

# MEDICINA E PSICANÁLISE

Sergio Cyrino da Costa

Trabalho apresentado no XXI Congresso Brasileiro de Psicanálise, Maio de 2007

*“O progresso dos conhecimentos provoca o desmembramento do conhecimento, a destruição do conhecimento-sabedoria, ou seja, do conhecimento que alimenta nossa vida e contribua para nosso aperfeiçoamento.”*

*Edgar Morin*

## Introdução

O objetivo do trabalho é mostrar os dois lados de uma contenda entre o cientificismo médico e a psicanálise, ainda vista como o “conto de fadas científico” dos opositores de Freud nos primórdios da psicanálise. Se por um lado a medicina tradicional tende a enxergar no discurso psicanalítico uma retórica desprovida de efeito terapêutico e carente de provas dentro do modelo de pesquisa padrão, por outro lado muitos psicanalistas mostram-se irritados com o suposto efeito mascarador das drogas farmacológicas sobre a pureza das associações no divã. São mencionadas algumas pesquisas de tentativa de aproximação da medicina com a psicanálise através do método científico. Não obstante, o ofício do psicanalista como atividade intuitiva e individual, não cientificista, permanece. São descritos abreviadamente dois casos fora do consultório do analista, num hospital geral, no quais se procura mostrar a atuação do psicanalista junto ao paciente dito estritamente médico.

## SEMPRE FREUD

As origens da psicanálise mostram-na sendo gerada pela neurologia, através de Freud e seus mestres. Um clínico, Georg Groddeck, o criador-inspirador do conceito de Id(das Es), de certo modo procurou trazer a psicanálise ao convívio da medicina, com interpretações psicanalíticas de doença física. Groddeck foi um pioneiro da Psicossomática. Queria abordar os sintomas diretamente pela palavra, como se organismo pudesse compreender o sentido simbólico da doença e daí modificar-se anatomicamente. Era sabido que o corpo sentia as repercussões dos conflitos psíquicos, mas a fronteira não podia ser localizada. Na época, final do século XIX e início do XX, o cérebro era considerado como um feudo dividido em áreas sem comunicação entre si, cada qual com seu senhor; uma noção que persistiu por décadas. Memória, afeto, linguagem, compreensão, medo, ainda não tinham sua sede determinada pelos instrumentos de investigação que mais tarde surgiriam. Mais tarde ainda descobriu-se que o cérebro, mais especificamente o córtex, região nobre e superior, sede do saber e da vontade, necessitava de estruturas de integração vindas da parte inferior do cérebro. Freud, numa antecipação que se tornou célebre, reconheceu que pesquisas neurobiológicas futuras iriam ou não confirmar a validade de seus conceitos. Quando escreveu sobre a repressão, achou que

conservávamos nossas lembranças num local secreto da mente, de acesso difícil ou mesmo impossível. Hoje sabe-se que a própria falta de uso é responsável por grande parte da perda de conexões sinápticas (Izquierdo 2004, p. 82), mas o papel do recalçamento e da parte voluntária e falsificadora da memória ou do esquecimento permanecem como uma investigação em aberto. Os processos associativos, portanto, teriam seu correlato anatômico numa estrutura anatômica cerebral como o hipocampo, por exemplo. Entretanto, onde está o inconsciente gerador do conflito que abastece estes movimentos?

Franz Alexander, um dos pais da psicossomática moderna, aprofundou-se sobre o conceito de histeria como entidade dissociada das lesões, fazendo a ponte entre o imaginário histérico e a lesão orgânica. As neuroses vegetativas de Alexander são exemplo da distinção entre a *expressão simbólica(deslocada) do conflito* na histeria, e o que Alexander chamou de *neurose vegetativa: o sintoma vegetativo não é uma expressão substitutiva da emoção, mas seu concomitante fisiológico*(Alexander, 313).

Balint, na década de 50, com seus grupos de médicos na Inglaterra, promoveu o *uso da compreensão de forma que ela tenha efeito terapêutico*, permitindo a aproximação não só entre médico e paciente, mas entre a medicina e a psiquiatria. Sendo Balint de ascendência psicanalítica, introduziu o saber psicanalítico via psiquiatria, que é o que hoje frequentemente fazemos nos hospitais gerais e nas clínicas; o psicanalista como agente secreto de si mesmo, ou da causa psicanalítica, “disfarçado de psiquiatra”. Nos hospitais gerais, ainda hoje, os clínicos e cirurgiões aceitam muito melhor o diálogo com o colega médico do que com “as psicólogas”, “apesar” do colega em questão ser psiquiatra. Parte considerável dos médicos, com sabemos de nossa prática, é tão leigo como o público em geral. Não distingue psiquiatra, psicólogo e psicanalista. A psicanálise é um nome respeitado, mas continua no seu gueto.

Freud começou sua obra voltada para a mente a partir da medicina, como o “Projeto” e as “Afasias” em direção à sua tão cara metapsicologia. O mestre de Viena referia-se quase sempre ao analista como “o médico”, por exemplo quando advertiu para o perigo do envolvimento excessivo com os pacientes. Tendo Jung como intermediário, Freud buscou apoio político e científico em Eugen Bleuler, o psiquiatra mais famoso da Europa, talvez do mundo, na época. Bleuler a princípio entusiasmou-se, mas falaram mais alto, suas raízes médicas, deixando Freud a sós com seus fiéis e seu credo. Na verdade a aproximação da psicanálise com a medicina deveu-se inicialmente em boa parte à falta de conhecimento médico acerca dos processos de neurotransmissão bioquímica e bioelétrica (os dois processos são atualmente descritos como tipos de propagação do impulso neuronal). Todavia, não se pode negar à psicanálise e à genialidade de Freud a concepção de um mecanismo coerente de funcionamento, bloqueio, propagação e armazenamento dos registros psíquicos.

## O ROMANCE PSICANALÍTICO

A psicanálise tem o impacto de uma obra literária. Os relatos mostram sempre um envolvimento pessoal do analista com seu paciente único para cada dupla, não generalizável. Não podem ser medidos, e sim “sentidos”. A medicina precisa de método, uniformização, padronização. Os psicanalistas opositores da confluência com as neurociências aí teriam seu argumento. O médico não interpreta, embora se valha de intuição e experiência; mas precisa agir incisivamente, rapidamente. A interpretação

psicanalítica, por mais que se aproxime da certeza ao ser efetuada, não terá seu resultado constatado de imediato, e quando o tiver, correrá o risco de passar despercebido, diluído na existência do indivíduo. Tentamos mirar no centro do alvo, mas quase sempre não sabemos quantos pontos marcamos. Não temos hemogramas, tomógrafos, ressonância magnética, e tampouco estatísticas.

Mesmo antes da era da tecnologia computadorizada, a conduta médica assemelha-se a um relógio suíço. Um personagem de Thomas Mann, Dr. Behrens, no livro “A Montanha Mágica” realiza um minucioso exame clínico através da ausculta e percussão usando apenas os dedos e um estetoscópio primitivo para distinguir as nuances de densidade pulmonar e mapear com precisão o tórax do paciente. Behrens é chamado de “conselheiro áulico” (do grego *aulus*, tubo), numa alusão a sua maestria no manejo do instrumento de ausculta. Mann demonstra, além de um conhecimento abrangente, idolatria pela arte do diagnóstico. De resto, seu personagem médico é autoritário, frio em suas opiniões e decisões, evitando o envolvimento emocional com os hóspedes do sanatório que dirige. Paciente, em grego, significa “aquele que sofre”. Belo retrato de época.

## AVANÇOS?

Num artigo de 2003 da revista *World Psychiatry*, Peter Fonagy vai em busca de dados palpáveis envolvendo outro pomo de discórdia da psicanálise com a medicina: os custos e benefícios do tratamento. A comparação no caso se dá com a psicoterapia breve, e não com a terapia comportamental. O autor cita uma série de estudos randomizados, de nomes idôneos como Sheffield Psychotherapy Project, NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program, Boston Psychotherapy Study, que procuraram aferir as vantagens de número de sessões, duração do tratamento, tipo de patologia e método de avaliação. De modo geral estas investigações confrontam a psicanálise com a psicoterapia breve, e mostram sua eficácia em um número maior de sessões em casos graves, como nas psicoses esquizofrênicas, mas a frequência de sessões não altera o resultado em casos leves. Um estudo chega a acompanhar os pacientes por um certo período, em que se constata uma persistência dos benefícios. No entanto, são estudos isolados, apesar de feitos com seriedade.

Os livros de psiquiatria de até 50 anos atrás não continham ilustrações. Uma psiquiatria descritiva e em muitos pontos romanceada, feita com o detalhismo preciosista alemão da fenomenologia e o toque narrativo dos franceses, despertando o fascínio pelos chamados “labirintos da mente”. Havia um estilo retórico especial, que fez com que os antigos psiquiatras lamentassem perda da riqueza narrativa da produção delirante dos pacientes. Daniel Schreber, o paciente psiquiátrico mais famoso da História da Psiquiatria, certamente não teria podido escrever seu relato autobiográfico se tivesse tomado haloperidol ou sido submetido a eletroconvulsoterapia.

Nos últimos 20 anos, a psicanálise, por seu lado, fez importantes concessões à psicofarmacologia, anteriormente considerada como conspiração da pureza do setting analítico, na medida em que, assim como os medicamentos empobreciam a antiga produção delirante, também acabariam por reduzir o material associativo gerado sobre angústia. O paciente calmo teria um entorpecimento do pensar com o reforço repressor da química, distanciando-se do processo de cura pela elaboração. A angústia deixaria de ser, assim, a fonte de energia do processo psicanalítico. Na época do pioneirismo

freudiano, o analista combatia sozinho “à sombra” da neurose até que as interpretações fizessem (ou não) seu efeito. O problema atualmente não chega a ser a medicalização, mas seus excessos, no afã de uma cura rápida, superficial e enganadora.

Elisabeth Roudinesco define bem as dificuldades criadas com o avanço dos psicofármacos e o mito do homem curado psiquicamente: *“A psicanálise dá o testemunho da civilização sobre a barbárie, restaura a idéia de que o homem é livre por sua palavra e que seu destino não está limitado a seu ser biológico. Deveria ter um lugar importante junto às demais ciências para lutar contra as pretensões obscurantistas tendentes a reduzir o pensamento a um neurônio ou a confundir o desejo com uma secreção química”*.

Como pesquisar cientificamente um corpo de conhecimentos cuja aplicação prática se realiza em grande parte por uma espécie de “intuição adquirida”, agregada ao senso comum e a teorias sobre a mente difíceis de serem assimiladas por quem não as vive na própria análise?

## E AGORA?

Freqüentemente costumamos ouvir de não psicanalistas um “Como anda a psicanálise?” com uma ponta de sarcasmo. Tal pergunta cria em muitos psicanalistas uma armadilha: a obrigação de encontrar atualizações lidas em um periódico recente, ou dar um nome novo a uma descoberta. Em sessões clínicas de medicina, com apresentação de casos, “ganha” aquele que trazer o artigo mais inédito, do mês anterior, com observações feitas em algumas dezenas de pacientes. Na psicanálise este modelo soa fora de tom. Não se insere em parâmetros estatísticos. Em psicanálise, a comunicação, tanto no discurso clínico falado como o escrito, ocorre em termos do impacto sobre cada leitor ou ouvinte. Bion ressalta que o mesmo material que um paciente nos traz é lido de modos diferentes em cada sessão, mesmo que o texto e o fato sejam exatamente os mesmos, na medida que interpretado por diferentes observadores e de um modo inteiramente individual. Uma ficha médica bem feita, ao contrário, deve procurar sempre conter informações fixas, padronizadas de modo a ser uniformemente entendida por todo aquele que a manusear. A papeleta que um plantonista passa ao outro, quando bem redigida, deve permitir um entendimento universal e imediato, de modo a impedir mais de uma interpretação. O que é absolutamente correto.

A psicanálise, ao contrário, é como uma obra de arte. Como dizia Otto Rank no seu trabalho sobre o artista, a obra (única) tem um efeito particular para cada observador. Cada analista redige seu material em referência à experiência que se processou naquele instante único e incomparável.

Um grande pesquisador contemporâneo da confluência entre psicanálise e neurociência, o neurocientista Antonio Damásio, contesta o célebre William James, psicólogo do séc. XIX, quando este diz que não há emoção sem um corpo como uma espécie de caixa de ressonância do afeto. James pergunta o que restaria do medo sem a taquicardia, as pernas bambas, a respiração suspensa, os cabelos arrepiados, o aperto no estômago; bem como, na raiva, o rosto vermelho, respiração ofegante, narinas dilatadas. Para James o que ficaria sem corpo seria apenas um estado de percepção intelectual. O indivíduo jamesiano é um ser em constante ação físico-mental vinculada, sem vida de

pensamentos e conjecturas, cuja energia psíquica seria obrigatoriamente descarregada produzindo perturbação do estado de equilíbrio corporal. Os psicofármacos ansiolíticos e antidepressivos atuam predominantemente sobre emoções fundamentais, como o medo, a angústia, a depressão, o ódio(raiva) e certos impulsos conseqüentes a isso, muito ligados ao desconforto físico. Não será sobre o homem jamesiano, de emoções corporais, que atuam os psicofármacos? Talvez o efeito destas substâncias se faça justamente sobre uma base essencialmente física, permitindo o surgimento do *mecanismo alternativo ou suplementar para criar o sentimento correspondente a um corpo excitado pela emoção*(Damásio, p.159). Ou seja, os remédios podem permitir que o homem se equilibre e consiga pensar. Atuam sobre emoções básicas, primitivas, elementares, dando liberdade aos mecanismos associativos, aos devaneios, às elaborações, necessários ao trabalho da análise. Mas não substituem a elaboração analítica.

## TENTANDO UMA APROXIMAÇÃO COM A MEDICINA

A psicanálise dificilmente, por sua essência, deixará de apoiar-se em exemplos individuais, como foi com Freud e até hoje é conosco. Gostaria de exemplificar com dois episódios de minha experiência como psiquiatra de hospital geral, o que chamei acima de agente secreto da psicanálise, “disfarçado de médico” para ser mais aceito inicialmente pelos colegas.

Dois exemplos de doentes internados num hospital geram podem ser ilustrativos deste difícil encontro entre psicanálise e medicina.

No primeiro, o psiquiatra foi chamado ao serviço de neurologia para atender uma jovem internada, de 27 anos, moradora de um bairro pobre do Rio de Janeiro, com hipertireoidismo e episódios de perda de consciência a esclarecer. Por precaução médica foi prescrito anticonvulsivante até elucidação do diagnóstico. A paciente achava-se em estado torporoso, respondendo com dificuldade. Acompanhada pela mãe e pelo marido, mostrava certa dificuldade de aproximação em virtude do controle da mãe, uma evangélica bastante censora que procurava intermediar as comunicações da filha. Após alguns encontros, emergiram dados relativos a uma identificação com a mãe infértil e castrada. A paciente tinha receio de que seu hipertireoidismo a impedisse de engravidar. No fundo tratava-se da introjeção de uma figura materna proibidora ao usufruto de sua sexualidade. A doença, deste modo, funcionava como elemento de interdição punitiva, atendendo aos desejos da mãe sádica internalizada. Após o esclarecimento tranquilizador da endocrinologista, e certa de que teria filhos, instaurou-se uma aliança(terapêutica) entre a paciente e o hospital, não mais o mensageiro da doença, mas o caminho da cura. Após algumas sessões à beira do leito, a paciente revelou que nunca havia tido um orgasmo e relatou dois sonhos de repetição. No mais freqüente, via-se no templo cantando hinos religiosos com a mãe. Foi perguntado se, além deste, havia algum outro sonho importante e freqüente, e para surpresa nossa mencionou que sonhava que estava tendo relações sexuais com o marido. Ressalte-se que este era pessoa da mesma idade e bastante inexperiente, como ela própria. Por *intuição* o terapeuta indagou se no sonho a paciente tinha orgasmos, e a resposta foi afirmativa. A partir daí a evolução foi

surpreendente. As crises convulsivas, na verdade conversivas, desapareceram. A paciente passou a questionar a mãe e assumiu atitude mais ativa no casamento. A terapia continuou após a alta hospitalar, e anos depois o casal já tinha dois filhos de uma mãe saudável e dona de sua sexualidade e seu destino.

O segundo caso trata de um operário de 23 anos que é internado com lesões no pênis para investigação. Um carcinoma é diagnosticado. Não há escolha, e a equipe de urologistas é taxativa sobre a amputação do membro. O paciente mostra-se desconcertado, mantendo uma das mãos permanentemente em torno do órgão que irá perder. Parece tentar impedir que o mesmo seja levado, e com ele seu futuro e seu sentido de vida. G. está noivo. Para os médicos, sua vida é prioritária, o que é perfeitamente lógico e indiscutível. Afinal, além de permanecer vivo poderá, segundo a equipe médica, *urinar e até ejacular(sic)*. Neste ponto a psicanálise coloca os conceitos que só ela própria, com suas teorias não demonstradas pelas estatísticas, é capaz de formular: o par simbólico castração-morte, a dualidade pênis-falo, o significado da posse do órgão masculino, a angústia de aniquilamento com a ameaça de castração, o pênis como representação total do corpo. Meses antes havíamos atendido um paciente da mesma enfermaria, que havia sofrido um acidente em que foi arrastado por um trem contra uma parede, tendo o pênis decepado pelo atrito. Foi realizado um implante a partir de um cilindro com pele do abdômen do próprio paciente, o que lhe forneceu a sensação de reparação da capacidade de urinar em pé, além do volume genital. Evidentemente, entendemos aí o termo capacidade do ponto de vista masculino, fálico, ativo. Não sabemos se o mesmo procedimento foi realizado com G. Sua indicação, se viável foi colocada como essencial. Restauração não só da vida física, mas também da vida psíquica, afetiva.

Fica a questão: Devemos correr atrás da medicina? Estaremos ameaçados de extinção ao não nos enquadrarmos no modelo médico?

## BIBLIOGRAFIA

- Alexander, F., e cols.: *Psiquiatria Dinâmica*. Paidós, Buenos Aires, 1971.
- Balint, M.: *O Médico, seu Paciente e a Doença*. Atheneu, Rio De Janeiro, 1975
- Bion, W. R., *Seminários de Psicoanálisis*. Paidós, Buenos Aires, 1978
- Damáσιο, A.: *O Erro de Descartes*. Companhia das Letras, São Paulo, 1996.
- Fonagy, P.: *Psychoanalysis Today: Word Psychiatry*, Vol.2, Numb. 2, June 2003
- Izquierdo, Iván: *A Arte de Esquecer*, Vieira e Lent, Rio de janeiro, 2004
- Mann, T: *A Montanha Mágica*. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 2006
- Morin, E. *Ciência com Consciência (pág. 99)*. Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, 2005
- Roudinesco, E.: *Psicoanálisis vs Prozac*,: Por que a Psicanálise?, JZE, São Paulo