

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

DIÁLOGOS E TENSÕES ENTRE PSICANÁLISE E PSIQUIATRIA NA SAÚDE MENTAL

Trabalho de Conclusão de Residência do Programa de Residência em Atenção em Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia da residente Ericka Daniela González Santana como requisito para a conclusão do curso, sob orientação da Profa. Dra. Fernanda Nogueira Campos Rizzi. Este artigo será submetido aos Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.

Resumo: O presente trabalho propõe-se a refletir sobre possíveis pontos de convergência e divergência entre a psicanálise e a psiquiatria, tendo em vista a perspectiva teórica estudada pelas autoras e a hegemonia do saber psiquiátrico no campo da Saúde Mental, a fim de ampliar o cuidado neste contexto tido como interdisciplinar. Metodologicamente, pautou-se na construção de um Ensaio Teórico e foram escolhidos dois casos a partir dos agrupamentos denominados “transtornos de humor [afetivos]” e “esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes” (CID 10), amplamente vivenciados pelos sujeitos acompanhados nos serviços de Saúde Mental. Primeiramente pontuou-se a inquietação inicial, sendo realizado um breve retrospecto histórico e conceitual da doença mental. Em um segundo momento as teorias psiquiátricas e as psicanalíticas sobre a psicopatologia, ou seja, sobre a compreensão do fenômeno da loucura, foram abordadas sucintamente para finalmente apresentar-se os dois casos clínicos estudados pelos autores Sterian (2001) e Tenório e Rocha (2006). A partir dos mesmos realizou-se um esforço teórico-reflexivo para buscar uma compreensão das convergências e divergências da psiquiatria e da psicanálise no entendimento e intervenção junto aos casos. Acredita-se que os sujeitos são mais bem vistos e cuidados na interface dos diversos saberes, respeitando-se e valorizando-se as particularidades de cada saber e de cada sujeito. Algo que a psicanálise nos ensina é que o saber não será nunca absoluto, capaz de abarcar todo sofrimento, mas que a voz do sujeito é a única capaz de dizer de si.

Palavras-chave: saúde mental; psicanálise; psiquiatria; psicopatologia.

Summary: this paper proposes the reflection about possible points of convergence and divergence between the psychoanalysis and psychiatry, in the view of perspective theoretical studied by the authors and hegemony of knowledge psychiatric in the field of mental health, in order to improve care in this context called as interdisciplinary. Methodologically, it was based in a Theoretical Essay and two cases were chosen from groupings called "humor disorder [affective]" and "schizophrenia, esquizotypical and delusional disorders" (ICD 10), widely experienced by people accompanied in mental health services, due the quality of their answers and relevance with the investigative questions. Firstly presented as initial inquietude, It was conducted a brief historical and conceptual retrospect of the mental illness. In a second moment, psychiatric and the psychoanalytic theories on psychopathology, ie, on the understanding of the phenomenon of madness, were presented briefly to finally get introduced the two clinical cases studied

by the authors Sterian (2001) and Tenorio and Rocha (2006). From them, it was made a theoretical and reflective effort to seek an understanding of convergence and differences of psychiatry and psychoanalysis in understanding and intervention of the cases. It is believed that the individuals are better seen and taken care in the interface of the two, respecting up and valuing both and individually. Psychoanalysis teaches us that the knowledge won't ever be absolute, or able to cover all suffering, but that the voice of the individual is the only able to tell about himself.

Keywords: mental health; psychoanalysis, psychiatry; psychopathology.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho propõe-se a refletir sobre possíveis pontos de convergência e divergência entre a psicanálise e a psiquiatria, tendo em vista a ampliação das possibilidades de cuidado em Saúde Mental. A proposta reflexiva origina-se das inquietações de uma das autoras no contexto de sua Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e, atualmente, no contexto de sua Residência Multiprofissional em Saúde Mental em que a diversidade de linguagens e olhares dos diferentes profissionais, mais especificamente no encontro da psicologia com a psiquiatria nos campos de Saúde Mental, solicitou a busca por uma base teórica que pudesse dar minimamente suporte às construções coletivas de compreensão psicopatológica.

No âmbito da Saúde Mental, muito se fala das problemáticas envolvendo o saber psiquiátrico e os impactos prejudiciais a nível individual e coletivo de sua atuação, entretanto, é preciso atentar-se para o risco de um criticismo que pouco avança na atenção aos sujeitos.

Diante disso, faz-se importante resgatar o histórico desta especialidade médica para se compreender o contexto do seu surgimento e, a partir disso, refletirmos sobre sua inserção no cuidado à Saúde Mental.

A história da psiquiatria confunde-se com a história da doença mental, mais precisamente no momento em que a loucura começa a ser vista como objeto de intervenção médica, momento este acompanhado da transformação do papel do hospital na sociedade. Segundo o psiquiatra Paulo Amarante (2007), uma das transformações ocorridas no contexto da Revolução Francesa, foi a transformação da função desempenhada pelo hospital que, criado na Idade Média, até então desempenhava o papel de caridade aos que dela necessitavam. Ainda segundo o autor, foi junto a este processo que se constitui a finalidade do hospital como local de tratamento dos enfermos. Philippe Pinel, médico nas enfermarias de Bicêtre e diretor de *Salpêtrière*, instituições desta época, publica em 1801 o “Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação mental”, o que o consagrou como “pai da psiquiatria” (RAMMINGER, 2005).

Desde então a literatura evidencia um movimento que busca a consolidação de um saber sobre a doença mental e sobre a psiquiatria como saber médico, o que será tratado neste texto posteriormente. Por ora, é importante a reflexão de que junto a esta construção de saber, foram se constituindo diferentes olhares em relação à loucura, perspectivas expressas inclusive na forma com que esta foi e vem sendo referida ao

longo dos anos; loucura, alienação mental, doença mental, transtorno mental, sofrimento psíquico, entre tantos outros nomes que tentam dar conta de sua complexidade. No contexto de sua consolidação, a psiquiatria se propôs ao trabalho de estabelecer sua própria classificação de doenças com bases positivistas e biológicas, de modo análogo ao que era feito nas demais especialidades médicas (PEREIRA, 2014).

Das hipóteses anatômicas às hipóteses fisiológicas as explicações orgânicas apresentam-se hoje de modo hegemônico, sendo que ao compreender os fenômenos apenas por este viés contribuem cada vez mais para o crescente uso de psicotrópicos.

A psicopatologia, necessidade investigativa da psiquiatria para descrever, classificar e compreender as doenças mentais, acaba por ser influenciada pela filosofia com a compreensão fenomenológica da vivência da loucura, e pela psicanálise, com a investigação etiológica das doenças com base na sexualidade e nos conteúdos inconscientes reprimidos.

Neste sentido, também é importante ressaltar as transformações ocorridas em relação aos sistemas classificatórios das “doenças”, como o Código Internacional de Doenças (CID) e o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, em português Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que a cada edição sofrem profundas transformações que atendem não apenas às transformações nas perspectivas teóricas e práticas mas principalmente aos interesses da indústria farmacêutica. Para Freitas e Amarante (2015), a partir da década de 50 ocorre uma forte aliança entre a medicina e a indústria farmacológica que se expressa principalmente na epidemia das drogas psiquiátricas.

Até o momento, pôde-se observar a quantidade de variáveis em torno desta discussão no âmbito da medicina, sendo que é possível inferir complexos processos envolvendo o surgimento de outras disciplinas e como elas vão se articulando a esta problemática até os dias de hoje em que, especialmente no contexto do SUS, o trabalho multiprofissional é cada vez mais discutido e priorizado. De maneira geral, quando se fala de sintomas psiquiátricos vivenciados por uma pessoa, já se pensa em uma prescrição medicamentosa para a mesma. No entanto, os demais profissionais de saúde, compreendem a loucura da mesma maneira? Como lidam com esta associação imediata entre a expressão da loucura e a medicina e ao medicamento?

Considerando o que foi acima exposto e questionado, esse trabalho pretende refletir sobre os pontos de encontros e/ou desencontros entre a psicanálise e a psiquiatria, tendo em vista a perspectiva teórica estudada pelas autoras e a hegemonia do saber

psiquiátrico no campo da Saúde Mental, campo este tido como interdisciplinar devido a complexidade humana e social em que a loucura se construiu e se manifesta.

Este estudo nasce de inquietações oriundas da experiência, que levaram à busca de estudos que abordassem e refletissem sobre as mesmas inquietações trazendo estudos de caso. Metodologicamente, pautou-se na construção de um Ensaio Teórico, que para Meneghetti (2011), é um modo de escrita que instiga e convida o leitor ao pensamento e à reflexão, bem como não pretende produzir respostas por meio de afirmações definitivas, priorizando o conteúdo sobre a forma. Para tanto, foram escolhidos dois casos a partir dos agrupamentos denominados “transtornos de humor [afetivos]” e “esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes” (CID 10), amplamente vivenciados pelos sujeitos acompanhados nos serviços de Saúde Mental. Por isso o estudo parte da teoria para a teoria, pois ao entrar em contato com uma reinterpretação cria-se um novo conhecimento. Primeiramente pontuou-se a inquietação inicial, sendo realizado um breve retrospecto histórico e conceitual da doença mental. Num segundo momento as teorias psiquiátricas e as psicanalíticas sobre a psicopatologia, ou seja, sobre a compreensão do fenômeno da loucura, foram abordadas sucintamente para finalmente apresentar-se os dois casos clínicos estudados pelos autores Sterian (2001) e Tenório e Rocha (2006). A partir dos mesmos realizou-se um esforço teórico-reflexivo para buscar uma compreensão das convergências e divergências da psiquiatria e da psicanálise no entendimento e intervenção junto aos casos. Finalmente pode-se tentar tecer considerações acerca do tema, visando apresentar as contribuições do estudo.

PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA

A história não linear da psiquiatria apresenta bem as diversas perspectivas nas quais se ancora, Kraepelin considerado o pai da psiquiatria moderna, busca refutar qualquer dimensão hipotética cerebral e qualquer versão subjetiva da etiologia das doenças mentais, requerendo a investigação mais orgânica dos quadros de loucura (PESSOTTI, 2006).

Por outro lado o psiquiatra Bleuler carrega uma dupla influência, de Freud e Kraepelin, buscando compreender à luz da teoria psicanalítica o quadro nosológico nomeado pelo segundo, a saber a Demência Precoce. Bleuler desenvolve o conceito de esquizofrenia, e propor o que se conhece como “predisposição genética”, atentando que esta não significa uma tendência fatal, mas o limite e possibilidade de reagir às circunstâncias vivenciais, aqui, impera-se o ambiente e maturação do sujeito durante o contexto de vida (PESSOTTI, 2006).

Karl Jaspers, em 1913, publicou importante obra de psicopatologia trazendo à tona obrigatoriedade de se tomar em conta os fenômenos subjetivos para se falar de funcionamento humano, entendendo que deve-se avaliar fenômenos singulares (objetivos ou subjetivos) em suas relações com o mundo externo. Jaspers, assim como Minkowski, um clínico e filósofo do início do século XX, tinham como bases metodológicas a fenomenologia.

Dessa forma, a psiquiatria que buscou consolidar-se no anseio de explicar-se de modo objetivo como outras especialidades médicas, inicialmente recorre aos estudos neuropatológicos, porém, devido às dificuldades metodológicas, achados precários e com o surgimento dos antipsicóticos na década de 1950, volta-se ao estudo dos neurotransmissores (NETO; BRESSAN; FILHO, 2007), mantendo-se atual tal ênfase na neurobiologia.

“Na segunda metade do século XX, a difusão do tratamento farmacológico, desde os anos 50, e sua eficácia sobre os sintomas, promovida a eficácia curativa, propiciaram uma certa desvalorização dos exaustivos exames diagnósticos e, mais ainda, da teoria que deveria embasá-los. A catalogação dos sintomas para o diagnóstico ganhou mais importância do que a indagação sobre os conteúdos subjetivos da esquizofrenia e da psicose maníaco-depressiva. Como resultado temos o casamento, por enquanto eufórico, entre uma florescente psiquiatria

farmacológica, impropriamente designada como “biológica” (a nova versão do velho organicismo) e o manual diagnóstico, chamado DSM.” (PESSOTTI, 2006, on line)

Rocha e Fernandes (2004) e Pereira (2014) utilizam-se do termo psiquiatria contemporânea para abordar essa vertente biologicista da psiquiatria, termo adotado pelas autoras para esse tópico.

Sendo assim, segundo essa perspectiva, seria o desequilíbrio químico do cérebro a base dos transtornos mentais, o que, por conseguinte, levaria a prescrição de medicações como terapêutica para restabelecer um equilíbrio. Para Freitas e Amarante (2015), os neurotransmissores considerados mais importantes segundo essa visão são a serotonina, a dopamina e a noradrenalina, que estariam então alterados nas sinapses do cérebro.

No que diz respeito ao recorte realizado nesse trabalho, pontua-se que partir do estudo de medicações como clorpromazina e haloperidol, ambos descritos atualmente como antipsicóticos, consolidou-se a hipótese dopaminérgica, para a qual a esquizofrenia seria causada por alterações nos níveis de dopamina (NETO; BRESSAN; FILHO, 2007), aumentando a sua disponibilidade nas sinapses do cérebro. No caso da depressão, uma das hipóteses defendidas é que haja uma diminuição da neurotransmissão de serotonina (BRASIL, 2012).

Na literatura médica encontram-se outras hipóteses, bem como suas descrições complexificadas, porém, tendo em vista que não é objetivo desse trabalho aprofundar-se nessas hipóteses, para o momento é suficiente o entendimento de que há uma focalização em mecanismos biológicos para a explicação e determinação de causa dos transtornos mentais.

Sistemas Classificatórios de Transtornos Mentais

As primeiras propostas de unificação de sistemas classificatórios de “doenças” mentais surgiram a partir de 1946 na tentativa de normatizar por meio de convenções internacionais esse campo do saber (SOHSTEN; MEDEIROS, 2016). Elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), o primeiro DSM surge em 1952 e, segundo Dunker e Neto (2011), essa primeira versão estabelece-se com forte influência do sistema diagnóstico de Adolf Meyer, psiquiatra suíço, com predomínio de grupos psicodinâmicos, sendo neurose e psicose categorias de oposição evidenciadas nessa primeira versão. Ainda para esses autores, não estava em pauta a diferenciação entre o normal e o patológico, mas o consenso terminológico.

No DSM II é evidente a psiquiatria psicodinâmica, bem como a inclusão de visões biológicas e conceitos do psiquiatra alemão Emil Kraepelin. A respeito dos sintomas, havia uma perspectiva de os considerarem como reflexos de conflitos ou problemáticas de vida (DUNKER; NETO, 2011).

Nos anos 80 a nosologia e nosografia freudianas que até então influenciavam a psiquiatria são alvos de questionamentos sendo que, segundo Cromberg (2010), a Associação Americana de Psiquiatria, a qual teve origem na psiquiatria universitária norte-americana, buscava por mudanças profundas nos entendimentos acerca dos transtornos mentais ao propor o DSM III (1980), tendo como intenção um campo do saber a-teórico, a-histórico e a-doutrinários, desconsiderando os apontamentos das edições anteriores a respeito dos processos mentais.

Na atualidade, Pereira (2014, p. 1046) refere a intenção de muito autores em “efetivar (...) releitura completa do campo da psicopatologia a partir das categorias psicanalíticas”, entretanto observa-se a predominância das tentativas em tornar cada vez mais objetiva a psiquiatria.

No que diz respeito à CID, da Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir do CID 6, revisão de 1948, são incluídas doenças não fatais, evento de singular relevância para a Saúde Mental, pois é quando surge o capítulo 5, então nomeado “Perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da personalidade” (BENEDICTO et al., 2013).

Na CID 6, os atualmente denominados “transtornos de humor [afetivos]” e “esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes”, compunham o agrupamento “psicoses”, sendo categorizadas como “Perturbações esquizofrênicas” e “Reação maníaco-depressiva, entre um total de 9 categorias. Até o presente, os agrupamentos contam com sete e oito categorias, respectivamente, demonstrando um aumento significativo (BENEDICTO et al., 2013).

Ao longo da evolução das CID, também se observa uma alteração nos modos de denominação como ocorreu âmbito do DSM. Entretanto, entende-se que essa alteração discursiva nada tem de neutra, pois o impacto da escolha descritiva é desresponsabilizar os sujeitos e a sociedade, ao promover uma forte biologização das questões e consequentemente a medicalização, entendendo medicalização como a transformação de questões de diversas ordens como questões de ordem médica.

PERSPECTIVAS PSICANALÍTICAS

A psicanálise não busca a descrição psicopatológica de quadros clínicos, diferentemente da psiquiatria, mas busca identificar estruturas de sentidos, bem como mecanismos dos sujeitos diante do curso edípico (CLEMENTE, 2013). Para Freud (1987 apud CECCARELLI, 2005) o aparelho psíquico constitui-se de modo a fazer frente às transformações externas e às demandas pulsionais internas. Em algumas vertentes da psicanálise, como a psicanálise francesa, fala-se de estruturas: neurose, psicose e perversão, sendo que o funcionamento do sujeito seria determinado a partir de sua organização inconsciente. Entende-se que ao se falar de estruturas e modos de funcionamento, não se coloca em discussão o binômio doença-saúde, mas fala-se de formas subjetivação, nas quais algumas podem causar mais sofrimento psíquico que outras. de modo que não é objetivo da psicanálise produzir a cura, se cura for compreendida como cessar sintomas, mas sim ampliar as possibilidades de vida do sujeito, sendo o sintoma expressão de algo que deve ser investigado e não algo que simplesmente deve interromper-se.

Além disso, compreende-se que as teorias são importantes na medida em que consistem em referências para auxiliar no entendimento das situações clínicas, mas não dizem essencialmente de todos os sujeitos em suas singularidades, sendo necessário que a cada demanda, se descubra uma nova verdade, a verdade daquele sujeito em questão (CECCARELLI, 2005). Este modo de pensar, muito comum à psicanálise, encontra resistência em meio à tendência contemporânea de valorização da objetividade e de categorização das vivências e experiências dos indivíduos a fim de que esses se encaixem nos conjuntos pré-estabelecidos para, com isso, produzir uma sensação de controle e saber sobre o todo de cada um. Mas então como conviver, se for possível conviver, em meio a tanta diversidade de pensamentos, de perspectivas, que invariavelmente produzem impacto nos modos de atenção à Saúde Mental?

Principalmente quando se trata de serviços públicos de saúde e suas equipes multiprofissionais, mas não somente, considerando-se os casos em que os sujeitos em acompanhamento psiquiátrico poderiam se beneficiar de processos analíticos ou psicoterapêuticos e vice-versa. Freud (1919 [1918]), p. xx) defende que:

“Outra das funções da psicanálise seria proporcionar uma preparação para o estudo da psiquiatria. Esta, na sua forma atual, é exclusivamente de caráter descritivo; simplesmente ensina o estudante a reconhecer uma série de entidades patológicas, capacitando-o a distinguir quais são incuráveis e quais são perigosas para a comunidade”.

Ainda, aponta a estrita ligação da psiquiatria com as questões orgânicas naquela época voltadas às descobertas anatômicas, sem oferecer aos estudantes condições de compreensão dos fenômenos observados, o que, segundo Freud, só seria possível a partir de uma psicologia profunda.

Psicoses e “esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes”

A partir da segunda tópica freudiana, Freud (1923) considera três instâncias do aparelho psíquico, o Id, o Ego e o Superego, sendo que, para Albino (2015), a estruturação psíquica se daria na trama entre essas instâncias, “buscando maneiras de evitar a angústia e o desprazer, eliminar o estado de abandono e desamparo (...) buscando ainda facilitar a descarga das excitações” (p. 35) e imbricadas com o processo de desenlace do Complexo de Édipo. Ainda segundo a autora, foi a partir do texto *Neurose e Psicose* (1924 [1923]) que Freud rompe com a nosografia psiquiátrica, firmando categorias por meio da metapsiologia. Nesse texto, Freud afirma que o processo psicótico ocorre a partir de um conflito do Ego com o mundo externo e “se o ego for dominado pelos impulsos provenientes do Id, permitindo que este lhe arranque a realidade ter-se-á uma psicose” (ALBINO, 2015, p. 45).

A partir dessa breve introdução a respeito da perspectiva psicanalítica a respeito da psicose, compreende-se que para a psicanálise a psicose constitui-se em modo de subjetivação, saída para os conflitos pulsionais, configurando-se em modo de funcionamento dos sujeitos. Nesse processo, pode haver a presença de fenômenos delirantes e/ou alucinatórios que, enquanto para a psiquiatria frequentemente são tomados como sintomas a serem combatidos e eliminados, frutos de alterações bioquímicas do cérebro, para a psicanálise “o delírio (...) tenta responder ao traumático inassimilável” (LEITE, 2006, p. 157). Albino (2015) sustenta que para a teoria e clínica psicanalíticas o delírio e a alucinação são modos singulares que os sujeitos encontram para lidar com suas questões psíquicas.

Em determinadas modalidades de atendimento psicanalítico o cuidado não se orienta sobre o que é considerado sintoma para a psiquiatria, mas na realização de

continência, de criação de possibilidades de enlaçamento social, entre outras funções que visam o processo de tornar-se autônomo (MAUER; RESNIKZY, 1987).

Depressão e “transtornos de humor [afetivos]”

Se faz necessário também refletir sobre o aumento de diagnósticos de “transtornos de humor [afetivos]” no atual contexto sócio-histórico. Salles e Ceccarelli (2012, p. 25) pontuam a “intolerância à frustração, recusa do sofrimento e uma busca de soluções rápidas para qualquer problema que se apresente na vida do sujeito”. Diante dessa configuração de subjetividade, sentimentos de tristeza e situações de perda se tornam insuportáveis e o que se deseja é cessar o sofrimento de modo imediato. A tendência em compreender os fenômenos psíquicos a partir de alterações biológicas se faz evidente quando ao longo da evolução dos termos adotados pela psiquiatria, a noção de melancolia, a qual permanece para a psicanálise como um tipo clínico de psicose, perde sua relevância na nosografia psiquiátrica atual, enquanto a noção de depressão consolida-se (CLEMENTE, 2013). Para o mesmo autor, isso ocorre por esse termo “evocar uma explicação fisiológica, com um sentido de insuficiência, diminuição ou decréscimo”.

Atualmente tem-se na CID 10 uma gama ampla de “transtornos de humor [afetivos]” em que se pauta a depressão como categoria, podendo haver ou não sintomas psicóticos. No campo da psicanálise, sem desconsiderar algumas divergências entre as tradições, a depressão não se configura como uma categoria psicopatológica, mas como sintoma de diferentes configurações estruturais intrínseco aos ideais de produção de subjetividade contextualizado sócio-culturalmente (CAMPOS, 2016).

Luto como processo

O luto também se apresenta como objeto de reflexão na medida em que os sistemas classificatórios de transtornos mentais têm relativizado o luto considerado “normal”, encobrindo os que se estendem ao tempo delimitado com o véu da patologia.

Anteriormente, o luto configurava-se em critério de exclusão para transtorno depressivo maior, no DSM V esse critério foi excluído e, portanto, esse diagnóstico pode agora ser utilizado para as pessoas que perderam pessoas significativas em menos de dois anos (ARAÚJO; NETO, 2014). Para esses autores, tal modificação ocorreu para que as pessoas em luto possam ser atendidas e medicadas se necessário. Apresenta-se

então uma questão delicada que convida a questionar qual é a medida do cuidado e qual é a medida de intenção de interrupção do processo para que a dor não seja vivenciada.

Encontra-se também no DSM V o “Transtorno do Luto Complexo e Persistente”, bem como a determinação do tempo de “luto normal”, que segundo o Manual seria de 12 meses (APA, 2014). Ao generalizar o tempo do processo de luto, arrisca-se em desconsiderar o tempo singular de cada indivíduo.

“O trabalho do luto necessita um tempo de elaboração psíquica. Entretanto, nem sempre isso acontece. Na tragédia de Hamlet, que não pode fazer o luto do pai assassinado porque os ritos funerários não foram devidamente respeitados, temos um exemplo de como um luto não realizado, “feito às pressas”, é enlouquecedor e pode determinar as ações e o destino do sujeito” (SALLES; CECCARELLI, 2012, p. 25).

A psicopatologia como possibilidade

Estudar os sofrimentos, paixões, experiências psíquicas humanas de forma a compreender as mesmas é uma função da psicopatologia. Junior (2006) recorre à Psicopatologia como campo de interlocução possível entre Psicanálise, Psiquiatria e Neurociências, trata-se de terreno comum entre as três perspectivas.

Encontra-se também na literatura a Psicopatologia Fundamental, que valoriza as particularidades de cada disciplina e busca dialogar com as diversas leituras psicopatológicas existentes. A partir de seu referencial psicanalítico, utiliza-se dos diagnósticos como recursos para orientar a escuta dos sujeitos e não como um fim de classificação em si que diversas vezes contribui para a produção de estigmatização e perenização do sofrimento (CECCARELLI, 2005).

REFLETINDO OS CASOS E DESENVOLVENDO TEORIAS

Enfim tratar-se-á dos casos segundo o recorte proposto. O primeiro caso foi relatado por Tenório e Rocha (2006), sendo o primeiro autor psicólogo e psicanalista e o segundo autor psiquiatra e psicanalista. O segundo caso foi relatado por Sterian (2001), psiquiatra e psicanalista.

O primeiro caso trata de uma pessoa do sexo masculino em acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial, dispositivo componente da Rede de Atenção Psicossocial (MS, 2011).

“Trata-se de um rapaz que, que por força de sua psicose (delirante, desagregada), deixa que sua casa fique um lugar inabitável: caindo aos pedaços (...) Ele se recusa a mexer nisso ou a deixar que as pessoas mexam nisso porque diz que o Exército brasileiro deve a ele uma indenização de R\$30 milhões e ele, quando receber esta indenização, aí sim arrumará sua casa e tudo o mais” (TENÓRIO; ROCHA, 2006, p. 58)

Entende-se que para ambas as perspectivas aqui abordadas, esse fragmento em seu contexto retrata uma ideia delirante cultivada por esse indivíduo. Para a psicopatologia psiquiátrica, o delírio constitui-se em uma alteração do juízo de realidade, “o delírio é um erro do ajuizar que tem origem na doença mental” (DALGALARRONDO, 2008). Ou seja, trata-se de um sintoma, expressão da “doença” mental, um erro que, por conseguinte, deve ser “consertado”. Quando se trabalha a partir desta perspectiva, limita-se a compreender o fenômeno em sua descrição e relacioná-lo a uma conduta farmacológica, partindo-se do pressuposto que “doenças” mentais são consideradas desequilíbrios químicos no cérebro.

É evidente que quando o juízo crítico apresenta-se prejudicado em relação a realidade objetiva compartilhada pelos sujeitos, a pessoa pode se colocar em riscos a partir da crença em suas ideias e de sua realidade, sendo assim medicações poderiam ser bem-vindas a fim de proteger o indivíduo, uma vez que é fato a contribuição destas. Entretanto, o que é mais comum de ser observado, é a defesa da medicação como um fim em si mesma, que poderia “curar” o sujeito de seus equívocos ao estabilizar seus neurotransmissores. Além disso, essa compreensão biológica dos fenômenos, exclui a possibilidade de se aprofundar na singularidade dos sujeitos, apreender o que se apresenta e construir um sentido.

Freud (1911, p. xx) afirma que “a formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução”. Assim, quando o sujeito se depara com a impossibilidade de simbolização,

a significação retorna do mundo externo (LEITE, 2006). Na psicose, cria-se uma realidade e repele-se a realidade convencional (MAUER; REZNIZKY, 1987) Na neurose mecanismo semelhante ocorre quando a realidade não é desejada, porém as tentativas de substituição desta configuram-se em fantasias, não ocupando de modo concreto o lugar da realidade considerada desagradável (FREUD, 1924). Dessa forma, tem-se que o delírio, mais do que uma suposta alteração biológica, apresenta uma função protetiva para o sujeito que dela se alimenta.

Dando seguimento ao caso, em determinado momento os membros da equipe vão até a casa deste rapaz e não o encontram no momento da visita.

“Consertam, ajeitam a casa do paciente. Pois bem, no dia seguinte ele chega ao CAPS e as pessoas vêm a saber que ele tinha quebrado tudo que as pessoas tinham feito. Ele diz à equipe que as coisas de que ele precisa para arrumar sua casa virão do Exército, de sua indenização (...) ele recusa condições mais confortáveis de vida (...) ele as recusa para manter seu delírio de reivindicação” (TENÓRIO; ROCHA, 2006, p. 58-59).

Compreende-se que a equipe, atenta às dificuldades concretas enfrentadas pelo sujeito, teve a intenção de contribuir para a melhora de sua vivência. Nesse caso, não diz respeito à medicação nem limita-se à conduta do profissional psiquiatra, o que nos convida a refletir na atuação de todos os profissionais envolvidos com a Saúde Mental.

Se, como exposto acima, o delírio ocorre com uma função, pode-se inferir o quão delicado torna-se determinadas escolhas na condução dos casos. Para Leite (2006), “nos casos em que o delírio apresenta-se de forma mais sistematizada é possível a escuta analítica do fragmento de verdade aí presente, viabilizando-se a reconstrução histórica do sujeito”. Albino (2012) ressalta a importância da interdisciplinaridade no contexto dessa clínica em que a medicação possibilita o controle dos surtos e contribui para evitar-se a hospitalização dos sujeitos, bem como aborda a transferência e outras intervenções possíveis na clínica da psicose:

“O manejo da transferência na clínica com as psicoses está diretamente relacionado com o saber sobre a condução do tratamento que não é um saber sobre o paciente (...) A intervenção pela palavra do paciente psicótico é fundamental, a inclusão da palavra pode ajudar a recuperar certa distância entre o sujeito e a passagem ao ato (...) o uso da palavra tem função organizadora” (p. 69).

Embora a alucinação não seja componente do caso em questão, acredita-se que raciocínio semelhante pode ser utilizado a respeito desta vivência.

O segundo caso trata de um episódio vivenciado pela autora Sterian (2001) em um hospital psiquiátrico, quando foi solicitada para um atendimento de urgência.

“Um paciente tinha subido, já fazia horas, ao telhado de um dos pavilhões e recusava-se a descer (...) Uns gritavam para ele se atirar, outros diziam que, se ele não descesse imediatamente, ele levaria eletrochoque. Do outro lado, um funcionário da clínica tentava encostar uma escada e, a cada tentativa, o paciente ameaçava jogar-se” (p.50).

De imediato, este fragmento chama à atenção devido a diversidade de posturas encontradas diante da situação, de pacientes e funcionários. Ressalta-se a ameaça do “eletrochoque”, atualmente denominado eletroconvulsoterapia; o texto refere-se a um acontecimento ocorrido no ano de 2001. De lá para a atualidade foram muitas as transformações vivenciadas no contexto da Saúde Mental a partir dos movimentos de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, ocasionando inclusive a extinção da eletroconvulsoterapia no âmbito do SUS.

No entanto muitas frente de defesas a favor da eletroconvulsoterapia (ECT) apontam para comprovados benefícios da mesma em casos de depressão maior e catatonia, ao mesmo tempo que se tem referências do uso indiscriminado da técnica para acalmar os pacientes mais agitados (SILVA, CALDAS, 2008). De acordo com Silva e Caldas (2008) os malefícios da ECT, como perda temporária de memória, não justificam abandonar seus benefícios, visto que os psicofármacos podem trazer mais malefícios o ECT. As autoras lembram por outro lado dos malefícios éticos visto que o uso já foi associado à tortura e punição, como no caso narrado.

A Saúde Mental tem vivenciado mudanças e retrocessos, entre as mudanças está o retorno da pauta da eletroconvulsoterapia como forma de tratamento na saúde pública. Das defesas pautadas na cientificidade às resistências políticas, acredita-se na necessidade de um debate ampliado desta questão que em conjunto a outras medidas colocam em questionamento seus objetivos e interesses. Esta discussão mais aprofundada não é objeto deste trabalho, entretanto, é curiosa e convida à reflexão a ameaça do “eletrochoque” relatada no trecho acima, ferramenta defendida como exclusivamente terapêutica, intervenção essa prescrita pelos médicos psiquiatras

Retomando o caso, a autora veio a saber por meio de uma enfermeira que o paciente havia sido internado devido à depressão e recusava a se alimentar. Ao aproximar-se do paciente, Sterin escuta dele que havia subido ao telhado porque não queria comer o que estavam lhe obrigando a comer. Então, a autora, a partir da escuta atenta daquele sujeito e da questão colocada por ele, realiza uma pergunta simples e precisa, com consequências positivas no cuidado do paciente: “O que você gostaria de comer?”. A autora defende que “deve-se, a todo custo, evitar colocar-se como detentor do

saber sobre o corpo, a saúde ou a vida daquele que solicita ajuda” (p. 50). O paciente, aceitando comer o que ele próprio havia solicitado, contou-lhe que:

“morava com a mãe e que esta sempre o obrigava a comer aquilo que não lhe apetecia, A mãe, ele não tinha coragem de enfrentar. Precisou ‘enlouquecer’ para se liberar do aprisionamento aos desejos maternos. No entanto, no hospital, encontrou outra ‘mãe’ que também acreditava ter o saber sobre as necessidades e os desejos daquele indivíduo de 35 anos de idade.” (p.50)

As equipes de saúde, aparentemente em sua ânsia de cuidar dos corpos biológicos, acabam por deixar as subjetividades a mercê, elencando prioridades de acordo com suas suposições de saber. Sob outra perspectiva, diferente da relatada pela autora, este mesmo paciente poderia ter sido sedado e contido, até mesmo alimentado via sonda. Em uma situação de extrema carência de nutrientes, tais condutas fariam-se pertinentes? Talvez. Cada caso é um caso. Há os casos em que os sujeitos escolhem morrer e esta é outra discussão que mereceria maior aprofundamento. Mas neste caso relatado, com este sujeito, encontrou-se um caminho de maior potência e possibilidades, lançando-se mão da escuta e do respeito ao desejo do outro.

Acredita-se que a discussão destes casos clínicos demonstra como determinadas lentes utilizadas para se olhar para as questões psíquicas produzem determinados modos de atenção à Saúde Mental e que estes modos têm consequências significativas na qualidade do cuidado e na vivência dos sujeitos. Não pretende-se esgotar o assunto, tampouco oferecer respostas únicas, mas incitar à reflexão crítica a respeito das temáticas abordadas, pois:

“(...) até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso – nunca se sabe qual o defeito que sustenta o nosso edifício inteiro.” (LISPECTOR, 2015, p. xx)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi exposto acima, identifica-se que inicialmente a psicanálise e a psiquiatria compartilhavam de perspectivas, bem como se utilizavam amplamente de linguagem comum e que, ao longo da evolução da história, principalmente da psiquiatria, essa foi se constituindo como disciplina que apresenta possuir poucos pontos de contato com a psicanálise. Sua lógica discursiva amparou-se principalmente em aspectos biológicos e preocupou-se majoritariamente na descrição sintomática a fim de conduzir ao tratamento farmacológico.

A psicanálise, por sua vez, atua por meio de perspectiva diferente, elegendo os aspectos inconscientes, a subjetividade e o discurso do sujeito como primordiais, além de apresentar maior abertura na contextualização do dito patológico em atenção às singularidades.

Nesse mesmo sentido, respeitando as singularidades, compreende-se que cada meio de atuação possui também suas particularidades e se não é objetivo da psicanálise homogeneizar vivências, acredita-se também não ser objetivo do cuidado à Saúde Mental homogeneizar perspectivas.

Essa discussão torna-se um tanto complexa na medida em que é consenso na literatura os diversos interesses e problemáticas envolvendo os processos de medicalização da sociedade e como algumas profissões apresentam-se como veículo desse caminho – algumas com maior poder de cristalizar rótulos e prescrever medicações e outras com menor poder, mas ainda assim não sendo especificidade apenas da categoria médica. Não obstante, diante de um sujeito em sofrimento, é preciso pensar o que é possível e, no contexto multiprofissional, perguntar-se de que modo as diferentes profissões podem contribuir e dialogar entre si. Sujeitos não são sujeitos apenas biológicos ou subjetivos. Quando se opta por excluir um ou outro aspectos, corre-se o risco de não cuidar das pessoas de modo integral.

Acredita-se ser importante também atentar-se em não exigir que psiquiatras exerçam função de psicanalistas (ou psicólogos), quando são, como mencionado, psiquiatras, bem como não permitir que outros modos de compreensão acerca do ser humano sejam subjugados ao saber médico.

O indivíduo que fala e que precisa ser escutado, que pode fortalecer-se psiquicamente diante das vicissitudes da vida e que, por vezes, a medicação poderia configurar-se em uma forma de alívio mais imediato para que esse mesmo indivíduo pudesse prosseguir, quando for esse o caso, é mais bem visto e cuidado na interface dos

diversos saberes, respeitando-se e valorizando-se as particularidades de cada saber e de cada sujeito.

Embora esse trabalho tenha focado em duas frentes, acredita-se ser relevante e sugere-se estender e aprofundar tais discussões no que diz respeito a outras questões, como gênero, trabalho, educação, suicídio, entre outras.

É inevitável a tentativa de compreender e nomear expressões, sentimentos e comportamentos, assim tem sido desde sempre, até que os discursos cada vez mais amplos passassem a se contradizer, contrapor ou justapor. Algo que a psicanálise nos ensina é que o saber não será nunca absoluto, capaz de abarcar todo sofrimento, mas que a voz do sujeito é a única capaz de dizer de si, mesmo quando ele não consegue dizer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBINO, A. *Encontros e desencontros na clínica das psicoses: uma reflexão psicanalítica*. São Paulo: Instituto Langage, 2015.

American Psychiatry Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM V*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAUJO, A. C.; NETO, F. L. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Rev. bras. ter. comport. cogn.*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, Abr. 2014.

BENEDICTO, R. P.; WAI, M. F. P.; OLIVEIRA, R. M.; GODOY, C.; JÚNIOR, M. L. C. Análise da evolução dos transtornos mentais e comportamentais ao longo das revisões da Classificação Internacional de Doenças. SMAD, *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 25-32, Jan.-Abr. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762013000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 abr. 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. Antidepressivos no Transtorno Depressivo Maior em Adultos. *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS)*, ano VI, n. 18, Mar. 2012. Disponível em <[http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/838fdf804aec14f9b529bfa337abae9d/brats18+\(2\).pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/838fdf804aec14f9b529bfa337abae9d/brats18+(2).pdf?MOD=AJPERES)>. Acesso em 15 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

CAMPOS, E. B. V. Uma perspectiva psicanalítica sobre as depressões na atualidade. *Est. Inter. Psicol.*, Londrina, v. 7, n. 2, p. 22-44, Dez. 2016.

CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, Set.-Dez. 2005.

CLEMENTE, A. S. As perspectivas psiquiátrica e psicanalítica sobre os “transtornos de humo”. *Opção Lacaniana Online*, ano 4, n. 12, p. 1-11, Nov. 2013. Disponível em <http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_12/As_perspectivas_psiquiatricas.pdf>. Acesso em 15 abr. 2019.

CROMBERG, R. U. *Paranoia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUNKER, C. I. L.; NETO, F. K. A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *Vínculo*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 1-15, Dez. 2011.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2015.

FREUD, S. (1911). *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides)*. In: FREUD, S. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1977. vol. XII.

FREUD, S. (1919 [1918]). *Sobre o ensino da psicanálise nas universidades*. In: FREUD, S. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1977. vol. XVII.

FREUD, S. (1923). *O Ego e o Id*. In: FREUD, S. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1977. vol. XIX.

FREUD, S. (1924 [1923]). *Neurose e psicose*. In: FREUD, S. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1977. vol. XIX.

FREUD, S. (1924). *A perda da realidade na neurose e psicose*. In: FREUD, S. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1977. vol. XIX.

JÚNIOR, O. D. S. Psicopatologia: campo de interlocução para Psicanálise, Psiquiatria e Neurociências? In: *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. (Org. ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C.). Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 111-124.

LEITE, S. Delírio: contorno do Real. *Psychê*, São Paulo, ano X, n. 17, p. 157-167, Jan.-Jun. 2006.

LISPECTOR, C. *Correspondências: Clarice Lispector*. Org. Teresa Monteiro. Rio de Janeiro: Rocco, 2015.

MAUER, S. K. de.; RESNIZKY, S. *Acompanhantes Terapêuticos e Pacientes psicóticos: Manual Introdutório a uma Estratégia Clínica*. Campinas: Papirus, 1987.

MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico? *Rev. adm. contemp.*, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 320-332, Abr. 2011.

NETO, A. G. A. A.; BRESSAN, R. A.; FILHO, G. B. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 34, supl. 2, p. 198-203, 2007.

PEREIRA, M. E. C. A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p.1035-1052, 2014.

PESSOTTI, I. Sobre a teoria da loucura no século XX. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 113-123, Dez. 2006.

RAMMINGER, T. *Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

ROCHA, E. C.; FERNANDES, F. L. F. Um psicótico ajuizado: incidências da psicanálise no tratamento psiquiátrico da psicose. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano VII, n. 1, Mar. 2004.

SALLES, Ana Cristina Teixeira da Costa; CECCARELLI, Paulo Roberto. Angústia, separação e desamparo na clínica contemporânea. *Estud. psicanal.*, Belo Horizonte, n. 38, p. 23-28, Dez. 2012.

SILVA, M. L. B.; CALDAS, M. T. Revisitando a técnica de eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 28, n. 2, p. 344-361, Jun. 2008.

SOHSTEN, P. von.; MEDEIROS, C. P. O diagnóstico: da psiquiatria à psicanálise. *Reverso*, Belo Horizonte, ano 38, n. 72, p. 59-66, Dez. 2016.

STERIAN, A. *Emergências Psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

TENÓRIO, F.; ROCHA, E. C. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In: *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. (Org. ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C.). Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 55-72.