

Quando os psicofármacos fazem confundir melancolia e depressão

Rubens Coura

A atual busca de aproximação com psiquiatras, por iniciativa de muitos psicanalistas, é em parte resultante de uma peculiar idealização da psiquiatria efetuada por esses mesmos psicanalistas – enquanto as populações em geral idealizam a Medicina como um todo, tanto uns como outros em decorrência do mesmo fascínio pela tecnologia que tornou possíveis os novos antidepressivos.

Tanto essas idealizações efetuadas pelas coletividades em geral, como aquelas análogas feitas por psicanalistas, fazem parte de uma verdadeira ideologia da produtividade – que implica uma escalada obsessiva (e não melancólica nem depressiva) da sociedade. Estamos atravessando uma era na qual se repetem as características da neurose obsessiva – numa identificação mútua baseada no esforço coletivo rumo a um estado de perfeita e perpétua saúde do corpo.

A aproximação mais desejável parece ser a de psicanalistas com os médicos em geral (sem exclusão dos psiquiatras), principalmente dentro dos grandes hospitais gerais, por ser neles que ocorrem as mais eloqüentes demandas de médicos por uma escuta psicanalítica que os ajude a entender as solicitações desmesuradas que lhes são feitas para a obtenção dessa saúde plena e dessa “nova religião” pela imortalidade do corpo.

O que me impeliu decisivamente para a atitude de escrever estas páginas foi o manuseio quase automático que fiz, sobre minha escrivaninha, de uma efígie de Freud, traçada numa mesma placa com o nome e o logotipo de um medicamento antidepressivo. É um brinde de mesa, oferecido à classe médica por ocasião do lançamento comercial desse então novo psicofármaco e que aproveitava o ensejo do cinqüentenário da morte de Freud para relacionar o produto com o nome do pai da psicanálise...

É uma peça artística bonita e vinha acompanhada de um lembrete de recomendação do medicamento, explicando que o brinde celebrava o lançamento do antidepressivo e que também era uma homenagem "...àquele que foi, sem dúvida, o pai da psicoterapia e pioneiro no diagnóstico e tratamento da depressão"!

Além disso, no lembrete, o produto era oferecido "ao médico brasileiro" (sem qualquer especificação para o especialista psiquiatra) e o brinde foi distribuído – conforme me recordo bem – entre os médicos das mais diversas especialidades, ao menos dentro do complexo hospitalar onde, na ocasião, eu coordenava um serviço de Interconsultoria Médico-Psicológica e, segundo soube, também em outros grandes hospitais gerais.

É grande, ainda, o entusiasmo com os novos antidepressivos que se tornaram disponíveis no mercado internacional. Foi a ruidosa e triunfal chegada das novas criações dentro dessa classe de produtos farmacêuticos, sem dúvida, que desencadeou uma busca de maior integração e de maior intercâmbio de idéias entre psiquiatras e psicanalistas. Uma cooperação que, sem dúvida, pode

trazer acréscimos de conhecimentos e de melhor atendimento às pessoas que recorrem a ambos tipos de profissionais, mas que, por outro lado, evidencia uma certa superposição míope de perspectivas ópticas sobre a paisagem do assunto “sofrimento psíquico”.

É certo que, do ponto de vista operacional de convívio respeitoso e colaborativo entre profissionais, com maior frequência é o psiquiatra o médico especialista mais diretamente próximo do psicanalista – como também o é do psicólogo clínico (independentemente do seu tipo de formação): os três atendem as pessoas que buscam alívio de dores morais, psíquicas ou mentais. E essas pessoas o fazem procurando clínicas psiquiátricas ou psicológicas, hospitais psiquiátricos e outros locais onde se pode encontrar os três tipos de profissionais. Também nas indicações e recomendações de tratamentos para tais padecimentos, os médicos em geral e os leigos costumam apontar nomes de psiquiatras, de psicanalistas ou de psicólogos, de forma a até confundi-los em suas especificidades.

Afinal, a controvertida questão das “psicoterapias” (entre as quais se pode aqui incluir a psicanálise como terapêutica) é um ponto que, sem dúvida alguma, pode fazer deitarem, no mesmo leito de Procusto, tanto o psiquiatra como o psicanalista e o psicólogo clínico – nos critérios de uma população entontecida pelas novidades científicas, pelos becos sem saída de diversos sistemas de saúde e pela superficialidade das informações sobre o assunto.

Há um outro critério, talvez ainda mais decisivo, que vem diluir os limites dessas três categorias profissionais e que as torna muito próximas para o público em geral: é o desejo das pessoas de manterem afastadas de si as exigências pulsionais, juntamente com os efeitos de sua repressão. Assim, a depressão, a melancolia ou a perturbação psicológica ficam amassadas num mesmo papel sujo e varridas para baixo do mesmo tapete...

E o que dizer do ponto de vista de uma especificidade do emprego de psicofármacos por psiquiatras, uma vez que – racionalmente – a especialização profissional faz supor essa espécie de exclusividade do seu manejo pelos médicos que mais se dedicam ao estudo de suas indicações e efeitos?

O entusiasmo por uma medida terapêutica imediata e eficaz que apazigüe o conflito psíquico não é nova dentro da medicina; em sua *História da psiquiatria*, Franz Alexander e Sheldon Selesnick (1966) comentam essa expectativa (e a conseqüente decepção), já em plena era industrial, em torno dos efeitos sedativos dos brometos – descobertos por Balard em 1826 e amplamente usados em distúrbios psiquiátricos em finais do século XIX e no início do XX. E eles destacam que “... o público americano desejava tanto o brometo que, em 1928, de cada cinco receitas uma era de brometo.” E concluem, céticos, que se

pretendessem continuar a "... apresentar melhoras, os pacientes precisavam ser mantidos continuamente sob a ação de brometos." (1)

É fácil perceber que, por esse tal volume de prescrições feitas naquela época, somente uma pequeníssima porção delas poderia ser assinada por médicos psiquiatras.

Os psiquiatras norte-americanos Alan F. Chazberg e Jonathan O. Cole (1991) nos relatam que os psicofármacos ansiolíticos, que são as drogas psicotrópicas de uso mais difundido no mundo, têm sua prescrição por médicos psiquiatras feita em menos de 20% nos Estados Unidos da América; os outros mais de 80% do volume dessas drogas, naquele país, são receitados por clínicos gerais, médicos de família e médicos obstetras. (9)

Como não falar em estatísticas, quando elas são inseparável parte do cerne dos sistemas de pesquisa que produzem as próprias substâncias que ora fascinam as populações?

No Brasil, nos quinze anos entre 1970 e 1985, o pesquisador Francisco B. Tancredi apurou que 72% das prescrições dos ansiolíticos benzodiazepínicos – os mais empregados no mundo ocidental – foram feitas por clínicos gerais e apenas 13% o foram por médicos psiquiatras. (10)

E com os medicamentos antidepressivos, que (como poucos sabem) tiveram seu início de uso na década de 1950 até se chegar ao presente, com as substâncias de mais rápida e eficaz resposta clínica? Serão sua venda e seu uso condicionados preponderantemente pelas avaliações e critérios de psiquiatras?

Na verdade, como tantos psiquiatras clínicos experientes observam em sua prática diária, ocorre – comprovadamente na Inglaterra e nos Estados Unidos – o que C. V. R. Blacker e A. W. Clare (1990) apuraram numa avaliação de trinta anos do uso de antidepressivos nesses dois países: 60 a 88% da população deprimida consulta um clínico geral quando busca ajuda médica. E, em se tratando de depressões mais severas, os 12 a 40% que procuram o psiquiatra se reduzem (o que racionalmente é de surpreender) a menos de 10%! (2)

Embora os dados estatísticos sobre o Brasil sejam mais difíceis de se obter, não me importei muito com a comparação entre o uso dos medicamentos antidepressivos nos EUA e no Brasil; além deste texto não pretender ser propriamente estatístico e nem esgotar a questão, notei um outro fator que chamou muito minha atenção sobre o consumo de medicamentos entre nós – inclusive porque ele pode eventualmente falsear outros índices de avaliação: segundo os conceituadíssimos pesquisadores Elisaldo Luiz de Araújo Carlini e Jandira Masur (1995), somos o sexto ou sétimo país no mercado mundial de medicamentos, sobressaindo a venda de medicamentos em geral diretamente pelas farmácias e sem as correspondentes receitas médicas.

Além disso, esses dois estudiosos colocaram em campo uma centena de pesquisadores (1986) que se dirigiram a 101 diferentes farmácias nos mais diversos bairros da cidade de São Paulo. Simulando queixas de “nervosismo”, “muito sono”, “dificuldade para dormir”, entre outras, conseguiram comprar livremente medicamentos que somente deveriam ser comercializados sob prescrição médica. Desses medicamentos vendidos sem a prescrição médica, 75% tinham tarja vermelha e 57% deles (remédios para emagrecimento) eram sujeitas à retenção da receita! (3)

A rigor, dentro do espírito hipocrático mais legítimo, não se pode criticar severamente a atitude do médico não-psiquiatra que trata de pacientes com diagnósticos psiquiátricos; além das razões assistenciais da falta de especialistas em muitos locais e dos meandros dos sistemas e seguros de saúde, existe a razão inatacável de oferecer alívio ao sofrimento do paciente – e aqui está incluído o sofrimento psíquico que ele possa referir. Seja o excesso de bile negra da melancolia hipocrática, seja um desarranjo na recaptção da serotonina cerebral, qualquer médico pode ser considerado, *a priori*, habilitado (e muitas vezes obrigado) a tentar oferecer alívio à dor que o paciente sofre diante de seus olhos.

A busca de um alívio rápido para nossas mazelas, de preferência um alívio instantâneo – ainda melhor se o sofrimento puder retroceder no *tempo* – é antigo como a natureza humana; o que é recente é a disposição séria e oficial da atual ideologia da saúde em oferecer esse suposto benefício (e a suposta obrigatoriedade) a cada cidadão.

Essa minha percepção dos ideais contemporâneos de perfeição da saúde não é nova em psicanálise, pois Lacan (1966) assinalou, há mais de trinta anos, a imensa força ideológica dessa “empresa universal da produtividade”, cujo vulto se pode perceber que ultrapassa as deliberações ou intentos de qualquer tipo de conglomerado econômico ou político em particular, por mais poderoso que ele possa ser – e que também ultrapassa, ainda mais facilmente, os desígnios de qualquer categoria profissional conhecida. (8)

O que vivemos no presente é um predomínio muito intenso de louvor pelas virtudes do ego, em seu empenho pelo controle eficaz da realidade exterior; é como um esforço quase oficial pela onipotência de fazê-lo equilibrar-se serenamente entre as pressões do id e as imposições do superego.

E esse processo psíquico coletivo inclui a pretensão de se obter uma pílula que traga de volta o objeto perdido de cada um de nós. Mas não devemos, por isso, pensar que estejamos numa “era melancólica”, pois a intolerância dominante diante do sofrimento pela perda do objeto parece fazer parte de um repúdio mais geral – contra tudo o que possa se constituir num entrave ou demora no rumo à *perfeição e à saúde* plena do corpo.

Podemos dizer que a melancolia e a depressão, dentro desta espécie de seleção artificial dos mais aptos, não passam de sinônimos ociosos de “improdutividade”; por isso, neste presente texto, não tento discorrer sobre as diferenças entre essas então duas formas da mesma “improdutividade”.

E o que atravessamos neste período de produtividade a todo vapor me parece, mais apropriadamente, uma era obsessiva.

Podemos compará-la às noções de Freud (1915) acerca de uma terceira fase de desenvolvimento da humanidade, sob as privações provocadas pela irrupção da era glacial – fase cujas características são repetidas pela neurose obsessiva:

(...) Depois de ter aprendido a poupar sua libido e a reduzir sua atividade sexual..., a inteligência ganhou para ele o papel principal. Aprendeu a pesquisar, a entender de alguma maneira o mundo adverso e a assegurar para si através das invenções um primeiro domínio sobre esse mundo. Desenvolveu-se sob o signo da energia, formava os princípios da linguagem e precisava prestar grande importância às novas conquistas. A linguagem era para ele magia; seus pensamentos pareciam-lhe onipotentes; compreendia o mundo através de seu próprio eu. É a época da concepção anímica do mundo e de sua técnica mágica (...). (4)

Suponho mesmo que a parcela dominante das pessoas do mundo ocidental cristão viva um estado obsessivo coletivo, com uma identificação mútua baseada no esforço rumo a um estado de *perfeita e perpétua saúde física*. O ideal do Ego é ocupado pela imagem de um homem jovem, belo, musculoso, sexualmente potente, que não envelhece nem fica doente – e que, por conseguinte, nunca morrerá.

É o mesmo texto freudiano de 1915 que pode iluminar essas idéias, no que ele nos diz sobre a sobrevivência do filho mais jovem do pai ciumento da era glacial; não era castrado como os irmãos mais velhos, devido à proteção da mãe e principalmente pelo enfraquecimento do pai decorrente de sua velhice. Esse filho mais novo virá a se tornar substituto do pai, também ele próprio como pai; mas sabe da castração dos irmãos e a teme, tendo alguma vez que renunciar à tentação pela mulher: “(...) Continua válido o ponto de vista de que, para ele [o filho mais jovem], fica substituída a penúria da época pela opressão paterna.” (5)

A imagem que hoje ocupa o ideal do ego das populações é continuamente presentificada pelos meios de comunicação de massa, cuja renovação diária ininterrupta compensa a falta de definição por uma única figura: é o ídolo pop, é o corredor de Fórmula-1, é o tenista campeão, é o galã de telenovelas e assim por diante. Tal como o filho mais jovem da era glacial, o ídolo entronizado pela mídia também é sexualmente potente e deseja as mulheres – e também, como ele, não deve procriar. O uso de preservativos, seja pelo pavor da AIDS, pelo

controle da natalidade ou através da noção de filhos como “produções independentes” pela mulher, torna-se o elemento material de racionalização dos profundos temores primordiais de gerar filhos.

Com a mesma disposição de prioridade absoluta com que se paga a conta da energia elétrica para animar os televisores que emolduram esses novos deuses, também se paga mensalmente os seguros-saúde, à maneira de oferendas ou donativos para templos religiosos.

A anulação retroativa exerce seu efeito de suprimir o já acontecido das doenças incuráveis e das mortes próximas na história das pessoas, favorecida que é pelos falecimentos ocorrerem nas enfermarias e UTIs dos hospitais e em momentos praticamente indefiníveis e sem agonia. É também incentivada pelo afastamento dos doentes agudos e crônicos para longe de casa, pelos velórios abreviados e pelo estímulo ao luto rápido e indolor, efetuado pelos amigos e familiares. A imagem de um novo medicamento mais eficaz contra a doença fatal e de um progresso técnico na área médica, onde está inserido o doente crônico da família, também induzem o passe de mágica de anulação do fato ocorrido.

Em alguns locais dos Estados Unidos, existe até uma institucionalização desse efeito da anulação retroativa: por revistas e pelos documentários da TV, sabemos dos frigoríficos onde pessoas falecidas são mantidas a baixíssimas temperaturas por seus familiares, à espera de uma cura para o mal que as vitimou. Em seus esquifes gelados, eles não são considerados cadáveres, mas pessoas com a vida em um estado suspenso; ou, ainda, apenas aguardando o momento de não mais terem morrido.

Há ainda a presença do mecanismo de defesa do isolamento, perceptível em termos coletivos no evitamento a qualquer tipo de contato que possa eventualmente ocasionar doenças – e não somente da tão temida AIDS, mas de quaisquer outras moléstias e mesmo do contágio pela própria intimidade das outras pessoas. O suor, por exemplo, tem de ser lavado e desodorizado ao máximo e preferindo-se mesmo que ele nem desponte, com o uso dos chamados produtos antiperspirantes que bloqueiam a sudorese. Mesmo no estrito círculo doméstico, até outros leves odores pessoais ou discretas manchas de excreções nas vestes já vão se tornando fortes indicativos de um convívio inaceitável.

É compreensível que os valorizados e imprescindíveis procedimentos do uso de antissépticos, luvas cirúrgicas, seringas descartáveis e tantos outros recursos médicos de assepsia só possam parecer uma autorização de legitimidade científica aos obsessivos desempenhos nos lares. É o que ocorre com as precauções caseiras de higiene dos desinfetantes domésticos, das fraldas descartáveis, das invioláveis águas engarrafadas e de tantas outras medidas profiláticas contra tudo o mais que possa parecer inofensivo, mas que seja potencialmente portador do mal.

Falar de exacerbação ritual dos escrúpulos de contágio em tempos de AIDS pode soar algo abusado, mas atentemos para a seriedade com que hoje se fala também em “assédio sexual” e em “molestamento sexual” – quando evidentemente a volúpia ou as intenções eróticas das pessoas não são portadoras de outro vírus além daquele do desejo.

Penso que, em larga medida, o isolamento do corpo em sociedade funcione como parte de um ritual coletivo de solidariedade à assepsia do contato interpessoal. Como no sufocante afã de adesão pública a campanhas pelo uso de preservativos, esse processo psíquico grupal deve também abranger a tendência à comunicação por *fax* ou *e-mail*, mesmo quando o telefone ou a simples carta manuscrita (mais pessoais) poderiam ser utilizados. Esse ritual coletivo inclui o isolar-se no alto de prédios, em nome da racionalização do espaço e da segurança; abrange o temor aos transeuntes nas ruas, como precaução contra assaltos. Abrange também a intolerância do *fumante passivo* contra a fumaça que lhe vem dos pulmões de outrem, sem muito protesto contra tantas outras fumaças da cidade, como medida de respeito à privacidade e de uma duvidosa prevenção contra doenças pulmonares.

Como no isolamento monástico, onde o afastamento físico do convívio social e familiar significa uma renúncia de afastamento das tentações do pecado, também nessa sua versão urbana atual ele quer significar uma distância entre o sujeito e suas moções agressivas e ternas em relação às demais pessoas – igualmente através do afastamento físico.

Ainda fazendo parte desse isolamento, lembremos do desmesurado prestígio de que gozam os aparelhos robotizados e informatizados, tanto em locais de trabalho ou lazer como nos lares; não seria difícil para qualquer pessoa verificar, racionalmente, que eles, muitas vezes – ao contrário da sua principal justificativa consciente de uso –, são subutilizados e mais onerosos do que o pagamento do mesmo trabalho por braços humanos. Mas como são precisamente esses braços de carne que se quer afastar, é obrigatório comprá-los e lá ficam essas máquinas, ociosas, mas solenes, num lugar de destaque reverencial do recinto que ocupam; *immaculatae*, tomam as prerrogativas e os espaços antes reservados às imagens dos santos de devoção.

E a medicina contemporânea, em boa parte do seu funcionamento hospitalar atual, precisará cumprir sua parte, no sacrifício por essa espécie de nova religião; com recursos e investimentos de outros poderosos setores da comunidade, fornecerá os reparos no plano individual, com transplantes para órgãos gastos, com cirurgias plásticas para corpos envelhecidos, com UTIs infalíveis para aqueles que insistirem em morrer etc.

Na composição dos recursos tecnológicos, as demais áreas científicas também têm de prometer seu quinhão pela causa da *imortalidade* do corpo, na

forma de DNAs sadios e bons que substituirão os genes deletérios, ou na de controles públicos das epidemias – seja de uma simples gripe, seja de AIDS. E na forma da crescente higienização que, ao lado do metropolitano temor de assaltos, parece uma expressão pública dos rituais esconjuratórios de lavar as mãos e fechar as janelas, que sempre foram os mais típicos nas compulsões das neuroses obsessivas.

Para se obter essa saúde plena e sem limites, todos precisam colaborar com sua parcela nunca suficiente de produtividade. A produtividade, a qualidade total, remete à eficácia de resultados – e a eficácia sempre implica na premência e na exigüidade do tempo. Como esse bezerro de ouro da saúde total e ilimitada compõe uma “religião” secularizada pela ciência racionalista, ele tem de ter muita pressa para se emparelhar com a corrida do tempo – pois a sua imortalidade não conta com um outro mundo além deste.

Dentro dessa perspectiva, os melancólicos e os depressivos não são especialmente indesejáveis; eles simplesmente integram a legião dos tristes, que sempre foram pessoas menos produtivas – assim como os velhos, as crianças, as mulheres do lar e os enfermos de qualquer espécie. As crianças, cada vez mais ausentes das reuniões mesmo festivas dos adultos, são mandadas para creches, clubes e cursos de idiomas e cada vez mais precocemente são matriculadas na escola e cada vez mais cedo têm de controlar seus esfíncteres. Suas inoportunas excreções fisiológicas, sua incapacidade para o trabalho regular e sua necessidade de cuidados especiais tornam mais difícil esquecer que o projeto mundial da perfeição do corpo pode fracassar por fragilidades humanas.

Por sua vez, os velhos e os doentes, com sua improdutividade para os trabalhos usuais, com seu pessimismo em relação ao futuro e o sensível definhar de suas forças, levam ainda mais fortemente ao questionamento da ordem nessa marcha rumo à Canaã da saúde definitiva.

Da mesma forma que os cruzados queriam acreditar que sua luta não visava matar sarracenos e tomar-lhes os tesouros, mas tão-somente libertar Jerusalém e converter os povos à verdadeira fé, também hoje podemos utilizar o mecanismo de formação reativa para desalojar os velhos, doentes e crianças de suas casas para locais onde eles possam ser melhor assistidos e mais bem cuidados.

E finalmente as mulheres, desde que não fiquem muito tempo dentro de suas casas e se dediquem a trabalhos de repercussão no movimento da economia geral, ganham uma posição um tanto melhor que a das crianças, dos idosos e dos enfermos – pois, afinal, podem exercer trabalho considerado útil. Mas é preciso, como se sabe, que não tenham mais que um ou dois filhos, pelas conhecidas restrições trabalhistas que lhes são feitas; mais recente é o privilégio duvidoso de disporem de lugares especiais nos estabelecimentos públicos e privados – pela mesma lei e na mesma fila que os idosos e os deficientes físicos.

Sintomaticamente, até a masculina presença de músculos visíveis em seu corpo passa a disputar espaço entre seus quesitos de beleza (creio que pela primeira vez na história do Ocidente); uma musculatura desenvolvida evoca a força corporal viril relacionada a essa saúde idealizada, e ela agora pode ser adquirida até pelas mulheres – através de anabolizantes e das academias de musculação.

Pelo que venho esboçando até aqui, penso que fique mais compreensível considerar que as diferenças entre psiquiatria, psicanálise e psicologia clínica – mesmo as maiores – não parecem importar muito para a grande maioria das pessoas, no redemoinho abismal dos progressos que enfrentamos. Entre essas pessoas se incluem grande parte dos médicos das diversas especialidades e dos demais profissionais de saúde.

Como vários dos demais psicofármacos de vasta aplicação no presente, também os antidepressivos agora disponíveis no mercado perfilam-se melhor com as prateleiras dos antibióticos de largo espectro, dos compostos vitamínicos-minerais, dos anti-inflamatórios de *última geração* etc., com muito mais funcionalidade do que se rivalizando com qualquer modalidade psicoterápica. E, como todos esses medicamentos decorrentes de alta tecnologia farmacológica, também os psicofármacos podem minorar o sofrimento humano – desde que, como com esses outros produtos do engenho egóico, sejam mantidos em sua indicação e em seu uso os mesmos obsessivos atributos de escrúpulo, pudor, parcimônia e obstinação que estão nas disposições psíquicas socialmente mais desejáveis daquelas pessoas que os originaram.

Diante dessas minhas considerações, suponho que, com os psicofármacos antidepressivos atuais, não estejamos assistindo – como algumas vezes se tem pretendido – a um mais largo aceno de recursos mágicos pelos psiquiatras nem a uma maior expectativa de mais prontas felicidades de parte de analisandos e pacientes. Penso mesmo que alguns psicanalistas, imersos como todos estamos nessa cultura infiltrada pela ideologia da saúde, estejam se embevecendo pelo canto de sereia desse verdadeiro empreendimento de erradicar definitivamente o luto pela perda do objeto amado. Afinal, também nós, psicanalistas, costumamos pagar nossos planos de saúde e será compreensível se deles pretendermos esperar a recompensa devida e prometida.

Suspeito que haja uma idealização da abrangência e do poder psiquiátricos por parte de alguns psicanalistas, confortável que é imaginar que os riscos relativos ao manuseio químico do psiquismo estejam assim tão ao alcance das mãos e das opiniões de parte a parte, numa igualitária tábua redonda que acomodasse psicanalistas e psiquiatras. Na verdade, tanto as populações em geral, quanto as variadas comunidades científicas não podem distinguir, nos novos medicamentos que vão surgindo no mercado, quaisquer resultados de esforço

ou de maturidade decorrentes de algum pensamento propriamente médico – seja ele psiquiátrico ou de outras especialidades clínicas.

Mesmo sem me alongar mais na questão das relações entre Psiquiatria e Psicanálise, posso dizer que o contato entre ambas nunca deixou de existir desde a inauguração do pensamento psicanalítico – com as falas e os silêncios significativos que vêm marcando uma espécie de “intimidade cerimoniosa” que julgo haver entre esses dois campos do conhecimento humano. Já com as demais áreas médicas, o contato da psicanálise tem sido bem mais escasso e apesar disso – em várias ocasiões – muito frutífero para ambos os lados e também reconhecido como assim enriquecedor pelos dois campos em colaboração. É o caso, apenas como exemplo, das pesquisas psicanalíticas efetuadas por Héctor Ferrari, Noemí Luchina e Isaac L. Luchina (1971) junto a médicos de diversas especialidades num hospital geral¹ e das de Danièle Brun (1987), junto a um centro médico de oncologia pediátrica.²

Na sua breve, mas incisiva, “Mensagem à ‘Medical Review of Reviews’”, Freud (1930) alude ao fato de a grande popularidade do nome da psicanálise nos Estados Unidos não ser acompanhada de um estudo adequado do seu conteúdo, nem de uma profundidade no seu conhecimento.

É o mesmo país de onde nos chegam a maioria dos acréscimos tecnológicos da medicina, e não pode ser casual que nesse mesmo curto texto Freud assinale também que os médicos e autores norte-americanos possuem um muito insuficiente conhecimento da psicanálise, que além disso é por eles confundida com outros sistemas doutrinários; e há ainda a sua afirmação de que tais circunstâncias desagradáveis “(...) sem dúvida seguem a tendência geral, reinante nos Estados Unidos, de abreviar o estudo e a capacitação, para chegar o quanto antes à aplicação prática.” (6)

Isso deve aludir a uma supervalorização das funções egóicas ligadas ao fazer produtivo e ao controle do tempo, numa obstinada tentativa de domínio completo da realidade exterior ao sujeito – talvez mais perceptível na disposição científica dominante na América do Norte que em outros países superdesenvolvidos.

Mas, por outro lado, vem do mesmo Estados Unidos da América, em visita recente ao Brasil, o presidente da prestigiada American Medical Association (AMA) que discursou sobre o mercado de consumo norte-americano estar *engolindo* a autonomia e o profissionalismo do médico; sobre empresas de seguro lucrarem

1. Pesquisa que figura em seu livro *La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1971.

2. Pesquisa que se encontra em sua obra *A criança dada por morta: riscos psíquicos da cura*, tradução de Joaquim Pereira Neto e José de Souza e Mello Werneck, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1996.

demais com o trabalho médico em detrimento do bom atendimento aos pacientes, dando ênfase ao que a AMA denunciou publicamente como “cláusula de mordação” (um dispositivo empresarial que proibia os médicos de realizarem procedimentos assistenciais considerados necessários ao atendimento e de poderem comunicar isso aos pacientes).

O expressivo título da matéria é: *Os médicos não podem viver amordaçados.* (7)

Parece-me bastante significativo que, precisamente em meio à atropelada aceleração tecnológica que vivemos na medicina e logo no país que melhor sintetiza essas aspirações à perfeição eterna do corpo, seja daí que surja a angustiada fala médica que pede uma escuta.

Talvez seja precisamente nessa posição de escutá-lo que o psicanalista venha a ter sua principal colaboração com o médico – se o facultativo puder encontrar, através desse processo, algum resgate da sua função ancestral de simplesmente atender o doente e de se empenhar em ajudá-lo. Mesmo entre as exorbitantes solicitações atuais que recaem sobre o médico, e inclusive por causa delas, essa disposição de espírito aparentemente singela pode significar um reencontro da dignidade e do valor hipocráticos de tão-somente cuidar bem dos enfermos.

Assim, parece muito promissora uma maior aproximação, na atualidade, entre psicanalistas e a medicina – com os médicos e demais profissionais dos seus diversos ramos ou especialidades contemporâneas. E sem qualquer exclusão, claro, da Psiquiatria.

Na sua vertente biológica, o que vejo como descaminhos positivistas da ciência atual pode abranger também os médicos e demais profissionais de saúde, sem qualquer distinção de especialidade; e é no hospital geral, segundo penso, que mais fortemente podem ocorrer os equívocos contemporâneos dessa ciência, por ser lá o local preferencial das mais belas e também das mais arriscadas proezas biológicas que o engenho do ego pode pôr em ação.

Bibliografia

1. ALEXANDER, Franz G. & SELESNICK, Sheldon T. *História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente*. Tradução de Aydano Arruda, São Paulo, IBRASA, 1968, p. 372.
2. BLACKER, C. V. R. & CLARE, A. W. “Problems of the treatment of depression in general practice”. In BRIAN, Leonard & PAUL, Spencer (Eds.). *Antidepressants: thirty years on*. London, CNS (Clinical Neuroscience) Publishers, 1990, pp. 433-448.

3. CARLINI, Elisaldo Luiz de Araújo & MASUR, Jandira. "Venda de medicamentos sem receita médica nas farmácias da cidade de São Paulo". In CARLINI, Elisaldo Luiz de Araújo. *Medicamentos, drogas e saúde*. São Paulo, Hucitec e Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME), 1995, pp. 231-236.
4. FREUD, Sigmund. *Neuroses de transferência: uma síntese (Manuscrito recém-descoberto)*. Tradução de Abram Eksterman, organização, notas e ensaio complementar de Ilse Grubrich-Simitis. Rio de Janeiro, Imago, 1987, pp. 76-77.
5. FREUD, Sigmund. Idem, pp. 79-81.
6. FREUD, Sigmund. *Mensaje para la "Medical Review of Reviews" (1930)*. In FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XX. Tradução de Ludovico Rosenthal. Buenos Aires, Santiago Rueda, 1955, pp.177-178.
7. *JORNAL DA APM* (Órgão oficial da Associação Paulista de Medicina), nº 475, São Paulo, 1997, p. 19.
8. LACAN, Jacques (1966). "Psychanalyse et medecine". Apostila sem data. São Paulo, Biblioteca da Escola Brasileira de Psicanálise e Instituto de Pesquisas em Psicanálise de São Paulo.
9. SCHATZBERG, Alan F. & COLE, Jonathan C. (1991). *Manual de psicofarmacologia clínica*. Tradução de Rose Eliane Starosta. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993, p. 134.
10. TANCREDI, Francisco Bernardini. *Consumo de medicamentos benzodiazepínicos no Brasil – 1970 a 1985: estudo comparativo das tendências*. Tese de Doutorado (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo). São Paulo, 1986, pp. 30-31.

Resumos

La actual búsqueda de aproximación con los psiquiatras por iniciativa de muchos psicoanalistas es, en parte, resultado de una idealización peculiar de la psiquiatría efectuada por esos psicoanalistas, tal como las poblaciones en general idealizan a la Medicina como un todo. Ambos idealizan en decorrencia del propio facínio por la tecnología que tornó posible los nuevos anti-depresivos.

Tanto las idealizaciones efectuadas por las colectividades en general, así como las idealizaciones análogas que hacen los psicoanalistas, son parte de una escalada obsesiva (y no melancólica ni depresiva) de la sociedad. Estamos atravesando una era en la cual se repiten las características de la neurosis obsesiva – en una identificación mutua basada en el esfuerzo colectivo rumbo a un estado de perfecta y perpetua salud del cuerpo.

La aproximación más deseable parece ser la de los psicoanalistas con los médicos en general (sin excluir a los psiquiatras), principalmente dentro de los

grandes hospitales generales, por ser en ellos que ocurren las más elocuentes demandas de médicos por una escucha psicoanalítica que los ayude a entender las solicitudes que les hacen para obtener esa salud plena y de esa "nueva religión" por la inmortalidad del cuerpo.

La volonté de certains psychanalystes de se rapprocher des psychiatres se doit en partie à leur idéalisation particulière de la Psychiatrie. D'un autre côté, la population idéalise en général la Médecine comme un tout. Ce sont là deux facettes de la même fascination envers la technologie qui a rendu les nouveaux antidépresseurs possibles.

Aussi bien les idéalizations des collectivités en général que celles des psychanalystes font partie d'une véritable idéologie de la productivité - qui implique une escalade obsessionnelle (et non pas mélancolique ou dépressive) de la société. Nous traversons une époque où les caractéristiques de la névrose obsessionnelle sont répétées - en une identification mutuelle basée sur l'effort collectif vers un état de Santé du Corps parfaite et perpétuelle.

L'approximation la plus désirable serait celle de psychanalystes et médecins en général (psychiatres compris), essentiellement dans les grands hôpitaux où se présentent les demandes les plus éloquentes de médecins pour une écoute psychoanalytique qui puisse les aider à comprendre les sollicitations démesurées qui leur sont faite pour l'obtention de cette santé pleine et de cette "nouvelle religion" de l'Immortalité du corps.

That some psychoanalysts have recently attempted to approach psychiatrists is partly the result of their peculiar idealization of Psychiatry. At the same time, the different populations idealize Medicine as a whole. Both occurrences are a consequence of the same fascination for the technology that made the new antidepressants possible.

Both the idealization on the part of the collectivity and that of psychoanalysts are part of a real productivity ideology - that entails an obsessive increase (and not a melancholic or depressive one) of society. We are going through an era in which the obsessive neurosis characteristics are repeated - in a mutual identification based on the collective effort toward a state of perfect and perpetual Body Health.

The most desirable approximation would be that of psychoanalysts and doctors in general (psychiatrists included), mainly in the huge general hospitals, where doctors come out with the most eloquent needs for a psychoanalytic listening. This could help them understand the excessive requests they receive for full Health and that "new religion" of body Immortality.