



REFLEXÕES SOBRE PSICANÁLISE, SAÚDE MENTAL E INSTITUIÇÕES: CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS DIMENSÕES DO PATOLÓGICO E DO SOFRIMENTO

Felipe Sette Martino Braga¹

Gabriela Lemos Fonseca²

RESUMO: O presente artigo busca num primeiro momento discorrer sobre a história da construção do DSM, como é utilizado atualmente, e sua contribuição dentro dos casos de saúde mental, abordando juntamente o desenvolvimento das ciências psiquiátricas e psicopatológicas, e a função dessas áreas médicas dentro das instituições de saúde mental. O referencial teórico psicanalítico é apresentado enquanto um método eficaz no tratamento multidisciplinar em casos de saúde mental. O foco do tratamento está na posição do analista de “secretariar o alienado” que possibilita que o sujeito, a partir da sua subjetividade, seja capaz de falar sobre o seu sintoma e sofrimento. A intenção é analisar a complexidade de três campos de estudo da psicopatologia: o sofrimento, o patológico e o subjetivo.

PALAVRAS-CHAVE: Patológico; Psicanálise; Psiquiatria; Sofrimento; Subjetividade.

UMA BREVE HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA

A psiquiatria é caracterizada como um ramo da medicina especializada no diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais. Essa especialidade nem sempre teve um reconhecimento ou aceitação dentro das ciências médicas, afinal, diferente das outras áreas, seu objeto de estudo não era totalmente objetivo ou empírico, necessitando de teorias abstratas para validá-la. Segundo o psiquiatra, psicanalista e professor de psicopatologia do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Mário Eduardo Costa Pereira “tanto do ponto de vista da consistência de suas categorias diagnósticas, quanto de sua eficácia terapêutica, a psiquiatria ainda estava longe de dar provas de solidez científicas” (2000, p. 123).

Os profissionais da psiquiatria necessitavam de uma epistemologia que comprovasse e validasse sua atuação prática. Sendo assim, a psicopatologia, originária do século XVIII, foi utilizada para exercer essa função. Entretanto, a legitimação da ciência psicopatológica era frágil. Pereira ilustra essa fragilidade com o caso das diferentes definições inglesas e norte-americanas sobre a esquizofrenia na década de setenta. Segundo o autor, tal nomenclatura “demonstrou não haver um mínimo de consenso no plano internacional” (2000, p. 124), sendo assim, não era possível uma comparação qualitativa em relação ao sintoma esquizofrênico, o que impossibilitava sua legitimidade, não só dentro da medicina, mas em outras áreas de conhecimentos da sociedade, como o direito.

¹ Graduando em Psicologia pela PUC Minas. felipesettemb@gmail.com

² Graduando em Psicologia pela PUC Minas. psicologia.bh.fonseca@gmail.com

Nesse contexto, a psicopatologia poderia dar explicações diferentes de outros ramos da medicina (como a neurologia, por exemplo) para um mesmo fenômeno. Sendo assim, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) criou o Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM), com a finalidade de tentar padronizar os sintomas e diagnósticos das síndromes psíquicas. O DSM é influenciado por uma tentativa de ser construído por um pensamento neutro. Seu objetivo era propor uma classificação puramente descritiva e empírica a respeito dos sintomas, sendo o mais objetivo possível, a fim de abandonar explicações abstratas ou metafísicas sobre os transtornos mentais.

Nos séculos XIX e XX, “a taxonomia psiquiátrica nos Estados Unidos desenvolveu-se mais sob a pressão da administração pública governamental do que por interesses estritamente clínicos” (PEREIRA, 2000, p. 127). Existia uma necessidade no avanço das classificações e diagnósticos, impulsionadas por um problema de saúde pública, afinal, essa população internada em instituições públicas representavam um gasto governamental. Entre os anos de 1918 a 1942, são redigidos os primeiros manuais classificatórios das síndromes psíquicas para lidar com essa demanda estatal.

Em 1952, o primeiro DSM é elaborado, se preocupando não só com as questões de gestão pública, mas também em auxiliar a prática dos psiquiatras. Em 1968, é elaborado o DMS II, que avança em termos de diagnóstico, focando não só no sintoma, mas trazendo uma abordagem múltipla na construção do caso, levando em consideração aspectos relevantes da vida do paciente, como sua história de vida. Entretanto, as “definições das categorias [ainda] permaneciam vagas e genéricas” (PEREIRA, 2000, p. 129). O DSM III surge em 1980, e tem como característica uma perspectiva pragmática e funcional das classificações no uso psiquiátrico. A partir de uma análise referente ao processo histórico de construção e modificações do DSM, percebe-se que as ciências relacionadas ao psiquismo não são exatas, e a definição de doença ou saúde, normal ou patológico, também sofre influência de fatores históricos, como a moral e cultura das sociedades.

CRÍTICA À PSIQUIATRIA

Torna-se necessário lembrar que os hospitais psiquiátricos, principais instituições de atuação dos psiquiatras, existiam antes da formalização da profissão. No livro “*A história da loucura*” (FOUCAULT, 1972) O filósofo francês analisa, questiona e problematiza o estigma da loucura no ocidente. A loucura no contexto da idade média por exemplo, era um motivo de exclusão:

É que ela simboliza toda uma inquietude soerguida subitamente no horizonte da cultura europeia, por volta do fim da idade média. A loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambiguidade: ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo medíocre ridículo dos homens. (p. 14).

No século XVII houve a grande internação (nome dado por Foucault ao momento em que o rei manda prender todos os sujeitos que “perturbavam” a ordem social: os loucos, homossexuais, libertinos, criminosos). De acordo com o filósofo, “O hospital geral de Paris agrupava 6000 pessoas, ou seja, cerca de 1% da população [...] na segunda metade do século XVII” (Pág.55). Essas pessoas eram confinadas, em grande quantidade, nas casas de internação, e eram submetidos aos piores “tratamentos” possíveis. A rejeição e o repúdio social dentro de instituições eram formas de submissão. O discurso que legitimava esse tipo de ação eram os mecanismos sociais de caráter ético. Foucault analisa como a loucura se tornou um problema moderno, apresentando um panorama histórico. O olhar sobre a loucura mudou diversas vezes durante a história da humanidade.

A loucura sempre foi um fenômeno social, atualmente marcado pelo estigma da periculosidade, e com isso, cria-se um discurso científico sobre a necessidade de isolar esses indivíduos. A lógica do tratamento ou cura dentro desse contexto acontece séculos mais tarde, influenciando a ação dos profissionais psiquiátricos nesses locais. Segundo Fernanda Otoni:

Data daquela época [final do século XVIII] o interesse do direito em regular o que dizia respeito aos dementes, loucos, alienados mentais. A engrenagem científica responsável pela patologização do comportamento de alguns, dentre outros, nasceu nas encostas da demonologia e foi responsável por colocar em movimento uma operação decisiva: a transmissão de um sentido para a loucura através da naturalização de ideologias e conceitos que entendem a experiência da loucura como um comportamento deficitário, menor e perigoso. (p. 120).

A partir desse trecho, é possível perceber a função problemática do DSM na sociedade atual. Seu uso indevido, associado a estigmas e preconceitos sociais em relação à algumas patologias expressas no manual, podem representar, tanto cientificamente quanto juridicamente, o isolamento de um grupo social. A instituição hospital psiquiátrico reproduz formas de controle e normatizações sobre essa população. Atualmente a psiquiatria exerce um poder praticamente hegemônico frente a equipe de saúde, o que pode impossibilitar um diagnóstico multidisciplinar, que analise diversos aspectos, diferentes pontos de vista que complementem e contribuam para o caso clínico. “O discurso psiquiátrico contemporâneo privilegia, ancorado em um ideal de objetividade, o diagnóstico a partir de um entendimento dos sintomas como comportamentos, atitudes disfuncionais, atribuídos a uma habilidade

funcional que está prejudicada” (VILELA; OLIVEIRA, 2012, p. 11).

CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE À PSIQUIATRIA

A classificação operacional do DSM III ocorre mediante uma necessidade de neutralidade perante as diversas teorias existentes no campo da saúde mental. Sabe-se que uma descrição taxonômica do sintoma não aborda a completude do transtorno. Ela é funcional para uma orientação inicial no tratamento. Logo, uma psicoterapia ou uma intervenção medicamentosa tornam-se incompletos e ineficientes baseados somente no DSM. É necessário que o profissional de saúde mental tenha uma orientação teórica para conseguir de fato trabalhar com o caso.

Existem diversas teorias psicológicas e de outras ciências que tentam explicar esses fenômenos, e muitas vezes suas explicações são contraditórias umas com as outras. Por exemplo, a perspectiva neurológica e psiquiátrica é fundada em uma teoria biológica, cuja causa do sintoma pode estar relacionada com disfunções hormonais ou de sinapses nervosas. Em uma visão behaviorista, determinado sintoma (no caso, comportamento) é reforçado por algum estímulo no ambiente, pois este comportamento exerce uma função no ambiente que ocorre.

A psicanálise, mais especificamente, a psicanálise lacaniana, vai relacionar o transtorno mental a uma condição da linguagem. Primeiramente, é necessário ressaltar que não existe sujeito sem instituição. Segundo Fernanda Otoni, “a instituição é o outro: o outro daquele sujeito. A instituição não é a mesma para todos, cada um tem a sua.” (2011, p. 1). As instituições, ou o grande Outro no vocabulário lacaniano, é algo instruo, invasivo, primordialmente paranoico. No segundo tempo do complexo de Édipo, o campo simbólico, ou linguístico é instituído no sujeito.

De acordo com filósofo esloveno Slavoj Žižek, “Lacan quer dizer com o grande Outro. A ordem simbólica, a constituição não escrita da sociedade, é a segunda natureza de todo ser falante: ela está aqui, dirigindo e controlando meus atos” (2010 p. 16). O sujeito nasce emergido dentro de um campo simbólico, e a partir dessa rede de significantes, ocorre um processo de institucionalização. As palavras, ou a sonoridade que afeta o corpo, produz uma imagem mental nos sujeitos. É a partir deste grande Outro que os valores, as normas e a moral são produzidas no pensamento do sujeito. Viver em sociedade é viver banhado dentro deste campo simbólico. A tríade lacaniana sobre a realidade, que é composta pelo real, simbólico e imaginário, tenta explicar isto. Para Žižek (2010):

Eu ideal designa a autoimagem do sujeito (a maneira como eu gostaria de ser, a maneira como eu gostaria que os outros me vissem); ideal do eu é a agência cujo olhar eu tento impressionar com minha imagem do eu, o grande Outro que me vigia e me impele a dar o melhor de mim, o ideal que tento seguir e realizar; e supereu é essa mesma agência em seu aspecto vingativo, sádico, punitivo. O princípio estruturante subjacente a esses três termos é claramente a tríade de Lacan imaginário-simbólico-real: o eu ideal é imaginário, o que Lacan chama de o pequeno outro, a imagem especular idealizada de meu eu; o ideal do eu é simbólico, o ponto de minha identificação simbólica, O ponto no grande Outro a partir do qual eu observo (e julgo) a mim mesmo; o supereu é real, a agência cruel e insaciável que me bombardeia com exigências impossíveis e depois zomba de minhas tentativas canhestras de satisfazê-las, a agência a cujos olhos eu me torno cada vez mais culpado, quanto mais tento recalcar meus esforços pecaminosos e satisfazer suas exigências. (p. 100).

É exatamente nesse processo de construção linguística que reside a diferença entre os neuróticos e psicóticos. O supereu na teoria psicanalítica é consequência do complexo de castração, processo onde o sujeito institucionaliza o nome do pai, ou seja, o significante mestre que relaciona os outros significantes, como o conjunto de valores simbólicos que normatizam o sujeito e as relações sociais. No caso da psicose, ocorre a forclusão do nome do pai, logo, esse sujeito não é recalcado. Enquanto no caso das neuroses, a histeria e obsessão são sintomas, frutos do recalçamento sobre o desejo, e que manejam o gozo. No caso da psicose, os sintomas como delírios ou alucinações representam uma pulsão sem barra, o que muitas vezes pode ser representado nos casos de passagem ao ato.

É a partir desses pressupostos que a psicanálise trabalha frente a clínica da psicose. Já que não existe uma regulação do gozo institucionalizada subjetivamente, o papel do terapeuta nesse contexto é encontrar algum significante onde essa regulação possa estar atravessada. Um exemplo sobre isso pode ser encontrado no relato do caso Eva de Fernanda Otoni: “significantes como justiça, juízo, julgamento sempre tiveram a função de produzir uma orientação do gozo e esta será uma orientação em seu tratamento” (2002, p. 81).

O sujeito psicótico encontra-se inserido no mesmo campo simbólico que todas as outras pessoas, se não fosse assim, não seria possível estabelecer um diálogo com eles. A diferença está no imaginário. Os significantes da rede simbólica do sujeito psicótico não geram as mesmas imagens mentais dos neuróticos. Por esse motivo, é muito comum casos de neologismo nos quadros de psicose.

A partir da teoria psicanalítica, é possível conciliar o tratamento psiquiátrico e psicanalítico. A psicanálise não descarta os fatores orgânicos ou biológicos de um sintoma. As intervenções medicamentosas também comprovam sua eficiência, principalmente nos momentos de surtos, crises ou instabilidade. Entretanto, o sintoma é somente a superfície de

algo que diz sobre aquele sujeito. O trabalho analítico é uma aposta de que só o sujeito sabe a respeito do seu sofrimento. Portanto, a posição do analista parte da perspectiva de que ele ocupa uma posição de “sujeito suposto saber”. Segundo Zizek (2010), isso funciona da seguinte maneira:

Depois que está envolvido no tratamento, o paciente tem a mesma certeza absoluta de que o analista conhece seu segredo (o que apenas significa que o paciente é culpado a priori de esconder um segredo, que há um significado secreto a ser extraído de seus atos). O analista não é um empirista, sondando o paciente com diferentes hipóteses, à procura de provas; em vez disso, ele encarna a certeza absoluta (que Lacan compara à certeza do cogito ergo sum de Descartes) do desejo inconsciente do paciente. Para Lacan, essa estranha transposição do que já sei em meu inconsciente para a figura do analista está no cerne do fenômeno da transferência no tratamento: só posso chegar ao significado inconsciente de meus sintomas se pressupuser que o analista já conhece seu significado. (p. 39).

Logo, o sintoma diz sobre a história de vida daquele sujeito. Isso pode ser percebido no caso Davi, relatado no artigo *“O que os bichos nos ensinam: A construção do caso clínico em um Centro de atenção Psicossocial Infanto Juvenil”* (VILELA; OLIVEIRA, 2012), descrevem que Davi era caracterizado em sua escola como um menino desinteressado, com dificuldade em relações sociais e com uma fixação por bicho, especialmente aracnídeos. Entretanto, o diagnóstico sozinho não tem relevância terapêutica para a construção do caso clínico. A partir da intervenção com Davi, foi possível perceber os motivos por trás de seu sintoma. Segundo as autoras:

Foi relatado na construção que o trabalho da AT estava orientado no sentido de acolher as falas da criança em relação aos bichos como algo indicativo de questões fundamentais para ele. Percebemos, assim, que Davi ao contar histórias das relações entre macho e fêmea, entre animais bons e maus, brigas entre aracnídeos e, sobretudo, relações familiares entre mãe e filhote, ele discorria acerca de seus conflitos, de suas dificuldades em situar-se como filho de um casal em que a mãe apesar de ser disponível é mais cuidada pela criança do que cuida desta e em que o pai, desqualificado pela mãe, (mas não por Davi) é muito ausente de sua vida. Percebemos que a criança coloca na temática dos bichos um modo de construir um lugar para si em relação aos pais, à diferença sexual. Na medida em que o trabalho do AT avançava nesta orientação, ou seja, em apostar que a fala dos bichos revelava sua composição subjetiva, Davi foi deixando de falar dos bichos ou através deles para falar de si, de seus sentimentos, da falta que sente do pai, da preocupação que tem com sua mãe e de ficar sozinho. (p. 12).

A partir do relato percebe-se a importância e eficiência da escuta psicanalítica. O método de associação livre permite ao sujeito dar um novo significado para seu sintoma, resultando em melhora no tratamento. A posição do analista de secretariar o alienado, possibilita que Davi consiga falar sobre sua própria vida, algo de fato, que só ele, em sua

subjetividade é capaz de ter acesso. Ao considerar sua subjetividade, Davi não fica preso aos estigmas de uma psicopatologia, que na realidade, não passa de um significante, e é o que menos deveria importar no tratamento psicoterapêutico. Essa é a função do sintoma. Não pode ser caracterizado como um transtorno em si, é algo que diz de uma história de vida e aspectos inconscientes da posição do sujeito.

SOFRIMENTO E SUBJETIVIDADE

No caso Davi, é demonstrado pelo paciente que a melhora de seu tratamento ocorreu após uma escuta diferenciada, psicanalítica que proporcionou uma mudança em sua rede simbólica. Significantes como aracnídeos representaram sua posição mediante ao analista. Foi a maneira subjetiva de se colocar frente ao próprio sofrimento e dificuldades. Não haveria progresso se a analista considerasse apenas a dimensão do diagnóstico de Davi (Síndrome de Asperger), portanto a subjetividade provou ter sua função terapêutica.

Um exemplo semelhante acontece no filme, “Garota Interrompida”, onde a personagem principal é internada por uma tentativa de suicídio. Em uma das cenas do filme, ela invade o consultório psiquiátrico e lê o seu prontuário. Susana soube que ela fora classificada com transtorno de personalidade borderline. Algumas cenas depois, ela passa a acreditar no transtorno, mesmo sem saber o que ele era exatamente. A personagem então passa a ter comportamentos loucos, enquanto a enfermeira Valerie a observava durante o banho. Valerie, diz a ela: “você não é louca – você é uma preguiçosa autoindulgente garotinha que está se levando a loucura” (1999). Nessa cena podemos analisar que Susana personifica o transtorno borderline e utiliza o diagnóstico como justificativa e causa de seu comportamento. É notório que esse fenômeno acontece em demasia no mundo da clínica psicológica. Frequentemente os diagnósticos são utilizados como justificativa para um ou outro comportamento, como uma esquivas ou uma desculpa para a manutenção do sintoma.

Podemos analisar os dois exemplos de casos citados em duas dimensões: a do sofrimento e a da subjetividade. As duas dimensões não se cancelam entre si e devem ser pensadas como articuladas umas com as outras. O sofrimento, nos dirá sobre o que é aversivo ao sujeito, sobre aquilo que varia de um mero incômodo à algo insuportável. Essa escala de sofrimento é subjetiva e é uma grande pista para quem busca um diagnóstico. O sofrimento só pode ser sentido por quem sofre, por isso é subjetivo e deve ser cautelosamente escutado e acolhido pelo psicólogo. A intensidade do sofrer anda em conjunto com a definição de patológico: quanto maior a intensidade do sofrimento, seja ele do paciente, família ou amigos,

maior as chances de estar lidando com uma patologia, com algo que impede o sujeito de seguir sua vida, de realizar suas atividades rotineiras.

Sabemos que, certo grau de desconforto ou sofrimento (angústia) é algo inerente à vida humana e que se deve ter muita cautela para não generalizar quaisquer sintomas como patológicos. O sofrimento por fim, deve ser pensado como uma pista de como deveremos intervir. Para Lacan, a respeito da angústia: "é necessário canalizá-la e, se ousar dizer, dosá-la, para não ser por ela submerso. Aí está uma dificuldade correlativa da que há em conjugar o sujeito com o real" (2008, p. 47). O trabalho analítico necessita de um manejo do sujeito e seu sintoma. Segundo o psicanalista

CONCLUSÃO

Existe uma necessidade de se pensar na história de quem sofre, e consequentemente adoece. É necessário entender a história do indivíduo para entender o sintoma, e compreender que cada sujeito possui uma maneira singular de interpretar o mundo. A topografia do sintoma é inútil por si só: dançar ou não pouco importa. O que realmente importa é o que a dança significa para o sujeito, qual a função dela em sua vida, que interpretação ele dá para esse comportamento. A subjetividade é vivência subjetiva. Os seres humanos, somos tão plurais e diferentes uns dos outros que se tomarmos certa distância facilmente poderíamos julgar um comportamento como patológico, se não buscarmos entender o contexto em que ele acontece.

REFERÊNCIAS

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. O ato jurídico como um operador clínico nos casos de psicose. In: ESCOLA BRASILEIRA DE PSICANALISE – MINAS GERAIS. As versões do pai – A lei e o fora da lei, **Curinga**, v.18, Belo Horizonte – EBP-MG, Nov. 2002.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. O jogo da casa vazia. Não há sujeito sem instituição! In: Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais – **Almanaque On-line**, nº 8, 2011.

FOUCAULT, Michel. História da Loucura. Disponível em: <https://monoskop.org/images/1/15/Foucault_Michel_Historia_da_loucura_na_idade_classica.pdf>. Acesso em: 03 mar./2017.

GAROTA, Interrompida. Direção: James Mangold, Produção: Cathy Konrad; Douglas Wick. 1999. Disponível em: <<http://hdfilmesonlinegratis.net/garota-interrompida-dublado-online>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

LACAN, Jacques. (2008). **O seminário, livro 11:** Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, 1964. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da Psicopatologia. In: PACHECO FILHO, Raul Albino; COELHO JUNIOR, Nelson; ROSA, Miriam Debieux **Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo/Educ, 2000. P. 123-129.

VILELA, Aline Aguiar Mendes; OLIVEIRA, Franciele Nunes. **O que os bichos nos ensinam:** A construção do caso clínico em um Centro de atenção Psicossocial Infanto Juvenil. Disponível em:

<http://www1.pucminas.br/documentos/forext_23.pdf?PHPSESSID=ee372e5f3ef219be1bedfa9d539784a0>. Acesso em: 03 mar. 2017.

ZIZEK, Slavoj. **Como ler Lacan**. Disponível em

<<http://lutasocialista.com.br/livros/V%C1RIOS/%8EI%8EEK,%20Slavoj.%20Como%20Ler%20Lacan.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2017..