

UM PSICANALISTA NA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA ASSISTENCIAL E DE ENSINO

Oswaldo Ferreira Leite Netto¹

Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina - USP

Agradeço o convite da prof. Eva para falar do trabalho que desenvolvo com minha equipe, no Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E parablenzo os organizadores desse Simpósio. É estimulante participar de algo onde se fala de psicanálise e constatar que ela continua a mobilizar pessoas. Digo isto porque diante de contingências mundiais, também detectadas em nosso país, todo cuidado e todo esforço é pouco na preservação da Psicanálise.

Há alguns anos, escrevi um artigo publicado no *Jornal de Psicanálise*, do Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, num número cujo tema era “Psicanálise sem Divã,” sobre experiências de psicanalistas fora do “*setting*” do consultório analítico, e que denominei “Um psicanalista na instituição psiquiátrica, nem herói nem picareta.” Eu acabara de ser convidado pelo recém empossado professor titular do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da U.S.P., Prof. Dr. Valentim Gentil Filho, para dirigir o Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas e estava muito animado, pensando nas possibilidades de um trabalho integrado, contribuindo com minha visão analítica para a formação médica e psiquiátrica e para a clínica dos pacientes do instituto, internados, de ambulatorio e os encaminhados à psicoterapia. Não tinha idéia da magnitude das dificuldades. Caracterizaria nosso trabalho, lá,

1 E-mail: oswanetto@uol.com.br

como de resistência quase heróica, mas que tem seus efeitos e permite que colhamos frutos. Acho que mantemos uma certa crítica e não podemos nos considerar, ainda, nem sermos considerados, picaretas.

O Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria é um serviço basicamente assistencial e com papel importante na formação dos psiquiatras que são nossos estagiários. Os residentes dos três anos, de que é composto o estágio, considerado uma pós graduação *lato senso*, lá são iniciados no que chamamos de psicoterapias psicodinâmicas. Temos representantes do que consideramos três vertentes importantes. Ao menos na nossa história do Serviço, foram as que se estabeleceram lá. Temos o grupo psicanalítico que engloba um polo lacaniano, temos um grupo junguiano e os psicodramatistas.

Atendemos pacientes encaminhados pelos psiquiatras do próprio Instituto, por outras clínicas do Complexo H.C. e pacientes que procuram o Serviço diretamente. Todos os assistentes são médicos, com formação psiquiátrica e uma formação em uma daquelas linhas. Vemos pessoas muito diferentes, de diversas procedências. O que nos permite um campo vasto de observação: são vários tipos de fenômenos e problemas, de necessidades e dificuldades, tanto dos profissionais e pacientes, como de situações que envolvem a ambos, que se apresentam ao nosso exame e ao nosso olhar psicanalítico.

Pessoalmente, sou responsável pelo bloco de Psicanálise, do curso de Introdução à Psicoterapia, ministrado anualmente aos residentes. E, também, pelo estágio de acadêmicos de primeiro e segundo anos da Faculdade de Medicina, numa disciplina recém criada, chamada de Iniciação Científica; no nosso Serviço, o estágio tem o nome de “Introdução à investigação psicológica da mente humana: noções de Psicanálise.”

Diariamente, estamos em contacto com jovens médicos, em formação psiquiátrica, nossos residentes; com alunos da Faculdade de Medicina, os acadêmicos; com colegas psiquiatras, professores e pesquisadores em Psiquiatria; e com médicos de outras especialidades. Nossos pacientes, encaminhados pelos psiquiatras e pelas outras clínicas tem, portanto, vinculações médicas: estão sob tratamentos psiquiátricos e/ou sob tratamentos clínicos.

Freud, em 1919, no prefácio de um livro de Theodor Reik (vale a pena sua leitura integral, é mais uma amostra da genialidade de Freud e da clareza de sua percepção do lugar da Psicanálise e de seus problemas. Aliás, Freud falou sobre tudo: a profissão impossível, os perigos de uma má compreensão e, portanto, de uma má apropriação da psicanálise nos Estados Unidos, por exemplo.) O texto que quero citar, que se encontra no volume XVII da Standard Edition Brasileira, da Imago, diz o seguinte:

A psicanálise nasceu por necessidade médica. Originou-se da necessidade de ajudar os pacientes neuróticos, que não haviam encontrado alívio por meio das curas de repouso, das artes da hidropatia ou da eletricidade. Uma observação notável feita por Josef Breuer havia despertado a esperança de que quanto mais se compreendesse a até então inexplorada origem dos sintomas dos neuróticos, tanto mais extensivo seria o auxílio que se poderia proporcionar-lhes. Aconteceu, assim, que a psicanálise, sendo originalmente uma técnica puramente médica, foi desde o início dirigida para a pesquisa, para a descoberta de elos causais, a um só tempo recônditos e de amplo alcance.

O curso posterior da psicanálise, afastou-a do estudo das determinantes somáticas da doença nervosa, a tal ponto que se tornou desconcertante para os médicos. Em vez desse estudo, a psicanálise entrou em contacto com a substância mental da vida humana - não apenas a vida dos doentes, mas dos saudáveis, dos normais e dos supernormais. Defrontou-se com emoções e com paixões, sobretudo aquelas que os poetas nunca se cansam de louvar e celebrar - as emoções do amor. Aprendeu a reconhecer o poder das lembranças, a insuspeita importância dos anos da infância na formação do adulto, e a força dos desejos, que falseiam o raciocínio humano e estabelecem linhas fixas para o esforço do homem. (Freud, 1919/1976, p. 323)

Eu diria também que a formação psicanalítica acrescenta, ou deveria acrescentar, uma função na nossa personalidade que nos permite enxergar, definitivamente, que somos seres emocionais e nos dota de um olho para os aspectos emocionais. E nos fornece um método para lidar com a vida mental e seus problemas baseado no envolvimento, na intimidade, na proximidade e no acolhimento ao paciente.

A atualidade das questões colocadas por Freud, para mim, é impressionante. As necessidades médicas a que se refere Freud estão aí; não damos conta medicamente de problemas humanos, sobretudo os de desenvolvimento. As dificuldades que enfrentamos cotidianamente no diálogo com os psi-

quiabras estão ainda fundadas nesse desconcerto ao qual Freud se refere. Essa reagudização de mal-entendidos e desconcertos relaciona-se ao incrível e rápido avanço das neurociências nos últimos dez anos.

Fiz minha residência em Psiquiatria, entre 1975 e 1977; não existiam tomografia, ultrassom, ressonância magnética. Esses avanços, mais os progressos farmacológicos e bioquímicos, trouxeram possibilidades em termos de visualização do cérebro e, portanto, de conhecimentos neuroanatômicos, neurofisiológicos e neurofarmacológicos que permitem esclarecer e manejar situações que se apresentam ao psiquiatra, por vezes, de modo espetacular. A Psiquiatria adquire seu reconhecimento e sua respeitabilidade entre as outras especialidades médicas. Ou precisa acreditar nisso. É como um adolescente com a maioridade ou a carta de motorista: fica arrogante, onipotente. O que era considerada opção para “malucos”, no meu tempo de faculdade, para aqueles que experimentaram drogas, para aqueles identificados com os *hippies*, com as esquerdas, com a Antipsiquiatria, procurada pelos que não davam para o estudo, para a Medicina, ou para os que tinham interesses filosóficos, literários, artísticos, hoje é opção para os interessados em pesquisa; e esse é o perfil valorizado nas seleções de candidatos à residência. No meu tempo, queriam saber se o futuro psiquiatra fazia sua psicoterapia, tinha alguma preocupação com a vida mental própria e estava interessado em conhecer profundamente a dos outros.

Vocês sabem que a base científica da Medicina é dada pelo método anátomo-clínico: a partir das informações do paciente, da observação meticulosa feita pelo médico, da feitura da anamnese, sinais, sintomas, dados de exames são reunidos, diagnósticos são formulados, que remetem a localizações corporais, a estruturas anatômicas, a órgãos ou, mais modernamente, a estruturas microscópicas, intracelulares e a processos bioquímicos. A Psiquiatria só muito recentemente pôde funcionar nesses moldes. A Psicanálise que, no dizer de Freud, surge por necessidade médica, instaura dentro da Medicina uma revolução epistemológica ao considerar a existência de um psiquismo, de um inconsciente, que são, no fim, suposições teóricas, abstrações, sem a concretude dos dados com os quais a Medicina trabalha. A Psicanálise propõe um trabalho no campo das representações, das simboliza-

ções, instrumentalizado por interpretações que não nos levam ao anatômico, ao palpável, ao verificável, como se faz em Medicina e, hoje em dia, na Psiquiatria.

A Psiquiatria sempre ambicionou funcionar como uma especialidade adulta, à altura das outras e nunca seu relacionamento foi tranqüilo com a Psicanálise. Mas, durante um certo tempo, suas limitações eram tão grandes enquanto especialidade médica, com recursos médicos escassos a serem oferecidos, que se convivia mais pacificamente; estudantes de Medicina optavam por Psiquiatria interessados em Psicanálise. Mesmo na mídia as confusões terminológicas eram freqüentes, chamando-se psiquiatras de analistas e vice-versa. Os psiquiatras valiam-se quase que naturalmente da psicanálise para compreender o psiquismo e valorizavam tentativas terapêuticas sobre esse psiquismo. A quase totalidade dos psiquiatras fazia alguma formação psicoterápica, muitos interessavam-se por psicanálise e se tornaram analistas. Muitos didatas atuais da Sociedade foram psiquiatras. E muitos começaram lá no nosso Serviço.

A psicopatologia tinha papel preponderante na compreensão de quadros clínicos e nas categorias diagnósticas. Além disso, um aspecto importantíssimo das propostas psicanalíticas: o relacionamento - fenômenos psicológicos desenvolvem-se sobretudo na particularidade de um encontro, no envolvimento de dois seres humanos; este é nosso campo observacional e a personalidade nossa marca registrada. Isto era valorizado e visualizado nas entrevistas, nas consultas, mesmo que psicoterapias não se formalizassem. Os clínicos das outras especialidades, que atualmente ainda me parecem os médicos mais sensíveis e que oferecem menos resistências a valorizarem fenômenos psicológicos (pessoas pensam e tem alma ...) tem menos dificuldade e relutância para encaminhar pacientes a psicanalistas ou psicoterapeutas; tem a percepção mais clara de que pode haver problemas com seus pacientes na esfera do psicológico ou do mental e que isso seria da alçada de psiquiatras.

Esta não é mais a situação atual. Psicologia, no sentido de perceber que pessoas tem vida emocional, não faz mais parte da Psiquiatria. A euforia da maioria da Psiquiatria e de sua inclusão de fato entre as especialidades

médicas se, por um lado, é promissora quanto à realizações importantes, por outro, no momento, é fator de retrocesso e empobrecimento. Faz, por exemplo, com que se reforce nos psiquiatras o que o médico pode ter de pior e é quase doença profissional: onipotência, arrogância. Introduce e reforça a impessoalidade como atitude no contacto e na atuação clínica, com a idéia de permitir objetividade e eficiência (médicos, como seres humanos, são limitados e as limitações mentais humanas deixam-nos sempre prontos a aderir ao que é menos trabalhoso, mais imediato; dúvidas, possibilidades variadas, necessidade de mais observação e investigação sempre tentamos evitar). E obriga os psicólogos a se restringirem a avaliações neuropsicológicas, a ficarem no campo médico, padecendo do que considero um complexo de inferioridade.

O que no meu tempo de formação psiquiátrica parecia óbvio e fazia parte de nossa atividade clínica, isto é, a detecção, a consideração e a própria abordagem psicológica do paciente pelo psiquiatra, hoje não se faz. Ouvi há pouco tempo, de um prestigiado jovem psiquiatra, que a intimidade de seu paciente é algo que não lhe diz respeito; ele está interessado nos sintomas e alívio dos mesmos. Sintomas que são exaustivamente colecionados, agrupados, nomeados.

Hoje, diante da minha experiência no meio médico e com essa Psiquiatria exercida e ensinada em nosso Instituto, vejo claramente que fica faltando algo. Nos esquemas novos de diagnósticos, DSM, CID, vemos as questões emocionais e psicológicas enfiadas dentro dos transtornos de personalidade e os psiquiatras de mãos atadas, sem propostas, sem entender, sem poder ajudar os que demandam ajuda. Para o psicanalista, há a condição de oferecer ajuda psicológica para sofrimentos de natureza psicológica, buscando resultados não necessariamente na esfera de alívio e tranquilização, mas de evolução, desenvolvimento, graus de autonomia, liberdade, capacidade de ter responsabilidade, capacidade de tolerar frustração, lidar com angústias, tolerar conflitos e suportar a dinâmica da vida mental. Minha esperança, e que me mantém lá, trabalhando, como a de muitos que se debruçam sobre essa questão, é que o pêndulo naturalmente comece a oscilar para o outro lado. No cotidiano, temos pacientes tolhidos, contidos, fechados e en-

simesmados e médicos residentes desapontados, frustrados, quando não extremamente angustiados ou deprimidos.

Perspectivas, a meu ver, vem da ação desenvolvida no nosso Serviço: atitude de acolhimento, valorização dos contatos pessoais, meticulosidade no exame e avaliação dos casos, acompanhamento dos atendimentos em supervisões individualizadas. São médicos recém-formados, muito jovens, alguns inexperientes da própria vida. Outros claramente deformados pela próprio curso médico, sobrecarregado pelos grandes avanços tecnológicos que dá pouco espaço ao humano (tentativas para sanar esse mal vem sendo feitas; criou-se a disciplina “Bases humanísticas da Medicina”). Procuramos, durante o estágio que fazem conosco, desenvolver neles a percepção e valorização das questões pessoais, íntimas e particularizadas e contribuir para que possam adquirir novos referenciais perceptivos sobre o mundo, sobre as pessoas e sobre eles mesmos.

A subjetividade é quase uma surpresa e julgada um empecilho nessa psiquiatria positivista. Dado que nos orgulha atualmente: quase todos os residentes estão fazendo alguma forma de psicoterapia psicodinâmica pessoal, ou análises mesmo. O mais difícil, tem-me parecido, é poder fazer ver a todos os envolvidos nos atendimentos a pacientes do Instituto a complementaridade dos campos (médico-psiquiátrico e o campo do psicológico), que devem manter sua independência e sua especificidade. Aqui surgem alguns problemas que interessam a todos os envolvidos em formação. Não pode haver competição nem a pretensão da primazia de um campo sobre outro. Não penso que os psicanalistas possam ignorar ou desprezar os avanços das neurociências e os recursos terapêuticos oferecidos por ela. Desde o início, o próprio Freud considerou que o que estava propondo como teoria e como método era provisório, até que os mistérios do cérebro nos fossem totalmente desvendados.

Equívocos e mal entendidos de ambas as partes: a psicanálise como teoria psicogenética é frágil e especulativa. A psicanálise é sobretudo teoria de observação e detalhamento rico para a apreensão da realidade psíquica.

Enriquece as descrições patoplásticas e não contribui muito significativamente para a psicogênese.

As teorias psicanalíticas permitem muita especulação erudita. Prestam-se a elocubrações que se mostram extremamente distantes da realidade de contatos humanos. Costumo dizer para meus alunos que “gente precisa de gente.” O ser humano se constitui sempre com o outro. Humanizamos-nos pelo contato, viramos gente através do outro. Pela minha formação médica e psiquiátrica, que precedeu a longa e lenta formação analítica, não tenho problemas em propor e praticar algo que considero subordinado à Medicina, à Psiquiatria. A primazia é do psiquiatra. Desde que o psiquiatra entenda de gente, tenha sensibilidade, generosidade e mesmo certa coragem. E humildade de poder resignar-se à uma posição de retaguarda. E, ainda, afinidade ideológica para um trabalho conjunto. Temos contribuído e acreditamos na construção desse psiquiatra.

Os psicanalistas, atuando no meio acadêmico médico, têm contribuições a levar, mesmo a profissionais que não vão fazer nem estudar psicanálise, mas podem ter suas atenções voltadas para o humano.

Observamos, na prática, seja nos pacientes que nos procuram, seja nas dificuldades dos residentes atendendo pacientes e suas famílias, o efeito de nossa postura de disponibilidade para acolhimento e escuta (“- Sei lá, doutor, eu vim aqui, pois me disseram que são os médicos que conversam com a gente”).

Nós nos sentimos confiantes e esperançosos de que a Psiquiatria reintegre as concepções psicanalíticas, deixando de fazer as absurdas exigências de estudos probabilísticos e epidemiológicos, de comprovação de eficácia, inaceitáveis. Pois a Psicanálise, ao ser medicalizada, descaracteriza-se e se empobrece.

Para finalizar, lembraria ainda Freud. Na correspondência com Oskar Pfister, conhecido dos psicólogos pelo seu teste das pirâmides coloridas, numa carta datada de 25 de novembro de 1928, Freud escreveu: “em primeiro lugar quero proteger a psicanálise dos médicos, e depois, dos sacerdotes. Gostaria de entregá-la a um grupo profissional que ainda não existe, o grupo

dos pastores de almas profanos, que não necessitam ser médicos e não devem ser sacerdotes.”

Para variar, Freud, ciente e perspicaz, parecia antever os descaminhos e equívocos a que a psicanálise estaria sujeita. Verificamos, até como forte tendência, o perigo da medicalização da psicanálise. A essa pressão nós também, desse grupo, resistimos, procurando responder, demonstrando a especificidade do campo psicológico e as possibilidades de apreensão da realidade psíquica, em que participam sensibilidade e intuição. Orientar-se psicanaliticamente é estar dirigido à subjetividade e à particularidade de cada indivíduo, à consideração de essências pessoais, o que está além de diagnósticos. Aqueles que assim observam e lidam com pessoas não têm nada a oferecer para a depressão ou para os transtornos *borderline* de personalidade, por exemplo, como se fosse apenas mais um medicamento, aliás ultrapassado, de eficácia duvidosa e não comprovada. O legado de Freud é revolucionário e libertador. Foi assim, desde o início, com as mulheres e a sexualidade e não se presta, nem pode se render, a projetos globalizantes e de controle social.

Referências

- Freud, S. (1976). Prefácio a ritual: Estudos psicanalíticos, de Reik. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 323-327). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1919)
- Leite Netto, O. F. (1997). Um psicanalista na instituições (nem herói, nem picareta ...). *Jornal de Psicanálise*, 30 (55/56), 205-212.

Recebido em 03.09.2001

Aceito em 05.10.2001