

O desafio do psicanalista na instituição psiquiátrica

Durval Mazzei Nogueira Filho

O autor considera que as relações epistemológicas entre a psiquiatria e a psicanálise são suficientemente complexas, a ponto da psicanálise poder ocupar desde o lugar da orientação até lugar nenhum dentro da instituição psiquiátrica.

Mas diante da recente transformação na linguagem psiquiátrica, cada vez mais biológica, o psicanalista pode ocupar-se da demonstração de que não há doença ou saúde, sem a submissão à ordem simbólica.

Palavras-chave: Psicanálise, psiquiatria, psicoterapia, inter-relações

A história entre a psicanálise e a psiquiatria só pode ser descrita por uma narrativa complexa. É uma história de amor, de ódio, de indiferença. De cumplicidade, de debate, de ruptura. De influência, de negação, de apoio. Freud e Kraepelin, fundadores da psicanálise e da psiquiatria moderna, levam o estigma do mesmo signo no horóscopo chinês. Nasceram no mesmo ano.

Freud, ele mesmo médico, neurologista, expõe a complexidade da narrativa. Seus trabalhos iniciais foram, claramente, dirigidos à comunidade médica. Freud pretendia apresentar e representar o introdutor de uma nova terapêutica. Uma terapêutica mais eficiente que as disponíveis na época: hipnose, eletroterapia, banhos, sedativos. Mas sem a ingenuidade empirista dos grandes terapeutas contemporâneos, os farmacoterapeutas. Freud percebia que introduzia um elemento novo na ideologia terapêutica, como exposta na tradição ocidental: a palavra e a significação. Tratamentos onde a palavra correspondia a um elemento terapêutico central caracterizavam as formas primitivas de tratamento.

Reconhece-se o esforço freudiano quando desenvolve, discute e engaveta o “Projeto para uma psicologia científica” (Freud, 1895), uma bela tentativa teórica de reunir o saber sobre o cérebro, à época, com os significantes, os traços mnêmicos. Neste trabalho está embutida uma proposta ousada e original em seu tempo e pouco palatável aos farmacoterapeutas contemporâneos, de que não há cérebro sem orientação simbólica.

Diga-se de passagem que, ainda sob a influência de sua visita à Salpêtrière, escreve um pequeno artigo, onde revela habilidade ímpar como clínico, no qual descreve minuciosamente as diferenças entre as paralisias motoras orgânicas e histéricas. E propõe que a patogenia, por assim dizer, da paralisia histérica centra-se na “... abolição da acessibilidade associativa da concepção do braço... sem que seu substrato material (o tecido nervoso da região correspondente do córtex) se encontre lesionado” (Freud, 1893). Diz que “... a histérica ignora a distribuição dos feixes nervosos... Toma os órgãos no sentido vulgar, popular, do nome que levam. A perna é a perna até a inserção no quadril e o braço é a extremidade superior, tal e como se desenha sobre os vestidos” (ibid.).

O mesmo ponto está presente na centenária *A interpretação dos sonhos*. Para fazer valer o ponto de vista que o guia, Freud (1900) opõe à proposição reinante à época, exposta por Binz como se segue:

As toxinas que a fadiga acumulou na albumina cerebral vão diminuindo cada vez mais, destruídas ou arrastadas pela corrente sangüínea. Alguns grupos de células, já despertos, começam a funcionar em meio à letargia geral, e ante a nossa obnubilada consciência surge, então, a atividade isolada destes grupos celulares, faltando o controle das demais partes que regem a associação. Em conseqüência, as imagens criadas, correspondem generalizadamente às impressões materiais de um próximo passado, agregam-se umas às outras sem ordem nem conceito.

Esta proposição, não muito distante das leituras neurocientíficas atuais sobre o sonho, baseava-se na admissão que a confusão reinante no texto onírico só podia ser efeito do estado particular que envolve o cérebro fora da atividade em vigília. Um estado no qual áreas menos evoluídas, menos corticais, dominariam a atividade mental, produzindo os desatinos que nos habituamos a viver quando sonhamos. Freud faz uma outra proposição. Relaciona o sonho aos sintomas neuróticos e demonstra que a confusão não é mais que aparente, e postula que os sonhos, na verdade, são charadas a serem decifradas. E quando são, a decifração refere-se ao sonhante. Refere-se ao desejo do sonhante. Desejo disfarçado, exprimido por meio de condensações e deslocamentos, em função do recalque.

Seja qual for o tema do pensamento freudiano, a teorização sobre o cérebro, o sintoma neurótico ou a atividade onírica, Freud esforça-se para legar à comunidade médica a fundamentação de seu tratamento pela fala. Para além, como dito, da ingenuidade empirista, Freud trouxe à cena esta leitura: o adoecer humano inclui o que mais diferencia este primata esquisito: sua linguagem, sua cultura, suas ambições e obstáculos. O adoecer inclui a pertinência ao campo do Simbólico.

Apesar da novidade que Freud apresenta ao conjunto das terapêuticas, a narrativa sobre as relações psicanálise e medicina continuaria linear se Freud, em um segundo momento, não atinasse que o exercício da psicanálise fosse uma tarefa sobremaneira singela. A possibilidade do exercitante da psicanálise querer para o paciente o seu modelo, não possuir a sabedoria suficiente para aguardar o surgimento do ponto de estofo do discurso, não possuir a paciência obrigatória para não derivar o tratamento em conselhos e sugestões, não estar apto a ouvir o fantasma sexual sem excitar-se, não suportar ver-se incluído no sintoma que a trama discursiva desvela e mesmo, açodadamente, aplicar o conhecimento médico, normalmente mais pragmático e impessoal. Não fossem todas essas possibilidades, a transmissão da psicanálise dar-se-ia pela via positiva do saber exposto. Porém, essas possibilidades são vivas e presentes. Não é qualquer um, não é qualquer circunstância que permite a um sujeito sustentar a douda ignorância a partir de um saber suposto sobre si. Daí a psicanálise poder perfeitamente ser objeto da transmissão positiva, mas trata-se de uma

transmissão manca. O exercitante deve submeter-se ao processo. Reconhecer em seu próprio ser, na própria trama de seu discurso, a divisão do sujeito, as hesitações da linguagem, o poder do gozo, da repetição e da morte. O fulgor do desejo.

Uma absoluta novidade!: o tratamento a ser aplicado o será por um sujeito que foi objeto do tratamento. Adquirir as habilidades e o conhecimento médico, por mais úteis e eficientes que sejam, não é suficiente para o exercício da psicanálise. Uma perspectiva que obriga a uma ruptura. Freud proclama a independência epistemológica da psicanálise. Funda a sociedade psicanalítica, sonha com um curso superior de psicanálise agregando cadeiras próprias ao currículo médico às humanidades. É esta independência epistemológica que rompe a linearidade da narrativa. Medicina e psicanálise deixam de ser unívocas. Freud (1894) preocupa-se, ao contrário do início do trabalho, com a insularização da psicanálise na medicina. Teme que sua ciência transforme-se em uma mera sub-especialidade, mais uma estratégia terapêutica dentro do arsenal médico. Julga-se mais confortável empunhando a independência epistemológica da ciência psicanalítica. Não que esta independência implique em ausência de diálogo entre as duas áreas do saber.

Está aí uma versão da história. Não obstante, o [des]casamento da psicanálise com a medicina não a apagou da medicina e também não da especialidade médica que lhe abriu as portas: a psiquiatria. Muitos médicos dedicados à psiquiatria trilharam, e trilham, os caminhos propostos pela formação psicanalítica e tornaram-se legítimos psicanalistas. Levaram à instituição psiquiátrica o saber psicanalítico e o firme propósito de manter em cena a visão do homem – são ou doente – submetido à ordem simbólica. Este projeto não evitou um desvio importante: a tentativa de incluir toda a psiquiatria na psicanálise. Se bem que uma tentação inevitável, uma tentação fadada a dar com os burros n'água. Entretanto, esta referência permite ver que, na instituição psiquiátrica, o psicanalista pode ocupar desde o lugar que Freud temia – a de um simples auxiliar terapêutico – até a diretoria da instituição e, da alta hierarquia, permitir que a instituição psiquiátrica caracterize-se pela orientação psicanalítica. Obviamente, o psicanalista pode também ser designado para lugar nenhum. A complexidade da narrativa destas relações permite esses arranjos todos.

No entanto, há um termo novo em marcha na psiquiatria. Se este ramo da medicina por força da natureza de seu objeto – a doença mental, esteve até 20 anos atrás aberto a múltiplas leituras, incluindo as perspectivas além do reducionismo biológico. Perspectivas tais como a fenomenológica, a existencialista, a sociológica, ao lado da psicanalítica. Pois então, o termo novo em marcha vem com a proposta de acabar com esta multiplicidade e privilegiar o discurso biológico, em nome de uma noção bastante restritiva de ciência. Assim, desde a demência senil ao mais corriqueiro luto são objetos deste discurso. Está, então, na primeira linha do pensamento psiquiátrico contemporâneo as explicações que recorrem de cabo a rabo à linguagem biológica. O sofrimento, patológico ou não, é expresso em termos de

desequilíbrios na neurotransmissão que, obviamente, são determinados por alterações genéticas transmissíveis ou por pequenas lesões anatômicas indistinguíveis se não fosse a colaboração dos modernos recursos de diagnóstico, os diagnósticos por imagens. É claro que não se trata da simples questão do uso de uma linguagem. O movimento vem embalado pelo economicismo das relações custo/benefício que propõe um encurtamento forçado das terapias, propiciando o espaço para formas breves, disciplinadoras e protocolares de abordagens psicoterapêuticas; vem embalado por uma noção simplesmente instrumental, cognitiva, da fala; vem embalado pelo empobrecimento generalizado, marca da subjetividade contemporânea, dos ideais e da responsabilidade pessoal; vem embalado pelo empirismo e a complexa metodologia que produz reiteradamente o óbvio; vem embalado pela consagração dos medicamentos, da farmacoterapia.

Assim, se o sofrimento de um ser é abordado pelo viés do desequilíbrio da neurotransmissão, determinado pelos azares genômicos, é claro que as inter-relações pessoais, a história, a subjetividade, transcendência não são nada mais que epi-fenômenos de uma atividade cerebral autônoma que, se anômala, explica as anormalidades do sujeito em viver sua felicidade natural e evidente e deve ser corrigida com remédios e disciplina. Este discurso tem sido o predominante na instituição psiquiátrica, não que vozes aqui e ali não apontem a monotonia e a chatice que tomou conta da Psiquiatria contemporânea. Mas define, por oposição, a tarefa do psicanalista na instituição psiquiátrica. Cabe ao psicanalista demonstrar que há, na doença, algo mais do que uma simples somatória de sintomas como propõe os modernos códigos (DSM e CID), que a linguagem é mais que instrumento cognitivo e serve à revelação; que a redução do tratamento a parâmetros econômicos disfarçada de “base em evidência” reduz o sujeito; que não há sujeito sem cultura e que a doença não se limita a um recorte do cérebro. Este dito equivale a apostar que, defronte aos sintomas comuns na clínica atual, se faça do signo (a ansiedade, o pânico, a depressão, a compulsão, o delírio) mais do que a indicação de uma disfunção biológica. Fazer do signo um sintoma, uma formação a ser decifrada na fala. Implicar, portanto, o sujeito a ir pouco mais longe que o alívio imediato. Torná-lo um que pergunta e participa ao invés de apassivar-se diante do sofrimento. Enfim, manter a fecundidade do “... método de verdade e de desmistificação das camuflagens subjetivas” (Lacan, 1998) e “... não cair na tentação que se apresenta ao analista de abandonar o fundamento da fala” (ibid.).

E contando com dois trunfos. Se não há inconsciente sem recalque, não é de se esperar o estabelecimento da psicanálise sem obstáculos constantes. E, não há vida humana sem angústia. E se a angústia escapa à palavra, pode por esta circunscrever-se e derivar-se. O psicanalista, possuidor destes saberes e munido de um método poderoso e dando-se conta de que viver é distinto de “ser feliz”, menos deixa-se levar por sereias que cantam a felicidade na drogaria mais próxima.

Esta demonstração lógica corresponde ao desafio da psicanálise, do psicanalista, na instituição psiquiátrica.

Referências bibliográficas

- FREUD, S. (1893). Estudio comparativo de las paralisias motrices orgánicas e histéricas. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva. Tomo I.
____ (1894). Analisis profano (Psicoanálisis y Medicina). Op. cit. Tomo III.
____ (1895). Proyecto de una psicología para neurologos. Op. cit. Tomo I.
____ (1900). La interpretación de los sueños. Op. cit. Tomo I.
LACAN, J. Função e campo da palavra e da linguagem em psicanálise. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

Resumos

El autor considera que las relaciones epistemológicas entre la psiquiatría e la psicoanálisis suficientemente complejas, a punto de la psiquiatría poder ocupar el lugar de la orientación hasta ningún lugar, dentro de la institución psiquiátrica.

Pero delante de la reciente transformación en la lenguaje psiquiátrica, cada vez más biológica, el psicoanalista puede ocuparse de la demostración de que no hay enfermedad o salud, sin la submisión a la orden simbólica.

Palabras llave: Psicoanálisis, psiquiatría, psicoterapia, inter-relaciones

L'auteur considère que les relations épistémologiques entre la psychiatrie et la psychanalyse sont complexes au point que la psychanalyse puisse occuper la place de l'orientation jusqu'à n'en occuper aucune à l'intérieur de l'institution psychiatrique.

Cependant, devant la récente transformation du langage de la psychiatrie, de plus en plus biologique, le psychanalyste peut s'occuper de la démonstration du fait qu'il n'est pas question de maladie ou de santé, sans soumission à l'ordre symbolique.

Mots clés: Psychanalyse, psychiatrie, psychothérapie, interrelations

The author points out that the epistemological relationship among Psychiatry and Psychoanalysis is very complex. Indeed, the Psychoanalysis can occupied since the orientation of the psychiatric thought until any place.

But in front of the recent change on the psychiatric speech, more biological, the psychoanalyst can demonstrate that be no disease or health, without the Symbolic.

Key words: Psychoanalysis, psychiatry, psychoteraphie, inter-relationship

Versão inicial recebida em dezembro de 2000

Versão revisada recebida em agosto de 2001