



Breve percurso pela semântica da nosografia psiquiátrica.

Rodrigo Godoy Fonseca

Texto apresentado no II Colóquio de Psicanálise de Niterói, em maio de 2006.

“...bem conhecemos a noção de que a patologia, tornando as coisas maiores e mais toscas, pode atrair nossa atenção para condições normais que de outro modo nos escapariam. Onde ela mostra uma brecha ou uma rachadura, ali pode estar presente uma articulação. Se atiramos ao chão um cristal, ele se parte, mas não em pedaços ao acaso. Ele se desfaz, segundo linhas de clivagem, em fragmentos cujos limites, embora fossem invisíveis, estavam predeterminados pela estrutura do cristal. Os doentes mentais são estruturas divididas e partidas do mesmo tipo. Nem nós mesmos podemos esconder-lhes um pouco deste temor reverente que os povos do passado sentiam pelo insano. Eles, esses pacientes, afastaram-se da realidade externa, mas por essa mesma razão conhecem mais a realidade interna, psíquica, e podem revelar-nos muitas coisas que de outro modo nos seriam inacessíveis.”

Sigmund FREUD, in A dissecção da personalidade psíquica, Conferência XXXI, Novas Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise, 1933.

“Interessar-se pela estrutura é não poder negligenciar o significante.(...)No fim de contas, ao olha-las de perto, a noção de estrutura e a do significante aparecem inseparáveis. De fato, quando analisamos uma estrutura, é sempre, pelo menos idealmente, do significante que se trata. O que melhor nos satisfaz numa análise estrutural é a extração tão radical quanto possível do significante.”

Jacques LACAN, in O seminário, livro 3, originalmente denominado “As estruturas freudianas das psicoses”, 1956.

As duas citações acima estão presentes para marcar a que ponto a questão da Estrutura é central para a psicanálise, e para afirmar sua íntima relação com a atividade exercida junto ao doente, a clínica. Dito de outro modo: para a psicanálise não há possibilidade de dissociação entre os dois termos, entre Estrutura e Clínica. Sem a clínica não temos acesso à estrutura e não há possibilidade de avanço clínico sem a referência ao radical, ao que está para além da superfície ou das aparências.

Dizemos estruturas clínicas e a associação é praticamente imediata: Neurose, Psicose, Perversão. Isto se mantém, ainda hoje, bastante presente para muitos de nós, apesar da multiplicação de certas manifestações, ditas novas, contemporâneas ou até mesmo pós-modernas. Apesar, também, do surgimento de novas categorias, novas formas de nomeação de patologias bem descritas (muitas vezes há vários séculos), nomeação que como toda e qualquer nomeação, é portadora de conseqüências.

Devo dizer que o ponto de partida deste trabalho se encontra na constatação de que hoje muitas pessoas já nos procuram com algum tipo de diagnóstico, e que poucas vezes uma destas três categorias é evocada. “Vim lhe procurar porque descobri que sou bipolar”....., “tenho síndrome do pânico”, “meu filho tem T.O.C.”, “o pediatra disse que meu filho é hiperativo”....., estes são apenas pequenos exemplos que todos vocês já devem ter vivenciado. Por onde andará a angústia, nossa velha conhecida? E a conversão histérica? Alguns dizem que a conversão histérica “não existe mais.....” (no entanto, qualquer pessoa que freqüente um serviço de emergência de hospital geral poderá comprovar o quanto esta afirmação é falsa). Os esquizofrênicos ainda são encontrados, mas um número crescente deles já se acha adjetivado de resistente. A que resistem os esquizofrênicos em nossos dias?

contato

telefone (21) 3268-3818

email contato@abordagemclinica.com.br

site www.abordagemclinica.com.br



A psicanálise nos obriga a interrogar tal situação. Volto então ao meu título. Porque tratar de nosografia psiquiátrica num colóquio de psicanálise?

A nosografia é a atividade de descrição e classificação das diferentes doenças, que mantém relação de origem, de filiação, com a nosologia, entendida como o estudo, a ciência geral das doenças. Assistimos ao longo das últimas décadas à ascensão da nosografia psiquiátrica, em detrimento da própria nosologia. Mais precisamente uma nosografia objetiva, descritiva, com ambições manifestamente a-teóricas. Toda a ênfase aos sinais, aos critérios diagnósticos universalmente válidos, à fidedignidade inter cotadores, ou seja: à transformação dos sintomas em signos.

Este é o contexto do advento dos manuais diagnósticos e estatísticos, designados em inglês pela sigla D.S.M.. É também o do surgimento da versão mais recente da classificação internacional dos transtornos mentais e de comportamento, estabelecida pela organização mundial da saúde. Sua pretensão é a universalidade. Examinemos então algumas categorias diagnósticas surgidas deste movimento.

Primeira constatação: Não existe mais neurose. Exatamente. Não existe mais neurose, pois o uso deste termo remete a uma teoria, à psicanálise, e o objetivo desta empreitada nosográfica é o banimento das referências teóricas. Entomologia para falantes.

Constatação seguinte: os transtornos estão por todos os lados. A patologia psíquica gera transtornados, portanto. Transtorno é desarranjo, desordem, mas pode também ser compreendido como “termo usado no lugar de doença ou de outro vocábulo similar, a fim de causar impacto psicológico menor no doente, ou em quem o acompanha” (esta é a definição do uso psiquiátrico do mesmo segundo o dicionário Aurélio). No lugar de metáfora ou metonímia, nos vemos aí às voltas com outra figura de linguagem: o eufemismo.

Conseqüência lógica: se tenho um T.O.C. (Transtorno Obsessivo Compulsivo) ao invés de ser um neurótico obsessivo, tudo é muito mais simples. Pertencço a uma ordem homogênea de transtornados, passível de reorganização, de reprogramação do que está “fora do lugar” com a ajuda de uma terapia breve, focal, comportamental e de alguns medicamentos. Vemos “transtornados” até nas revistas de celebridades, “confessando” a existência de seus rituais. O que é escamoteado aí é o próprio significado do diagnóstico, já que obsessivo é aquele que está, com relação a seus pensamentos, na situação de uma cidadela sitiada (sitiar, assediar, do latim obsidere), ou melhor, aquele em situação de defesa permanente em relação ao enigma do desejo do Outro.

Com o Transtorno de Pânico, mais conhecido como Síndrome do Pânico, ocorre algo peculiar. O diagnóstico, frequentemente evocado diante de manifestações paroxísticas de angústia e de medo, tem em sua raiz semântica o mito Grego de Pã, Deus associado ao universal. Medo pânico é medo de tudo. Isto talvez nos ajude a entender a multiplicação deste diagnóstico em nosso meio, uma vez que na prática clínica assistimos a uma tentativa de assimilação de manifestações bastante diversas e singulares de angústia a este diagnóstico. Mais uma vez aqui, nenhuma tentativa é feita no sentido de remeter ou associar o sintoma a uma estrutura, nenhuma articulação com o psíquico é apresentada. A imprevisibilidade dos “ataques” muitas vezes é utilizada como argumento contrário ao tratamento psicanalítico de tais manifestações.

No entanto, em seu artigo sobre “*A Psicologia das massas e a análise do Eu*”, de 1921, Freud afirma: “*pertence à própria essência do pânico não apresentar relação com o perigo que ameaça, e irromper frequentemente nas ocasiões mais triviais. Se um indivíduo com medo pânico começa a se preocupar apenas consigo próprio, dá testemunho, ao fazê-lo, do fato de que os laços emocionais, que até então haviam feito o perigo parecer-lhe mínimo, deixaram de existir*”.

No campo das psicoses também encontramos modificações que estão longe de ser inócuas. Embora a denominação de Esquizofrenia permaneça vigente, a denominação Psicose Maníaco-Depressiva se viu substituída pelos termos Transtorno Bipolar e Transtorno Depressivo Recorrente. Além do flagrante eufemismo, que já tivemos oportunidade de apontar, o que é aí evacuado é o próprio termo Psicose. Ora, o que está no cerne da questão é exatamente a estrutura psicótica. Mais que dois polos, podemos muitas vezes identificar na aparente díade maníaco-depressiva, uma configuração em “dedo de luva”, ou seja, de tipo direito e avesso. A própria definição original de Psicose

contato

telefone (21) 3268-3818

email contato@abordagemclinica.com.br

site www.abordagemclinica.com.br



Maníaco-Depressiva deixa claro: “psicose caracterizada pela repetição, a alternância, a justaposição ou a coexistência de estados de excitação e de depressão”. Sublinhar a bipolaridade, a oposição, é neste sentido um movimento de ampliação de escopo e, por conseguinte, de apagamento de suas particularidades, de perda de acuidade teórica e clínica. Já encontramos inclusive defensores da idéia de que há manifestações de bipolaridade, passíveis de tratamento psicofarmacológico, em crianças em idade pré-escolar. Há poucos dias fui surpreendido pela afirmação de que a bipolaridade é (ou será) provavelmente o mal do século XXI!

Não poderia mencionar a questão do diagnóstico psiquiátrico em crianças sem fazer referência à categoria nosográfica de maior audiência atualmente, o T.D.A.H. (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade). Eis aí o exemplo de diagnóstico estabelecido muitas vezes antes da consulta ao psiquiatra. Trata-se, caso acreditemos na validade de uma categoria unicamente definida por – mais uma vez - transtornos de comportamento, de verdadeira epidemia. Se houvesse um estudo da incidência de TDAH nas escolas e consultórios médicos do Rio de Janeiro, certamente estaríamos no epicentro do fenômeno. De minha parte, embora tenha uma experiência limitada com atendimento a crianças, posso lhes assegurar: Muitas crianças sofrem efetivamente de um déficit de atenção e de uma hiperatividade. Este déficit de atenção é parental. Esta hiperatividade é parental. Não, a culpa não é dos pais, embora não possamos eximi-los de responsabilidade. Trata-se muito mais de uma forma de alienação peculiar, onde a criança está na situação de ter de encontrar um lugar diferente daquele de mero acréscimo na vida e na história familiar.

Na prática psiquiátrica, embora as situações que abordei sejam claramente delicadas e justifiquem, sim, frequentemente, o recurso à terapêutica medicamentosa, seria ingênuo pensar que a preocupação com a objetividade é o Norte absoluto. Seria por outro lado excessivo dizer que a psiquiatria atual se resume a uma simples atividade de catalogação de sintomas e de distribuição de prescrições medicamentosas, ou que ela assumirá a função de simples terreno de aplicação das ditas neurociências (o que quer que isso queira dizer). O louco, como já nos dizia Lacan, “resiste, e ainda não está pronto a desvanecer simplesmente em razão da difusão do tratamento farmacodinâmico”. Em meu entendimento, o campo psiquiátrico sofre de um mal que já acomete a medicina de modo geral há certo tempo: a recusa da transferência. A transferência é precisamente o elemento de ligação entre a estrutura e a clínica. É o elemento motor de todo o processo. Transferência como suporte de uma suposição de saber, e não como espaço de exercício de um saber constituído, ou seja, algo radicalmente diferente de uma nosografia.

Gostaria de concluir com as palavras de um autor que bem trabalhou as relações entre psiquiatria e psicanálise, Jean Pierre LEBRUN, mais precisamente em seu livro *“De la maladie médicale”*:
“Assim, se o médico psiquiatra sabe numa perspectiva analítica, ele sabe então entre outras coisas que seu saber só será proveitoso para o paciente caso ele lhe permita ter acesso a seu próprio saber, o que supõe que enquanto psiquiatra, ele tenha se castrado de seu próprio gozo de saber. Ou ainda que ele tenha introduzido no próprio interior de seu saber esta dimensão do impossível, como limite interno a seu saber”.

contato

telefone (21) 3268-3818

email contato@abordagemclinica.com.br

site www.abordagemclinica.com.br