conseqüentemente, que o estado patológico ou anormal não é feito de ausência de toda norma. A doença é ainda uma norma de vida, mas é uma norma inferior no sentido que ela não tolera nenhum desvio de condições nas quais ela vale, incapaz que ela está de se modificar numa outra norma. O vivente doente é normalizado nas condições de existência definida e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir outras normas em outras condições (CANGUILHEM, 2007, pp. 119-120).

Perder a capacidade de instituir novas normas ou a perda de ter uma plasticidade de se colocar de outra forma diante de situações adversas seria a definição de patologia. O fato de o organismo ter “fugido” à norma não nos indica necessariamente um estar doente, mas, por viver sob uma mesma norma, “O doente é doente porque não pode admitir senão uma norma” (CANGUILHEM, 2007, p. 122). Não se diz que haja uma ausência de norma, e sim uma incapacidade de ser normativo. O próprio fato de o organismo instituir para si uma norma, afinal, é já um indicativo de que a doença é uma forma de vida

qualitativamente diferente do que seria considerado normal:

Se reconhecemos que a doença permanece uma sorte de norma biológica, isso nos leva a pensar que o estado patológico não pode ser dito anormal absolutamente, mas normal em relação a uma situação determinada. Reciprocamente, estar são e ser normal não são completamente equivalentes, porque o patológico é uma sorte de normal. Estar são não é somente ser normal numa situação dada, mas ser também normativo nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (CANGUILHEM, 2007, p. 130).

Difícil não lembrarmos aqui como Freud associa a doença com a ideia de fixação. O fato de o sujeito se fixar em uma dada conduta, por exemplo, não é em si patológico, mas a questão é que ele reduz seu campo de ação a uma dada forma de ser. Ou seja, uma concepção de inflexibilidade de se poder mudar diante de uma situação nova. Em Freud, essa ideia aparece enquanto uma incapacidade de a libido reinvestir em algo. Daí porque afirma que

Ao longo da vida de uma pessoa, pode acontecer que o desenvolvimento psíquico chegue a uma parada repentina e a um ponto final. Um acontecimento esmagador pressionou a libido a posições que a partir de então são mantidas até a morte ou até o colapso psíquico, e essa é a definição de fixação (FREUD, 2017, p. 95).

Fixar-se em algo, portanto, é dar um destino à libido que interrompe qualquer outra forma de relação com o mundo, consigo e com o outro (o mundo se torna restrito). Que se veja como essa passagem de Freud está próxima da concepção de Canguilhem sobre o normal e o patológico: “Uma circunstância importante na vida é a *mobilidade* da libido, a facilidade com que ela passa de um objeto para outro. Contrastando com isso há a *fixação* da libido em certos objetos, que muitas vezes persiste por toda a vida” (FREUD, 2018, p. 198). Canguilhem diz em outros termos: “A saúde é uma margem de tolerância das infidelidades do meio” (CANGUILHEM, 2007, p. 130). Uma pessoa doente não teria essa capacidade – é como se o organismo se polarizasse a uma forma

exclusiva de ser. Roberto Esposito precisa a questão:

A negatividade da doença (e principalmente da morte) não está ligada à modificação de uma norma propriamente originária, como fizeram teorias da degeneração. Ao contrário, ela está ligada à incapacidade do organismo de modificar a norma aprisionando-o, forçando-o a uma repetição infinita da norma (ESPOSITO, 2008, p. 190).

Essa ideia vai ao encontro do que Christian Dunker descreve como um sintoma na contemporaneidade:

As doenças mentais não são nem *doenças*, no sentido de um processo mórbido natural, que se infiltra no cérebro dos indivíduos seguindo um curso inexorável e previsível; nem *mentais*, no sentido de uma deformação da personalidade. As doenças mentais, ou melhor, seus sintomas, realizam possibilidades universais do sujeito, que se tornam coercitivamente particulares ou privativamente necessárias. Em outras palavras, um sintoma é um fragmento de liberdade perdida, imposto a si ou aos outros. Por isso há algo que concerne a todos, universalmente, em cada uma das formas particulares de sofrimento. Assim, a normalidade é apenas *normalopatia*, ou seja, excesso de adaptação ao mundo tal como ele se apresenta e, no fundo, um sintoma cuja tolerância ao sofrimento se mostra elevada (DUNKER, 2017, p. 196, grifos do autor).

A dificuldade de levarmos à cabo essa teoria proposta de normal é a perda de um referencial abstrato exigindo que o médico ouça a narrativa do doente: “para realizar um diagnóstico, é preciso observar o comportamento do doente” (CANGUILHEM, 2007, p. 152). Quer dizer, no fundo, é só a pessoa que pode dizer se está doente ou não, porque não há um critério objetivo/abstrato para se determinar isso.

Referências

- CANGUILHEM, Georges. *Le Normal et le Pathologique*. Paris: PUF, 2007.
DUNKER, Christian Ingo Lenz. *Paixão da ignorância – A escuta entre Psicanálise e Educação*. São Paulo: Editora Contracorrente, 2020.
ESPOSITO, Roberto. *Bios: Biopolitics and Philosophy*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2008.

- FRANCES, Allen. *Voltando ao normal – Como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle*. Trad. Heitor M. Corrêa. Rio de Janeiro: Versal Editores, 2016.
- FREUD, Sigmund. *Manuscrito inédito de 1931*. Trad. Elsa Vera Kunze Post Susemihl. São Paulo: Blucher, 2017.
- GOLDSTEIN, Kurt. *The Organism – a holistic approach to biology derived from pathological data in man*. New York: American Book Company, 1939.
- HUSSERL, Edmund. *Investigações Lógicas: segundo volume, parte I*. Trad. Pedro Alves, Carlos Morujão. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

Recebido: 01/07/2022

Aprovado: 10/08/2022

Publicado: 31/08/2022