

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Carmen Sílvia Ávila

Crise e Estabilização em Psicopatologia Fundamental

Mestrado em Psicologia Clínica

SÃO PAULO

2011

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Carmen Sílvia Ávila

Crise e Estabilização em Psicopatologia Fundamental

Mestrado em Psicologia Clínica

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação do Professor Doutor Manoel Tosta Berlinck.

SÃO PAULO

2011

BANCA EXAMINADORA

À minha mãe

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, pelo atento acompanhamento e permanente incentivo à pesquisa.

A Capes pelo auxílio prestado.

A Maria Lívia Moretto e Silvana Rabello, pelas importantes contribuições na qualificação desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Germán Berrios pela gentileza no envio de seus artigos e a autorização para anexá-los a esta dissertação.

Aos colegas do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), pelas contribuições realizadas.

A todos os professores que nos acompanharam nesta formação, pela rica experiência proporcionada.

Aos amigos Luis Roberto Geron, Maria das Graças D. Corso e Patrícia Farina, pela amizade, companheirismo e incentivo.

Às amigas Maria Lúcia Araújo e Maruzania Dias, que sustentaram os momentos de indecisão, sempre com ânimo e calorosas discussões enriquecendo a reflexão a respeito do tema trabalhado.

A Helena Magozo e Nísia Mafra pela calorosa recepção no novo trabalho.

A Luis Carlos Nogueira (*in memoriam*) que, a partir de sua prática, ensinou o que é ser um analista.

A Mauro Mendes Dias, que de forma atenta e cuidadosa, nos acompanhou em momentos tão delicados.

A Luciana Braga, pela atenção e precisão em sua conduta.

À irmã Palmyra, pelo ânimo e auxílio nas leituras e correções dos textos.

À irmã Vera Lúcia, pela aposta nesta conquista.

A Inês Corrêa pelo companheirismo e auxílio à pesquisa realizada.

Aos amigos queridos, os de perto e os de longe, pelo envolvimento e incentivo à minha jornada.

Aos colegas de trabalho, com quem tivemos o prazer de compartilhar o dia a dia na clínica institucional.

A todos os pacientes que tivemos o prazer de acompanhar, sem os quais não teríamos realizado esta pesquisa com tanto interesse.

ÁVILA, Carmen Sílvia. Crise e Estabilização em Psicopatologia Fundamental.

2011. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica São Paulo.

RESUMO

Esta dissertação teve por finalidade discutir as concepções de crise e estabilização psíquica, a partir da análise de um caso clínico em consultório particular.

Considerando a peculiaridade encontrada neste atendimento, realizamos uma reflexão a respeito de alguns significados que uma crise pode representar, a partir de contribuições oferecidas pela filosofia, pela psiquiatria e pela psicanálise.

Resgatamos os estudos sobre a crise histérica realizados por Freud no início da psicanálise, a concepção de crise em Psicopatologia Fundamental, e as contribuições de Lacan.

A respeito da concepção oferecida pela psiquiatria, a partir da análise do caso clínico apresentado, refletimos sobre algumas formas de tratamento existentes, consideramos um estudo a respeito de Homeostase e Adaptação, e a importância de determinadas alternativas de tratamento como as Comunidades Terapêuticas.

Palavras Chaves: Crise, Estabilização, Método Clínico, Psicopatologia Fundamental e Psicanálise.

ÁVILA, Carmen Sílvia. Crise e Estabilização em Psicopatologia Fundamental.

2011. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica São Paulo.

ABSTRACT

This dissertation intends to discuss the conceptions of psychic crisis and stabilization, from the analysis of a clinical case in private practicing.

Considering the oddity found on this consultation, a reflection concerning some meanings that a crisis may represent have been made, from contributions offered by philosophy, psychiatry and psychoanalysis.

Studies concerning hysterical crisis have been retrieved, which were made by Freud when founding the principles of psychoanalysis, concerning the conception of Fundamental Psychopathology and Lacan's Contributions.

Regarding the conception offered by Psychiatry, from the clinical case presentation, a reflection about some of the existing treatment methods is made, considering a study concerning Homeostasis and Adjustment, and the importance of particular treatment alternatives, as Therapeutical Communities, for instance.

Keywords: Crisis, Stabilization, Clinical Method, Fundamental Psychopathology and Psychoanalysis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 – UMA EXPERIÊNCIA PESSOAL.....	6
CAPÍTULO 2 – O MÉTODO CLÍNICO.....	13
CAPÍTULO 3 – CASO CLÍNICO.....	19
CAPÍTULO 4 – CRISE E ESTABILIZAÇÃO.....	34
4.1. Contribuições de uma visão filosófica.....	37
CAPÍTULO 5 – DA CRISE À CRIAÇÃO – O APARELHO PSÍQUICO EM PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL.....	44
CAPÍTULO 6 – CONTRIBUÇÕES DA PSICANÁLISE.....	49
6.1. As Crises.....	51
6.1.1. Além do princípio do prazer.....	56
6.2. A teoria lacaniana.....	61
6.2.1. A crise na teoria lacaniana.....	65
6.2.2. A estabilização na teoria lacaniana.....	67
CAPÍTULO 7 – CONTRIBUIÇÃO DA PSIQUIATRIA.....	71
7.1 A psiquiatria e sua concepção a respeito de crise e estabilização psíquica	71
CAPÍTULO 8 – DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO.....	82
8.1. Da teoria à clínica – Da clínica à teoria.....	82

8.1.1. A crise de Liz.....	85
8.1.2. O trauma como desencadeador de sua crise?	87
8.1.3. A ausência do prazer de viver.....	88
8.1.4. Ocorreu a estabilização psíquica de Liz?	91
À GUIA DE CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS.....	99
NOTA.....	104
ANEXO I – ADAPTAÇÃO E HOMEOSTASE EM PSIQUIATRIA.....	105
ANEXO II - PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA E A EQUIPE PSIQUIÁTRICA PARA A INTERVENÇÃO EM CRISE, G. E. BERRIOS.....	123

INTRODUÇÃO

Esta dissertação visa trabalhar a singularidade de uma crise e a possibilidade de estabilização psíquica. Nosso interesse pelo tema nasceu a partir do atendimento de uma paciente com 23 anos que compareceu ao nosso consultório particular, trazida por seus familiares que demandavam a “urgente solução para o seu caso”. Mediante o fato de Liz estar “em crise desde os 17 anos e nada conseguia estabilizá-la”, diziam que os recursos para ajudá-la estavam se esgotando.

Mas o que é uma crise? O que significa uma estabilização? Que sentido tem esta vivência para Liz? Tais questões permearam a compreensão deste atendimento e incitaram a realização desta pesquisa.

A partir da narrativa do caso clínico de Liz - nome fictício -, nossa análise se manterá à luz da evocação proposta pela psicopatologia fundamental para chegarmos aos fundamentos, aos sentidos e às razões do padecer psíquico (Berlinck, 2010). Rumo à reflexão, a um maior conhecimento, a Psicopatologia Fundamental nos propõe um diálogo entre diversos saberes teóricos. A partir deste incentivo, dialogaremos com as abordagens oferecidas pela visão filosófica, a psicanálise e a psiquiatria, numa tentativa de aprofundamento de nosso conhecimento.

Pautados em nossa prática clínica constatamos, ainda hoje, que algumas manifestações psicopatológicas ao se encontrarem fora de um enquadre socialmente esperado, rapidamente ganham um valor estigmatizado, perpetuando a herança deixada pela história dos tratamentos dedicados à doença mental, obturando a possibilidade de uma compreensão mais ampla e significativa sobre o verdadeiro sentido que os sintomas possam vir a representar.

Observamos que ao longo do tempo, mesmo sob o cunho da humanização do tratamento, a prática médica pautou-se em condutas e práticas cujo objetivo visava o alcance de uma “retificação” dos comportamentos que se apresentavam contrastantes aos valores morais e sociais, como sinônimo de

cura. Foi a partir dessas observações que vimos como necessário abordar a visão psiquiátrica a respeito da crise e a estabilização psíquica, ampliando tal perspectiva.

Esta dissertação objetiva também, o início de um diálogo com aqueles que, a partir de discussões clínicas e supervisões de um mesmo caso, se confrontaram com diversas concepções diagnósticas, provocando desta forma sentimentos de solidão e até desamparo, no exercício de sua clínica, como ocorreu nesta experiência.

Se incômoda esta posição, diante não só da evidência de uma retificação diagnóstica ainda que tardia, mas também o suportar um tempo de incertezas, frente ao intenso sofrimento psíquico evocando-nos a emergência de uma ação pontual e significativa, esta experiência é também um convite para um aprofundamento, a pesquisa, a uma maior reflexão teórico-clínica costurada pelo fio condutor que só o rico encontro sob transferência, a clínica pode nos oferecer.

Despir-se, temporariamente do enquadre necessário, mas também cerceador, que uma nomenclatura diagnóstica pode propiciar, não é tarefa simples nem fácil, porém muitas vezes necessária no que diz respeito à compreensão da dinâmica inconsciente e sua singularidade.

Deixamos claro que está longe de nossa concepção teórica a hipótese de prescindirmos da necessidade de um diagnóstico como norteador do tratamento a ser oferecido. Mas tocamos no importante posicionamento de manter nossa atenção e disposição internas sempre em alerta, para não nos fecharmos em dogmas que possam incapacitar o clínico de escutar e pensar o que cada psiquismo apresenta como tentativas de soluções aos impasses que enfrenta.

Relembrando Freud: *“La théorie, c’est bom, mas n’empêche pás d’exister.”*¹.
Existir o quê? Ousaria dizer: novas vivências, novas reflexões, criando novos

¹ “Teoria é bom; mas não impede as coisas de existirem”.. Trad. nota de rodapé FREUD, S. Charcot In: *Primeiras Publicações Psicanalíticas*. Vol.III, R. Janeiro: Imago, 1976 [1920]. p. 23. (Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud)

saberes. Se ao paciente é proporcionada a possibilidade de um saber de si, advindo imprescindivelmente do saber inconsciente, um saber único e singular, como única e singular é a vivência de uma análise, ao clínico é facultado o desafio de observar e analisar como cada indivíduo se coloca frente aos impasses que enfrenta.

Pensar a crise e a estabilização psíquicas a partir desta narrativa está distante de compará-la a uma retificação de comportamentos, pensamentos ou valores, tantas vezes demandados pela família diante da urgência imposta por um intenso sofrimento psíquico ao qual também a mesma está assujeitada.

Igualmente não temos como objetivo encontrar um sentido único que possa vir a representar uma crise e estabilização psíquica, mas sim o seu significado enquanto uma expressão do *pathos*.

Estaria uma estabilização psíquica atrelada à ideia de uma possibilidade de pacificação psíquica que permitisse ao sujeito condições de continuar a lidar com os seus impasses internos e externos que venha a enfrentar? Poder encontrar um equilíbrio psíquico que lhe permitisse pensar e dar continuidade à sua vida e aos seus projetos? Um estado que lhe permitisse equilibrar o caos psíquico ao qual havia mergulhado e que, sem encontrar uma saída, sucumbia? Estaríamos então nos referindo ao trabalho do ego, segundo o conceito freudiano, em mediar conflitos entre as instâncias do id e superego? Qual o significado de uma crise psíquica?

Iniciaremos com o relato de uma experiência pessoal que diz respeito ao nosso tema, seguiremos com as reflexões propostas pela filosofia, por meio da análise de uma crise social ocorrida entre 1550 e 1650, onde Ortega y Gasset² propõe “um esquema das crises” para pensarmos a condição do homem por ele denominada de “situação extrema”. Cotejaremos com a Psicopatologia Fundamental através dos capítulos dedicados à concepção do aparelho

² GASSET Y ORTEGA, filósofo espanhol (1883-1955), ativista político e jornalista, que em 1933 deu início a um curso, composto de doze lições na Universidade Central de Madri, sobre o tema “A época de Galileu, 1550-1650: idéias sobre as gerações decisivas na evolução do pensamento europeu”, publicadas no livro *Em torno a Galileu: esquema das crises*. O autor realiza uma análise profunda sobre a crise, como forma de transformação necessária à evolução humana.

psíquico, quando poderemos constatar a instauração de uma crise como processo criativo de novas perspectivas, e também pelo capítulo a respeito do Método Clínico empregado em Psicopatologia Fundamental.

Apresentaremos o relato do caso clínico por nós escolhido, diante das peculiaridades que o mesmo apresentou, para ilustrarmos a complexidade existente no tratamento de determinadas crises. No capítulo sobre as Contribuições da Psicanálise, abordaremos a metapsicologia Freudiana e as considerações de Lacan, que darão suporte para a nossa reflexão sobre o tema. Abordaremos nesse capítulo, os estudos realizados por Sigmund Freud quando, a partir de seu estágio ainda como neurologista no Hospital de Salpêtrière, na França, interessou-se pelo tratamento oferecido às histéricas, por Jean Martin Charcot. Foi a partir de então que Freud desenvolveu sua própria teoria – a psicanálise –, inaugurando uma nova concepção a respeito da compreensão dos sintomas, como um representante de uma dinâmica psíquica.

A importância de iniciarmos abordando a crise histérica se deve ao fato de, na história do tratamento oferecido às doenças mentais, observarmos que o fenômeno apresentado por estas pacientes manteve-se confundido com outras patologias, inclusive com a crise de loucura. Desta forma, muitos tratamentos tomaram rumos cada vez mais distantes do verdadeiro significado das manifestações sintomáticas o que, nos parece, também ocorreu com Liz. Teria sido este equívoco retificado atualmente, quando ainda encontramos em nossa clínica vários pacientes que chegam com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, e, ao serem analisados, constatamos tratar-se de neuróticos, muitas vezes adoecidos pela intensidade do *pathos* psíquico que o acomete?

Os comentários a respeito da teoria lacaniana serão pautados numa perspectiva de especificar os pontos teóricos levantados, a respeito da distinção entre uma crise psicótica e a neurótica, quando Lacan introduz na Psicanálise a concepção do termo “estabilização psíquica”.

No entanto, abordaremos uma questão observada tanto na teoria de Freud quanto na de Lacan, que toca o que acreditamos tratar-se como ponto importante no caso de Liz: a angústia. A este respeito não avançaremos nesta

dissertação, deixando como uma possibilidade de continuidade do tema aqui proposto, em uma nova pesquisa.

Contaremos com a grande contribuição dos artigos gentilmente cedidos pelo Prof. Dr. German Berríos³ para serem anexados a esta dissertação, os quais enriqueceram nossa pesquisa, aprofundando as considerações a respeito do conceito de homeostase e adaptação, como também no artigo sobre Psiquiatria Comunitária e Equipe Psiquiátrica para a Intervenção a Crise, encontramos respaldo para marcar a importância de determinadas formas de tratamento como facilitadores nesse processo. Ambos os artigos nos ampliaram as perspectivas trazidas pelo tratamento oferecido pela psiquiatria.

Ao realizarmos a narrativa do caso e seus comentários, pretendemos alcançar determinada compreensão das questões aqui levantadas, a respeito da singularidade da crise vivenciada por Liz e o sentido de uma estabilização e seus impasses, ou mesmo a respeito da precariedade em que determinadas estabilizações se mantêm. Assim, reafirmamos nossa proposta de contribuir com aqueles que se dedicam a escuta analítica e se empenham na compreensão dos enigmas que esta delicada clínica, também chamada de casos graves, nos apresenta.

³ Médico Neurologista e Psiquiatra, anteriormente formado em Psicologia e Filosofia pela Universidade Oxford. Desde 1977 é professor na Universidade de Cambridge (Reino Unido), no Departamento de Psiquiatria e de História e Filosofia da Ciência. Recebeu recentemente a cátedra de Epistemologia da Psiquiatria e a chefia do serviço de Neuropsiquiatria de Addenbrooke's Hospital (Cambridge). Em 1989, fundou com o prof. Roy Porter, a Revista Internacional *History of Psychiatry* da qual ainda é diretor.

CAPÍTULO 1

UMA EXPERIÊNCIA PESSOAL

Para tratarmos do tema crise e estabilização, acreditamos ser importante iniciarmos com uma experiência pessoal vivenciada no decorrer desta pesquisa. Além do enriquecimento obtido pelas novas perspectivas abertas a partir das discussões ocorridas no Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC – S. Paulo, sob a coordenação do Prof. Dr. Manoel T. Berlinck, igualmente a aquisição de novos conhecimentos advindos das atividades concernentes a uma pesquisa, este processo culminou com o encerramento das minhas atividades profissionais no âmbito da saúde mental dentro da rede de saúde pública.

Ao longo de vinte anos vimos acompanhando a construção da proposta de tratamento oferecido a partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil que teve seu início com a abertura dos Hospitais-Dia em 1992, pela Prefeita do Município de São Paulo, Luiza Erundina, até a sua transformação em CAPS – Centro de Atenção Psicossocial –, ocorrida em 2003. Essa proposta modificou o lugar social concedido ao doente mental como também viabilizou a perspectiva de novas formas de tratamento.

Nesse período tivemos a grata e valorosa oportunidade de acompanhar pacientes psicóticos e neuróticos graves, o que nos propiciou uma grande aproximação ao *pathos* psíquico por eles sofrido em sua mais intensa expressão e complexidade. A partir dessa experiência cresceu nosso interesse em melhor compreender a vivência singular sofrida em um processo de crise em suas mais diversas representações. Não só o significado específico de cada crise nos interessou, mas também a forma em que ocorre a saída da mesma, comumente chamada de estabilização psíquica, marcando assim uma singularidade neste processo.

Tanto no trabalho institucional como em consultório, também pudemos experienciar a importância do suporte oferecido nas chamadas emergências psiquiátricas, assunto discutido no artigo do Prof. Dr. G. Berrios, (Anexo II) e as

implicações no tratamento a ser realizado. A participação dos “cuidadores” dos pacientes sejam familiares ou profissionais, atuando como facilitadores ou dificultando as abordagens necessárias a serem realizadas no decorrer do processo, comprovaram-se de grande importância.

Exatamente por estarmos engajados desde o início na construção de um novo modelo de tratamento aos portadores de doença mental, a decisão de encerrar as atividades no âmbito do serviço público não ocorreu sem a presença de uma crise pessoal. Por mais desejo, dedicação e interesse constante no aprimoramento teórico que essa clínica tenha nos despertado, já eram claramente sinalizados os limites físicos e psíquicos decorrentes de nossa longa e intensa jornada profissional, no decorrer desses vinte anos.

Como nos ensina Fédida (1988):

O modelo implícito da contratransferência é o de uma relação fictícia mãe-filho onde a mãe se faz receptora do que acontece com seu filho: experimenta uma angústia que a desperta para o perigo, que aumenta a acuidade da percepção de si mesma e do filho, restitui a este, através de palavras e de gestos adequados, a significação distinta do que ele experimenta, portanto, sem confusão com a sua própria. Dito de outra forma, a angústia contratransferencial do analista poderia ser, idealmente, a de uma mãe capaz de ressonância com o estado da criança, de continência das energias desta angústia, de metabolização e de metaforização dos afetos confundidos que tendem a transbordar na criança. (p. 74-75)

Se o ofício de analista nos coloca a serviço do inconsciente do paciente, o que por si só não constitui uma tarefa simples, bem sabemos que ao atendermos pacientes gravemente comprometidos redobram-se os efeitos psíquicos que recaem sobre o clínico.

Neste sentido, pudemos experienciar fortemente as consequências devido ao acúmulo de fortes experiências vivenciadas no decorrer do dia e que, à noite retornavam em forma de lembranças, através de cenas das situações presenciadas e as emoções que as acompanhavam, como tentativa psíquica de elaboração de seus sentidos e significados. Como decorrência surgiram

manifestações sintomatológicas percebidas no próprio corpo da analista, através de dores musculares advindas da constante tensão emocional ao conviver diariamente com pacientes em momentos de agitação que muitas vezes chegavam à passagem ao ato.

Tais momentos nos exigiam um manejo firme e pontual e chegamos a utilizar o próprio corpo que, com sua simples presença, obtinha um efeito de barragem, impedindo um desagregamento psíquico ou um gesto de agressão que se precipitava por parte de algum paciente.

Citamos esse exemplo na tentativa de não incorrerem em um mal-entendido dessas últimas palavras. Em uma situação onde realizávamos uma Assembleia entre os pacientes da Instituição, portanto contando com a presença de quase trinta pacientes, ao ouvirmos um deles comentar a respeito de um assunto de difícil abordagem por ele, observamos o início de um processo de desagregação, manifestado pelo aceleração de sua fala e a crescente perda de um sentido lógico. Ao perceber tal situação e a urgência de uma rápida ação terapêutica, o simples fato de termos nos movido em sua direção e sentado na cadeira ao seu lado, chamando-o em baixo tom pelo seu nome, avisando-o que estávamos ao seu lado caso necessitasse de algum auxílio, teve um efeito de contenção, permitindo ao paciente perceber que não estava só em sua empreitada, e obtendo um imediato efeito de apaziguamento da angústia que havia o dominado, possibilitando assim o não desencadeamento de um processo de uma provável crise.

Ao longo desse período que culminou com uma crise pessoal deste clínico, as lembranças que foram surgindo como a acima mencionada, traziam os bons sentimentos suscitados com a grata experiência de conviver com várias pessoas portadoras de histórias interessantes e singulares, deixando suas vivências como fortes marcas tanto em nossa carreira profissional como em nossas mais valorosas recordações, assim dificultando a decisão em deixar tal trabalho.

Em todos esses anos, o nosso grande interesse, empenho e dedicação nessa clínica, além da eficácia obtida em tantos casos, também resultaram em uma relação de confiança e carinho entre os pacientes e nós, o que também nos

concede a possibilidade de tratarmos sobre da especificidade da transferência existente na clínica dos denominados “casos difíceis”, nomenclatura atribuída aos casos de psicose e neurose grave, que, entretanto, não é o objeto de nossa atual pesquisa.

Diante de uma dinâmica baseada fundamentalmente no respeito ao sofrimento psíquico apresentado por cada um dos pacientes e a oferta de uma escuta, o trabalho, ainda que árduo, tornou-se mais facilitado por essa nossa postura. Em momentos de maior agitação, a simples ação de chamar o paciente pelo nome, concedendo-lhe assim um lugar, o seu lugar subjetivo, a palavra do clínico ganhava valor de ato, de contenção, chegando a dispensar procedimentos até violentos habitualmente utilizados nessas situações, por meio de contenção física ou mesmo medicamentosa. Desta forma, ao longo dos últimos anos, acompanhamos os casos que necessitavam de internação serem manejados somente através da palavra, obtendo a plena aceitação desta conduta por parte do paciente, uma vez que esta decisão era previamente construída com ele.

Esse chamar pelo nome era um convite para reiniciarmos o trabalho de contorno ao sujeito do inconsciente que se manifestava, naquele momento, de forma amorfa, confusa, chegando a gestos de agressão e desespero. Essa ação por parte do clínico evocava a atenção do paciente para si, convocando-o à proposta constante de retomar a palavra em lugar de ato, para realizarmos assim uma construção possível de seus pensamentos e sentimentos que lhe eram tão ameaçadores naqueles momentos.

[...] o sinistro da transferência ou então: as transferências decorrem da vivência de uma experiência do sinistro que a contratransferência tenta *teorizar* e, assim, tornar pensável com referência à experiência subjetiva de recepção pelo analista.

Com efeito, entre as dificuldades de nossa prática de analistas, não é das menores a de se manter *neste sítio do estranho* ou, como diria Freud, numa cena radicalmente diferente da do paciente (Fédida, 1988, p.79-80).

É através de sua prática clínica que o clínico tem a possibilidade de adentrar esse mundo estranho ao seu, referente ao psiquismo humano, numa tentativa de alcançar maior compreensão de sua dinâmica psíquica em auxílio do próprio paciente. Permaneceremos como estranhos, a serviço de uma possibilidade de construção de sentidos para com os pacientes e também conosco.

Fédida (1988, p. 82) comenta a respeito dos casos onde ocorrem a transferência delirante, sobre o risco de o analista ser tomado por pensamentos de onipotência. Imagino que este sentimento pode se referir aos sentimentos do próprio analista em relação ao paciente no sentido de se deixar tomar pelo *furor curandis*. Acreditamos que essa posição não seja apropriada para permanecemos no lugar concernente ao clínico. No entanto, em meio a esta tão delicada clínica, é comum a existência de sentimentos que atravessam o clínico e, nesse sentido, torna-se fundamental o seu processo pessoal de análise e supervisão. Assim, acreditamos igualmente que a escrita pode nos conceder a distância necessária para refletirmos nossa prática e deixar registrada a sua relevância.

Outra constatação a que chegamos, diz respeito ao tempo adequado que o clínico deve permanecer em atendimento às pessoas portadoras de sofrimento psíquico tão intenso. Por todos os pontos aqui levantados, concluímos que uma atenção redobrada deve ser dispensada a esta questão, ainda que se leve em conta a característica pessoal de cada profissional em lidar com tais aspectos.

Também foi possível observar que novos profissionais que adentraram ao serviço recentemente, já apresentavam, após um ano de ofício, manifestações físicas sintomáticas. Assim também temos constatado a ocorrência de um excesso de carga psíquica sofrida, sem condições de elaboração de seus conteúdos, manifestando desta forma os seus efeitos no próprio corpo do clínico. Porém também este aspecto seria merecedor de uma outra pesquisa.

Apesar de tantos casos que poderiam ser comentados ou aspectos importantes como os anteriormente levantados com relação à clínica em instituições de saúde mental, paradoxalmente escolhemos um caso acompanhado em consultório particular para tratarmos do tema a respeito de uma crise psíquica e

sua estabilização. Explicamos nossa escolha pelo fato de essa experiência ter permanecido como um importante ponto de reflexão a respeito de uma crise, seu significado, sua duração e o desfecho do processo crítico.

Outro dado de igual relevância foi marcado pelo fato de no consultório não dispormos das facilidades - e dificuldades - em tratar de um paciente gravemente adoecido com o auxílio de uma equipe multiprofissional, defrontando-nos fortemente, assim, com a solidão com a qual o clínico tantas vezes se depara em seu ofício, ainda que acompanhados por supervisão clínica e em análise pessoal.

Para concluirmos a questão da crise provocada pela mudança em nossas atividades profissionais, mencionaremos Ortega y Gasset (1982) quando diz:

[...] crise é senão o trânsito [...] consiste em duas rudes operações:

- uma, desprender-se daquele úbere que amamentava nossa vida (não se esqueça que nossa vida vive sempre de uma interpretação do universo)

- e outra, dispor sua mente para agarrar-se ao novo úbere, isto é, ir-se habituando a outra perspectiva vital, a ver outras coisas e ater-se a elas (p. 184).

Marcamos então, que este exato período do “trânsito”, assim referido por Gasset, foi o que denominamos por crise pela qual atravessamos. Foi um período com acentuados sentimentos de incerteza, indecisões e receios em meio à uma mudança que se fazia necessária. Desta forma, também concluimos que uma crise pode apresentar-se em suas mais diversas manifestações, exigindo cuidados de igual forma distintos.

Nem sempre expressa por uma agitação motora, estados de confusão mental requerendo intervenções mais drásticas como internações, medicações etc., uma crise pode ocorrer de forma aparentemente branda, porém sempre acompanhada de sentimentos contraditórios e até mesmo confusos, trazendo sofrimento enquanto não elaborados.

A decisão em deixar a clínica nessa instituição de saúde mental, foi acompanhada pelo processo de uma forçosa elaboração de um luto, ou melhor, de vários lutos. No entanto, a partir das muitas reflexões a respeito deste processo, não pudemos deixar de concluir ter se tratado da melhor decisão. Como já dito, os limites estavam expressos fisicamente e justamente por considerar o saber inconsciente como o melhor indicador de nossas decisões, a conclusão dessa passagem para uma nova situação recebeu novo ânimo e incentivo.

Esta pesquisa vem representar o fechamento, uma possível elaboração a respeito de um tema por nós trabalhado ao longo dos anos: uma crise psíquica e sua elaboração, ou sua estabilização em psicopatologia fundamental. Encontramos nesta abordagem teórica o incentivo para a busca do fundamento do tema sem, no entanto, acreditar termos chegado às últimas conclusões a seu respeito.

CAPÍTULO 2

O MÉTODO CLÍNICO

Nihil est sine ratione.

Traduz-se: nada é na verdade sem fundamento.

(Berlinck, dez. 2010, p. 553)

A partir de um caso clínico por nós acompanhado em consultório particular, o interesse a respeito dos diversos sentidos que uma crise psíquica pode alcançar, convocou-nos a um aprofundamento sobre este tema.

Para tratarmos da singularidade da crise vivenciada por Liz e sua possibilidade de estabilização, optamos pela construção da narrativa clínica para pensar o caminho que havíamos percorrido. Este método clínico de pesquisa é considerado um meio eficaz a ser empregado em Psicopatologia Fundamental.

A Psicopatologia Fundamental foi criada por Pierre Fédida, na Universidade de Paris VII - Denis Diderot, na década de 1970, ela se articula desde o início, a uma longa e rica tradição que remonta a Grécia Antiga, com Hipócrates: a da investigação do *pathos* psíquico. Ela foi criada visando resgatar essa tradição e oferecer uma alternativa para o evidente empobrecimento da psicopatologia (Berlinck, dez. 2010, p. 552).

Comenta-nos Fédida:

Já nos anos 80 observa-se um enfraquecimento da psiquiatria graças ao desenvolvimento das neurociências, tal como elas se apresentam hoje, mas sobretudo ao extraordinário impulso da farmacologia. E se a psiquiatria se enfraquece, paradoxalmente a psicanálise também se enfraquece. Preocupei-me, então, em incentivar a Psicopatologia Fundamental criando, inicialmente,

um Laboratório e, em seguida, uma formação de doutorado em Psicopatologia Fundamental (p. 168).⁴

Fédida se refere ao enfraquecimento da psiquiatria no sentido desta deixar de ser uma disciplina clínica para tornar-se “uma pragmática da prescrição: prescrição social, medicamentosa” (p. 169).

Berlinck (2010), como pioneiro na transmissão e prática da Psicopatologia Fundamental no Brasil, menciona que esta Psicopatologia aspira aos fundamentos que perpassam o representar humano, antes mesmo de ele se dedicar apenas a fundamentar os enunciados. “A aspiração a fundamentos, dominante por toda parte, exige o aprofundar daquilo que vem ao encontro, ou seja, daquilo que é natural, que merece observação e solicita representação” (p. 554).

O autor comenta, ainda, que o termo fundamental revela, traduz, reporta-se a grande importância da subjetividade como princípio inerente e indispensável a esta Psicopatologia.

O método clínico se constituiu pelo interesse da verdade do acontecimento, pautando-se no conceito de que toda natureza, enquanto fundamento e causa, possa ser descoberta pelo acontecimento. Dessa forma, o caminho é o de desvelar o que está no acontecimento⁵.

Encontramos na clínica o local propício para a realização das investigações a respeito do *pathos* psíquicos.

Neste sentido, comenta Berlinck (2009):

Se levamos a sério o significado da palavra *psicopatologia* – discurso (*logos, logia*) da paixão, do afeto (*pathos*) psíquico

4. Entrevista com P. Fédida concedida a Paulo Roberto Ceccarelli em Paris, no dia 27 de julho de 2000, e publicada na Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, IV, 1, 168-174, mar. 2001.

⁵ Berlinck, M. – Comunicação oral no Seminário sobre o Método Clínico, 2º Sem. 2008, Programa de Pós Graduação Pontifícia Universidade Católica.

seremos, imediatamente, remetidos ao método clínico: espaço percorrido a caminho da palavra representante desse sofrimento.

O método assim entendido contém uma lógica que não é formal e se revela pela narrativa construída pelo médico e o paciente na situação clínica (p. 441).

Berlinck comenta que o fundamento do método clínico está baseado nos movimentos culturais ocorridos no século XVIII, o Naturalismo e o Iluminismo. O Naturalismo tinha como pressuposto a observação desinteressada da natureza, de onde decorreram os sistemas de classificação. Essa observação desinteressada passa a neutralidade valorativa como determinante do método clínico. Tal ideia valorativa “que pretende captar o objeto tal como ele se manifesta na natureza, influenciará as ciências exatas e as ciências humanas” (Berlinck, dez. 2007, p. IX).

A respeito desta posição valorativamente neutra, marca o observador como “capaz de apreender sensivelmente o mundo sem se imiscuir nele por meio de visões ou de preconceitos” (Berlinck, set. 2007, p. IX).

Ainda que as posições Iluminista e Naturalista não atendam aos ideais científicos, Berlinck comenta sobre o esforço realizado para alcançar a metodologia científica, apontando os dois recursos empregados para tal:

- A formulação precisa dos “seus preconceitos e valores decorrentes da posição que ocupa”, visando desta forma minimizar o viés assegurando uma observação mais objetiva (Berlinck, dez. 2007, p. XI).
- O reconhecimento, proposto por Freud, do fato de que “a natureza é inapreensível e que a narrativa científica ocorre tendo como paradigma a ficção. Assim, o relato do caso clínico não corresponde à realidade objetiva porque inclui não só aquilo que determina a posição do observador, mas, também, aquilo que, provindo do objeto, determina o pensamento do observador” (Ibid., p. XI-XII).

Tais pontos são ainda hoje, fundamentais para o empreendimento de uma análise isenta de valores e conceitos prévios, o que garante à psicopatologia

fundamental, o seu caráter de considerar a singularidade de cada caso clínico a ser tratado.

Neste sentido, a crise de Liz já vinha carregada de uma tradição psicopatológica, ao ser constantemente enquadrada em conceitos fechados a seu respeito, ofuscando assim uma visão mais clara, nítida, de seu processo.

Melhor exemplificando, o diagnóstico médico de Liz vinha marcado por números especificando um ou mais transtornos explicitados no Código Internacional de Doenças que, denotando toda imparcialidade e concretude que uma referência numérica pode traduzir, também não revelavam os verdadeiros sentidos do *pathos* por nós presenciado. Neste aspecto, na narrativa realizada optamos por utilizar o termo “indivíduo” nas referências à Liz, no sentido de enfatizarmos sua singularidade.

A Psicopatologia Fundamental nos abre espaço para o estudo do vivido na clínica e não se atém a identificação das estruturas patológicas pré-fixadas pela Psicopatologia Geral (Geron, 2010, p. 22).

O que esta crise estaria, especificamente, expressando? Qual o sentido de uma estabilização para Liz, dita não alcançada, pelos médicos e instituição que a trataram?

Encontramos pela narrativa deste caso, uma forma de resgatar os acontecimentos que compuseram a história de Liz, os sentimentos por ela trazidos e as lembranças de suas vivências possibilitando-nos assim alcançar algum entendimento, porém não todo, de sua dinâmica psíquica.

Aprendemos em Psicopatologia Fundamental a importância de entendermos o sujeito trágico que é constituído e coincide com o *pathos* enquanto sofrimento, paixão, e passividade.

Este sujeito, que não é nem racional nem agente e senhor de suas ações, encontra sua mais sublime representação na

tragédia grega. O que se figura na tragédia é *pathos*, sofrimento, paixão, passividade que, no sentido clássico, quer dizer tudo o que se faz ou que acontece de novo, do ponto de vista daquele ao qual acontece. Nesse sentido, quando *pathos* acontece, algo da ordem do excesso, da desmesura se põe em marcha sem que o eu possa se assenhorear desse acontecimento, a não ser como paciente, como ator (Berlinck, 2008, p. 18).

A narrativa então propõe uma linguagem sobre o sofrimento, lançando mão do recurso mito-poiético epopeico para permitir a experiência. Diante da subjetividade constituída a partir desse encontro analítico, pudemos construir uma forma possível de Liz encontrar um espaço para se colocar, uma forma possível de se revelar e, assim aproximar-se de si mesmo. Foi através do excesso de seu sofrimento que ela sucumbiu a uma crise, que parecia não ter mais fim.

Foi necessária a especial atenção na constituição e manutenção de um espaço clínico marcado por uma total suspensão de valores, de censura, ou avaliação dos conteúdos trazidos nas seções.

Berlinck comenta, em “O método clínico 4” que:

Desde o Novo Testamento, a crise é vista como uma possessão que solicita limpeza, purificação e o pagamento de uma dívida através do sacrifício. Nesse sentido, a superação da crise abre espaço para o trabalho ascético do cuidado de si por si mesmo tão bem narrado por Foucault (em *Hermenêutica do sujeito*, 2007). [...]

A tradição crítica que frequentemente condena a obra do outro é um recurso que serve para apequenar, diminuir e condenar o outro e nos afasta da narrativa psicopatológica cuja origem é o estranhamento provocado pela loucura, pelo sofrimento psíquico.

Nossa posição como clínico visou conhecer outras posições que não apenas a encontrada pelo saber médico. Intrigava-nos o lado obscuro, silencioso, ou talvez silenciado, que Liz apresentou desde sua chegada à nossa clínica. Como águas profundas e escuras, mereciam uma meticulosa investigação.

A este respeito Magtaz tece o seguinte comentário:

Enquanto esta [referindo-se a Psicopatologia Geral] procura uma abordagem objetiva e geral das doenças mentais, a Psicopatologia Fundamental procura abordar as crises psíquicas de uma forma subjetiva e específica. Esta especificidade está referida a uma posição clínica ocupada pelo psicoterapeuta em contato com seu paciente e em contato com diferentes saberes (Magtaz, 2008, p. 34).

Observamos, desde Freud, a fundamentação de suas teorias pelos comentários realizados a partir da narrativa de seus casos clínicos, deixando-nos uma valorosa herança. Dentre várias posições optamos pela psicanálise, como norteadora de nossa investigação. Retomando Berlinck, “psicanálise é a casa mais confortável existente na contemporaneidade para a Psicopatologia Fundamental” (Berlinck, 2008 p. 24).

A visão oferecida pela psicanálise possibilitou-nos uma compreensão da dinâmica psíquica de Liz, ao trabalharmos os conceitos desenvolvidos por Freud sobre os princípios tóxico, econômico e dinâmico de funcionamento do aparelho psíquico, e assim pensarmos na possibilidade de estabilização. Os efeitos da pulsão nos propiciou a reflexão sobre os determinantes de seus sintomas e, a respeito do Princípio do Prazer e de Realidade, refletimos a relação de Liz com o mundo externo.

Finalizaremos com a seguinte citação de Berlinck (set. 2009), que para nós explicita de forma clara e concisa, as finalidades do método clínico:

O método clínico, desencobrendo pela palavra o encoberto, revela a verdade sempre provisória, evanescente do afeto: o *pathos* psíquico. Colocar em representação o *pathos* é produzir um conhecimento do humano, pois transforma aquilo que é singular e obscuro no que é claro, abrindo oportunidade para o coletivo. Enquanto internas, as representações obscuras são vivências que podem se transformar em experiências, isto é, em representações socialmente compartilhadas (p. 443).

CAPÍTULO 3

CASO CLÍNICO

O que alguém é e tem em si mesmo, ou seja, a personalidade e o seu valor, é o único contributo imediato para a sua felicidade e para o seu bem-estar.

Schopenhauer, 2006, p. 15

Liz chegou ao consultório acompanhada de sua irmã mais velha, Suzana. Ainda na recepção, chamei-a pelo nome, convidando para que entrasse na sala de atendimento, porém quem se levantou foi a irmã que, estendendo-lhe a mão, disse: venha!

Ambas entraram no consultório como sendo normal o fato de Liz *ter de ser conduzida*. A primeira impressão que Liz causou foi de alguém apático, totalmente alheio ao ambiente que a rodeava. Alguém se deixando levar.

Com aparência de total indiferença sentou-se na primeira cadeira que viu ao entrar no consultório. A irmã, mesmo antes de sentar-se, iniciou sua fala explicando os motivos que as traziam ali: *“O pedido do médico psiquiatra, uma vez que o tratamento em um Caps e o uso das medicações recomendadas, não trouxeram nenhuma melhora ao seu quadro”*.

“Aos 17 anos Liz adoeceu. Começou a ficar esquisita, brigando com todo mundo lá de casa e não ouvia ninguém. Achavam-na muito nervosa, não conseguia mais dormir”. Liz permanecia calada e com aparência distante.

A opinião de Suzana sobre a mudança da irmã era ambígua, uma vez que *“sempre a considerou irreverente, fazia só o que gostava e era muito desobediente. Ela começou a ouvir vozes, igual a minha mãe”*. A avó materna já tinha problemas de saúde e a mãe delas adoeceu mentalmente quando ainda eram pequenas, *“nunca mais voltou ao normal”*.

Em seguida seu pai chega ao consultório, combina os termos necessários para o início do tratamento. Diz não poder permanecer mais tempo para contar alguns fatos a respeito do adoecimento de Liz, e solicita um novo horário para fazê-lo. Pergunto a Liz sobre o que pensa a respeito de realizarmos os atendimentos solicitados pelo seu pai, ao que responde com indiferença: *“meu pai acha que devo ser tratada por um psicólogo, eu obedeço”*.

Observo que sr. Aldo demonstra grande indiferença em relação a Liz. Mantém o olhar fixado em mim e eventualmente se referia a Suzana. Pouco tempo depois de ter chegado ao consultório olha para Suzana dizendo que precisaria se ausentar e que ambas voltassem para casa após o término do atendimento. Levanta-se olhando para Suzana e, com um rápido aperto de mão, despede-se. Liz parece não existir para ele, assim como igualmente, ela parece não perceber ninguém mais na sala além de si própria. Nesse primeiro encontro limitou-se a poucas palavras demonstrando o motivo pelo qual estava ali, deixando a mensagem que *“era uma menina obediente”*.

No atendimento individual realizado posteriormente com o pai de Liz, este relatou o seguinte a respeito da infância da filha: até a idade em que ele residiu com as filhas *“ela foi uma criança alegre, a mais esperta e brincalhona, sem problemas escolares ou nos relacionamentos. Mas tudo se inverteu”*. Na época em que a esposa adoeceu, Liz tinha quase dois anos, e a crescente preocupação em lidar com a doença da esposa não lhe permitiu dar mais atenção às filhas.

“Nenhum tratamento resultava em uma solução duradoura para o caso da minha esposa [semelhante a queixa trazida em relação a Liz]. Ficava melhor um tempo, depois piorava novamente”.

Ao ser questionado a respeito de mais detalhes sobre a doença da esposa, limitava-se a dizer: *“Estava louca, completamente louca. Gritava pela casa e chorava muito”*. Pergunto o que gritava e o motivo do choro, ao que respondeu não saber. Suas respostas eram sempre curtas e evasivas, demonstrando não compreender muito além do que já havia dito.

Nesse relato o sr. Aldo se emocionou, chegando às lágrimas, deixando transparecer certa angústia frente ao vivido com sua esposa, sentimentos que deveriam estar sendo atualizados com sua filha. No entanto, a tristeza foi logo abandonada, suas lágrimas enxugadas e retomada sua postura de praticidade e objetividade frente às questões que vinha enfrentando, o que pareceu revelar o modo como enfrentava o seu dia a dia.

Relatou que, somente ao ter alcançado seu objetivo profissional, pensou em casar-se com a “namoradinha” que tinha já há algum tempo. Casados, mudaram-se para outro Estado. Viajava constantemente a trabalho. Apesar de não querer explicitar o que realmente fazia, demonstrava ter tido algum envolvimento político, denotando ser um cargo de pouca relevância.

Chamava atenção a distância que o sr. Aldo mantinha entre a profissão e sua convivência familiar. Atribuía às causas do adoecimento da esposa, à timidez excessiva da mesma e ao pouco tempo que ele tinha para sair com a família.

Quanto ao nascimento das filhas, comenta que só a mais velha foi planejada, *“da segunda fiquei sabendo quando ela já estava grávida. Aí a gente tem que levar adiante, não é?”*

Na época desta entrevista o sr. Aldo se dizia fora de sua profissão, *“ajudava um amigo”*. A condição financeira familiar era *“confortável”*, segundo ele. Nesse aspecto, sua fala contrariou as restrições financeiras a que as filhas eram submetidas por ele, o que ficou mais explicitado no decorrer do tratamento.

Desta forma, o sr. Aldo foi se revelando uma figura pragmática, centralizadora demonstrando muito pouco suas emoções.

Retomando a infância de Liz, mencionou que com o adoecimento da esposa, *“foram anos difíceis, tive que dar conta de tudo”*. Só quando as crianças estavam em *“total abandono”*, Liz já estava com cinco anos nessa época, recorreu à uma serviçal para ajudá-lo nos serviços da casa e nos cuidados para com as filhas. Mencionou os seguintes adjetivos a respeito das mesmas, ao explicitar o estado que se encontravam: *“Mal alimentadas, cabelos desgrehados e cheios de piolhos, vestidas com roupas sujas e amarrotadas”*.

Após ter tentado diversos tratamentos para a esposa, quando Liz tinha entre sete e oito anos decidiu deixar as filhas e a esposa com a família dela, em sua cidade natal.

Comentou o paulatino distanciamento de Liz, na medida em que ligava mensalmente para conversar com ambas e só Suzana atendia as suas ligações. O sr. Aldo atribuía ser “*o jeito dela*” o fato de não querer atender aos seus telefonemas. “*E eu deixava pra lá*”.

Outro dado que merece destaque é que pouco antes do adoecimento de Liz, o sr. Aldo decidiu legalizar a sua separação indo, pela primeira vez, até a cidade onde a esposa e as filhas residiam. Isso ocorreu 10 anos após tê-las deixado. Esse momento tornou-se um marco na doença de Liz.

Sobre a doença da filha comentou que “*Liz, ao concluir o colegial iniciou um estado de irritabilidade, desobediência, comportamentos estranhos e desafiadores para com os familiares, o que não só os incomodava, mas também foram considerados fora do habitual*”. Sugeriu, na época, que a levassem a um psicólogo, o que não aconteceu.

O estado da filha se encaminhou para um crescente isolamento, sendo marcado por “*conversas sozinha pelos cantos da casa*” e acentuado aumento de seu desinteresse pelas atividades cotidianas, inclusive no que se referia aos cuidados pessoais. Desta forma, não conseguiu mais dar continuidade aos estudos. “*Parecia ter criado um mundo à parte, ficava conversando com as vozes*”, segundo os comentários dos familiares que a acompanhavam.

O que mais o preocupava desde o início e durante todo o processo do tratamento, eram as vozes que ela dizia ouvir e o fato de não conseguir “*lidar*” com elas, ou “*deixar pra lá*”, seguindo o seu conselho.

Como já havia a proposta de trazer Suzana para residir com ele, a fim de que desse continuidade aos seus estudos, resolveu assumir também o tratamento da filha recentemente adoecida.

Continuando o histórico de Liz, já em companhia do pai aqui em São Paulo, a mesma iniciou um tratamento psiquiátrico onde recebeu o diagnóstico de esquizofrenia.

Todas as medicações chamadas de “nova geração” vinham sendo experimentadas em seu caso, obtendo resultados semelhantes, ou seja, alguma melhora inicial, mas aos poucos o retorno de seus sintomas acompanhados por um aumento crescente de sua apatia e a constância das vozes.

No decorrer do tratamento tomamos conhecimento que a medicação era manipulada pelo pai, conforme Liz comentava em suas sessões de análise. Caso ela se sentisse mais “agoniada”, recebia mais remédio.

A avaliação que o sr. Aldo fazia do estado da filha estava sempre atrelada ao fato de ela estar ou não realizando seus afazeres domésticos, se estava “se atualizando” com noticiários na TV ou lendo jornais, quando voltaria a estudar, enfim, o que Liz poderia estar “produzindo”. Essas preocupações pareciam ser mais importantes do que a compreensão do sentido da doença que a dominava, do seu sofrimento e a maneira como poderiam lidar com esses fatos.

Quando os médicos que a acompanhavam “*não faziam o que acreditava ser o melhor em determinadas situações, ou seja, mudar a medicação*”, eram substituídos.

O fato é que, ao nos situarmos na mesma rede de avaliação realizada pelo pai, correríamos o risco de abandono do tratamento, caso o mesmo não pudesse ser manejado a contento.

Liz

A aproximação de Liz foi muito lenta. Nossa preocupação inicial em casos graves como este se pautava na forma como poderíamos nos aproximar destes

pacientes. Liz permanecia alheia a tudo e a todos, ao menos aparentemente. Quando vinha ao consultório, o fazia “*por ter sido trazida. Por mim não teria vindo*”, dizia com frieza. Mas já que estava ali, era-lhe proposto que falasse o que havia acontecido. Foi assim que começamos os atendimentos que se estenderam por três anos.

O primeiro assunto que trouxe, foi a respeito das vozes que ouvia. Era o que mais a atormentava. Quando questionada a respeito do conteúdo das mesmas, mencionava várias razões. As vozes diziam-lhe que ela iria saber todas as respostas. Respostas a que perguntas?

“Houve um assassinato que presenciei no banheiro da faculdade quando fui fazer o vestibular. Presenciei um assassinato de uma menina de 15 anos, mais ou menos. [idade próxima à época em que adoecera]. O Prefeito sabe que eu vi tudo. As vozes dizem que haverá uma represália.”

Esse “fato” a apavorava, mas as vozes, neste momento representando também um certo consolo, diziam-lhe o que fazer o tempo todo. Não era especificado exatamente “*o que fazer*”, ainda não havia uma resposta, mas sim uma promessa de que um dia saberia. Promessa essa que a mantinha fielmente “*à escuta*”.

Existiam também as vozes más, que a castigariam caso as desobedecesse, pois “*ficarei cheia de angústia*”.

Portanto, Liz estava sempre “cheia”: ou das vozes ou de angústia. Parece que esta foi a forma de lidar com o vazio de si, insuportável, provocando a emergência que a convocava a procurar um sentido possível à sua existência.

As vozes tentavam dar respostas, mas sempre que questionado o seu conteúdo, Liz muitas vezes não sabia o que dizer, mantendo-se presa a uma (in)certeza: “*não sei ainda, mas irei saber*”.

Se as vozes a atormentavam, Liz dizia “*sei que elas irão embora um dia ... talvez amanhã*”. O “talvez amanhã” parecia manter um fio de esperança.

Relatava que as vozes mandavam em sua vida, dizendo-lhe para não realizar os afazeres domésticos, pois ficaria muito angustiada. Fomos construindo o

que Liz pensava a respeito desses “afazeres”. Inicialmente, para ela, tudo ficava por conta de sua doença, ou seja, “*a voz não deixa, sou uma doente*”, mas uma outra realidade foi se constituindo à medida em que pôde ser ouvida: pode constatar que não gostava de realizar essas tarefas. “*Nunca precisei fazê-las enquanto residia com minha mãe, avó e os tios. Também acho injusto que atualmente tenha que fazer tudo sozinha em casa. Meu pai sai para fazer algum trabalho fora, e Suzana, tira o corpo fora. Sobra tudo para mim.*” O que sobrava para Liz? “*sobrou eu ter que fazer o que eles querem que eu faça*”.

Desta forma, Liz começou a pensar sobre sua vida, manifestar sua percepção a respeito da dinâmica familiar, tentando construir um novo lugar para si, alegando que, “*se o pai e irmã têm outras ocupações, eu também tenho um tratamento a fazer*”.

À medida que algum saber foi sendo construído, sua angústia foi diminuindo. Nesse momento do tratamento chegou a dizer que estava trocando as vozes pelas conversas com a analista. Desta forma, solicitava sessões extras quando estava com algum problema que a atormentava ou, ainda, quando algum sentimento de angústia irrompia ao se sentir maciçamente cobrada ou criticada em casa, pois dizia que permaneciam refratários a quaisquer outras formas de compreensão a seu respeito.

Apesar da total indiferença demonstrada por Liz no início do tratamento, com o decorrer das sessões ela foi se tornando cada vez mais presente ao relatar suas vivências, mais próxima de si, demonstrando confiança diante da escuta que lhe era oferecida.

Assim, foi deixando a apatia e encontrando mais ânimo para vir aos atendimentos. Parecia que algum sentido de sua vida fora reencontrado. Iniciou pequenas atividades fora de casa, como também voltou a frequentar uma igreja – a mesma da religião paterna -; responsabilizou-se por fazer sozinha os exames clínicos que eventualmente os médicos solicitavam, enfim, atividades que representavam para ela “*estar tomando conta de suas coisas*”.

À medida que conseguia realizar pequenas tarefas cotidianas, também foram surgindo alguns projetos que lhe traziam motivação. Esses eram ouvidos em

sua análise e incentivados, ao serem apontados seus recursos, ressaltados a partir de alguma experiência por ela já vivenciada.

Caso não obtivesse êxito em sua realização, o que por várias vezes ocorreu, Liz não era acusada ou desacreditada, mas sim enfocados os aspectos que haviam dado certo, no sentido de construirmos uma possibilidade de realização. Incentivávamos, assim, a construção de uma nova forma de mantê-la retomando sua vida.

Essa postura foi lhe propiciando uma maior segurança para enfrentar as dificuldades encontradas, também em suas tentativas de resgate do convívio social. Desta forma, o efeito de seu tratamento ia constituindo borda à angústia que lhe invadia. Pudemos observar, nessa fase, seu processo de estabilização.

No decorrer dos três anos de atendimento, esse foi o melhor período. Com menos angústia e melhor ânimo, já conseguia cuidar de suas coisas. Havia iniciado um curso de informática e estava conseguindo realizar algumas atividades práticas como tricô, que *“havia aprendido com a mãe”*. Estava se sentindo mais *produtiva*. Atendendo dessa forma a demanda paterna?

Um fato importante ocorreu nessa época: seu pai havia conhecido uma “ex-paciente psiquiátrica” em um grupo de auto-ajuda que frequentava *“em busca da cura da filha”*. A mesma passou a frequentar sua casa, tornando-se sua nova companheira e muito amiga de Liz.

Chamaremos de Wilma essa namorada do pai. Inicialmente a mesma vinha exercendo algum bem-estar a Liz quando, por compaixão, dividia com ela os trabalhos domésticos e a auxiliava nos cuidados pessoais.

Nesse período, talvez pelo posicionamento de Wilma em relação a Liz, o sr. Aldo logo se desinteressou pela namorada, o que preocupou e muito entristeceu a filha.

Apesar de sua melhora, Liz não deixara de tentar satisfazer a demanda paterna. Pensamos que por este motivo começou a queixar-se muito por querer melhorar ainda mais a situação em que se encontrava. Queria *“a cura completa. Ser aquela menina de antes que estudava, tinha amigos, fazia*

teatro". Nada parecia satisfazê-la. Ainda que houvesse se queixado tanto "da pressão" exercida em casa, parecia repetir tudo o que ali ouvia como se fosse seu próprio querer.

Em seu processo de historicização, começou a lembrar de sua experiência com o teatro. Mencionou seu primeiro e único relacionamento sexual com um colega. "*Estranho, não senti nada. Foi tudo estranho.*" Começaram a namorar, mas não sabia se realmente gostava dele, "*talvez*". Mais uma incerteza em sua história, mais uma estranheza, também diante de sua sexualidade.

Comentava que não tinha com quem dividir essas coisas na época, "*pois a irmã provavelmente iria me criticar*". Mostrava, assim, a ausência de pessoas com quem pudesse se abrir e obter alguma orientação sobre sua vida sexual, apesar de mencionar ser a irmã uma "*amiga íntima*".

Nessa fase do tratamento, concluiu também que "*era estranho o fato de ter considerado minha irmã como tão íntima, afinal não nos dávamos tão bem assim*". Liz dizia sentir-se diferente, uma estranha.

Neste processo de historicização⁶, de suas vivências, ocorrido em seu tratamento, no qual foi tecendo sua história como se estivesse cerzindo os pontos que permaneceram soltos em consequência de sua crise, foi conseguindo conferir sentidos às suas experiências.

O início de sua doença - aos 17 anos, na época do seu adoecimento "*quando viu o assassinato*" - coincide com o momento em que seu pai tinha ido legalizar o divórcio com sua mãe, programando levar sua irmã para morar com ele em outra cidade. Nessa época Liz estava prestando o vestibular.

Chorava ao relatar que não queria ver os pais separados. "*Aquilo tinha sido macumba de sua tia. Tenho certeza. A tia era invejosa e não queria vê-los juntos*". Um delírio preenchendo a lacuna deixada pela legalização da separação dos pais ou uma negação diante de uma situação não desejada?

⁶ Segundo Soler (2007, p. 198) o processo de historicização introduz coerência, continuidade na história do indivíduo.

Relatou que quando ainda residia com a mãe, ia à igreja em busca da cura de sua mãe. “*Sofria ao ver minha mãe sofrer*”. Pensou algumas vezes “*eu poderia trocar de lugar com ela*”. Evidenciando a sua condição de não ter um lugar próprio?

Chamou-nos a atenção o fato de nesse momento de seu tratamento, Liz retomar os fatores desencadeantes de sua crise. O que estaria evocando estas lembranças?

Ao trabalharmos as questões relativas à dinâmica familiar trazidas por Liz, comenta o seguinte: “*Só assim, na sua presença* [referindo-se à analista], *fica mais fácil falar o que penso*”, principalmente em resposta às insistentes demandas que lhe eram feitas com relação ao seu pragmatismo.

No entanto, em um desses atendimentos, surge um impasse em que Liz se posiciona de uma forma completamente resistente ao que lhe era colocado por seu pai e irmã. Mesmo que já houvesse concordado com alguma proposta anteriormente realizada por parte deles, negava-se a aceitar qualquer coisa. Provavelmente demonstrando concretamente o que sentia no seu dia a dia, ou seja, tudo o que ela propunha era por eles recusado.

Visando manter a possibilidade de diálogo entre eles, realizo uma pontuação no tocante à sua postura de contradizer qualquer ponto que pai e irmã viessem a lhe colocar. Liz me olha fixamente, e diz: “*Desta forma você me derruba*”.

Naquele momento, sua sensação foi de separar-se da analista, cuja fala fora interpretada por ela como tendo sido “*colocada na parede*”. Pareceu reviver transferencialmente a situação traumática causada pela sensação de abandono frente as separações (do pai, da irmã, da mãe e agora da analista).
Experiencia a sensação de depressividade

Nessa fase do tratamento seu pai havia rompido definitivamente com a namorada e, paralelamente, acentuava-se o inconformismo de Liz por não ver sua mãe há tanto tempo, culminando em um confronto com seu pai, à medida que o mesmo não cedia de sua opinião, que, mais uma vez, era contrária à sua vontade de viajar para ver a mãe. Observamos, assim, um desânimo crescente em Liz.

Apesar de o trabalho realizado ter apontado as melhoras do estado de Liz, o pai a leva a outro médico na tentativa de *“aumentar a melhora da filha”*. Ocorreu então uma drástica mudança em sua medicação, deixando-a apática novamente.

Assim, Liz foi desistindo de se comunicar em casa, motivo pelo qual fizemos a indicação de um acompanhante terapêutico, objetivando mantê-la vindo ao tratamento e realizando algumas atividades fora de casa. Porém essa sugestão não foi aceita pelos familiares. Permaneceu ausente do tratamento por mais de um mês.

Liz, voltando a frequentar a análise, confidencia que pensou em fugir para voltar à casa da mãe. Falava da mãe com carinho e comentava que sua irmã, ao ouvi-la, questionava o porquê de ela não atender a mãe ao telefone, quando esta ligava. Liz não conseguia responder. Cada vez que era enfrentada se sentia destruída. Não encontrava novas respostas às situações que se impunham. Reagia como que engolida por um Outro que não lhe dava chances de quaisquer palavras. A realidade tornava-se mais uma vez absoluta, sem uma separação possível.

Sentia-se perdida novamente. Não sabia mais quem era. Não conseguia mais falar com seu pai. Lembrou-se que sempre achou que *“ele só gostava da minha irmã”*. A única vontade manifestada era a de poder ver a mãe, ao que o pai colocava como impossível, a menos que *“melhore, trabalhe e pague sua passagem para conseguir realizar esta visita”*.

Segundo Liz, quando ela saía para procurar emprego, sua irmã ria dizendo-lhe: *“Claro que não vai conseguir nada, olha o jeito que se veste, não consegue nem atravessar uma rua sozinha!”*

Liz lembrou-se que já havia trabalhado fora ajudando a tomar conta das primas pequenas quando moravam com a tia, também sua madrinha, que ocupou um lugar especial em sua vida, pois *“confiava nela”*.

Foi com ela que Liz teve seu primeiro emprego, recebendo alguma quantia em dinheiro o que lhe dava uma sensação de muita liberdade e estímulo para

traçar projetos de viagens ao exterior com um namorado, de preferência escondido de todos - irmã, avó e tios -, pois provavelmente não a deixariam ir.

Nessa etapa do tratamento as relações familiares permaneciam engessadas. Talvez fosse esta a forma para a manutenção da loucura na família, hipótese mantida até o final dos atendimentos.

Esse período foi também acompanhado por mais uma mudança de medicação, frente ao descontentamento do pai a respeito do comportamento de Liz, o que não coincidia com a nossa opinião.

O que ocorria era que, depois de muito tempo, Liz conseguia expressar suas vontades, as quais não combinavam com a opinião do pai e da irmã. Mas não havia nenhuma escuta por parte deles ao que ela falava ou fazia. Era este o motivo de ter recaído a uma situação de total desânimo.

Em reação à nova medicação, Liz se tornou mais apática, sonolenta e sem vontade alguma de sair de casa, mais especificamente de sua cama onde permanecia “ouvindo vozes”. Mais uma vez permanece longe da análise por quase dois meses.

Nova troca de medicação fora proposta por outro médico, mediante da piora de quadro, obtendo desta vez uma reação completamente adversa. Liz tornou-se irritável, não suportando nenhuma opinião diferente da sua, passando a agredir com palavras e atitudes principalmente o pai. Aos gritos dizia que o pai era um assassino e seria descoberto a qualquer momento. (Seria visto por ela como um assassino de seus desejos? Por outro lado, ela não conseguia desprender-se da vontade de satisfazer as vontades de seu pai, como forma de agradá-lo, de estar próxima a ele. Voltou a sentir-se completamente impotente.) Esse episódio culminou em sua primeira internação, uma vez que em casa não conseguiam mais “contê-la”.

Parece que só em crise Liz encontrou novamente uma forma de expressar sua raiva por não ser considerada naquilo que não era igual ao pai ou à irmã. Só em crise conseguia gritar bem alto para ser ouvida por todos.

Liz permaneceu três meses internada, período em que o pai inicialmente vinha ao consultório, dizendo-se triste ao ver o estado da filha que se recusava recebê-lo. Nas visitas que Suzana lhe fazia, mostrava-se agressiva ao ouvi-la falar do pai, gritando, ameaçando bater nela caso continuasse a fazê-lo. O sr. Aldo ao telefonar-me para dar essas notícias sobre Liz, comentava “*ela esteve tão melhor*”.

No período da internação, o pai e sua ex-namorada visitavam-na constantemente no Hospital. As duas se davam bem, segundo o sr. Aldo. Inclusive nas visitas Liz passou a aceitar somente a sua presença.

Mais uma vez se evidenciava a hipótese de que para Liz, só era possível uma identificação enquanto louca, diante a escolha paterna por mulheres com esta qualificação. Se tudo o que Liz almejava não era “possível” aos olhos de seu pai e sua irmã, só restava-lhe permanecer identificada com a figura materna – louca, ainda que não o fosse, podendo assim permanecer ao lado de seu pai? A revolta manifestada nesta última crise seria uma tentativa de resistência em ser tragada pela demanda do Outro? A realidade se colocava de forma soberana, ameaçando-a de aniquilamento.

No decorrer desse período de internação não foi possível atendê-la por impedimento da instituição que a tratava, ao não permitir o atendimento por profissionais de fora.

Quando saiu do hospital seu estado era bastante lentificado, física e mentalmente, tornando-se difícil o seu atendimento. Não conseguia fixar-se em nenhum assunto, mas mesmo assim comparecia às sessões deixando transparecer que a simples companhia da analista, ou o espaço de suas sessões, de alguma forma causavam-lhe algum bem-estar. Ali estava fora de sua casa, do convívio opressor em que vivia. Mas não estava livre de seus próprios sentimentos.

Na medida em que foi diminuída a sua medicação, pôde começar a falar um pouco mais. Estava com planos novamente. Resolveu que queria fazer Enfermagem, como a “*enfermeira que tinha conhecido no hospital*”. Interessante perceber que a descrevia como uma pessoa assertiva e

autoritária, muito parecida com a posição descrita a respeito de seu pai e de sua irmã.

Mas logo depois de trazer esses conteúdos para a sessão, diz: *“Acho que vou ter que ser internada de novo”*. Questiono a razão e ela me responde: *“Não estou forte o suficiente para ficar em casa”*.

Pelo fato de o pai por já ter rompido o namoro e Wilma não mais frequentar a sua casa, Liz se sentia completamente só. As vozes continuavam, mas, segundo ela, bem distantes, só aumentando em momentos de angústia o que ocorria sempre que discutia em casa. Sim, agora ela discutia os seus pontos de vista, mas marcados com um novo tom: com agressividade, única forma que encontrava nas vãs tentativas de estabelecer alguma distância da realidade pela qual se sentia tão ameaçada.

Os familiares, por sua vez, assustados, já não insistiam muito em suas argumentações para com Liz. Mantinham-se distantes e silenciosos. Mas esse silêncio não significava tranquilidade, tampouco aceitação, mas sim uma franca manifestação de indiferença frente às suas opiniões. Ela, por sua vez sozinha, sem uma ajuda familiar para iniciar quaisquer projetos que pudesse vir a ter, não conseguiria executá-los.

Liz andava com roupas que não lhe serviam mais, pois havia engordado muito devido ao efeito medicamentoso. Seus pés sempre rachados, pois contava apenas com uma sandália, já bastante gasta, deixando-os muito expostos.

Mesmo enfocando os cuidados pessoais que novamente estava abandonando, Liz parecia pouco se importar. Ouvia nossos comentários e incentivos a esse respeito, concordava, mas não conseguia cuidar-se satisfatoriamente. Passou a retomar pequenas ações como passar as roupas que vestia ou pentear-se, mas o fazia de forma mecânica, robotizada, sem nenhum sentido de valorização pessoal. Assim fazia, talvez por simplesmente obedecer a uma norma social. Era difícil discernir se tal reação se tratava novamente de um quadro depressivo ou o resultado de excesso medicamentoso. Talvez as duas hipóteses numa só.

Devido a algumas faltas às sessões, insistentes recados foram deixados na caixa postal de seu telefone, em busca de notícias. Algumas semanas depois, na secretária eletrônica do consultório recebemos a informação de que Liz havia sido novamente internada.

Não foi possível mais obter outras informações, por mais que tentássemos, realizando contato com seu médico e com o hospital onde anteriormente ela estivera internada.

Assim finalizou-se este atendimento, onde testemunhamos não somente as vivências de Liz. Teria sido também, uma tentativa de assassinato de sua subjetividade?

CAPÍTULO 4

CRISE E ESTABILIZAÇÃO

A história [...] propõe-se a averiguar como foram as vidas humanas. O humano é a vida do homem, não seu corpo, nem sequer sua alma. O corpo é uma coisa: a alma é também uma coisa, mas o homem não é uma coisa, mas um drama – sua vida.

(Ortega y Gasset, 1982, p. 71)

O sentido da palavra crise normalmente vem acompanhado de uma noção pejorativa, no sentido de representar uma situação negativa a ser superada, seja por uma pessoa, uma instituição ou país. Tocam seus aspectos políticos, sociais ou econômicos, como também pode se referir a um indivíduo em momentos confusionais, de impasses, tomada de decisões promovendo perturbação psíquica, tema do qual nos ocupamos nesta dissertação.

Em seu sentido epistemológico, o substantivo crise vem do latim *crisis*, *is*, referindo-se a um “momento de decisão, de mudança súbita”. Em grego, *krísis* representa uma ação ou faculdade de distinguir, tendo por extensão o significado de “um momento difícil”; derivado do verbo grego *kríno*, recebe a definição de “separar, decidir, julgar”.⁷

Segundo concepções antigas, na história da medicina, crise é o 7º, 14º, 21º ou 28º dia que, na evolução de uma doença, constitui o momento decisivo tanto para a cura como para a morte. Pensamos que dessa prática manteve-se a concepção de crise representar uma vivência renunciando o pior, e raramente como uma experiência com perspectivas a mudanças positivas.

⁷ Segundo dicionário Houaiss online.

Rica em seus significados, a palavra crise em sânscrito “*krī*” ou “*kir*” refere-se a desembaraçar, purificar, limpar. O português conservou o sentido das palavras acrisolar e crisol, como reminiscências de sua origem sânscrita.

A crise age como um crisol (elemento químico) que purifica o ouro das gangas; acrisola (purifica, limpa) dos elementos que se incrustaram num processo vital ou histórico e que foram ganhando com o tempo papel substantivo, foram-se absolutizando e tomando conta do cerne a ponto de comprometerem a substância. Crise designa o processo de purificação do cerne: o histórico-ocidental, o que assumiu indevidamente papel principal, é relegado à sua função secundária, porém legítima como secundária e derivada. Depois de qualquer crise, seja corporal, psíquica, moral, seja interior e religiosa, o ser humano sai purificado, libertando forças para uma vida mais vigorosa e cheia de renovado sentido (Boff, 2011, p. 27).

Apesar de verificarmos várias possibilidades prospectivas imanentes à ideia crise, observa-se que frequentemente as reações diante de tal ocorrência vêm acompanhadas de descontrole emocional frente às incertezas que uma crise prenuncia. Podemos levantar algumas situações hipotéticas a respeito de seu desencadeamento:

- Mudança – positiva ou negativa – ocorrida de forma abrupta e inesperada na vida de um indivíduo. Nessa última suposição, conseqüente à perda de alguém ou de algo muito valorizado, como um emprego ou bem material;
- Decorrente de uma situação de extrema violência;
- Frente a uma necessidade premente, diante de uma situação-limite evocando decisões difíceis;
- Como conseqüências de conflitos psíquicos.

Nos comentários realizados por Berrios (ANEXO II), encontraremos dentre as definições de crise, como sendo o:

[...] resultado de mecanismos normais frente a um estresse de medidas desproporcionais (sendo o paradigma deste as síndromes de luto ou a psicose psicogênica) ou de mecanismos debilitados (seja de forma congênita ou por uma doença intercorrente) que não podem superar nem um estresse normal (ANEXO II, pg. 129).

Sejam quais forem os motivos desencadeantes ou os tipos diversos que encontraremos dentro desta conotação de crise, notamos que este estado “crítico” poderá ser considerado um período, uma passagem de uma situação a outra, gerando um reposicionamento, geralmente acompanhado de sentimentos de desconforto, inquietação e angústia diante da desorganização psíquica que se instala.

Tal período exigirá reflexão, avaliação das circunstâncias em questão, planejamento, tomada de decisões, ações e conclusões a respeito do ocorrido. Para se obter uma resposta satisfatória com o objetivo de alcançar soluções, há que se obter um conhecimento mais aprofundado, seja de ordem psíquica ou relativa a situações ambientais que o indivíduo possa estar enfrentando. No entanto, em cada uma destas ações será necessário um estado de equilíbrio para responder a tais exigências, o que geralmente não ocorre nestes momentos.

Mediante uma crise o indivíduo será convocado a mobilizar seus recursos psíquicos, o que lhe dará a oportunidade de poder se exercitar no reconhecimento do seu potencial. Neste aspecto, a crise não representa um fator negativo, já que pode propiciar o desenrolar de um processo criativo, de autonomia, mediante novas perspectivas e até um reposicionamento subjetivo. No entanto, é comum a ocorrência de uma sensação de desordem e de um estado depressivo desencadeados por este processo.

Levantados estes aspectos podemos definir que uma estabilização tem exatamente o sentido oposto ao de uma crise. O verbo estabilizar, em suas diversas concepções, revela o ato de normalizar; um conjunto de medidas de caráter permanente que visem quer pela consolidação, ou uma reestruturação; recuperação de uma situação estática, ou ainda a redução nas oscilações de alguma atividade (Aurélio, 2010).

Desta forma, encontramos vários sentidos, sob referenciais diferentes, proporcionando-nos uma maior abrangência dos termos crise e estabilização, o que trabalharemos a partir da contribuição oferecida pela Psicopatologia Fundamental, que convoca à interlocução de vários saberes, dos quais iniciaremos por uma leitura filosófica.

4.1 – Contribuições de uma visão filosófica

Faremos referência às reflexões de Ortega y Gasset (1982), em sua análise da crise histórica mundial que perdurou por dois séculos, finalizada em 1600, referindo-se ao período entre a Idade Média e a Era do Modernismo. Em sua análise socio-histórica nos deteremos nas reflexões quanto ao aspecto de enfrentamento de uma crise, no que toca aos comentários que o autor propõe sobre o enfrentamento individual de uma crise, abordando alguns pontos relevantes para a fundamentação de nossa dissertação. Sabemos que em nosso recorte estamos deixando de abranger a complexidade sócio-cultural que o autor menciona que não é nosso objeto de estudo neste momento.

O autor aborda sobre uma crise histórica enfocando como seu determinante o distanciamento progressivo entre o significado genuíno dos valores e necessidades humanos, e a influência exercida pela cultura na qual está inserido. Nesse sentido, a cultura pode resultar em um distanciamento do homem de suas reais necessidades (p. 88).

Ao longo do tempo, ao ser repassada de geração em geração, a cultura que fora criada para atender às necessidades de sobrevivência e também possibilitar uma melhor convivência entre os humanos, torna-se uma herança inóspita se absorvida de forma mecânica, destituída de um sentido crítico apropriado, mantendo a sua autenticidade ao corresponder aos reais valores e necessidades humanas. Se assim ocorre, o indivíduo estará engolido por uma realidade que poderá tanto estar carregada de sentidos e valores de outros, aos quais pensa ter que aceitar, remetendo-o a uma aceitação vazia de sentido.

Importa-nos, a partir desta reflexão destacar inicialmente, a interessante leitura que Ortega y Gasset realiza a respeito do distanciamento do homem entre, o verdadeiro sentido de seus valores - o real significado de suas radicais verdades - e o que lhe é passado pela cultura, como sendo o motivo desencadeante do período de crise a qual se refere (p. 88). Em outras palavras, o distanciamento de si próprio. Assim, de certa forma, já aponta a direção para a saída do estado crítico existente.

O autor comenta que uma situação de crise corresponde a uma viragem, uma transformação possibilitando uma nova forma de vida. O sentido deste termo nos remete ao verbo virar, que, por sua vez, evoca uma torção, uma tomada de novos rumos, inversão do sentido tomado anteriormente; por em posição contrária a que se encontrava, pôr do avesso, voltar (o lado interior) para fora, dar a volta a, dobrar, tornear, circundar, quebrar (Aurélio, 2010). Ações que condizem com uma nova direção a ser tomada, o que a princípio poderá soar desnorteador, pois os caminhos tanto podem ser desconhecidos ou, se repetidos, já haviam sido deixados.

Mas em que momento se faz necessária esta mudança de rumo? Segundo Ortega y Gasset:

A mudança deve ocorrer quando se esgotam todas as possibilidades e chegou a seus últimos confins e, por isso mesmo, descobriu suas próprias limitações, suas contradições, suas insuficiências [...] (p.183).

De que mudanças se tratam, se não de uma posição que não responde mais aos anseios ou necessidades do ser? Podemos também refletir a respeito dos próprios limites a que uma situação pode condizer. Entendemos que o autor se refere ao fato de terem se esgotado tanto os recursos internos como os externos, uma situação-limite, evidenciando-se que, na atualidade, não haja mais possibilidade em dar continuidade ao que se propunha anteriormente.

Desta forma, irrompe uma crise que atuaria como um motor, cuja força geraria movimentos, podendo levar a um deslocamento de posições, interesses e

saberes, desencadeando necessariamente uma transformação, seja esta referente a uma cultura, ou a um indivíduo com relação às circunstâncias que o envolvem. Um convite à reflexão mais profunda que coloque em questão as reais necessidades humanas e conseqüentes tomadas de decisões.

Turbulência emocional e incertezas, sentimentos inquietantes, comuns diante do desconhecido, gerando indecisões e convocando a novos pressupostos, novos saberes trazendo como conseqüência novas atitudes. De toda forma, vemos o prenunciar de novos aspectos a serem contemplados e vividos.

Neste sentido, é no intervalo entre uma posição a ser abandonada e outra a ser assumida o exato lugar de ocorrência de uma crise. O abandono de uma posição já conhecida não é sem conseqüências, pois ainda que não corresponda mais às exigências, aos próprios pensamentos ou satisfações pessoais, pode já ter sido suficientemente apropriada, assegurando-lhe assim uma pseudorrepresentação de segurança e estabilidade.

Como decorrência, esse intervalo entre o conhecido e o desconhecido tira o homem da antiga posição provocando o surgimento de sentimentos de perda, até que se constitua um novo modo de viver que possa trazer novamente a noção de estabilidade, de acordo com Ortega y Gasset (1982).

Concordamos com o autor ao apontar a possibilidade de ocorrência de um processo de alienação dos próprios valores humanos com o decorrer da transmissão cultural quando, ao ser passada e repassada de uma geração a outra perde a proximidade de seu real sentido. Dessa forma, isenta aqueles que a receberam de um processo de criação, mantendo tão somente a ação de desenvolver o que lhe foi dado. “O repertório de princípios e normas culturais, traz consigo um inconveniente, [...] um convite à inércia vital” (p. 88), na medida em que dispensou a possibilidade de repensar e recriar em si o que lhe foi passado.

Salienta que apenas as reais necessidades do humano – momento esse marcado pela íntima proximidade entre este e seus verdadeiros valores, intrínsecos às suas reais necessidades e anseios, tanto de ordem material

como espiritual –, evoca uma interpretação autêntica e criativa na elaboração de soluções satisfatórias.

[...] são idéias, valorações, entusiasmos, estilos de pensamento, sinceramente do fundo radical do homem, conforme este era de verdade naquele momento inicial de uma cultura (Ortega y Gasset, 1982, p. 88).

Conforme essa distância entre o processo inicial, radicalmente verdadeiro, aumenta, chega-se a um ponto por ele denominado de saturamento, onde ocorre um pouco de tudo, mas nada que possa ser concebido como essencial ao humano. Assim, continuando a isentá-lo de uma proximidade autêntica de seus valores pessoais em função da cultura já adotada, o homem passa a viver de forma mecânica e alienada.

Se as referências vêm de fora, de um eu coletivo, convencional e não do seu íntimo, enquanto um indivíduo único e singular, a cultura pode tornar-se uma “falsificação da vida” (p.89).

O homem ao se isentar da possibilidade de reflexão a respeito de suas vivências e sobre o que lhe é passado aparta-se de seus próprios valores, de suas ideias e ideais, o que pode ocorrer de forma lenta e gradual.

Sabemos que Ortega y Gasset (1982) se refere ao que é perdido entre as gerações, o que remete a outra cronologia. No entanto, observamos também nas várias situações que acompanhamos na clínica, o longo tempo necessário para que ocorra um resgate dos reais valores do indivíduo, que foram abandonados e permaneceram soterrados ao longo do tempo, o que se comprova no caso de Liz ao qual fazemos referência.

Outra importante colocação do autor diz respeito aos motivos que atribui a este distanciamento: o homem tenta substituir aquilo que lhe falta, e sempre faltará, com a cultura, seja com a socialização ou com a fé, outorgando assim decisões e posições que apenas a si caberiam (p.89).

Por ter horror ao vazio, à solidão – necessária ocorrência do ser neste encontro com suas verdadeiras convicções – o indivíduo acaba por se perder na socialização (p. 89). Crise, neste aspecto, acarretaria um questionar necessário dos próprios sentidos e significados, uma reaproximação de si mesmo, provocando reformulações e transmutação. Toca o indivíduo em seu âmago, engajando-o numa tarefa única e intransferível. Só a ele cabe uma tomada de decisão frente a seus impasses, ainda que tente a busca alienante de encontrar suas respostas fora de si, no social, ou outorgando a alguma instância que represente poder ou autoridade, o que se revela como uma utopia, uma falsa ilusão de não estar só.

Retornando a análise social sobre a crise histórica, vamos observar um aspecto crucial ocorrido nesse período, na passagem da Idade Média ao Renascimento:

[...] um período de transição, e que caracterizam todo o pensamento europeu que se manifestou a seguir: *individualismo*, elevada valorização da livre personalidade individual; *liberdade* para discutir a Antiguidade, sem a obrigação de se prender aos elos e objetivos teológicos; uma ciência construída unicamente sobre a razão e a experiência (*ratio e empiria*); *mundanidade*, caráter não espiritual do pensamento (Störig, 2008, p. 241).

É na virada desse momento histórico que ocorre o retorno da razão como uma competência do humano. O trânsito da crença de que Deus é a verdade, à crença de que a verdade é a ciência, o racionalismo humanista.

Assim Descartes inaugurou a racionalidade moderna, determinante do pensamento ocidental até o começo do século XX, implicando a separação entre corpo e alma, sendo esta última equivalente ao espírito, como pensamento, raciocínio lógico, passando o corpo a segundo plano, mais difícil de ser conhecido.

Marca a fundamental experiência da razão, do pensar, concedendo a possibilidade e necessidade do humano interpretar os fatos, as circunstâncias

em que vive para encontrar um novo rumo a ser tomado. O seu rumo, enquanto pautado nas suas verdades.

Muda-se o acento das coisas para o sujeito, e o ponto de vista para levantar a questão do conhecimento se torna a partir da situação deste. O conhecimento é a série desesperada de esforços que faz o homem para chegar até o ser. Essa idéia chegada do intelecto ao real chama-se “verdade”.

Segundo isso, conhecimento é caminho para o ser, busca do ser, *recherche de la vérité* – como dirá o século XVII – em suma, não é saber “já”, senão investigar (Ortega y Gasset, p. 181).

A partir destas concepções, Ortega y Gasset considera uma possibilidade de saída de uma crise a ação a qual denomina de “ensimesmamento” do indivíduo. Sem “íntima veracidade” o homem viverá mal, em “problema e desgosto”, é como o autor se refere a respeito da necessidade do homem precisar pensar para poder viver, pois, “se pensa mal”, viverá “em pura angústia”, “sem íntima veracidade. Se pensa bem, encaixa-se em si mesmo e isso é a definição de felicidade” (p. 98).

Pensamos como Ortega y Gasset, ao denominar como elemento irremediável do destino humano os seus próprios pensamentos efetivos, as suas crenças firmes, como um processo de reaproximação de si, de suas autênticas verdades, atribuindo sentidos particulares às suas convicções e ações, como uma possibilidade de encontrar novos meios de enfrentar a realidade.

Tal ação de “ensimesmamento” remete o homem ao ato de silenciar-se para poder escutar, refletir e avaliar suas experiências, mediante as exigências de uma nova posição a ser tomada que o leva à realização de escolhas, diante de uma nova atribuição de seus valores.

A ação de confrontar-se com os reais significados de suas experiências e poder pensar as próprias verdades e convicções, propiciará ao indivíduo o encontro de sua singularidade, de uma interpretação própria das circunstâncias, podendo assim encontrar novas respostas para aquilo que o faz padecer frente à realidade em que se encontra.

Poder “ensimesmar-se”, poder pensar seus próprios pensamentos, seria também considerar a possibilidade de distinguir-se. Ação esta que implicará conseqüências.

A partir deste recorte realizado a respeito de crise e o caminho que o mesmo aponta como saída interessou-nos para darmos continuidade ao nosso tema trabalhando as implicações psíquicas desta vivência desencadeadas a partir de uma crise.

CAPÍTULO 5

DA CRISE À CRIAÇÃO - O APARELHO PSÍQUICO EM PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

A busca incansável da normalidade para sempre perdida é a mais potente central geradora de energia no ser humano, que o leva as mais incríveis invenções, que são sempre sintomas, isto é, tentativas mais ou menos fracassadas de cura do excesso, da dor, do pathos, do sofrimento.

(Berlinck, 1998, p. 28)

Podemos verificar em Psicopatologia Fundamental que a condição crítica é considerada uma possibilidade de desencadeamento de processos criativos e inovadores.

Como exemplo desta afirmação, observamos sua compreensão sobre o aparelho psíquico – com bases no texto freudiano “Neuroses de transferência: uma Síntese” (Freud, 1914/1985) – que se pauta na ideia de o mesmo ser uma defesa de ordem patológica, contra o excesso a que o humano se viu exposto diante da catástrofe ecológica.

Berlinck (2008) nos diz a esse respeito que:

O aparelho psíquico seria, portanto, a parte do sistema imunológico constituída, no humano, durante a catástrofe glacial. Trata-se de uma organização narcísica do vazio correspondendo à perda do objeto de satisfação, à perda de contato com a regularidade sexual e visando proteger o humano da dor, da própria depressão e da angústia (Berlinck, 2008 p. 80).

O autor retoma a catástrofe ocorrida diante do congelamento da crosta terrestre, como a causadora de uma sensível redução na sensorialidade humana, impedindo o reconhecimento da fêmea fértil pelo homem, estabelecendo-se, já de início, um estado crítico para a existência humana,

assim submetida aos sentimentos de ausência e desamparo (p. 78). Neste sentido, o aparelho psíquico se constituiu como um sistema imunológico, uma organização narcísica do vazio mediante à perda do objeto de satisfação e a regularidade sexual. Seu intuito visa, então, proteger o homem da depressão, da dor e da angústia.

Será no decorrer do seu processo de desenvolvimento que o homem retomará a sua sensorialidade podendo, sob condições favoráveis de Eros, transformar suas manifestações sensoriais em sensações cada vez mais reais, estabelecendo-se assim as condições propícias para capacitá-lo a sonhar e fantasiar.

Constitui-se, dessa forma, um movimento primitivo em direção à produção alucinada de um objeto sucedâneo do que foi perdido na catástrofe.

Este novo estado afetivo do aparelho psíquico, em que brotam sensações e imagens, denomina-se depressividade, um estado primaveril do psiquismo, no qual o vivo deixa de ser inanimado para manifestar, com pujança, sua sensorialidade e seu imaginário (p. 82).

Ao resgatarmos a constituição do aparelho psíquico vislumbramos demonstrar os efeitos criativos advindos de uma situação similar a uma crise, constituindo uma rica e criativa solução. Da catástrofe à criatividade “conflito e mutação compõem os dois movimentos fundamentais da vida” (Ibid. p. 68).

Berlinck menciona o fato de a catástrofe ser vivenciada como um conflito entre vida e morte, permanecendo a sexualidade em seu epicentro. Os sentimentos de depressão, dor e angústia, são invenções humanas operando como defesas, demonstrando assim que o corpo freudiano em sua própria concepção contempla a criatividade.

Mediante a perda de contato com o objeto primitivo nesse período crítico, a sobrevivência humana torna-se ameaçada e desenvolve mecanismos de defesa para garantir a sua espécie. No entanto, ao se tornarem repetitivos, transformam-se em neurose.

O autor enfatiza que a natureza inaugural do humano é a dor e que a humanidade é, nesse sentido, uma espécie dolorida. Afirma, ainda, que a contemporaneidade tem se esforçado em realizar um retorno ao estado nirvânico onde dor, depressão e angústia não existam, mas se assim for, tampouco o humano existirá.

Para Freud, o princípio do prazer não só é princípio porque rege uma dinâmica, mas é princípio porque dá início ao humano. É conhecida a insistência de Freud à idéia de que o pré-humano é um estado nirvânico, sem dor, silencioso, em que tensão e relaxamento estão completamente submetidos à natureza objetual do animal (Ibid. p. 68).

Para a Psicopatologia Fundamental o ser adocece pelo excesso de *pathos*, de paixão, um excesso pulsional. Pelo tratamento psíquico, haverá a possibilidade de restabelecimento do equilíbrio pulsional, na medida em que Eros for liberado desse excesso (Ceccarelli, 2005).

O adoecimento psíquico é concebido como um ataque sofrido pelo sistema imunológico, que, por sua vez, contempla o aparelho psíquico. Este último faz parte do sistema imunológico enquanto meio de proteção psíquica, seja de ataques internos ou externos ao aparelho.

O Ser humano traz um sofrimento psíquico, geneticamente herdado, causado pelo excesso. Freud resgata a noção grega de *pathos* colocando-a como ingrediente central da essência do humano, de tal forma que a particularidade da organização psíquica de cada um deve ser compreendida como uma criação singular e única para garantir a sobrevivência da espécie (Ceccarelli, 2005, p. 475).

Neste sentido Ceccarelli, em seu artigo, comenta a respeito da maior ou menor suscetibilidade encontrada em cada indivíduo, como determinantes da forma como ele responderá aos ataques, internos (pulsionais, passionais) e externos (mudanças ambientais, perdas diversas), podendo levá-lo ao adoecimento, o

que ficará bem evidenciado ao analisarmos a dinâmica familiar de Liz, onde claramente transparecem as diferentes respostas, entre ela e sua irmã, frente aos mesmos fatos vividos.

Neste sentido, a Psicopatologia Fundamental prima pela interlocução de saberes a respeito do sofrimento psíquico, num movimento de amplitude de sua compreensão e tratamento, sem, no entanto, abrir mão de suas fundamentações teóricas.

A partir desta compreensão do aparelho psíquico, observamos que a constatação de um excesso funda o aparelho ao exigir determinados mecanismos que primam pela sobrevivência humana. Tal noção de sofrimento torna-se inerente à constituição psíquica e sua existência; no entanto, nosso tema aborda também o equilíbrio necessário para o funcionamento desse aparelho, tão bem encontrado no princípio de homeostase. Assim, numa perspectiva de interlocução entre o psíquico e o orgânico, pretendemos tratar esses aspectos.

A Psicopatologia Fundamental volta-se para o tratamento, sob transferência, como uma forma de transformar o sofrimento em experiência, um aprendizado, “que alarga ou enriquece o pensamento”, nos ensina Berlinck (1998, p. 54).

Não se trata de considerar o sofrimento como uma forma de aprendizado, mas abstrair a experiência interna que dele pode advir. Nesse sentido, considera-se uma Psicopatologia Fundamental para cada caso, único e singular, e dentro dessa perspectiva realizaremos a análise do caso clínico de Liz. Nossa questão se volta, então, para pensarmos o significado de sua crise e as considerações psíquicas que lhe dizem respeito.

[...] crise é entendida como ponto culminante de uma doença e aposta para transformações decisivas na existência. Essa concepção opõe períodos críticos a períodos orgânicos em que as partes de um todo (organismo) funcionam em harmonia (Berlinck “O Método Clínico 5”).

Interessante que ao pensarmos na harmonia de uma relação orgânica perfeita vem à idéia de determinada dinâmica compensatória entre: uma condição de falta ou escassez, por um lado, e a existência de um excesso, por outro. Harmonia então poderia supor uma mediação entre estes dois pontos, desfazendo-se determinado desequilíbrio, como também encontramos no processo de homeostase.

Berlinck (2008) nos fala sobre o corpo como um campo pulsional, regido por pulsões parciais. Sendo assim, a existência do organismo obedece à lógica da parcialidade das pulsões e do desejo inconsciente (p. 66). Desta forma, demonstra a complexidade do funcionamento psíquico, com incidências sobre o corpo, ocasionando sintomas, determinando formas criativas de viver, sentir e pensar.

CAPÍTULO 6

CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE

Para melhor análise do caso clínico a que nos propomos, focaremos alguns pontos específicos sobre a teoria freudiana, mencionando a formulação da teoria sobre o “Princípio do prazer”, realizada em 1920, por Freud, para pensarmos o caso clínico de Liz.

Acreditamos ser importante realizar um resgate do caminho trilhado por Freud que o levou ao encontro da invenção da psicanálise cujo início foi marcado por sua pesquisa a partir do estudo de determinada crise, de histeria.

Como neurologista e anatomopatologista, foi em Paris que Freud deu prosseguimento às suas pesquisas neuroanatômicas, estagiando na Salpêtrière e acompanhando Charcot em suas pesquisas a respeito da distinção entre a crise histérica e a epilética, de outubro de 1885 a fevereiro de 1886, o que lhe provocou uma grande mudança em seus interesses teóricos e clínicos.

Inicialmente, o encontro com Charcot causou-lhe uma forte impressão e admiração, considerando-o “um dos maiores médicos” e por “transtornar-lhe suas opiniões e intenções” (Trillard, 1991, p. 222). Ressaltamos algumas observações feitas por Freud (1886/1987), as quais acreditamos serem fundamentais a um clínico:

Podia-se seguir os caminhos do raciocínio pelos quais se esforçava por chegar a uma compreensão; podia-se estudar o modo como abordava uma infinidade de problemas e os vencia; e podia-se observar, com surpresa, que ele nunca se cansava de observar o mesmo fenômeno, até que os seus esforços repetidos e despreconceituosos lhe permitiam chegar a uma visão correta de seu significado (Freud, p. 41).

A procura de uma “visão correta dos significados” a serem investigados através da clínica tornou-se também uma das fortes características de Freud

em seu percurso, observando e correlacionando as peculiaridades que cada caso apresentava. É importante tomarmos isso como modelo em uma investigação clínica, assim nos precavendo de incorrer no erro de estreitarmos nosso olhar e conduzir nossa escuta a um enquadramento do caso clínico em determinado aprisionamento que poderá ser produzido pelo enquadre diagnóstico.

Nos estudos de Charcot a respeito das crises histéricas, não era difícil surgirem opiniões a respeito do caráter teatral e imitativo observado, chegando a denominarem as histéricas como uma “simuladora” (idem, p. 42). No entanto, não foi sem sentido o fato de Freud mencionar o trabalho despreconceituoso de seu mestre. Ou seja, para analisar um fenômeno se faz interessante não iniciarmos a partir de um conceito prévio, já determinado, encerrando um saber a seu respeito. Rica é a disponibilidade interna do clínico para estar aberto às novas leituras e escutas a cada atendimento.

Como nos diz Berlinck (1997):

[...] aplicação de categorias nosográficas na clínica sem uma escuta cuidadosa e prolongada pode se constituir numa resistência do psicanalista à sua própria escuta. Declarar que um sujeito é histérico, obsessivo, perverso ou psicótico, serve muitas vezes para se evitar a confrontação com o enigma que o outro é.

Porém, as categorias nosográficas podem ser importantes instrumentos auxiliares da clínica, à medida que:

- 1) Abrem uma perspectiva para o tratamento, e
- 2) Possibilitam que a atenção do psicanalista se dirija também para outros aspectos psicopatológicos apresentados pelo sujeito, que não estão cobertos por sua classificação nosográfica (p. 35).

6.1 – As Crises

Destacamos o seguinte recorte no intuito de observarmos a descrição das crises então observadas:

A crise é eminentemente afetiva: é um drama pessoal que ali é encenado, que se exprime, que se exterioriza e se mostra: esse conteúdo emocional era evidente para Charcot. É esse conteúdo que falta à crise epilética e que o faz dizer que aí: “tudo é histérico”. Charcot apresenta uma doente do setor, a célebre Ler. Ela tem 48 anos e está hospitalizada há mais de vinte anos. Ela se entrega a contorções extraordinárias que evocam as descrições das convulsionárias possuídas pelo diabo. Ela grita, ela uiva, ela pragueja contra personagens imaginárias; ela lança olhares furiosos; ela é aterrorizante, é uma fúria desencadeada. Esse delírio, observa Charcot, “gira em torno dos acontecimentos que parecem ter determinado as primeiras crises”. Ora, na origem de suas crises, nota-se que com a idade de 11 anos ela foi atemorizada por um cachorro, com 16 anos foi aterrorizada pela visão de uma mulher assassinada, depois ficou assustada com a agressão de um ladrão num bosque (Trillard, 1991, p. 144).

Caso não houvesse a observação minuciosa do mestre, fácil seria a interpretação de que se tratava de uma crise de loucura; no entanto, eram crises históricas consideradas por Charcot de origem traumática, já contemplando a ideia de tratar-se de uma manifestação de ordem afetiva, dramática, uma expressão de conteúdos internos.

Dando prosseguimento às questões suscitadas na Salpêtrière, Freud constatará que os sintomas manifestos nas crises não correspondiam à hipótese de uma perturbação orgânica, principalmente por se considerar o seu desaparecimento por sugestão, sendo esta realizada sob estado de hipnose (Trillard, E., 1991, p. 240).

Freud foi então levado por seus interesses a realizar uma tradução, em termos psicológicos, a respeito da mobilidade dos sintomas que cessavam fosse diante de sugestões ou de determinadas influências, fosse diante das aplicações metálicas, de ímãs ou elétricas, tratamentos estes realizados na época.

Pautando-se na observação de sinais psíquicos que na crise histórica manifestavam-se diferentemente das anestésias ou paralisias resultantes de perturbações orgânicas – mudanças, oscilações e movimentos ocorridos na atividade psíquica –, Freud (1888) constatou tratar-se de uma alteração no curso do pensamento, uma perturbação nas associações de ideias, inibição ou

exaltação dos sentimentos, representando em termos psicológicos as “modificações da distribuição no sistema nervoso de uma quantidade constante de excitação” (p.89).

Inicialmente influenciado pelas teorias da época (animismo ou fluidismo)⁸, atribuiu indiferenciadamente a distribuição no organismo de um *quantum* de afeto ou excitação, acreditando que o sintoma representava uma metáfora – física ou psicológica – permitindo assim sua compreensão.

Desta forma, à crise histérica eram atribuídas duas manifestações: um excesso de excitação livre provocando a ocorrência de sintomas de ordem psicológica, ou a energia fixada em um órgão manifesta nos sintomas estáveis (paralisia, contrações etc.), a qual chamou de histeria de conversão.

Concluído então que tais sintomas não correspondiam a uma disfunção orgânica, e sim a uma modificação da distribuição de uma quantidade constante de excitação, Freud tomará emprestada a ideia de Janet, referindo-se a uma explicação do tipo associacionista a respeito dos sintomas nos seguintes termos: a paralisia histérica do braço deve-se a uma alteração da ideia do braço, de forma que essa idéia não pode mais entrar em associação com outras idéias que constituem o Eu. Aí termina a junção com Janet. Enquanto este atribuía a perturbação da associação a uma diminuição da tensão psicológica, para Freud é o valor afetivo da ideia que conta (Trillard, E., 1991, p. 226).

Portanto, ainda que sob influências deterministas e mecanicistas, trabalhou com noções de causalidade sem, no entanto, limitar-se a um reducionismo biológico. Mantinha o seu interesse na procura de um sentido dos sintomas apresentados:

Os princípios da energética freudiana se apoiavam nos postulados de uma economia do orgânico e ele foi buscá-los

⁸ Conceitos utilizados desde o século XVII. Adotado e desenvolvido por Boissier de Sauvages, o animismo postulava a alma como causa única que forma, conserva e repara os órgãos, enquanto o fluidismo explica os fenômenos como processos físicos relativos a uma distribuição de elementos pelo organismo, podendo ou não se fixar em algum órgão (Pessoti, 1996, p. 44).

justamente na física e na química. Da física Freud retirou as noções de força e de matéria, afirmou que a dinâmica química dar-se-ia por conflitos constantes entre forças antagônicas. Através de uma analogia com a química atomística, Freud formulou seus conceitos sobre os componentes da vida psíquica (Gianesi, 2010, p. 13).

Assim marcamos a preocupação inicial de Freud em encontrar os meios de compreender o funcionamento do aparelho psíquico, mediante a sua representação sintomática ocorrida em tais episódios de crise. Dentro desta perspectiva, poderíamos pensar o tratamento proposto como uma forma de “estabilização” do aparelho psíquico a partir da eliminação de um excesso de excitação existente, o que ratificaremos no decorrer de nossa explanação. Neste sentido, poderíamos considerar que crise e estabilização formam um par (des) complementar em que, a existência de um implicaria a ausência do outro.

Continuando na construção desta correlação crise e estabilização do aparelho psíquico, citamos alguns recortes do relato da experiência com a paciente Anna O. – tratada com o método catártico –, quando Freud e Breuer chegaram as seguintes conclusões teóricas, expostas no artigo assinado por ambos em 1892:

- Os sintomas histéricos são atribuídos à impossibilidade de evacuar pelas vias normais o excedente de excitação. A descarga se faz por vias anormais; [...] permitem restabelecer um equilíbrio ameaçado e reconduzir a “soma de excitação” a um nível constante. [...]. É a função econômica do sintoma graças ao qual o equilíbrio da economia se restabelece. [...];
- Todas as operações de descarga anormais ocorrem fora da consciência clara do sujeito, num estado seguro da consciência;
- A impossibilidade da descarga normal ou “bloqueio do afeto” é atribuída seja a um estado particular da consciência no momento em que se produziu o excesso de excitação, seja porque quer fazer desaparecer intencionalmente alguma coisa que não é aceitável pela consciência (Trillard, 1991, p. 232).

Podemos acompanhar com o desenvolver da teoria freudiana, que a crise ainda que considerada como uma expressão de afetos por Charcot – descrita com grande ênfase sobre sua manifestação física, a ponto de ser confundida com a crise epilética –, passa a ganhar um estatuto sintomático correspondendo a um desequilíbrio de ordem psíquica.

Ambos, Freud e Breuer, também consideravam que as causas dos sintomas histéricos seriam decorrentes de traumas psíquicos, porém organizados em cenas, como eventos isolados, referindo-se a complexas inter-relações de lembranças.

Como menciona Berlinck (2008), ocorreu com Freud “um deslocamento do olhar para a escuta. Este deslocamento constituiu não só modificação na prática terapêutica, mas introduziu alteração substancial no método experimental.” (p. 324). Através do método catártico – consistiria em descobrir o que estava “escondido”, “enterrado” –, equiparando-se tal método a um cuidadoso trabalho arqueológico, seguido de restauração (Freud, 1905, p. 10). Era necessária a escuta do que o sintoma teria a dizer.

Nesse momento da obra freudiana a concepção de trauma estaria ligada a uma vivência sexual precoce, fora das cadeias associativas, numa inter-relação destas cadeias, impedindo a excitação de ser descarregada.

O trauma contaria com uma articulação ocorrida em dois tempos, tratando-se de uma resignificação no segundo tempo com relação ao primeiro. Ou seja, num primeiro tempo a ocorrência de uma vivência de sedução, sempre de conteúdo sexual, que se deu numa fase prematura da vida do indivíduo antes de sua puberdade, permanecendo oculta e aprisionada em suas lembranças. No segundo tempo compreende-se que algum outro fator ocorrido tenha despertado tais lembranças da primeira ocorrência, via cadeia associativa, desencadeando o fator traumático vivenciado anteriormente. Tais conclusões foram realizadas, enunciando assim a relação entre a doença e sua causalidade.

Podemos observar ao longo da teoria da obra freudiana, determinada oscilação na especificação de uma crise. No artigo “Sobre o mecanismo psíquico dos

fenômenos histéricos: comunicação preliminar” (1893), escrito em conjunto com Breuer, onde as sintomatologias eram mencionadas das seguintes formas: doença, ataque, acesso e sintomas. Igualmente encontrado em “O Homem dos Ratos” (1909a) e “O Pequeno Hans” (1909b). Em 1905, ao mencionar o início da sintomatologia de Dora – tosse, perda da voz, perda de consciência – faz referência a uma crise de ordem traumática (p. 22).

Importa-nos, no entanto, apontar os efeitos a respeito do método de tratamento proposto por Freud, como uma forma de estabilização do aparelho psíquico na medida em que, ao ocorrer o deciframento do sintoma através da possibilidade de sua interpretação e elaboração de seu significado inconsciente, ocorre o desimpedimento da diminuição do excesso de excitação no aparelho psíquico.

Ainda que abandonada a concepção econômica de funcionamento do aparelho psíquico, tais características do seu funcionamento estariam invalidadas atualmente?

Propomos, então, duas correlações para avançarmos nestas questões:

1) Podemos considerar o estado agudo dos sintomas, causando ou causado por um excesso de sofrimento psíquico, provocando alterações significativas em seu modo de funcionamento, a ponto de interferir, ou até mesmo impossibilitar o indivíduo em dar continuidade às suas atividades diárias – trabalho, estudo, sua forma de relacionar-se – como um estado equivalente a uma de crise psíquica?

2) O tratamento psíquico, sob transferência, pautado na dinâmica inconsciente, poderia resultar em uma possibilidade de estabilização, mediante o desaparecimento dos sintomas?

Ao considerarmos a singularidade de cada indivíduo no relacionamento com o seu meio interno e externo no qual está inserido, é importante também ponderarmos os mecanismos de defesa utilizados no enfrentamento dos fatos que podem obter uma representação de fatores traumáticos.

Observemos mais alguns passos a respeito das descobertas freudianas já em 1920, no que se refere ao que poderia constituir uma situação traumática.

6.1.1 Além do princípio do prazer

Em sua abordagem a respeito do princípio do prazer, a teoria traumática já contará com um acréscimo em sua formulação no que se refere à ocorrência de uma cena de sedução. Em lugar desta consideração como constitutiva do trauma, a fantasia passa a ganhar fundamental importância na compreensão da realidade psíquica. Passa a ser considerada a ocorrência de um conflito inconsciente, manifestando fantasias e desejos.

Sob esta nova ótica, em 1920, Freud, ao resgatar o aspecto econômico do aparelho, já tendo escrito “Artigos sobre Metapsicologia” em 1915 tratando de questões a respeito das tensões seguidas de descargas no aparelho provocando uma relação de prazer ou desprazer, considerou:

“Decidimos relacionar o prazer e o desprazer à quantidade de excitação presente na mente, mas que não se encontra de maneira alguma vinculada, e relacioná-los de tal modo que o desprazer corresponda a um aumento na quantidade de excitação, e o prazer, uma diminuição.” (Freud, 1920, p. 18).

Dentro desta concepção Freud considerará a descoberta de Fechner⁹ para dar prosseguimento às suas formulações teóricas a respeito do Princípio do Prazer.

Acreditamos ser interessante mencionar os seguintes comentários de Roudinesco (1998) sobre Fechner:

⁹ Segundo E. Roudinesco (1997), Gustav Theodor Fechner (1801-1887) foi o fundador da psicofísica e da psicologia experimental. Depois de estudar medicina e biologia, tornou-se professor de física na Universidade de Leipzig em 1834. Trabalhou sobre as relações entre alma e matéria, em Elementos de Psicofísica, publicado em 1860. Teorizou sobre o Princípio de Conservação ou de Estabilidade da energia em 1873, sendo formulado em 1842 pelo físico Robert Meyer, retomado e desenvolvido em 1845 por Hermann Von Helmholtz. Este princípio foi completamente abandonado pela ciência moderna. No entanto tornou-se a base da teoria freudiana sobre o princípio do prazer/desprazer em 1920. (p. 227)

[...] personagem faustiano, experimentou em si mesmo suas próprias descobertas, atravessando uma espécie de crise mística, à qual Henri F. Ellemberg deu o nome de neurose criadora. [...] Durante três anos, após ter dado aulas, mergulhou em um estado melancólico que o obrigou a renunciar ao magistério e a viver quase sem alimentar-se em um cômodo escuro, com paredes pintadas de preto. Depois desse episódio, teve um breve período de exaltação. Acreditava-se o eleito de Deus e estava convencido de ter inventado um princípio universal tão fundamental para o universo quanto o de Isaac Newton (1642-1727). Em 1848, deu-lhe o nome de princípio de prazer (p. 227).

Vejamos agora as suas contribuições teóricas consideradas por Freud (1920):

A afirmação de Fechner [...] diz o seguinte: “Até onde os impulsos conscientes sempre possuem uma certa relação com o prazer e o desprazer, estes também podem ser encarados como possuindo uma relação psicofísica com condições de *estabilidade* e *instabilidade* (grifo nosso). Isso fornece a base para uma hipótese em que me proponho ingressar com maiores pormenores em outra parte. De acordo com ela, todo movimento psicofísico que se eleve acima do limiar da consciência é assistido pelo prazer na proporção em que, além de um certo limite, ele se aproxima da estabilidade completa, sendo assistido pelo desprazer na proporção em que, além de um certo limite, se desvia dessa estabilidade, ao passo que entre os dois limites, que podem ser descritos como limiares qualitativos de prazer e desprazer, [...] (Freud, p.18-19).

O Princípio de Conservação ou de Estabilidade, (Roudinesco, 1997, p. 227) coincidirá com os aspectos essenciais da formulação freudiana a respeito do “Princípio do Prazer”, nos seguintes moldes:

Os fatos que nos fizeram acreditar na dominância do princípio do prazer na vida mental encontram também expressão na hipótese de que o aparelho mental se esforça por manter a quantidade de excitação nele presente tão baixa quanto possível, ou, pelo menos, por mantê-la constante. Essa última hipótese constitui apenas outra maneira de enunciar o princípio de prazer, porque, se o trabalho do aparelho mental se dirige no sentido de manter baixa a quantidade de excitação, então qualquer coisa que seja calculada para aumentar essa quantidade está destinada a ser sentida como adversa ao funcionamento do aparelho, ou seja, como desagradável. O princípio de prazer decorre do princípio de constância; na realidade, esse último princípio foi inferido dos fatos que nos

forçaram a adotar o princípio do prazer¹⁰. Além disso, um exame mais pormenorizado mostrará que a tendência que assim atribuímos ao aparelho mental, subordina-se, como um caso especial, ao princípio de Fechner da “tendência no sentido da estabilidade”, com a qual ele colocou em relação os sentimentos de prazer e desprazer (Freud, 1920, p. 19).

No entanto, Freud observa que não se trata de dominância do princípio do prazer nos processos mentais, o que evidenciaria a presença constante de tais sentimentos prazerosos ou a busca dos mesmos, contradizendo assim as observações clínicas. O que ocorre é uma tendência neste sentido, ainda que contrariada por determinadas forças ou circunstâncias. Novamente cita Fechner:

Podemos comparar isso com o que Fechner (1873, 90) observa sobre um ponto semelhante: ‘Visto que, porém, uma tendência no sentido de um objetivo não implica em que este objetivo seja atingido, e desde que, em geral, o objetivo é atingível apenas por aproximações (...)’ (p. 20).

Freud (1920) mencionará sobre a semelhança deste princípio com o método primário de funcionamento do aparelho mental que, sob o aspecto “de autopreservação do organismo entre as dificuldades do mundo externo, ele é, desde o início, ineficaz e até mesmo altamente perigoso” (p. 20), assim sendo necessária a sua substituição pelo “princípio de realidade”, que exigirá uma ponderação entre a tarefa de lidar com o mundo interno e o externo. O que constatamos no exercício clínico é a singularidade de cada indivíduo neste processo.

¹⁰ Em nota de rodapé FREUD, S. ibidem: [O “Princípio de Constância” remonta ao início dos estudos psicológicos de Freud. O primeiro estudo publicado sobre ele, de alguma extensão, foi da autoria de Breuer (em termos semifisiológicos), perto do final da Seção 2 (A) de sua parte teórica dos *Estudos sobre a Histeria* (Breuer e Freud, 1893-1895). Aí ele o define como “a tendência a manter constante a excitação intracerebral”. Na mesma passagem, atribui esse princípio a Freud e, na realidade, existem uma ou duas breves referências a ele feitas pelo próprio Freud, embora só tenham sido publicadas após sua morte. (Ver Freud, 1941 [1892] e Breuer e Freud, 1940 [1892.]) O assunto é também estudado extensamente no começo do “Projeto”, de Freud, sob o nome de “inércia neurônica”.]

Menciona que sob a influência dos instintos de autopreservação do ego, o princípio do prazer passa a ser substituído pelo princípio de realidade, o qual não abandona a intenção de obter prazer, no entanto exige o adiamento de uma satisfação imediata e a tolerância temporária de determinada insatisfação ou desprazer.

Tal funcionamento ocorre através dos instintos sexuais – apesar de: “serem difíceis de ‘educar’”, menciona Freud. Sendo assim, acrescenta: “partindo desses instintos ou do próprio ego, com freqüência o princípio do prazer consegue vencer o princípio de realidade, em detrimento do organismo como um todo” (Ibid, p.21).

Freud marcará como possibilidades em lidar com os impasses surgidos entre o princípio do prazer e o princípio de realidade determinadas condições, como: a renúncia a uma satisfação instintual imediata e a possibilidade de elaboração, ainda que se considere a prevalência do princípio do prazer.

Vejamos suas palavras quando se refere seja às brincadeiras infantis, ou às representações e imitações artísticas que ao serem encenados dramas, tragédias, podem ser sentidas como altamente prazerosas por aqueles que as assistem, como também por aqueles que a encenam:

Isso constitui prova convincente de que, mesmo sob a dominância do princípio de prazer, há maneiras e meios suficientes para tornar o que em si mesmo é desagradável num tema a ser rememorado e elaborado na mente (Ibid, 1920, p. 29).

Nesse mesmo capítulo, mencionará como exemplo a função da experiência de repetição, como forma de “prenunciar um final feliz”. Cita uma observação realizada de seu neto, frente à momentânea ausência materna, provavelmente sofrida por ele como um abandono, levando a criança a realizar a seguinte brincadeira: com um carretel de madeira o “*jogava*” para debaixo da cama permanecendo ali escondido, e em seguida o puxava com um fio que nele estava enrolado. Assim o objeto voltava para perto de si, constituindo uma brincadeira que provocava na criança sentimentos de alegria com o

reaparecimento do mesmo, enquanto repetia o famoso “*fort-da*”. Esse gesto repetitivo trazia a possibilidade de a criança sair de uma posição passiva, lhe oferecendo algum domínio sobre a situação, o que não ocorreu mediante a partida da mãe. Através de sua brincadeira, podia vivenciar seus sentimentos de raiva por ter sido abandonado.

As questões vão se tornando mais complexas a respeito do “Princípio do Prazer” o que levará Freud a considerar que a maior parte do desprazer é de origem perceptiva: seja pela presença instintual no aparelho fazendo exigências de satisfação, ou pela ocorrência de determinadas condições externas percebidas como ameaçadoras e perigosas ocorridas de forma inesperada. Marcará ainda sobre o surgimento de sentimentos de ansiedade frente a uma ameaça, a uma ocorrência de perigo, onde o indivíduo não encontrou meios simbólicos de representá-la.

No entanto, Freud situará, além do Princípio do Prazer, a pulsão de morte, dominando de forma mais intensa o funcionamento psíquico:

Chegamos assim ao que, no fundo, não é uma conclusão muito simples, a saber, que no começo da vida mental a luta pelo prazer era muito mais intensa do que posteriormente, mas não tão irrestrita; tinha de submeter-se a frequentes interrupções. Em épocas posteriores, a dominância do princípio do prazer é muitíssimo mais segura, mas ele próprio não fugiu aos processos de sujeição que os outros instintos em geral. De qualquer modo, seja lá o que for aquilo que causa o aparecimento de sentimentos de prazer e desprazer nos processos de excitação, deve estar presente no processo secundário, tal como está no primário. [...] O princípio do prazer parece, na realidade, servir aos instintos de morte. É verdade que mantém guarda sobre os estímulos provindos de fora, que são encarados como perigos por ambos os tipos de instintos, mas se acha mais especialmente em guarda contra os aumentos de estimulação provindos de dentro, que tornariam mais difícil a tarefa de viver (1920, p. 84-85).

Destacamos estes pontos da teoria freudiana, como subsídio para pensarmos nas vivências de Liz em sua relação com seu mundo interno e os fatos externos que a cercavam.

Marcaremos ainda outro aspecto que nos pareceu um limite estipulado por Freud (1937) no tratamento à crise, mencionado em seu texto “Análise Terminável e Interminável”:

[...] o trabalho de análise progride melhor se as experiências patogênicas pertencem ao passado, de modo que seu ego possa situar-se a certa distância delas. Em estados de crise aguda, a análise é, para todos os fins e intuídos, inutilizável. Todo o interesse do ego é tomado pela realidade penosa, e ele se retrai da análise que está tentando ir além da superfície e revelar as influências do passado (p. 265).

Freud considera o estado de enfraquecimento do ego frente a uma situação de crise aguda, como fator incapacitante em lidar com o excesso de sofrimento. No entanto, encontraremos em Lacan algumas considerações que nos permitem pensar as abordagens com relação as situações de crise.

6.2. A teoria lacaniana

Qual a razão de uma crise para Lacan? Em sua releitura sobre o Édipo (Lacan, 1999, p. 204-220) estabelece a distinção entre três possibilidades de estruturas psíquicas: neurose, psicose e perversão. Lacan estabelece uma maior atenção ao pai, inventando para sua qualificação a “tripla distinção do simbólico, do imaginário e do real” (Julien, 2004, p. 64). Dessas três estruturas, comentaremos apenas as duas primeiras para tratarmos do caso clínico a que nos referimos.

O primeiro tempo do Édipo é marcado pela identificação da criança ao objeto de desejo da mãe, permanecendo o bebê equivalente ao falo materno. A criança acha-se assujeitada à lei materna, lei onipotente e caprichosa. A mãe é, para a criança, o Outro absoluto.

Este primeiro tempo Lacan o formula como estádio do espelho que, segundo Quinet (2000) é uma “construção lógica à qual corresponde a formação do eu

por intermédio da imagem do outro, prefigurando uma imagem de unidade não condizente com a maturidade neurofisiológica do indivíduo” (p. 10).

Esta primeira imagem corresponde ao eu-ideal, ou seja, a uma unidade do eu totalmente imaginária, constituindo assim o modelo do registro imaginário.

Essa imagem materna, tão prenante, que subjuga e fascina o olhar da criança por inteiro fora de si mesma, essa imagem, por que desejo é animada? Não sou tudo para ela, já que ela volta? Não sou nada para ela, já que ela se ausenta?

Acaso, capricho, arbitrário, a mãe os dissipa dando resposta. Ela responde uma vez que não é toda mãe, mas mulher. Ao significante de seu desejo, permanecendo enigmático para a criança porque sem significação, ela substitui outro significante, o do pai, o significante da paternidade. E dessa metáfora nasce uma significação o falo, isto é, aquilo que falta à mãe e é a razão de seu desejo de mulher. Lacan o nota phi: Φ . Assim, para o sujeito uma mãe funda o pai como Nome na ordem simbólica (Julien, 2008, p. 64-65).

Se no primeiro tempo foi possível a instauração do pai enquanto significante, como o Nome-do-Pai fundado pela mãe, no segundo poderá ocorrer a inauguração da simbolização.

O pai não é simplesmente o gerador. Ele é também aquele que possui de direito a mãe, e, em princípio, em paz. Sua função é central na realização do Édipo, e condiciona o acesso do filho – que é também uma função, e correlativa da primeira – ao tipo da virilidade (Lacan, 1988-56, p. 232).

A partir do fort-da, descrito por Freud em “Além do princípio do prazer”, Lacan (1999) dirá que a criança representa a mãe não só pelo objeto carretel e sim por fonemas, ocorrendo uma mediação simbólica, marcando a entrada da criança na linguagem (p. 241-257).

A este respeito dirá Quinet (2000):

No processo de simbolização da mãe existe uma mediação entre a criança e a mãe, que não se reproduz sozinha, sendo necessária a intervenção de um terceiro que introduza a lei de interdição, de proibição, como um não à reintegração da criança pela mãe, um não à criança como objeto de uso da mãe. É aí que aparece a instância paterna como a metáfora do pai, isto é, aquilo que no discurso da mãe representa o pai: o Nome do Pai, que corresponde ao que no discurso da mãe é evocado, significando para a criança que o Desejo da Mãe se encontra em outro lugar e que ela por sua vez também é submetida a uma lei (p. 11).

Portanto, se no primeiro tempo lógico o Outro é a mãe, será o Nome-do-Pai quem virá barrar o Outro onipotente, marcando assim a entrada da criança na ordem simbólica, permitindo sua articulação com o complexo de castração no processo do Édipo. Como comenta Quinet (2000):

Por intermédio da Metáfora Paterna, a significação do falo é evocada no imaginário do sujeito [...]. Mas o preço de tornar-se significante é o próprio desaparecimento do falo. O efeito da castração simbólica aparece no imaginário como falta [...], como desejo do Outro [...] o falo é pois, o significante que permitirá ao sujeito atribuir significações a seus significantes, é o significante que, por excelência, permite ao sujeito situar-se na ordem simbólica e na partilha dos sexos como homem ou mulher (p. 12).

A referência ao termo sujeito é utilizada enquanto representante do “sujeito do inconsciente”.¹¹

Será no terceiro tempo, na saída do Édipo, que surge o pai real, enquanto agente da castração simbólica. O pai que proíbe o desejo é sucedido por aquele que unifica o desejo e a lei.

¹¹ O termo sujeito do inconsciente foi empregado por Jacques Lacan entre 1950 e 1965, numa conceituação apoiada na noção lógica e filosófica do sujeito no âmbito de sua teoria do significante, transformando o sujeito da consciência num sujeito do inconsciente, da ciência e do desejo. Em 1960, em “Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano”, Lacan, apoiando-se na teoria saussuriana do signo lingüístico, enunciou sua concepção da relação do sujeito com o significante: “um significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante.” Esse sujeito, segundo Lacan, está submetido ao processo freudiano da clivagem (do eu) (Roudinesco, 1998).

“O pai real é aquele que introduz uma diferença com o pai imaginário, diferença que permite o declínio e a saída do Édipo. Ambos têm o falo; e se o pai imaginário dele priva a mãe, o pai real, ao contrário, lho dá” [...] Assim, no seminário *RSI*, em 21 de janeiro de 1975, Lacan falará do pai real como de um homem cujo desejo é causado por uma mulher, a mãe de seus filhos [...] o que não deixa de ter efeitos para a criança. Esse pai capaz de ter e de dar, esse pai que deu suas provas abre um futuro para a criança. Ele é promissor: poderá dar o falo, transmiti-lo à criança e cessar de privá-la. Mas esta promessa é a castração simbólica: uma distância entre o presente e o futuro. Ela se refere ao *ter*: não tens hoje. Será mais tarde; com uma condição: que renuncies a sê-lo *hoje* (Julien, 2004, p. 69).

Estabelecendo-se uma fundamental diferença do que ocorrerá na neurose, o psicótico não sofrerá a interdição da lei edipiana, uma vez que ocorrerá a forclusão¹² do Nome-do-Pai no lugar do Outro e o fracasso da Metáfora Paterna. Esse Outro é o lugar do pacto da fala, portador do significante da lei simbólica – o Nome-do-Pai – que barra o gozo da mãe e a impede de considerar a criança seu objeto. Sendo assim, o psicótico permanecerá sem a possibilidade de acesso à significação fálica, de dar significado aos seus significantes, fora da sexuação. O Outro do neurótico é, no entanto, esvaziado de gozo através da operação da Metáfora Paterna. A consequência da castração simbólica é também a possibilidade de uma perda de gozo (Quinet, 2000, p. 30).

¹² “Forclusão é um neologismo que se utiliza em português para designar que não há inclusão, que o significante da lei está fora do circuito, sem deixar, no entanto, de existir, pois o que está forcluído do simbólico retorna no real. Forclusão não é propriamente uma tradução do termo francês *forclusion* proposto por Lacan para equivaler ao termo freudiano *Verwerfung*. É antes uma interpretação.

Forclusion é um termo francês tomado de empréstimo ao vocabulário jurídico. Dizer que um processo jurídico está *forclos* equivale a dizer que não se pode apelar, por se ter perdido o prazo legal. Um processo *forclos* é um processo acabado legalmente e inexistente que equivale em termos jurídicos em português à prescrição que é toda exclusão de um direito ou de uma faculdade que não foi utilizada em tempo útil. A forclusão, portanto, remete à noção da lei e de sua abolição. Na gramática francesa, o termo *forclusion* é também utilizado como uma das formas de negação. “A forclusão se aplica a um fato que o locutor não considera como fazendo parte da realidade, ou seja, algo que desconsidera completamente” (Quinet, 2000, p. 15).

O tipo de relação possível estabelecida na psicose demonstra não haver necessidade da intermediação das palavras como representantes simbólicos de sensações e emoções, marcando desta forma, equivocadamente, a inexistência da falta, que movimentaria o desejo como ocorrido na estrutura neurótica. Este tipo de relação inviabiliza também o acesso à distinção, à singularidade ou a um limite entre o eu e o Outro.

O sujeito psicótico é objeto do Outro e se encontra assim à mercê da onipotência deste e de seus imperativos. O psicótico só pode ver o Outro na sua relação com o significante, o que o submete a um discurso indefinidamente vazio de sentido. Se o lugar do Outro vem a ser ocupado por um personagem que suporta as identificações imaginárias do sujeito, o psicótico o perceberá com medo, agressão e rivalidade. Assim o personagem inicialmente idealizado torna-se aquele que o observa, dá-lhe ordens e o submete ao seu querer. O sujeito é perseguido pelo supereu personificado (Quinet, 2000, p. 30-31).

Lacan (1988) considera então que na psicose não há possibilidade da construção de representações e seus significados. Não há representação possível de si. “Ainda que Em compensação, tudo o que ele faz existir nessas significações é de alguma maneira vazio dele próprio” (p. 95). Sendo assim, mesmo antes de uma crise psicótica, o pré-psicótico, apresentar-se-á socialmente como uma imitação, uma cópia dos modelos por ele apreendidos, que não foram constituídos por um processo de identificação, uma vez ele que não pode ultrapassar as barreiras edípicas rumo a uma identificação sexual.

6.2.1 A crise na teoria lacaniana

Lacan nos apresenta o fato de o pré-psicótico estar apoiado “por uma série de identificações puramente conformistas com personagens que lhe darão o sentimento do que se deve fazer para ser um homem [ou uma mulher]” (Lacan, 1988, p. 233), revelando então o “apoio” psíquico obtido através da colagem,

da imitação de modelos, da imagem do par que lhe serve de muletas identificatórias, possibilitando que sua psicose não se manifeste.

Tal eficácia, no entanto, operará desde que não ocorra alguma situação – seja esta boa ou ruim –, advinda de um encontro do real que venha desestabilizar esta ordem.

Eis o que, absolutamente não num momento deficitário, mas ao contrário num momento culminante de sua existência, se revela para ele sob a forma de uma irrupção no real de alguma coisa que ele nunca conheceu, de um aparecimento de uma estranheza total, que vai progressivamente acarretar uma submersão radical de todas as suas categorias, até forçá-lo a um verdadeiro remanejamento de seu mundo (idem p. 103).

A desestabilização frente ao novo ao qual ele não sabe como lidar virá provocar a invasão do Outro (Absoluto) de forma devastadora. Essa desestabilização ocorrerá mediante duas elisões: uma no imaginário e outra no simbólico.

A partir desta falha no imaginário, não fornecendo ao sujeito sustentação suficiente frente a uma nova ocorrência, a elisão no simbólico se dará mediante uma nova situação que venha coincidir com algum outro acontecimento. Uma evocação de uma figura dita paterna a *um* “significante fundante, de base,” que não poderá ser respondido pelo sujeito, pois não houve *bejahung* – afirmação primordial – e sim forclusão do mesmo.

[...] não se trata essencialmente das constelações conflitivas que, na neurose, se explicam por uma descompensação significativa. Na psicose, é o significante que está em causa, e como o significante não é nunca solitário, como ele sempre forma alguma coisa de coerente – é a significância mesma do significante – a falta de um significante leva necessariamente o sujeito a reconsiderar o conjunto do significante.

Eis a chave fundamental do problema da entrada na psicose, da sucessão de suas etapas e de sua significação (Lacan, 1988, p. 231).

Diferentemente do que ocorre na neurose, onde o recalque marca um reconhecimento da castração ainda que dela não queira saber, a psicose não sofrerá os efeitos do recalque, uma vez que não houve uma afirmação inicial. Tendo ocorrido a forclusão do Nome-do-Pai, como significante fundante da cadeia significativa, o sujeito estará impossibilitado de responder aos apelos realizados por situações que exigiriam uma nova resposta, um novo saber sobre algo (uma escolha profissional, um casamento, o nascimento de um filho, uma promoção a um cargo de maior relevância, etc.).

Como resposta, segundo Lacan (1998) ocorrerá a invasão do Outro, tendo como conseqüência o desencadeamento da psicose e seus chamados fenômenos elementares (vozes, delírios, alucinações, frases interrompidas), na forma de tentativas em ocupar o vazio que não pode dar resposta as evocações ocorridas. Assim surgirão as vozes, vindas do exterior, diretamente dirigidas ao sujeito como retorno no real do que no simbólico foi foracluído (p. 537-590). Essas vozes estabelecerão com o sujeito uma relação íntima e contínua, oferecendo-lhe uma sensação de não mais estar só, isolando-o do convívio social. “Provocam estranheza e perplexidade frente ao enigma a ser decifrado a respeito do seu conteúdo, que não é de cunho persecutório, mas neutro e insistente” (Julien, 2004, p. 53 -54).

Por meio do trabalho delirante as vozes ganharão significação para o sujeito e o mundo psicótico poderá se reorganizar. No entanto, somos testemunhas da difícil tarefa encontrada pelos pacientes com uma estrutura psicótica após a perda destas identificações com o outro imaginário, que lhe serviam de modelo de como estar no mundo, estabelecendo uma possível forma de laço social.

6.2.2 A estabilização na teoria lacaniana

Soler (2007) tece os seguintes comentários a respeito do termo “estabilização”:

“Estabilização” é um termo difundido, um termo de uso corrente. Nos chamados serviços de saúde, com efeito, diz-se

“estabilização” porque ninguém ousaria dizer “cura”, e nem sequer se atreve a dizer “efeito terapêutico”, como acontece em relação à neurose. Ao se dizer “estabilização”, todas as pessoas (pelo menos as de língua francesa) intuem a idéia de que se pressagia algo como uma recaída, que isso pode recomeçar. Não se trata, portanto, de um termo do vocabulário psicanalítico, mas de uma palavra que constitui uma imagem e que, convém dizer, presta-se a todas as confusões e também a todas as imprecisões. Sobre Schreber – o caso que Freud estudou em 1911, em suas “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia” – diríamos, no final, que ele se estabilizou, com certeza; mas será que não diríamos o mesmo de quem voltasse à inércia do apragmatismo e da abulia (não há nada mais estável que o sujeito que permanece confinado ao leito)? Isto é para dizer que o termo não é um conceito e que é preciso introduzir um certo rigor. Quando falamos em metáfora e suplência, estamos no vocabulário psicanalítico, e até num vocabulário estritamente lacaniano. Esses são termos de Lacan, definidos por ele, introduzidos por ele e utilizados pelos que seguem sua orientação. É com esses dois termos que tentamos dar um sentido preciso ao termo “estabilização” (p. 193).

Lacan, em seu ensino retoma Freud, homenageando-o por ele ter aberto a possibilidade de introduzir o sujeito na consideração da loucura, assim isentando-o de ser pensado em termos de déficit ou como consequência da dissociação de suas funções. Em seu texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” afirma que “o estado do sujeito S (neurose ou psicose) depende do que desenrola no Outro A” (Lacan, 1998, p. 555).

Esse texto teve como base o anterior “A instância da letra no inconsciente”, de 1957, onde, a partir da reconsideração da clínica freudiana construída a partir da associação livre, Lacan demonstrou sua ordenação “na estrutura da linguagem a partir do algoritmo que se escreve S/s, para dizer que o significante (grafado como S) determina, induz [...] os efeitos de significado” (Soler, 2007). Nesse texto Lacan afirmará a tese de que o sintoma é uma metáfora e, neste sentido, cabe à psicanálise a sua decifração, a significação do sintoma. Afirma-nos Soler: “a metáfora é uma função do significante que, vindo substituir um outro significante que ela recalca, gera um nível do significado, um efeito de significação que é inédito” (p. 195).

No entanto, a psicose e seus fenômenos, como a neurose, têm uma estrutura de linguagem, diferenciando-se, porém, no sentido de que na psicose o sintoma não corresponde a uma metáfora.

Soler (2007) aponta outro comentário a respeito da metáfora como conceituada por Lacan, quando menciona que “a metáfora é um princípio de estabilização. Ela cria um ponto de parada no deslizamento do significado sob o significante”, chamado por Lacan de ponto de basta, ou seja, “uma estabilização do significante e do significado sem a qual o deslizamento do significado deixa em suspenso, deixa na indeterminação [...]. A metáfora é justamente o que permite fixar, “reter” a significação” (p. 196).

Não se trata aqui de uma metáfora literária, mas sim a que concede e dá a significação ao ser de vivente do sujeito. Complementa-nos a autora:

Colocando o Nome-do-Pai, o significante do pai, em substituição ao significante do desejo da mãe – é essa a substituição metafórica –, ela faz surgir uma significação: a significação fálica que dá sentido ao ser do sujeito [...] ela tem repercussões no nível das identificações imaginárias do sujeito, porque introduz a dialética fálica no imaginário que sem isso se reduziria ao par especular do estádio do espelho (ibid., p. 197).

Encontraremos, então, na neurose, a significação do simbólico definido pela cadeia significante, da qual a metáfora é uma das formas. No entanto, na psicose a alucinação verbal, enquanto sintoma psicótico, não corresponderá a uma metáfora, mas sim ao significante no real evidenciando o rompimento da cadeia significante que é estabelecida pela conexão entre significante e significação (ibid. p. 196).

A ideia de uma metáfora enquanto solução, enquanto significação possível na psicose, ocorrerá no nível de uma metáfora delirante. Exemplificando, encontraremos em Schreber no início de sua doença, o delírio de ser perseguido por Deus e quando “restabelecido”, com um delírio no qual já não é o perseguido por Deus, mas a mulher de Deus. Trata-se aí da concepção de

uma metáfora delirante, na linha da tese freudiana de que o delírio não é uma doença, mas tentativa de cura.

Segundo Quinet (2000): a possibilidade do psicótico sair de sua crise será através da transformação do delírio, “anárquico em ordenado em circunscrito”. No caso de Schreber, o tornar-se “Mulher de Deus” será a resposta de uma ordenação de seus delírios constituindo uma Metáfora Delirante, operando como efeito de restauração do imaginário. “A mulher enquanto Nome do Pai tem a função de amarração, de ponto de basta ao desencadeamento delirante, permitindo ao sujeito dar significação aos seus significantes e daí reconstruir o mundo por intermédio da significação delirante” (p. 43).

Mas de que se trata a crise de Liz? De uma psicose?

CAPÍTULO 7

CONTRIBUIÇÃO DA PSIQUIATRIA

7.1 A Psiquiatria e a sua concepção a respeito de crise e estabilização psíquica

Iniciaremos este tema, retomando Berrios ao mencionar que “a Psiquiatria se trata de um conjunto de narrativas práticas, sociais e institucionais que foi criado para controlar uma parte da população, cuja conduta se mostra contrária aos padrões socialmente esperados”.¹³

Pensamos em abordar o tratamento oferecido pela psiquiatria a partir desse pressuposto – tratar de condutas que se colocam a margem de um desvio padrão –, o que consideramos, já de início, confrontar-se com os aspectos anteriormente abordados.

Ressaltamos a divergência entre os pressupostos até aqui levantados relativos ao tratamento oferecido em uma crise, visando a possibilidade de o indivíduo encontrar suas íntimas verdades e aquele que tem como parâmetro a adequação de comportamentos segundo expectativas socialmente esperadas, como forte tendência da psiquiatria.

De forma genérica, uma crise em psiquiatria é considerada um período agudo de terminada doença; pode corresponder a um desarranjo, uma desorganização psíquica, acarretando desordem nas funções produtivas e comportamentais, impossibilitando ao indivíduo ultrapassar obstáculos que venha encontrar.

Em seu artigo “Adaptação – Homeostase e Psiquiatria”, do Prof. Dr. G. Berrios, (ANEXO I), encontraremos um importante estudo a respeito do conceito de adaptação e homeostase, nos oferecendo as bases para pensarmos a respeito

¹³ Curso ministrado na Biblioteca Nacional de Buenos Aires, em maio de 2010, sob o título de “Filosofia e Historia da Psiquiatria e Psicopatologia”.

de crise e estabilização para a ciência médica. Podemos observar também o olhar da ciência detido nos sinais que evidenciam determinado desarranjo, contrapondo-se ao sentido harmônico proposto numa condição de equilíbrio, como objeto do princípio de homeostase.

Considerando a relação do homem e as influências do meio em que vive, o processo de regulação e adaptação permanece atrelado a uma acomodação frente a eventuais oscilações que venham a ser provocadas por fatores externos, no sentido de proteção e garantia da continuidade de um funcionamento satisfatório.

No entanto, observamos ao longo da história da saúde mental que o objetivo da psiquiatria se pautava na retirada do excesso ocorrido no paciente para que ele pudesse ficar contido. Apenas a partir de Pinel a crise tornou-se uma possibilidade de o paciente poder ser tratado, fato este que nos permite pensar o paradigma de uma crise como forma de tratamento. Como nos diz Berlinck, “a crise em si traz o tratamento”.¹⁴

Em algumas concepções históricas, até o século XIX, observamos algumas mudanças referentes ao conceito de crise. Partindo de uma concepção moral, pautada na eugenia, em uma limpeza social, chegando a uma noção ética de tratamento, ao poder ser considerada um meio de se alcançar a singularidade subjetiva do indivíduo, um convite a uma real aproximação de si.

Encontraremos em Charcot a noção de crise histérica, pautada na noção de origem traumática, até que Freud, em suas considerações, apontou que ela seria de origem sexual. “É como se fosse necessário ter ocorrido uma determinada institucionalização da crise, evidenciando-se assim que é preciso estar doente para poder ser tratado” (Berlinck).¹⁵

No entanto, observemos os parâmetros nos quais se pauta a psiquiatria atualmente. A idéia de estabilização psíquica, termo comumente utilizado no meio médico, encontra-se pautada num princípio de “homeostase”, como

¹⁴ Comunicação verbal no Laboratório de Psicopatologia Fundamental, em 30.03.2011.

¹⁵ idem

meio de manter um controle do equilíbrio interno do indivíduo, utilizando-se de uma terapêutica predominantemente química.

No cruzamento entre os princípios científicos e a concepção de tratamento psiquiátrico – herdeiro de uma concepção moral –, encontraremos o sentido de estabilização vinculado também, a uma contenção de sentimentos e atos considerados exacerbados ou fora dos padrões esperados. Por um lado, a regularização de determinadas disfunções orgânicas como forma de adequação e proteção do organismo, e, por outro, a manutenção do parâmetro de normalidade como meta a ser alcançada. Esta última vai ao encontro de uma resposta de cura, objetivando não apenas a melhora do indivíduo, mas igualmente determinada adequação de suas funções produtivas junto ao meio social onde está inserido.

O tratamento dispensado visa, então, o controle de determinadas disfunções orgânicas relativas ao sistema nervoso central, com o objetivo de retomar o seu funcionamento regular, o que podemos melhor acompanhar nas pesquisas realizadas por G. Berrios, encontradas no ANEXO I.

Durante boa parte da medicina o saber humanístico se constituiu em fonte quase exclusiva do saber médico. Isso só começou a mudar a partir do século XIX, quando o desenvolvimento das ciências biológicas, em confluência com a física, química e a matemática determinaram uma reorganização do saber médico que, paulatinamente, foi desconsiderando as fontes das humanidades (Galliam, 2002).

Em decorrência de um grande avanço científico que vem ocorrendo nas últimas décadas, a psiquiatria tem se pautado firmemente nas descobertas realizadas pela neuropsiquiatria, cuja disciplina se centra na “identificação e manejo dos distúrbios do comportamento, associados a disfunções cerebrais. Ela abrange pesquisa, educação e atendimento ao paciente” (Kaplan & Sadock, 1999, p. 230).

Desde os anos de 1950 com a criação de determinadas medicações, a psiquiatria tem alcançado grande êxito em sua terapêutica, sendo que

atualmente com os recursos medicamentosos denominados de segunda geração, têm-se obtido a diminuição dos efeitos colaterais, anteriormente sofridos pelos pacientes e uma maior eficácia na remissão dos sintomas mais frequentes nas crises psíquicas.

A descoberta do DNA realizada em 1953, os avanços farmacológicos, e as mais recentes pesquisas a respeito dos genomas, têm fortalecido a visão organicista como fonte de compreensão das doenças, entre elas a doença mental.

Constituiu efetivamente, um êxito verdadeiramente assinalável o progresso registrado nas últimas décadas, a partir do momento em que os cientistas conseguiram por em evidência, no seio da estrutura cerebral, um pequeno número de substâncias neuroquímicas que desempenham um papel do maior relevo na transmissão neuronal da impulsividade e na regulação das diversas atividades psíquicas. Tais substâncias, designadas por mono-aminas cerebrais, influenciam, de forma evidente, o nível de funcionamento da consciência, da afetividade e da memória, intervêm na regulação da psicomotricidade e da atividade sexual e modelam a ação que os modernos psicofármacos se mostram susceptíveis de desenvolver no sentido de se corrigirem os desvios daquelas atividades (Fonseca, A. 1998 p.127).

Como pano de fundo dessas conquistas, observamos que a partir da revolução industrial a crescente mudança do homem em suas relações – seja em seu fator produtivo, seja em suas expectativas de consumo, ou nas relações humanas –, vem refletindo diretamente nos valores relativos aos conceitos de felicidade e bem-estar.

O homem moderno não tem tempo a perder. Neste sentido, um dos seus sintomas é manifesto nas tentativas desesperadas de abreviar o tempo daquilo que lhe causa incômodo, inquietação e sofrimento, uma vez que tais fatores podem retirá-lo da ciranda capitalista.

O grande avanço tecnológico alcançado nos séculos XX e XXI muito contribuiu com este processo. Dentro desta perspectiva, a concepção organicista da doença mental tem sido prevalente na condução da clínica psiquiátrica,

explicada pela ação mais rápida, eficaz ou não, das sinapses neuronais, etc. Tanto os comportamentos, como os sentimentos e os sintomas podem ser explicados cientificamente.

Previstos e aprendidos, os comportamentos podem ser evocados, ensinados e nesse sentido, os cognitivistas acreditam que uma reeducação do paciente pode auxiliá-los a dominar os seus sintomas, como meros representantes de uma manifestação problemática apenas, e não criativa ao resgatar os reais significados psíquicos em questão. Desta forma, a ênfase na “eficácia do tratamento” muitas vezes se pauta na brevidade em alcançar uma resposta positiva do paciente.

A ciência cognitiva oferece uma amplitude de conceituações para entender como a mente funciona na saúde e na doença. Um amplo campo interdisciplinar fornece diversos paradigmas de pesquisas úteis para elucidações adicionais da natureza da psicopatologia, através de técnicas das neurociências até modelos computadorizados do funcionamento do cérebro. O entendimento cognitivo das emoções e consciência podem também expandir o modelo da psiquiatria do conhecimento sobre a experiência humana subjetiva. As ferramentas clínicas, desde medicações até a psicoterapia, podem também encontrar aplicação mais ampla na medida em que o processo de mudanças psicológicas seja melhor entendido.

A psiquiatria, por sua vez, tem muito a oferecer para a área da ciência cognitiva. A longa história da psicopatologia descritiva e a tentativa de sintetizar visões da mente e do cérebro podem fornecer aos cientistas cognitivos não-clínicos dados singulares e questões relevantes. O convite está aberto para a psiquiatria unir-se à busca do entendimento dos processos cognitivos da mente humana. (Kaplan & Sadock, 1999, p. 335).

Parece que ocorre determinada convergência neste sentido, entre a diminuição do tempo de espera na solução de problemas e a necessidade de domínio de uma determinada situação.

Atualmente as abordagens psiquiátricas mantêm-se pautadas na concepção de contenção com relação à crise, seja esta química ou física. Dependerá do profissional médico a possibilidade de inserir ou não o indivíduo e sua singular subjetividade no processo de tratamento.

O que podemos observar é que, na história do tratamento médico das doenças de uma forma geral, não sendo apenas um atributo da psiquiatria, o objetivo se mantém pautado em uma intervenção farmacológica, em atuar na causa orgânica de determinada patologia, na perspectiva de obter “a estabilização e/ou remissão do quadro”, com a conseqüente extinção dos sintomas, sendo pouco considerada a possibilidade de compreensão da representatividade subjetiva que um sintoma possa apresentar. Uma terapêutica que promova o equilíbrio, a harmonia e o controle das funções exercidas como bem podemos observar no artigo do Dr. Berrios (ANEXO I).

Cabe-nos aqui um questionamento a respeito do grande peso que recai sobre as medicações numa intervenção de crise. Uma estabilização para a psiquiatria corresponderia ao fato de terem sido aplacados os sintomas?

O termo estabilização foi amplamente utilizado pela medicina neste sentido, desde a década de 1990, não sendo, entretanto, localizada nenhuma outra formalização conceitual a respeito do mesmo, durante esta pesquisa, a não ser a mencionada por Freud ao citar G. T. Fechner. No entanto, encontramos no artigo do Prof. Berrios (ANEXO I) um amplo levantamento a respeito de homeostase o que pode ser considerado enquanto uma equivalência ao termo estabilização.

Vejamos o que dizem as “Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia”:

Durante a fase de estabilização, os principais objetivos do tratamento são: facilitar a redução contínua dos sintomas, consolidar a remissão e promover o processo de recuperação. Os objetivos principais do tratamento durante a fase estável são garantir que a remissão ou o controle dos sintomas seja mantido e que o paciente mantenha ou melhore o seu nível de funcionamento e sua qualidade de vida, prevenir as recaídas e assegurar o monitoramento para que não ocorram efeitos adversos provenientes do tratamento. O tratamento farmacológico antipsicótico deve vir acompanhado de intervenções psicossociais. Algumas abordagens psicossociais, incluindo intervenção familiar, reinserção profissional assistida, tratamento de habilidades individuais e psicoterapia de orientação cognitivo-comportamental, têm demonstrado eficácia durante a fase estável.

A seleção dos tratamentos psicossociais adequados é guiada pelas circunstâncias e necessidades individuais de cada paciente e por seu contexto social. Do mesmo modo, o tratamento psicofarmacológico deve ser prescrito individualmente, de acordo com as necessidades e preferência do paciente, tendo como focos a prevenção de recaídas, a supressão dos sintomas e a melhora do bem-estar do indivíduo e de sua qualidade de vida (Falkai et all, 2006).

Consideremos, também, o importante fator de os sintomas dentre as doenças mentais não permanecerem restritos ao corpo do paciente, pois o sofrimento psíquico se evidencia em seu modo de pensar, sentir e agir, em seu modo de ser no mundo. Sendo assim, a sintomatologia do paciente vem denunciar a sua posição contrária aos moldes sociais vigentes, deixando de ser considerada a possibilidade de representar tentativas singulares de enfrentamento da realidade que se coloca como insuportável ao indivíduo num momento de crise.

Vejamos a maneira como a psiquiatria e as correntes que a compõem pensam a este respeito, segundo Kaplan & Saddock (1999):

Neuropsiquiatria é a disciplina centrada na identificação e manejo dos distúrbios associados a disfunções cerebrais. Ela abrange pesquisa, educação ao paciente. A neuropsiquiatria engloba as tradições da psiquiatria biológica, da neurologia comportamental, da psicofarmacologia e das neurociências em seu objetivo *de entender as bases físicas do comportamento e aplicar este conhecimento em pacientes com distúrbios de comportamento. Nenhum aspecto do comportamento humano é independente de seus alicerces físicos e a neuropsiquiatria é o cerne da psiquiatria. Todas as intervenções terapêuticas devem ser traduzidas em acontecimentos neurológicos que afetam o comportamento* (p. 334, grifo nosso).

Consideramos que no caso de crises psíquicas, tênue é a linha divisória entre a conduta médica objetivar apenas a remissão dos sintomas – fruto do que chamam de “estabilização do quadro” – e uma simples adequação da conduta do paciente às normas e valores sociais vigentes.

Estes dois fatores se correlacionam na medida em que uma mudança, ou a adequação de comportamentos passa a representar uma resposta positiva

alcançada mediante a melhora de um quadro sintomático, como a única saída possível da crise em que o indivíduo se encontra. .

Retomamos o artigo do Prof. Berrios quando menciona o fato de: “as formas de uma doutrina utilitária implicam em uma ideologia escondida”. E, se referindo à Ravetz, 1973, comenta que “o modelo científico somente pode funcionar dentro de um quadro socioeconômico determinado” (ANEXO II, p. 124).

Sem dúvida, conta-se, atualmente, com a importante eficácia dos efeitos medicamentosos na diminuição de intenso sofrimento psíquico, como o ocorrido nas crises psíquicas. Prof. Berrios, nesse mesmo, artigo comenta a respeito da crença de que os neurolépticos proporcionariam um futuro sem hospitais psiquiátricos. Através da medicação, obtêm-se a diminuição de um excesso de sofrimento e previne-se o fato do paciente se colocar em risco de morte ou a terceiros. Porém, além das questões econômicas existentes no comércio medicamentoso, encontraremos outro aspecto que devemos observar: os pacientes em crise são medicados em altas doses a fim de que a medicação “controle” o desarranjo do indivíduo, e sua melhora só será considerada quando os comportamentos do mesmo se aproximarem da conduta considerada normal.

[...] os sintomas são considerados a partir de um ponto de vista adaptativo e são rastreados a partir desde as raízes do comportamento essencialmente normal através de uma variação de padrões de comportamentos anormais (Kaplan & Sadock, 1999, p. 324).

Marcando um divisor de águas nesta questão, encontram-se os clínicos que consideram a subjetividade do indivíduo; são aqueles que se atêm ao fato de como este relaciona em seu contexto sociocultural, resgatando assim a visão humanista, que já possui grandes contribuições de outras áreas que a psiquiatria pode se servir.

Tais fatores pressupõem que o clínico pode considerar e lidar com as imprecisões encontradas na subjetividade de cada um e também despojar-se da pressa em eliminar a sintomatologia apresentada como algo que não tem

nada a dizer. A sintomatologia é tida apenas como um efeito relativo a uma desorganização do funcionamento psíquico.

A medicina, neste sentido, limitando-nos a uma referência nacional, diante de um aumento crescente de atendimentos em saúde mental e dos recursos disponíveis para tal, tem atendido às demandas de rapidamente eliminar os sintomas, na tentativa de abreviar o tempo de sofrimento e eliminar o desequilíbrio do organismo do indivíduo ou retificar a sua homeostase. No entanto, nossa questão permanece relativa à subjetividade do indivíduo neste processo.

Na análise do caso de Liz podemos vislumbrar algumas dificuldades em consequência do tratamento medicamentoso a que se submeteu e também a respeito das interações realizadas. No ANEXO II, referente ao artigo sobre “Psiquiatria Comunitária e a Equipe Psiquiátrica para Intervenção em Crise”, do Prof. G. Berrios encontraremos aspectos que julgamos fundamentais ao bom andamento dos cuidados adequados a serem oferecidos em casos de crise psíquica.

Iniciaremos pela manifestação de concordância a respeito dos efeitos benéficos quanto à solução encontrada através da psiquiatria comunitária (ANEXO II), como um meio eficaz de oferecer tratamento ao doente mental, não só durante uma crise, mas também como uma forma possível de prevenção e continuidade do tratamento a ser oferecido pós crise. No entanto, gostaríamos de ressaltar alguns pontos, iniciando pela observação realizada sobre a concepção da ética de tratamento mencionada por Berrios, referente ao seguinte aspecto: “qualquer que seja a etiologia da loucura é apenas em parceria com seu companheiro que o homem pode obter um aprimoramento mental” (ANEXO II, p. 124).

Acreditamos, como o autor, na importância de considerar a sobreposição dos aspectos a serem observados nas definições de tal tratamento: o científico, o já mencionado ético e o prático. Destacamos a ideia que diz respeito às linhas de tratamento realizadas mais especificamente na rede pública de saúde mental, no âmbito Municipal, que se pautam numa concepção ética de reinserção social, como meta a ser alcançada.

Pensamos que não há possibilidade de tratamento sem visualizarmos as diferenças enquanto meios genuínos, singulares de subjetividade, imanentes ao ser. O doente mental é um diferente e os moldes deste tipo de reinserção social parecem tentar eliminar tais diferenças, ignorá-las. Dentro desta perspectiva, o tratamento médico poderá se tornar um meio a serviço de uma tentativa de adequação social.

No caso clínico a que nos referimos, sabemos o quão importante teria sido a opção de Liz ter permanecido por algum tempo fora do convívio familiar, em uma comunidade terapêutica, até que os pontos conflituosos da família pudessem também ser tratados.

Ainda que uma crise possa representar uma condição prospectiva, não se trata de minimizar a importância do tratamento adequado, seja ele intervenção medicamentosa ou hospitalar, em momentos onde o indivíduo não disponha de condições psíquicas suficientes para enfrentar as situações a que esteja exposto.

No entanto, verificamos que o apoio de serviços de residência a pacientes em tratamento psiquiátrico, em um âmbito nacional, são restritos àqueles que, abandonados pela família, permanecem residentes em hospitais psiquiátricos, em precárias condições. Bem sabemos que a internação várias vezes se presta a um recurso utilizado pelo médico, como medida única para retirar os pacientes de um convívio familiar inadequado em que se encontram.

Outro agravante é o fato de profissionais médicos em atendimentos de urgência não disporem de tempo suficiente para uma investigação de maior abrangência – considerando as condições sócio-culturais implícitas – e tampouco de recursos públicos disponíveis para realizar um encaminhamento mais adequado referente a cada caso.

Tal fator implica a continuidade da institucionalização da internação como meio de cronificação, enquanto única forma de suprir a outras necessidades, como a mencionada retirada temporária do paciente do seu meio. Pudemos observar nas internações de Liz essa insuficiência em tratar de outros aspectos que envolviam a sua permanência junto aos seus familiares.

Segundo os estudos realizados pelo Dr. Berrios (ANEXO II), podemos verificar as vantagens que esses serviços oferecem, apesar das dificuldades que também apresentam.

Mesmo que o tratamento psiquiátrico tenha que abarcar a crescente demanda de casos tidos como neuroses graves e transtorno de personalidade (quadro sobre Estudo de Leeds, ANEXO II, p. 136), sem dúvida alguma, é de grande importância considerar esta proposta de tratamento para a melhora de qualidade dos serviços prestados.

CAPÍTULO 8

DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO

8.1 – Da teoria a Clínica – Da clínica a teoria

A impressão que Liz nos deixou foi a de uma pessoa distante, calada, passiva diante de tudo que a rodeava. Porém, sabíamos que ela teria muito a dizer a respeito de suas impressões, seus impasses, o que poderia auxiliá-la a encontrar as razões que a levaram a esta crise e o que fazer a partir dela. Desde o início de seu atendimento, foi esta a aposta que realizamos. Ouvi-la e acompanhá-la na reconstrução de seu mundo interno que então nos parecia caótico.

Ao longo desses anos de trabalho clínico, quando iniciávamos o atendimento a um paciente que havia permanecido por muito tempo sem tratamento adequado, ou seja, sem ter recebido uma escuta e espaço apropriado para lidar com seu sofrimento, sabíamos que uma das consequências prováveis seria o refúgio no isolamento. Nossa primeira preocupação nessas situações era com relação à forma como poderíamos constituir o vínculo terapêutico. Enfim, como chegaríamos até ele, estabelecendo a confiança necessária para que o trabalho analítico pudesse ocorrer.

Sempre obtivemos êxito ao nos debruçarmos com interesse sobre a história que permanecia oculta em cada caso que encontrávamos. Realizando perguntas simples, que não exigissem muita elaboração psíquica para serem respondidas, uma vez que não sabíamos de que diagnóstico se tratava. Importava-nos demonstrar a real necessidade de compreender a sua história. O paciente, por mais grave que fosse a sua patologia, e tantas vezes já em total desesperança a respeito de sua melhora, sempre respondia favoravelmente a este gesto de respeito ao seu sofrimento psíquico. A partir deste movimento de aproximação, obtínhamos, com frequência, uma adesão

ao tratamento de forma que os atendimentos passavam a ser valorizados e solicitados. Com Liz não foi diferente.

Pareceu-nos que ela, estava mergulhada em seu universo totalmente isolada e solitária, numa tentativa de se resguardar em seu mais profundo íntimo, para melhor se proteger e ao mesmo tempo tentar compreender tudo que havia lhe deixado tão desorientada. Mas do que ela se protegia? O que lhe era tão ameaçador?

Que sentido teria essa crise em sua vida? De que crise se trata? O que haveria precipitado tal situação? A quais mudanças estaria evocando? Eram tantas as questões que, sabíamos, demandariam estratégias e muita cautela para podermos alcançar as verdadeiras respostas.

Ao analisarmos o caso de Liz foi muito importante o fato de considerarmos a importância de entender a mensagem expressa em sua crise não nos deixando apegar a determinadas nomenclaturas diagnósticas, que encerravam em si um saber a respeito do quadro clínico que se apresentava. Foram necessárias várias discussões clínicas com outros colegas para que ficássemos alertas sobre essa questão.

Era muito fácil considerarmos tratar-se de um quadro de psicose, diante das descrições a respeito de seus sintomas: alucinações, audição de vozes e isolamento social. Os diagnósticos médicos foram desde a hipótese de esquizofrenia ao transtorno afetivo bipolar. Ao retornarmos ao início da clínica freudiana, conforme já descrito, também nos deparamos com descrições de quadros histéricos favorecendo igualmente interpretações diagnósticas equivocadas, tomadas como quadros de loucura.

Neste sentido encontramos no ensino de Lacan, uma abordagem sobre o diagnóstico diferencial entre uma crise psicótica e a neurótica, sendo esta última mais comumente atribuída ao excesso de angústia. Acreditamos ser importante tal consideração no tratamento de pacientes gravemente adoecidos, para que não sejam tratados de forma errônea, também no que toca a prescrição medicamentosa.

Lacan (1998) aponta alguns elementos que devem ser observados, como a presença dos seguintes fenômenos elementares: delírios, alucinações, vozes, neologismos e frases interrompidas, como determinantes da linguagem psicótica (p. 537-590). Mediante a ausência da constituição de uma rede simbólica na psicose, é fundamental a não realização de uma abordagem terapêutica que pressuponha a necessidade de utilização de associação livre no decorrer das entrevistas iniciais, antes de levantamento de uma hipótese diagnóstica. Caso contrário, incorrer-se-á no erro de favorecer o desencadeamento de uma crise, mediante a solicitação de uma significação impossível de ser encontrada pelo paciente.

Portanto, o trabalho terapêutico junto ao psicótico, segundo Lacan (1988), se pauta na função de sermos testemunhas em suas tentativas de encontrar uma significação possível que diga respeito ao ser do sujeito, ainda que baseada em uma imitação respaldada em imagens que lhe sirvam de modelo em como ser homem ou mulher e não como resultante de um processo de identificação (p. 235-262).

Mas ao analisarmos o caso clínico de Liz, ainda que encontrássemos a descrição de delírios e alucinações, podemos observar a construção de uma história em que ela se sentia abandonada e sem um lugar no desejo de seus pais. Observamos a existência de uma rede simbólica pelas associações que realizava e nos relatos de suas vivências. Liz mostrava-se invadida de angústia, fruto de inúmeras frustrações a que se viu submetida.

Liz sofrera o impacto de diversas ocorrências que remetiam-na a uma infundável sensação de abandono, levando-a ao desespero e procurando satisfazer ao desejo de seus pais para obter um lugar que lhe concedesse alguma segurança, enquanto amada e desejada pelos mesmos. Para melhor observarmos tais pressupostos, analisemos sua crise.

8.1.1 – A crise de Liz

“Um estado de irritabilidade, desobediência, comportamentos estranhos e desafiadores para com os familiares, o que não só os incomodava, mas também foram considerados fora do habitual”.

“Crescente isolamento, marcado por conversa sozinha pelos cantos da casa e acentuado aumento de seu desinteresse pelas atividades cotidianas, inclusive no que se referia aos cuidados pessoais. Desta forma, também não conseguiu mais dar continuidade aos estudos. Parecia ter criado um mundo à parte ao ficar conversando com as vozes”.

“Houve um assassinato que presenciei no banheiro da faculdade quando fui fazer o vestibular. Presenciei um assassinato de uma menina de 15 anos, mais ou menos [idade próxima à época que adoecera]. O Prefeito sabe que eu vi tudo. As vozes dizem que haverá uma represália.”

A crise teve início quando Liz soube que sua irmã iria residir com seu pai em outra cidade. A mesma já demonstrava dificuldade em conversar com o pai, pois havia uma distância entre eles.

Ao considerarmos as antigas situações de abandono sofridas por Liz desde muito pequena – aos dois anos de idade e também aos sete – pensamos a respeito dos sentimentos por ela revividos ao receber a notícia da partida de sua irmã. Afinal, naquele momento, ainda que brigassem muito, a mãe já estava “ausente” por sua doença e o pai “ausente” de sua vida para poder dar continuidade à vida dele, palavras dela.

As ligações interurbanas não foram suficientes para “religar” os afetos que permaneceram perdidos e confusos entre ela e o pai. A mãe, mesmo morando com ela, não estabelecia uma relação que pudesse fortalecer a possibilidade de realizar vínculos afetivos entre Liz e o mundo. Quem teria realizado essa tarefa?

Outro fato marcando e remarcando o sentido de uma separação, foi o pai oficializar a separação de sua mãe pouco antes da previsão de partida de sua

irmã. Mais uma separação que se concretizara. Mas e as ligações afetivas, como eram estabelecidas?

Podemos pensar que essas duas últimas ocorrências, marcando situações de separação – oficialização da separação dos pais e a partida da irmã –, além de ressignificarem situações que possivelmente foram vivenciadas de forma traumática, também evocaram o seu drama edípico.

É-nos muito fácil supor que Liz sofrera um acréscimo em suas dificuldades em lidar com seu processo edípico; primeiro no que diz respeito à sua possibilidade de identificação com a figura materna, que fora seriamente acometida pela doença psíquica e, aos sete anos, por ter ocorrido uma separação concreta de seu pai, podendo ter desencadeado confusos sentimentos de desejo, culpa e angústia.

Não é difícil imaginar os sentimentos de abandono e solidão que tanto Liz como sua irmã Suzana sofreram na infância, mas também é interessante notar a maneira como cada uma pode lidar com a realidade que as envolvia, resultando em soluções muito diversas. Tal fato evidencia e comprova a singularidade que cada indivíduo apresenta em sua dinâmica psíquica e, conseqüentemente, a forma com que cada um se situa frente à realidade que se lhe apresenta.

Liz, quando foi deixada pelo pai com os parentes de sua mãe, também teria revivido a reincidência dos sentimentos de abandono sofridos na ocasião em que a mãe adoecera? Dessa forma, a negativa de se relacionar com o pai pelo telefone poderia ser interpretada como uma forma de determinado domínio da situação, e a expressão de sua hostilidade por ter sido abandonada por ele.

Assim, quando a irmã – que também se dizia ocupar o lugar de mãe para Liz – ao anunciar sua ida para morar com seu pai, fez com que Liz se sentisse deixada novamente, ocorrendo assim não só a repetição de uma situação de abandono como também uma reincidência da ação paterna ao excluí-la da possibilidade de residirem juntos.

A reincidência de tais situações, remetidas às ocorrências em sua primeira infância onde não possuía recursos suficientes de significação, parece

configurar uma situação traumática a qual ela se via impossibilitada de simbolizar, eclodindo assim em uma crise, um verdadeiro caos psíquico.

Também pode acontecer que uma pessoa seja levada a uma parada tão completa, devido a um acontecimento traumático que estremece os alicerces de sua vida, a ponto de abandonar todo o interesse pelo presente e pelo futuro e manter-se permanentemente absorvida na concentração mental no passado (Freud, (1917 [1916-1917], p. 326).

Observamos também que o momento inicial desse período crítico foi concomitante à sua primeira experiência sexual e aos preparativos para realizar o ingresso em uma vida profissional, exigindo assim uma nova posição a ser ocupada.

Sua irritabilidade tinha razão de despontar, diante de tantas situações inovadoras e sem intimidade suficiente com amigos e familiares no sentido de encontrar algum suporte para enfrentá-las.

8.1.2 – O trauma como desencadeador de sua crise?

É como se esses pacientes não tivessem findado com a situação traumática, como se ainda estivesse enfrentando a tarefa imediata ainda não executada; e levamos muito a sério esta impressão. Mostra-nos o caminho daquilo que podemos denominar de aspecto econômico dos processos mentais. Realmente, o termo “traumático”, não tem outro sentido senão o sentido econômico (idem p. 325).

Observemos as considerações realizadas na teoria freudiana numa tentativa de articularmos aos fatos ocorridos no período de crise de Liz, o que nos parece bastante pertinente.

A obra freudiana passou da concepção de trauma ligado a uma vivência sexual precoce, – fora das cadeias associativas, numa inter-relação dessas cadeias,

impedindo a excitação de ser descarregada – para uma vivência subjetiva, fantasiada pelo indivíduo.

Importa-nos apontar os efeitos do método de tratamento proposto por Freud, como uma forma de estabilização do aparelho psíquico que, diante da possibilidade do deciframento dos sintomas através de sua interpretação e elaboração de seus significados inconscientes, promoveria o desimpedimento da diminuição do excesso de excitação no aparelho psíquico.

Voltemos às questões anteriormente levantadas:

1) Poderíamos considerar o estado agudo dos sintomas de Liz, causado pelo excesso de *pathos*, provocando alterações significativas em seu modo de funcionamento, a ponto de interferirem, ou, até mesmo impossibilitarem-lhe dar continuidade às suas atividades diárias – trabalho, estudo e aos seus relacionamentos – como um estado equivalente a uma forma de proteção alcançada nesta crise psíquica, considerando-se a idéia do aparelho funcionar como meio de defesa do organismo?

2) O tratamento psíquico, sob transferência, pautado na dinâmica inconsciente, favorecendo assim a escuta do que os sintomas têm a falar (Berlinck, 1997), poderia resultar em uma possibilidade de estabilização, mediante o equilíbrio provocado pela descarga energética, assim denominado nesse momento da obra freudiana?

Deixamos claro que consideramos inquestionável a singularidade de cada indivíduo ao relacionar-se com o seu meio interno e externo. Assim, importa-nos refletir a respeito deste caso clínico onde encontramos alguns sentidos a partir desses conceitos freudianos.

8.1.3 – A ausência do prazer de viver

Como já mencionamos na abordagem a respeito do Princípio do Prazer, a teoria traumática já contará com um acréscimo em sua formulação no que se refere à ocorrência de uma cena de sedução. Em lugar desta consideração

como constitutiva do trauma, a fantasia passa a ganhar fundamental importância na compreensão da realidade psíquica. Passa a ser considerada a ocorrência de um conflito inconsciente, manifestando fantasias e desejos. Pudemos observar que Liz passou por situações que provavelmente causaram grande interferência em sua travessia edípica, deixando-lhe marcas em sua relação com a realidade. Berlinck, em uma discussão clínica a respeito deste caso comenta, sobre o fato de que ela parecia não poder separar-se da realidade, nem mesmo manter uma distância necessária que lhe permitisse não se misturar com a mesma.

A importância das experiências infantis não deve ser totalmente negligenciada, [...] pelo contrário, as experiências infantis exigem uma consideração especial. Elas determinam as mais importantes consequências, porque ocorrem numa época de desenvolvimento incompleto e, por essa mesma razão, são capazes de ter efeitos traumáticos (Ibidem, p. 422).

Nesse aspecto, já a partir de seu meio familiar enfrentava o fato de sua melhora permanecer atrelada tão somente às ações por ela realizadas em sua casa, no sentido de estar sendo produtiva ou não. Constantemente era desacreditada quando fazia alguma proposta que não coincidissem com as programadas por seus familiares.

Estar bem psiquicamente ou, em outras palavras, devidamente estabilizada, tornou-se sinônimo de realizar, produzir, se informar enfim, haver retornado à ciranda capitalista? Nesse sentido, a conduta médica também reforçava tal posicionamento familiar. Assim Liz permanecia ignorada em sua singularidade psíquica e em sua forma pessoal de encontrar saída para esta crise.

Outro fato que merece grande atenção é a forma como pacientes graves como a do presente estudo, se equivocadamente diagnosticados, são medicalizados em demasia, o que lhes deixa lentificados e apáticos, dificultando a disposição dos mesmos para com os afazeres do dia a dia.

A repetição em seu discurso “*hoje não, as vozes não deixam*”, ou ainda “*não posso, sou uma doente*”, pareceram demonstrar um meio de Liz preservar um

não querer atender ao que lhe era solicitado, mas, por outro lado sem forças suficientes para preservar o próprio desejo. Qual era o seu desejo?

Manifestava seu constante desligamento do mundo externo, no qual não encontrava formas de expressar suas poucas vontades, sem encontrar algo que despertasse o seu interesse e lhe concedesse prazer em viver. Não seria este o estado mais evidente de um quadro depressivo? Não demonstrava mais interesse em nada, até que um dia disse, deixando um fio de esperança: “*talvez amanhã*”.

Ao manifestar esta possível abertura, procuramos verificar quais eram as suas expectativas que deixavam uma porta entreaberta nesse “*talvez amanhã*”. Quais as suas fantasias sobre essa possibilidade? Esta resposta revela seu conflito, localizado entre satisfazer algumas vontades próprias, anteriormente manifestas, coincidirem com o desejo paterno a seu respeito. “*Ela obedecia*” Seu ideal, inconsciente, era atingir a essa meta, que parecia impossível de ser alcançada. A vontade paterna ocupava, assim, suas próprias exigências no sentido de alcançar a perfeição, através da realização do que fosse melhor para ela. Dessa forma permanecia alienada num saber imaginário do outro a respeito do que seria o melhor para si.

Liz haveria de abrir mão desse saber sobre si colocado na figura paterna. Pensamos que a referência de Ortega y Gasset ao ato de ensimesmar-se, passa por essa travessia, a qual denomina como intransferível: o poder distinguir suas reais verdades em contraposição ao desejo de satisfazer a vontade alheia. A questão nos parece é que estas duas vertentes ocorrem constituindo um conflito que inviabilizou a continuidade da vida de Liz.

Portanto, foi através da identificação à mãe doente, que Liz encontrou uma forma de ausentar-se em ter que enfrentar as consequências de suas escolhas e enfrentar o desagrado de seu pai. Afinal, adoecer foi a única maneira que a aproximou da mãe e de seu pai novamente ao ser por este cuidada.

Assim, as situações externas em que Liz se encontrava aos dois anos, em nada a favoreceram para que pudesse desenvolver condições psíquicas

propícias para lidar com seu mundo interno e a difícil realidade que prematuramente a cercava.

Lembramo-nos da forma como Freud (1920) situou em “Além do princípio do prazer” a questão da pulsão de morte dominar de forma mais intensa o funcionamento psíquico. Vejamos o que Berlinck (2008) comenta a respeito das pulsões:

Eros, por sua vez, é uma propriedade que se acrescenta à libido, constituindo a pulsão de vida e a pulsão de morte; a primeira, estando sob o domínio de Eros, estabelece ligações e a segunda, estando sob o domínio de Tânatos, realiza silenciosamente desligamentos. Eros estabelece laços, realiza ligações (p. 104).

Nosso trabalho se pautava em oferecer escuta e construirmos com Liz o encontro de seu desejo, incentivando desde as pequenas tomadas de decisão e atividades que conseguisse realizar. Obtivemos como resultado várias ações que pareciam impossíveis de serem pensadas e realizadas.

8.1.4 – Ocorreu a estabilização psíquica de Liz?

A manutenção do trabalho analítico tinha como ponto fundamental uma especial atenção na relação transferencial. Sabíamos que seria através desse vínculo que se abriria a possibilidade de Liz reviver suas primeiras experiências afetivas. O enquadre terapêutico, o estabelecimento da transferência possibilitou as condições necessárias para que ela começasse a manifestar seus verdadeiros sentimentos: da hostilidade inicialmente demonstrada, até às expressões afetuosas ao mencionar “*estou trocando as vozes pela conversa com a analista*”. Um contorno ao excesso de angústia pôde ser realizado.

Entendemos a manifestação de “falar sozinha pelos cantos da casa” como uma tentativa de encontrar algum eco, alguma resposta às suas palavras, uma forma desesperada de construção da própria intimidade.¹⁶

O necessário manejo transferencial incorria em mantermos condições propícias que lhe assegurassem e permitisse o restabelecimento de seus vínculos, tão precocemente afetados pelo adoecimento de sua mãe e o distanciamento de seu pai.

Também no início do tratamento foi aberta a possibilidade de atendimentos nos finais de semana, mediante a seguinte fala de Liz: “*Não suporto esta angústia, preciso falar*”. Em vez de ser medicada aleatoriamente pelos familiares, quando tais “inquietações” ocorriam, oferecíamos atendimento.

Assim foi possível a paulatina transformação da angústia, pela expressão de situações que a incomodavam, como a maneira que era tratada em sua atual casa sentindo-se pouco valorizada, não sendo respeitada ou merecedora da confiança e do amor paterno. A questão não era como a tratavam, mas sim como ela poderia se reposicionar frente à demanda do Outro. As palavras retomavam seus sentidos e puderam não apenas ser pronunciadas, como também ouvidas por ela mesma. Foi a partir do sem sentido evidenciando a presença do inconsciente, o que possibilitou a construção de novos sentidos para Liz.

À medida que Liz pôde realizar a historicização de suas vivências, dando nomes, sentidos às experiências por ela vivenciadas: – sua tristeza com a separação dos pais e a doença de sua mãe, a solidão com a partida da irmã, a sexualidade “estranhamente” vivenciada, o prazer experienciado com as oficinas de teatro, a construção de um plano de viagem, a possibilidade de trabalhar como já havia feito anteriormente –, nesta ordenação dos fatos ocorridos que tanto lhe marcaram, pôde reencontrar sua vontade de continuar a viver, saindo do estado de apatia no qual se encontrava e iniciar os primeiros passos rumo a uma vida com marcas de autenticidade.

¹⁶ Neste aspecto, agradeço as contribuições de Ana Cecília Magtaz, realizadas no Laboratório de Psicopatologia Fundamental, Pontifícia Universidade Católica – S. Paulo em 04.03.2010.

O excesso pulsional que permanecia reprimido pôde assim encontrar novas formas de satisfação, à medida que ocorreu uma construção de novos sentidos, viabilizando novas realizações. Paulatinamente a possibilidade de expressar seus sentimentos e ressentimentos, permitiu uma tentativa de um novo posicionamento frente a sua vida e, conseqüentemente, frente à sua família.

Começou a cuidar melhor de sua aparência, voltou a estudar, realizou dois cursos simultâneos, começou a frequentar um grupo em uma igreja (a mesma que o pai frequentava) e começou a fazer tricô (como sua mãe).

Conseguindo transitar entre o mundo paterno e os fragmentos imaginários do universo materno, teceu alguns pontos enlaçando novos sentidos, o que lhe possibilitou o início, a construção de uma vida própria. Esse período pareceu sinalizar sua estabilização psíquica.

No entanto, no decorrer do tratamento, deparamo-nos com outros enigmas relativos à dinâmica familiar, que operavam como uma força contrária às soluções encontradas por Liz. Os familiares mantinham-se fixados em um determinado *script* a ser por ela vivido, não correspondendo às vontades expressas por Liz, que ouvia deles com frequência: “*É preciso correr atrás do tempo perdido*”. Ou seja, mesmo considerando a evidente melhora de seu estado, era-lhe cobrado recuperar o que já havia sido feito, com relação aos estudos, trabalho etc.

Se Liz dizia querer voltar a tocar violão “*ela tinha era que trabalhar*”, se falava em casa sobre seus planos de estudo e viajar para rever sua mãe – só o conseguiria se fosse com o seu dinheiro – e, paradoxalmente a estas afirmações, nenhum apoio efetivo era realizado para que ela alcançasse reais condições para conseguir emprego (o dinheiro para tirar as fotos para os documentos, comprar roupas adequadas etc.)

Dessa forma, Liz demonstrou que a única maneira que encontrava naquele momento em lidar com a realidade pela qual se sentia engolida novamente, era o retorno a sua identificação ao ideal manifesto por seu pai, o que a jogou numa demanda infinita de “*ter que melhorar... e mais... e*”, sem um limite

possível entre realidade – adiando sua satisfação imediata, o que lhe possibilitaria um encontro de seu desejo – e o imediatismo imperado pelo princípio do prazer que procura sua satisfação de forma instantânea.

A etiologia de todo distúrbio neurótico é, afinal de contas, uma etiologia mista. Trata-se de uma questão de os instintos serem excessivamente fortes – o que equivale a dizer, recalcitrantes ao amansamento por parte do ego – ou dos efeitos de traumas precoces (isto é, prematuros) que o ego imaturo foi incapaz de dominar. Via de regra há uma combinação de ambos os fatores, o constitucional e o acidental (Freud, 1937, p. 251).

Dessa forma, Liz cai novamente em seu caos psíquico, que a leva a uma sequência de alterações em sua medicação, impedindo sua condição psíquica em lidar com as pressões – internas e externas – que se avolumavam, culminando em sua primeira internação.

Ser internada parece ter oferecido um suporte satisfatório para Liz poder não só se isentar das cobranças externas que ecoavam em seu mundo interno, como também expressar sua raiva e estar de alguma forma segura, permanecendo fora de sua casa.

Nestes momentos fica mais evidente a necessidade de um local que acolha pacientes graves em momentos críticos. Nem sempre se trata de uma necessidade de internação psiquiátrica propriamente dita, e sim de uma interferência na mudança do ambiente social que venha favorecer condições ao indivíduo que se encontra tão fragilizado frente a determinadas circunstâncias. Tal questão tem sido muito constante na prática médica como única possibilidade de sanar essa problemática, a internação como meio de proteção ao paciente dos ataques externos sofridos. No entanto, esta prática somente favorece a institucionalização das internações psiquiátricas.

À GUIA DE CONCLUSÃO

Sabíamos que não chegaríamos a uma conclusão definitiva a respeito deste tema, no entanto, podemos afirmar que, através desta pesquisa atravessamos um percurso que nos permitiu levantar novas questões.

Vimo-nos no dever de repetir, citando Ortega y Gasset, que “crise é senão o trânsito que o homem faz” (p. 174), exigindo assim um trabalho psíquico que requer o conhecimento do que nos levou a uma crise, desencadeando assim movimentos de elaboração, decisões e construção.

Através dessa narrativa pudemos rever o caso clínico de Liz a partir de uma nova perspectiva, desprendendo-nos de uma tentativa de emoldurar a compreensão do mesmo por meio de valores previamente estabelecidos pela tradição psicopatológica, e sim atentos a um aprofundamento de seu entendimento.

Pudemos rever a vivência de Liz onde a crise representou uma resposta ao excesso de sofrimento que, ao se manifestar, conclamou por mudanças. Se este tratamento iniciou pelo fortalecimento de seu ego, que sucumbia ao excesso de padecer psíquico, também propiciou mudanças em sua posição junto ao seu meio social, inicialmente representado por sua família. No entanto, pudemos encontrar nesta pesquisa uma resposta à possibilidade de não permanência de uma estabilização.

Como nos diz Berlinck em “O Método Clínico – 4”, “a superação da crise abre espaço para o trabalho ascético do cuidado de si por si mesmo”. Dentro deste aspecto, a psicanálise possibilita ao indivíduo um mergulho profundo em seus reais valores como meio de resgatá-lo de sua própria alienação. Assim, a revelação do encoberto, ainda que provisória, pode tratar do afeto, do sofrimento psíquico em questão, numa tentativa de clarear aquilo que permanecia obscuro e transformá-lo em experiência (Berlinck, 2008).

Ainda que envolvendo sofrimento, essa crise permitiu a Liz uma possibilidade de amplitude não só do conhecimento de conteúdos inconscientes, de seus próprios recursos, como também uma oportunidade de inovação, uma vez que

o surgimento desta crise pressupôs a evidência de aspectos que deveriam ser modificados. Sejam eles posições a serem revistas, ou referentes a uma dinâmica patológica que deveria ser tratada, como encontramos também nesta família. Enfim, sob este aspecto, crise pode tornar-se sinônimo de uma condição prospectiva, uma sinalização prévia de uma situação a ser melhorada, transformada e mais condizente com as necessidades do ser.

Estabelecemos a diferenciação entre uma crise psíquica encontrada na neurose e uma crise psicótica, é importante para podermos conduzir o tratamento. No entanto, a análise desta narrativa, permitiu-nos abordar este caso de outra perspectiva, levando-nos a uma possibilidade de retificação diagnóstica que nos pareceu bem mais condizente com a realidade psíquica de Liz.

O fato de Liz ter sido diagnosticada pelos médicos como psicótica, fizeram com que a mesma se submetesse a um tratamento medicamentoso que muitas vezes inviabilizou o trabalho terapêutico, deixando-a apática, não simplesmente como uma reação de seu quadro psíquico depressivo, mas sim provocado pela armadura química que a medicação pode estabelecer.

Somos testemunhas do benefício alcançado com uma medicação bem prescrita, auxiliando o paciente a lidar com o excesso de sofrimento psíquico e possibilitando-lhe contar com seus recursos internos. No entanto, também testemunhamos pacientes sendo medicados em excesso, impedindo qualquer trabalho psíquico e sim aplacando a angústia dos profissionais que os acompanham e a de seus familiares.

Mas sabemos que outras mudanças teriam que ocorrer neste processo. Observamos a manutenção da loucura sendo repetida ao longo da história de Liz, iniciada com o adoecimento de sua mãe, mantida através de uma nova escolha paterna por namorar uma ex-paciente doente mental e na identificação da própria Liz como louca, o que nos parece ter sido realizada inconscientemente em prol de um atendimento à demanda paterna.

Ainda que tenhamos nos deparado com os limites impostos pelas condições desfavoráveis em que se constituiu a sua vida psíquica tão precocemente

acometida por situações em que ela não tinha recursos em lidar, observamos que foi realizado um trabalho terapêutico contando com o que lhe era disponível. Tal trabalho propiciou melhores possibilidades em lidar com o excesso de angústia que a invadia.

Deixaremos em aberto a importância de tratarmos sobre a questão de a angústia ser considerada um fator desencadeador de crises graves, que, no entanto, são motivo de equívoco no diagnóstico médico, trazendo graves consequências na vida do indivíduo, que muitas vezes seguirá sua existência sob um estigma “de louco”, tornando-o mais impotente do que realmente é.

No entanto, reler Freud a respeito das forças instintuais foi importante ao analisarmos os diversos processos que podem ser entendidos por crise e a possibilidade de permanência de uma estabilização psíquica. Observemos suas considerações em 1937:

[...] trata-se sempre de uma questão do fator quantitativo, que é tão facilmente desprezado. Se essa for a resposta correta à nossa questão, podemos dizer que a análise, ao reivindicar a cura das neuroses assegurando o controle sobre o instinto, está sempre correta na teoria, mas nem sempre na prática, e isso porque ela nem sempre obtém êxito em garantir em grau suficiente às fundações sobre as quais um controle do instinto se baseia. É fácil descobrir a causa de tal fracasso parcial. No passado, o fator quantitativo da força instintual opôs-se aos esforços defensivos do ego; por essa razão, convocamos o auxílio do trabalho da análise. Agora, o mesmo fator estabelece um limite à eficácia desse novo esforço. Se a força do instinto é excessiva, o ego maduro, apoiado pela análise, fracassa em sua missão, tal como o ego desamparado anteriormente fracassara. Seu controle sobre o instinto é melhorado, mas permanece imperfeito porque a transformação no mecanismo defensivo é apenas incompleta. Nada há de surpreendente nisso, visto que o poder dos instrumentos com que a análise opera não é ilimitado mas restrito, e o resultado final depende sempre da força relativa dos agentes psíquicos que estão lutando entre si (Freud, 1937, p. 262).

Além da grande importância dos fatores psíquicos operantes no indivíduo em um processo de crise, contamos com a realidade socioeconômica e a dinâmica familiar como agravantes a serem considerados num processo terapêutico.

Perguntamos-nos então: Será possível tratar um paciente gravemente adoecido psicologicamente, sem uma adesão da família ao tratamento? É possível este mesmo tipo de tratamento obter sucesso, inclusive na diminuição do número de internações, sem um respaldo de comunidades terapêuticas que possam oferecer um apoio ao tratamento, evitando a institucionalização e consequente cronificação do doente?

Crise é uma série de fatores que se relacionam, que podem englobar o psíquico, o orgânico em sua constituição, e acrescentaríamos também os fatores socioeconômicos do indivíduo. Para tratá-la adequadamente, considerando-se o grau de seu agravamento, tais aspectos teriam que ser avaliados.

Mas este assunto ficará para uma outra pesquisa.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, M.; SANTOS, M. Considerações sobre a dimensão biológica do conceito de pulsão. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 162-170, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27466.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2011.
- BERLINCK, M. (Org.). *A histeria*. São Paulo: Escuta, 1997.
- _____. O que é Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 1, p. 46-59, mar.1998. Disponível em: <www.fundamentalpsychopathology.org/art/mar8/3.pdf>. Acesso em: 20.03.2010
- _____. O método clínico 1. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 10, n. 3, p. vii-x, set.2007. Disponível em <www.psicopatologiafundamental.org>. Acesso em: 13 dez 2010.
- _____. O método clínico 2. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. ix-xii, dez.2007. Disponível em <www.psicopatologiafundamental.org>. Acesso em: 13 dez 2010.
- _____. O método clínico 3. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 291-194, jun.2008. Disponível em <www.psicopatologiafundamental.org>. Acesso em: 13 dez 2010.
- _____. O método clínico 4. Disponível em <www.psicopatologiafundamental.org>. Acesso em: 13 dez 2010.
- _____. O método clínico 5. Disponível em <www.psicopatologiafundamental.org>. Acesso em: 9 nov 2010.
- _____. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2008.
- _____. O método clínico: fundamento da psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 441-444, set.2009.
- _____. A noção de subjetividade na Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 551-576, dez.2010.
- BERLINCK, M.; MAGTAZ, A.C.; TEIXEIRA, M. A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-28, mar.2008.
- BERRIOS, G. E. Psiquiatria Comunitária e a Equipe Psiquiátrica para a Intervenção em Crise. Fundação “Castilla Del Pino”, 1996
- _____. Adaptação e homeostase em psiquiatria – Uma ponte entre a biologia e a psicossociologia. Fundação Castilla Del Pino, 1996.
- BOFF, L. *Crise oportunidade de crescimento*, Petrópolis: Vozes, 2011

CARNEIRO, N. Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial – haverá um lugar para o psicanalista em saúde mental? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 208-220, jun.2008.

CARREIRO, L. F.; EUVEDEIRA L.; NASSIRIOS A. P. De portas abertas: uma experiência de atendimento em Saúde Mental. Disponível em: www.interpsic.com.br. Acesso em: 27 jan. 2011.

CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da Psicopatologia Fundamental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, set/dez.2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/pe/v10n3a14.pdf >. Acesso em: 02.03.2011

DERITO, M. Breve consideración histórica sobre la psiquiatria nosográfica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, v. 13, n. 3, p. 67-108, nov.2006.

FALKAI, P.; WOBROCK, T.; LIEBERMANN, J.; GATAZ, W.; MOLLER H. Força tarefa da World Federation of Societes of Biological Psychiatry para diretrizes para o tratamento biológico da esquizofrenia. *Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 33, suppl.1, p. 7-100, 2006.

FÉDIDA, P. *Clínica psicanalítica: estudos*. São Paulo: Escuta, 1988.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário da língua portuguesa*, Curitiba: Positivo, 2010

FONSECA, A. *Psiquiatria e psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997. V. I.

FOUCAULT, M. *A história da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

_____. *O nascimento da clínica*. São Paulo: Forense, 2008.

FRANCO, S. G. Sofrimento e o viver criativo. *Revista Polêmica*, v. 20, p.20, 2007. Disponível em: www.polemica.uerj.br/pol20/oficinas/artigos/lipis_1.pdf>. Acesso em: 02.03.2011

FREUD, S. Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1977. V. I.

_____. (1892-94) Prefácio e notas de rodapé à tradução de *Leçons Du Mardi*, de Charcot. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1977. V. I.

_____. (1893) Esboços para “Comunicação Preliminar” de 1893 (1940-41[1892])

_____. (1895). Projeto para uma psicologia científica. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1977. V. I.

_____. (1905). Fragmento da análise de um caso de histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1977. V. VII.

_____. (1909a). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1971. V. X.

_____. (1909b). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1971. V. X.

_____. (1915). Artigos sobre metapsicologia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. V. XIV.

_____. (1916-1917) Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. (Parte III) In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. V. XVI

_____. (1920). Além do princípio do prazer. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. V. XVIII.

_____. (1937). Análise terminável e interminável. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Imago, 1975. V. XXIII.

FREUD, S.; BREUER, J. (1893-1895). Estudos sobre a histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1972. V. II.

_____. (1940 [1938]) Esboço de Psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. V. XXIII.

GALLIAM, D. M. C. As humanidades e o saber médico. *Notandum (USP)*, v. 9, p. 47-50, 2002.

GERON, L. R. O. *Megalomania: um Eu às voltas com ele mesmo*. 2010. 83p. Dissertação (mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP, São Paulo, 2010.

GIACOIA, O. *Além do princípio do prazer: um dualismo incontornável*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

GIANESI, A. P. *Causalidade e desencadeamento na clínica psicanalítica*. São Paulo: Annablume, 2011.

GRAMARY, A. Charcot e a iconografia fotográfica de La Salpêtrière. Disponível em: <www.saúde-mental.net/pdfvol10_rev3_leituras1.pdf-similares>. Acesso em: 6 dez. 2010.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

JULIEN, P. *Psicose, perversão, neurose: a leitura de J. Lacan*. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 2004.

LACAN, J. (1955-1956). *O seminário. Livro III. As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. (1957-1958). *O seminário. Livro V. As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. (1966). *Os Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MAGTAZ, A.C. Distúrbios da oralidade na melancolia 2008, 34p. Dissertação (mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP, São Paulo, 2008.

MARAÑO, G. Vocación y etica. In: *Obras completas*. Madrid: Espasa-Calpe, 1976. T. IX.

MARTINS, A. *Pulsão de morte? Por uma clínica psicanalítica da potência*. Rio de Janeiro: Ed.UFRJ, 2009.

MOREL, P. *Dicionário biográfico PSI*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

NALLI, M. A. Figuras da loucura em *Histoire de La Folie. Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 39-47, jul/dez.2001. Disponível em: <www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14113-73722001000200006>. Acesso em: 25 out.2010.

ORTEGA Y GASSET, J. A época de Galileu, 1550-1650: idéias sobre as gerações decisivas na evolução do pensamento europeu. In: *Em torno a Galileu: esquema das crises*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1982.

PACHECO, R. A. Mestre Charcot e seu avesso ou, a histeria é traumática. Disponível em: <www.fundamentalpsychopathology.org>. Acesso em: 6 dez.2010.

PEREIRA, M. E. De uma hereditariedade não-fatalista: o “endógeno” e o Typus melancolicus, segundo Tellenbach. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. II, n. 4, p. 159-157, dez.1999.

_____. C'est toujours La meme chose: Charcot e a descrição do Grande Ataque histérico. Disponível em: <www.fundamentalpsychopathology.org>. Acesso em: 6 dez.2010.

PESSOA, F. *Livro do desassossego*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

PESSOTTI, I. O século dos manicômios. São Paulo: Ed. 34, 1996.

PINEL, P. *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou mania*. Trad. Joice Galli. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2007.

QUINET, A. (Org.). *A grande histeria – Jean Martin Charcot*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2003.

_____. *Teoria e clínica da psicose*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

RAMOS, F. A. C. Jean-Pierre Falret e a definição do Método Clínico em Psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.13, n. 2, p. 296-306, jun.2010.

ROUDINESCO, E., PLON M. *Dicionário de Psicanálise*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SAVIETO, B. B. A. Passagem ao ato e adolescência contemporânea: pais “desmapeados”, filhos desamparados. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 438-453, set.2007.

SHOPENHAUER, A. Aforismos para a sabedoria de vida, São Paulo: Martins Fontes, 2006.

SILVA, L. B. C. Reflexões sobre a criação e fechamento de um hospital-dia no contexto da reforma psiquiátrica de São Paulo. *Interações*, São Paulo, v. VII, n. 14, p.131-154, jul/dez. 2002.

SILVEIRA, R. D. Psicanálise e psiquiatria nos inícios do século XX : a apropriação do conceito de esquizofrenia no trabalho de Hermelino Lopes Rodrigues. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 582-596, set. 2009.

SOLER, C. O. *Inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007

STÖRIG, H. J. *História geral da Filosofia*, Petrópolis: Vozes, 2008

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TRILLARD, E. *História da histeria*. São Paulo: Escuta, 1991.

VIEIRA, M.; VICENTIN, C.; FERNANDES, M. (Orgs.). *Tecendo a rede: trajetória da Saúde Mental em Paulo*. São Paulo: Cabral Universitária, 1999.

NOTA

Em nossa pesquisa encontramos certa dificuldade em esclarecer a origem do termo estabilização. Entendemos que os artigos em anexo (I e II), do Prof. Dr. Germán Berrios, da Universidade de Cambridge, puderam atender as nossas expectativas não só sobre a origem e histórico do termo homeostase – numa equivalência a estabilização (ANEXO I¹⁷) –, como também nos possibilitaram refletir a respeito do que vem sendo realizado no tratamento oferecido à crise psíquica (ANEXO II¹⁸).

Conhecemos o Prof. Dr. Germán Berrios no Laboratório de Psicopatologia Fundamental da Universidade Pontifícia Católica (PUC-SP) quando veio, em setembro de 2010, a convite do Prof. Dr. Manoel. T. Berlinck, nos enriquecer com sua vasta pesquisa. Posteriormente solicitamos ao mesmo, referências a respeito do tema de nosso interesse no que fomos prontamente atendidos. Dispensamos a ele nossos especiais agradecimentos por nos enviar seus artigos e permitir anexá-los a esta dissertação, no intuito de melhor fundamentá-la.

¹⁷ Traduzido por Mundial Traduções e Serviços – Traduções Técnicas e Juramentadas. Rua Boa Vista, 116, 4º andar, Centro – São Paulo.

¹⁸ Idem

ANEXO I

**Adaptação e Homeostase
em Psiquiatria**

UMA PONTE ENTRE A BIOLOGIA E A PSICOSOCIOLOGIA



FUNDAÇÃO «CASTILLA DEL PINO»

1996

ADAPTAÇÃO, HOMEOSTASE E PSIQUIATRIA:

UMA HISTÓRIA CONCEITUAL

GERMÁN E. BERRIOS

Consultor & Professor Universitário.

Universidade de Cambridge

A palavra *homeostase* é nova, embora se refira a um conceito antigo. Na verdade, pelo menos desde a época de DESCARTES (1) e SPINOZA (2), tem-se considerado que a sobrevivência humana depende do sucesso da relação harmoniosa entre o homem e a natureza. *Ab initio*, este equilíbrio foi considerado estático (isto é, como pré-estabelecido no momento da criação) e, portanto, todas as funções humanas e estruturas foram fixadas, ainda que perfeitamente adaptadas ao «mesocosmo». O declínio do criacionismo durante o século XIX levou à visão de que essa relação armônica dependia das capacidades individuais para controlar e se adaptar às mudanças na natureza, isto é, era considerada como uma função dinâmica. Para se readaptar, o corpo precisa agir de acordo com as regras. O estudo deste mecanismo de regulação transformou-se na disciplina de fisiologia. Além da sobrevivência e conservação, a adaptação teve um papel criativo na teoria da evolução, isto é, os desafios para o equilíbrio e a harmonia levaram a novas soluções e ao surgimento de novas espécies.

No entanto, a fisiologia necessitava de uma explicação acerca dos mecanismos de regulação individual que dão suporte à adaptação. Com base na opinião de que o corpo só poderia sobreviver a pequenas oscilações e que o espaço em que o processo regulatório ocorria eram os tecidos corporais, Claude BERNARD desenvolveu o conceito de *ambiente interno*. No início do século XX, W.B. Cannon reuniu os aspectos deste conceito sob o nome de

homeostase. Essa abordagem dividiu de maneira eficiente a noção original de adaptação em um *mecanismo interno*, que estuda a forma pela qual os indivíduos mantêm a ordem interna para melhor se adaptar ao ambiente, e uma *condição supra-individual* que explica como as espécies evoluem (3).

Ambos os mecanismos foram importantes para a psiquiatria. As condições intra-individuais, incluídas no conceito de ambiente interno, influenciaram a psicanálise (4), a psicologia (5), o desenvolvimento do conceito de crise (6) e, mais tarde, os modelos neuroquímicos (7). Os modelos supra-individuais têm sido fundamentais para o desenvolvimento da psiquiatria etológica (8), a epistemologia evolutiva (*Evolutionäre Erkenntnistheorie*) (9) e, mais recentemente, no desenvolvimento das teorias da mente (10). O conceito de adaptação também desempenhou um papel na explicação da formação de sintomas (11, 12). Este trabalho trata exclusivamente das origens conceituais da homeostase, e menciona brevemente conceitos como função, adaptação, harmonia, oscilação, regulação, equilíbrio e *feedback* (Figura 1) (13).

OS CONCEITOS DE FUNÇÃO E REGULAÇÃO

O termo multivocal «função» surgiu como uma metáfora social. Durante a época romana, *Functio* se referia «ao que os homens faziam seu ofício ou profissão» e não tinha conotações biológicas (14). No século XVIII, vários significados derivados começaram a ter influência na matemática, biologia, psicologia e química (15). Na medicina, o termo adquiriu seu significado pleno após o desenvolvimento da fisiologia (16, 17) e na psiquiatria veio a ter influência após o *declínio* da definição anatômica de lesão. Pouco depois, o adjetivo «funcional» começou a ser aplicado aos transtornos mentais, sem uma base neurobiológica óbvia (com o significado de «não-orgânico») (18), os esforços para desenvolver uma definição *positiva* de «funcional» durante o século XX não foram bem sucedidos. As noções de regulação e adaptação dinâmica (19) adquiriram seu significado pleno somente depois que a «função» tornou-se epistemologicamente *independente* da estrutura; este processo foi completado durante a segunda metade do século XIX.

A definição fisiológica de «regulação» somente foi alcançada, conforme demonstrou CANGUILHEM, durante o século XIX (20). O conceito nasceu na filosofia mecanicista do século XVIII (21) e foi aplicado pela primeira vez à economia e, mais tarde, à fisiologia (22). Na obra de Claude Bernard, a «regulação» se refere aos mecanismos envolvidos na resposta ambiental e ao sistema responsável pela manutenção do *milieu intérieur* (23, 24). Ambas as formas de regulação foram incluídas no conceito de «homeostase».

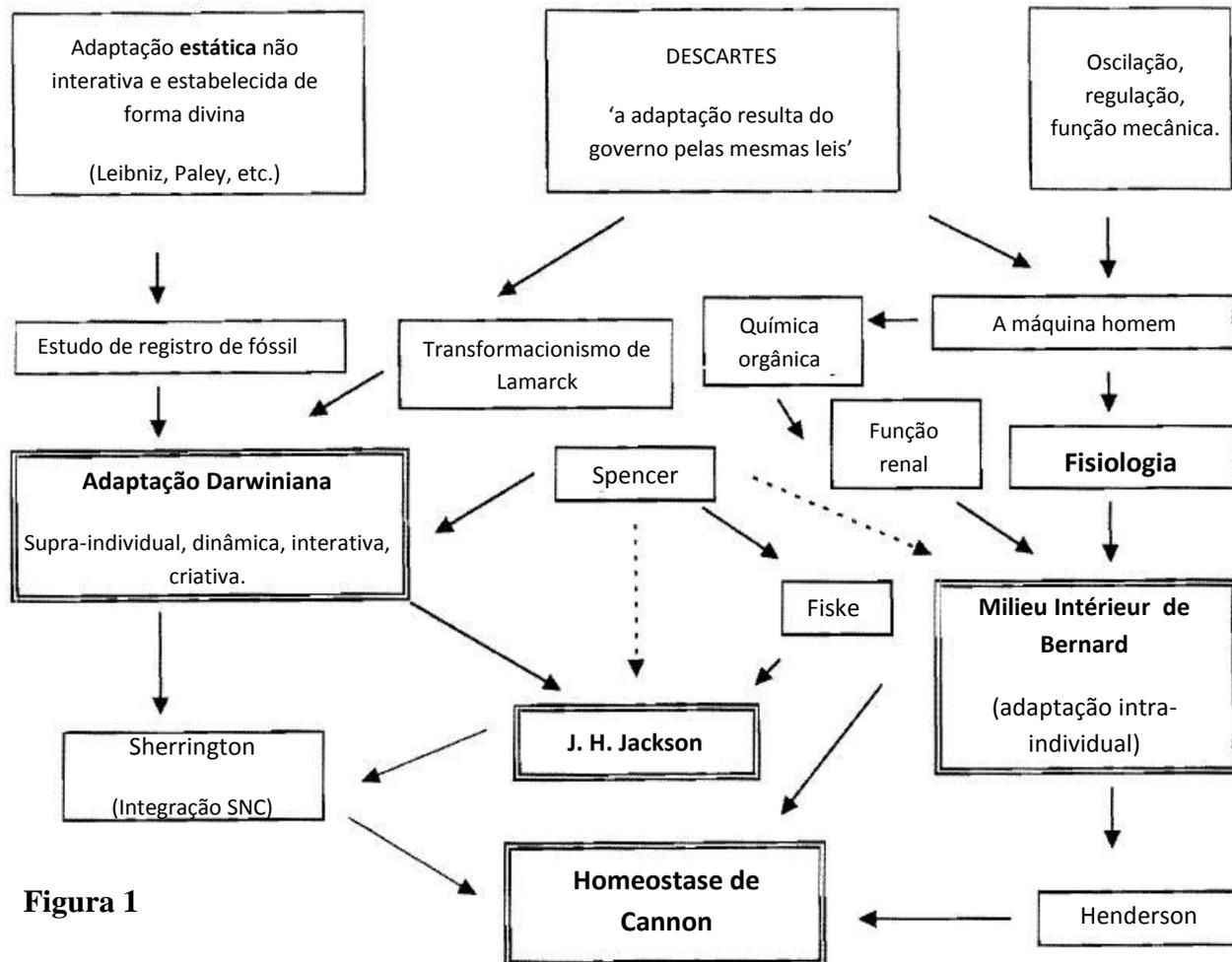


Figura 1

DE LEIBNIZ A PALEY: A IDEIA DA HARMONIA PRÉ-ESTABELECIDADA

A ideia de que o homem está perfeitamente adaptado à natureza é antiga, e repousa no mistério da *harmonia pré-estabelecida* instituída no momento da Criação (25). Descartes sugeriu que a harmonia estava garantida pelo fato de que tanto o homem quanto a natureza são governados pelos mesmos «decretos divinamente instituídos» (26). Por volta de 1704, Leibniz escreveu de forma semelhante: «também por meio de percepções insensíveis é como observo esta maravilhosa harmonia pré-estabelecida entre a alma e o corpo, e também entre todas as mônadas ou substâncias simples que fazem parte de uma influência indefinível de uma na outra e, na opinião do autor das melhores dicionários. [Bayiel exaltou a grandeza da perfeição divina além de qualquer coisa previamente concebida (pp. 55-56) (27)]. Leibniz, como Descartes, postulava uma forma de adaptação estática eterna e não interativa.

Um século mais tarde, o grande teólogo William Paley reuniu esse sentimento: «Através do universo há uma maravilhosa proporção de cada coisa. O tamanho dos animais, especialmente do ser humano, com relação aos

outros animais, ou das plantas que crescem em torno a eles» (p. 310). Esta adaptação explica as «organizações peculiares» (p. 302): «Não consigo imaginar um sinal mais significativo e, portanto, uma prova mais segura do propósito que a preparação, ou seja, a existência de coisas de antemão que não serão utilizadas até um período considerável de tempo mais tarde: isto envolve uma contemplação do futuro, que pertence somente à inteligência» (28).

A abordagem Criacionista da adaptação inclui o ponto de vista de que as espécies são instituídas e estabelecidas em «número» e «forma», e separadas por uma barreira de esterilidade. Até o final do século XVIII, e confrontados pelo aumento da evidência empírica, Maillet, Lineu e Buffon consideraram seriamente a ideia de que, após o período de criação, novas espécies apareceram. Isto causou uma ruptura importante na visão Criacionista e levou à noção de evolução.

A TEORIA EVOLUTIVA E A ADAPTAÇÃO DINÂMICA DURANTE O SÉCULO XIX

O termo latino *Evolutio*, referindo-se ao *ato ou processo de ontogênese*, já figurava no debate embrionário (*Entwicklung*) entre pré-formacionistas (por exemplo, VON HALLER e BONNET) e epigeneticistas (por exemplo, VON BAER), durante o século XVIII. Uma versão inglesa foi utilizada por LYELL durante a década de 1830 para se referir ao mecanismo de «transmutação orgânica», que este autor atribuiu a LAMARCK. A ambiguidade causada por esses dois significados se refletiu ao longo do século XIX (29).

A ideia da «transmutação orgânica», crucial para a teoria evolucionista subsequente, havia sido desenvolvida por Lamarck, criticando primeiro o conceito de harmonia pré-estabelecida: «a ideia da natureza como sendo eterna e, portanto, de haver existido desde sempre, é, para mim, uma opinião abstrata, sem fundamento, finalidade ou probabilidade, e com a qual minha razão nunca poderia dar-se por satisfeita» (p. 183). De acordo com o naturalista francês, o aumento gradual da complexidade da vida («composição de organização que tende a formar uma gradação regular») era dirigido por uma força metafísica que ele chamou de «o poder da vida». Mas havia também a «influência do meio ambiente ou habitat, e deste no estado das partes e até mesmo na organização. A estrutura e organização de cada animal pode sofrer alterações, possivelmente muito grandes, e que são capazes de explicar a condição atual na qual os animais se encontram» (p. 127) (30). Dificilmente pode haver uma definição mais clara do mecanismo de adaptação.

A adaptação *per se* desempenha um papel confuso na teoria de Darwin: «a consequência que o efeito direto da diferença climática, alimentação, etc., causa sobre qualquer ser vivo é extremamente duvidosa»... «quando uma

variação é muito pequena para um ser, não podemos dizer o quanto essa variação pode ser atribuída à ação cumulativa da seleção natural e o quanto é devida às condições de vida» (pp. 174-175) (31). A adaptação foi muito mais importante para o darwiniano A.R. WALLACE (por exemplo, pg. 112) (32). No entanto, um «programa adaptacionista» foi totalmente desenvolvido somente no século XX (pp. 853-866) (33).

Não obstante, não há como negar que a adaptação também desempenhou um papel no modelo de Darwin. Deste modo, pode-se sugerir que Darwin foi influenciado por Cuvier: «ele encontrou em Cuvier a proposta de que uma mudança acidental no ambiente poderia indiretamente criar adaptações induzindo os animais a adquirirem novos hábitos que produziriam mudanças hereditárias em suas estruturas» (p. 91) (34).

O conceito de adaptação permanece multivocal até hoje. Por exemplo, no congresso de Rochester em 1949, foi utilizado em um sentido biológico, psicológico, psiquiátrico e cultural (35). Por outro lado, tem sido utilizado em um sentido neurológico (36) e zoológico mais restrito (37). Em 1952, ROSS ASHBY tentou corrigir a imprecisão do conceito de adaptação e sugeriu uma definição operacional: «o comportamento adaptativo é equivalente ao comportamento de um sistema estável, sendo a região de estabilidade a região da fase-espacial na qual todas as variáveis essenciais estão dentro dos limites normais» (p. 64) (38). Esta definição estatística ainda é válida hoje.

BERNARD E A IDEA DO *MILIEU INTÉRIEUR*

A origem conceitual da ideia do *milieu intérieur* de Claude BERNARD não está totalmente clara (39), mas pode estar relacionada com o trabalho realizado no início do século XIX sobre o papel *regulador* dos rins. (40) Esta investigação relacionava-se, no entanto, a um sistema específico e não partiu de uma especulação imediata sobre se era parte de um princípio de adaptação «geral». Na época de Bernard, esta conclusão era, de certo modo, difícil de ser alcançada, já que parecia «vital». Na verdade, como sugerido por Holmes, antes de formulá-la, o grande fisiologista francês precisou convencer a si mesmo de que isso não envolvia a presença de uma «inteligência» indesejada (p. 371 - 372) (41).

De qualquer forma, o conceito de *milieu intérieur* parece ter aparecido pela primeira vez na mente de Bernard como uma generalização menor, e somente depois de 1870 ele começou a se interessar por suas propriedades específicas: «a estabilidade do ambiente supõe uma perfeição do organismo tal que as variações externas são compensadas e equilibradas em cada momento. Portanto, longe de ser indiferente ao mundo exterior, o animal superior está, ao contrário, restringido a uma relação proximal e magistral com ele, de tal forma

que seu equilíbrio resulta de uma compensação contínua e delicada estabelecida como se fosse o mais sensível dos equilíbrios» (p. 113) (42). Em um trabalho anterior sobre a regulação da temperatura, Bernard já havia indicado o papel do sistema nervoso simpático que também foi importante para o seu conceito de *milieu intérieur* (43).

SHERRINGTON E A AÇÃO INTEGRADORA DO SISTEMA NERVOSO

Sherrington propôs, com seu conceito geral de «ação integradora», que o SNC tinha um papel fundamental na coordenação do corpo e em sua harmonização com o meio ambiente. Em seu clássico livro de 1906, ele escreveu: «o terceiro aspecto que as reações nervosas oferecem ao fisiologista é o integrador. Nos animais multicelulares, especialmente naquelas reações superiores que compreendem a sua conduta como um animal social na economia natural, a reação nervosa é aquela que *par excellence* o integra, une todos os seus componentes e que o constitui como um animal individual a partir de uma simples coleção de órgãos ... a integração do organismo animal não é, obviamente, o resultado simples de uma mediação trabalhando conjuntamente com ele, mas sim com vários» (p. 2) (44). Sherrington fez a distinção entre integração mecânica, química e nervosa. Em seu estudo da história dos pontos de vista da função integradora do cérebro, Brooks a definiu como «o controle de *resposta* para a oposição controlada de excitação e inibição» e acrescentou o novo princípio do *feedback* (grifo de G.E. BERRIOS) (p. 242) (45).

HENDERSON E O EQUILÍBRIO QUÍMICO

Conforme indicado por Allen, «o conceito de integração neuronal de Sherrington fornece um exemplo específico de como as partes de um sistema vivo interagem para produzir um efeito coordenado. Mas não era *[ainda] um conceito generalizado à escala fisiológica total (...)* um ponto de vista mais abrangente da atividade integrada, com implicações fisiológicas plenas, surgiu com o trabalho de Lawrence J. HENDERSON (1878-1942) (grifo de G.E. BERRIOS) (p. 95) (46).

Na verdade, em sua introdução à tradução inglesa do livro de BERNARD, *An Introduction to the Study of Experimental Medicine* [Uma Introdução ao Estudo da Medicina Experimental], Henderson escreveu, «a teoria da manutenção do ambiente interno se deve quase que inteiramente a Claude Bernard. Não há uma melhor explicação de sua inteligência sagaz. Algumas poucas observações dispersas sobre a composição do sangue são suficientes

para justificar, na sua opinião, a afirmação de que a manutenção do ambiente interno (*milieu intérieur*) é a condição de uma vida livre e independente». E, em uma nota de rodapé da página, Henderson acrescentou: «Isso não deveria ser entendido como uma manutenção absoluta, mas sim que as variações nas propriedades do ambiente interno podem ser tanto cíclicas como adaptativas, isto é, funcionais, mas, em geral, podem não ser aleatórias e sem função (p. VIII). (47).

Depois de trabalhar com HOFMEISTER em Estrasburgo, (48) Henderson voltou aos Estados Unidos em 1904 para começar a trabalhar na dissociação do íon. Esta pesquisa, e sua firme convicção de que «os sistemas vivos são compostos de uma série de fatores complexos que interagem, cuja função real não pode ser compreendida ao se estudar qualquer um dos componentes isolados uns dos outros» (p. 96) (49), levou-o ao desenvolvimento da «teoria do sistema restitutivo» («*buffer system theory*»). Já em 1913, Henderson havia escrito que «o bom funcionamento dos processos fisiológicos depende, então, do ajuste preciso e da preservação das condições físico-químicas dentro do organismo. Atualmente, sabe-se que estas condições, como a temperatura, a concentração molecular e a neutralidade estão devidamente ajustadas e mantidas; ajustadas por processos que ocorrem no corpo e mantidas pelas mudanças no meio ambiente» (50). O modelo físico-químico de Henderson foi logo ampliado para incluir o sistema nervoso simpático e o corpo completo, e foi chamado de *homeostase*.

CANNON, A HOMEOSTASE E O SISTEMA NERVOSO SIMPÁTICO

Walter BRADFORD CANNON, (51) também na Universidade de Harvard, derivou o agora famoso termo *homeostase* da raiz grega *horneo* (que traduziu «como») e *stasis* (que traduziu como «condição determinada»). O fato de que sua tentativa etimológica idiossincrática gerara um nome equivocado não teve grande importância, uma vez que Cannon esforçou-se para esclarecer os conceitos subjacentes. Com toda a probabilidade, sua tendência para o holismo e para nomes abstratos mostra a influência de John Fiske, a quem «leu intensamente» (p. 16) (52). Fiske era um filósofo americano da evolução de segunda linha que também foi importante para o trabalho de J. H. JACKSON (53).

Um dos estímulos para as ideias de Cannon parece ter sido seu trabalho sobre o *choque traumático* que realizou durante a I Guerra Mundial, enquanto servia como tenente-coronel no Corpo Médico em Béthune e Londres. Lá, Cannon havia conhecido W.M. Bayliss, quem, patrocinado pelo *Medical Research Committee* [Comitê de Pesquisa Médica], estava buscando ativamente substitutos sanguíneos que pudessem aumentar a pressão arterial

neste misterioso processo que matou muitas pessoas durante a guerra. Em 1923, Cannon estudou fisiopatologia do choque e concluiu em uma linguagem impregnada de teoria do caos: «é provável que uma série de círculos viciosos possam, portanto, ocorrer no início, e se não forem interrompidos, conduzirem ao agravamento de um estado anormal já existente, o que explica a natureza progressiva do choque fatal (p. 162) (54)». Em outras palavras, o choque é o resultado de uma perda caótica dos mecanismos de auto-regulação.

A ideia de homeostase (equilíbrio) de Cannon era mais abrangente do que a de Henderson. Enquanto que para este último ela se relacionava aos «estados físico-químicos nos sistemas fechados», Cannon a tratava como «a disposição fisiológica, em vez de física, para obter a evidência» (55). Para conseguir isso, expressou sua crença de que o aparelho para coordenar e manter o equilíbrio era o sistema nervoso autônomo: «limitações aparecem quando as circunstâncias alteram o ambiente interno, razão pela qual, então, se torna evidente a importância do aparelho simpático-adrenal» (56).

Cannon foi generoso (e correto) ao reconhecer que a ideia não era sua. Neste sentido, ele mencionou Pflüger, Frédéricq e Richet, mas sobretudo a Bernard: «pertence a Bernard (1978) o mérito de ter realizado uma análise mais precisa dessas ideias gerais. Bernard observou que em animais com uma organização complexa, as partes vivas são encontradas nos fluidos que as cobrem, ou seja, o sangue e a linfa, os quais constituem o «milieu interne», ou o que podemos chamar de fluido matriz do corpo. Este fluido matriz é constituído e controlado pelo próprio organismo: «as mudanças no entorno excitam as reações neste sistema ou o afetam diretamente, de tal forma que as mudanças que ocorrem dentro do sistema são produzidas. Essas mudanças são normalmente mantidas dentro de limites estreitos e, assim, grandes oscilações são evitadas, fazendo com que as condições internas permaneçam relativamente constantes. O termo «equilibrium» poderia ser utilizado para descrever essas condições constantes. Esta definição de Cannon apresenta três conceitos importantes: a *mudança* (cuja avaliação requer um «padrão» ou «margem normal»), a *oscilação* e o *equilíbrio*. Nem todas essas noções são encontradas em Bernard e pertencem à nova metáfora que Cannon havia tomado emprestado da mecânica.

De acordo com o *Oxford English Dictionary* [Dicionário de Inglês Oxford] «equilíbrio» é: «A harmonia geral entre as partes de qualquer coisa alcançada pela observância de proporção e relação»... «A estabilidade ou regularidade devido à harmonia que prevalece entre todas as forças de qualquer sistema»... «O equilíbrio físico, a ação perfeitamente equilibrada» e «A combinação ou adaptação das partes, elementos ou coisas relacionadas de tal modo que formam um arranjo consistente e ordenado; acordo, harmonia e concordância». No entanto, os sistemas biológicos são perfeitamente criados e regulados para oscilar por forças externas e não podem permanecer em

equilíbrio. É necessário, portanto, mecanismos de adaptação e proteção especial frente a estes distúrbios.

CANNON, ADAPTAÇÃO E FEEDBACK

Cannon tentou resolver este problema propondo um mecanismo de anti-oscilação. No entanto, não está de todo claro qual modelo de oscilação Cannon tinha em mente. Na física, o mais simples é o movimento «harmônico simples», ou seja, o movimento para frente e para trás a partir de uma posição central ou equilíbrio no qual o deslocamento máximo é igual em ambos os lados. Neste modelo, a força responsável por esse movimento (que Cannon chamou de «mudanças no ambiente») é sempre dirigida *para a posição de equilíbrio*. Além disso, no movimento harmônico simples *não há perda de energia alegada*, e a energia de movimento (energia cinética) é contínua. Cannon não parece ter descrito o modelo ou modelos oscilatórios que levariam a uma perda da homeostase (exceto seu modelo do caos para o choque traumático). De qualquer maneira, no entanto, parece que seus mecanismos de restituição não necessitavam de energia.

Da mesma forma, o modelo da homeostase não possui muitos dos *mecanismos específicos de feedback*, ou seja, o controle dos processos por meio de informações de sua própria saída. Aplicações práticas com base neste princípio são conhecidas desde a época romana e foram amplamente utilizadas durante o século XVII (por exemplo, os moinhos de vento holandeses que utilizavam uma haste auxiliar mantida contra o vento). O século seguinte viu o desenvolvimento do regulador Wyatt para regular o fluxo de vapor da máquina a vapor e, durante o século XIX, Maxwell estudou os princípios específicos envolvidos que rapidamente levaram à ciência da cibernética. Estes princípios fazem parte de qualquer definição de adaptação e regulação.

Norbert WLENER, em seu clássico livro sobre *Cibernética*, menciona especificamente como exemplos Cannon e o conceito de homeostase (p. 136) (58). Da mesma forma, Von BERTALANFFY escreveu em 1968: «Em vez da teoria dos sistemas abertos, existe outro modelo mais familiar à escola americana. É o conceito de regulação através de *feedback*, que é básico na cibernética e que foi biologicamente formulado no conceito de homeostase de Cannon» (p. 169) (59).

Vinte anos antes, NORBERT WIENER (60), VON MONAKOV e MOURGUE realizaram um esforço determinado para implementar os mecanismos de *feedback* à psiquiatria: «o princípio de regulação que temos em mente deveria ser considerado como um princípio privado de toda representação espacial (como o é a *entelequia* de Driesch)» (p. 93) (61). Isso foi denominado como *syneidesis* (ou consciência biológica). A *syneidesis* foi desenvolvida em seis

etapas: latente, inconsciente, consciente, volitiva, ativa e adaptativa (pp. 101-102). Embora seja uma «função psicológica», esperava-se que a *syneidesis* tivesse uma representação neurobiológica (p. 113) (61).

A homeostase é adequada para a adaptação?

De forma surpreendente, o valor *adaptativo* da homeostase não está claro, especialmente do ponto de vista dos processos a médio e longo prazo. Da mesma forma, há a questão de se a homeostase realmente busca um retorno a um idealizado (pré-determinado) *status quo ante*. Isso foi observado por WEISS em 1949: «os conceitos de um determinismo fixado ao minuto em um extremo ou de uma ilimitada plasticidade e adaptabilidade no outro, são igualmente irreais»... a questão era «quanto de um e de outro existia» (p. 20) (62). Com relação ao sistema nervoso, este assunto havia sido bem explorado por Jeannerod e Recaen, ao afirmarem que «a capacidade do sistema nervoso de se adaptar às mudanças de comportamento imprevistas no mundo externo ou para constituir uma função após a lesão é real, mas limitada» (63).

Da mesma forma, há um problema acerca de qual é a criatividade da homeostase como um mecanismo de sobrevivência. Neste sentido, alguns autores criticaram o conceito, porque ele levou a uma ideia muito conservadora da conduta (ou seja, o equilíbrio restaurador) e porque não explicava o fato de que em muitos casos, os seres humanos realmente buscam alterar seu equilíbrio (64).

HOMEOSTASE EM PSIQUIATRIA: O CONCEITO DE CRISE

Como mencionei anteriormente, os conceitos de adaptação e homeostase influenciaram a psiquiatria (65), a teoria do connexionismo (66) e a sociologia (67). O conceito freudiano de «mecanismo de defesa» (*Abwehrmechanismen*) (68), também contém referências à homeostase (69). Aqui, irei me referir a um conceito psiquiátrico conhecido por ter sido influenciado pela noção de homeostase: o conceito de «crise».

Como é de conhecimento geral, a palavra grega «crise» (*kriosis*) tem significados diferentes (separação, julgamento, resultado de um julgamento, condenação, etc.) e apenas um desses significados é médico, «ponto de inflexão da doença». Embora «Sobre a crise» (*liepi krioiwv*) seja agora considerada como não pertencente ao corpus hipocrático («este tratado não possui nenhuma autoridade clássica, qualquer que seja, que o mantenha») (p. 125) (71), existem poucas dúvidas de que o termo crise foi utilizado na medicina antiga. Jones ressalta que fazia referência «à batalha entre a natureza e a doença e que se decidiu no dia em que a "coction" aconteceu. O resultado foi a recuperação, total ou parcial, o agravamento da doença ou

morte» (p. III) (72). A crise era «a determinação da doença como se fosse o veredicto judicial» (73).

Durante o século XX, o conceito de «crise» foi re-conceitualizado para se referir a um estado de homeostase «falida»: «é um evento causado pelo ambiente» no qual «o indivíduo está passando por uma fase de mudança do equilíbrio emocional para um novo equilíbrio» (p. 388) (74). A origem desta ideia é geralmente atribuída a LINDEMANN, que em 1944 apontou as características comuns da «dor aguda», encontradas em um grupo de pais em luto. Lindemann não definiu a crise em termos gerais ; na verdade, supôs o conhecimento de seu significado: «esta síndrome pode ocorrer imediatamente após uma crise» (p. 141) (75). Em 1964, CAPLAN ofereceu uma definição geral (com base no conceito de homeostase): crise era um estado «causado quando uma pessoa enfrenta um *obstáculo* importante para atingir os objetivos de sua vida, o qual se torna, ao longo do tempo, insuperável através do uso de *métodos usuais de resolução de problemas*. Um período de *desorganização* é seguido por um período de *perturbação*, durante o qual são realizadas diversas tentativas abortadas de solução. Eventualmente, consegue-se chegar a algum tipo de *adaptação* que pode ou não estar no melhor interesse da pessoa e de seus companheiros» (p. 18) (76). Esta definição se refere aos principais elementos da situação de crise: *desafios externos, mecanismos de enfrentamento, perda do equilíbrio, perturbação subjetiva e readaptação*. Uma vez que é estruturalmente similar à definição fisiológica da homeostase, a noção de crise depende de um equilíbrio dinâmico entre fatores estressantes externos e à presença (e eficiência) de «mecanismos de enfrentamento presumido». De forma curiosa, no entanto, o conceito de crise escapou das críticas por ser «conservador», uma vez que um de seus três resultados possíveis é a adaptação a um nível superior. (77).

Caplan definiu os «mecanismos de enfrentamento» (em analogia aos «mecanismos de defesa» de Freud) em um nível psicológico. Esta limitação importante da «teoria da "crise» já foi prevista no final dos anos 60 e alguns a consideraram como «não adequada para explicar todos os comportamentos normais e alterados» (p. 633) (78). Isto continua a ser verdade na atmosfera neurobiológica de 90 ; na verdade, os esforços para utilizar a teoria da crise em relação ao transtorno por estresse pós-traumático foram devidamente complementados por eventos neuroquímicos (79). Esta é, também, a linha criativa que Friedhoff seguiu ao sugerir que «o sistema dopaminérgico é parte do mecanismo homeostático do cérebro para manter a estabilidade mental» (p. 63) (80).

CONCLUSÕES

Este trabalho acompanhou a história do termo e do conceito de homeostase e sua aplicação à psiquiatria. O termo, cunhado por Cannon na década de 20, é provavelmente um nome inadequado, mas isso pouco importa. Muito mais importante é a matriz histórica e ideológica na qual ele nasceu. Este quadro é composto por antigas noções físicas como função, adaptação, regulação, equilíbrio e oscilação. Descartes explicou a adaptação presumida do homem com a natureza em termos de leis físicas comuns, Leibniz, em termos de harmonia pré-estabelecida e Paley como o resultado do ato da criação. Estas explicações estáticas foram substituídas durante o século XIX por abordagens dinâmicas, desenvolvidas a partir de observação empírica.

No nível individual, a adaptação, oscilação e equilíbrio começaram a ter significado no início do século XIX, depois do trabalho sobre a função purificadora do rim. Estes feitos foram generalizados durante a metade do século, a princípio incorporados no conceito criativo de Bernard do *milieu intérieur*. Em Freud, o conceito de «mecanismo de defesa» inclui o princípio da homeostase, e o conceito geral de «integração» de Sherrington sugere que o controle do sistema adaptativo poderia ser de natureza neurofisiológica.

Henderson propôs mecanismos físico-químicos para explicar os sistemas restauradores do sangue, e Cannon generalizou o conceito atribuindo-lhe um nome e relacionando-o com o funcionamento do sistema nervoso autônomo. A noção de crise (no sentido de Lindemann e Caplan) é parcialmente estabelecida tanto na homeostase quanto no mecanismo de defesa e, portanto, permanece incompleta. O mais recente trabalho de Friedhoff sugere que o sistema dopaminérgico pode estar envolvido neste processo.

REFERÊNCIAS

(1) DESCARTES, R. (1972): *Treatise of Man* (French Text with Translation and Commentary by T.S. Hall). Cambridge, Harvard University Press.

(2) COLLINS, J. (1984): *Spinoza on Nature*. Cambridge, Cambridge University Press.

(3) MAYR, E. (1988): *Toward a new philosophy of biology*. Cambridge, The Belknap Press of Harvard University Press.

(4) WALKER, N. (1957): «Freud and homeostasis». *The British Journal for the Philosophy of Science* 7:61-72.

(5) FLETCHER, J.M. (1942): «Homeostasis as an explanatory principle in psychology». *The Psychological Review* 49: 80-87.

(6) VINEY, L.L. (1976): «The concept of crisis: a tool for clinical psychologists». *Bulletin of the British Psychological Society* 29: 387-395.

(7) FRIEDHOFF, A.J. (1986): «A Dopamine-dependent restitutive system for the maintenance of mental normalcy». *Annales of the New York Academy of Science* 463: 47-52.

(8) MCGUIRE, M.T. and FAIRBANKS L.A. (eds.) (1977): *Ethological Psychiatry*. New York, Grunne & Stratton.

(9) URSUA, N. (1993): *Cerebro y conocimiento: un enfoque evolutionista*. Barcelona, Anthropos,

(10) DONALD, M. (1991): *Origins of the Modern Mind*. Cambridge, Harvard University Press.

(11) BARON-COHEN, S. (1995): *Mindblindness. An Essay on Autism and Theory of Mind*. Cambridge, MIT Press.

(12) BERRÍOS, G.E. (1995): «Conceptual problems in diagnosing schizophrenic disorders». In Den Boer J.A., Westenberg H.G.M. and Van Praag H.M. (eds.): *Advances in the Neurobiology of Schizophrenia*. Chichester, Wiley, págs. 7-25.

(13) GLACKEN, C.J. (1973): «Environment and Culture». In Wiener P.P. (ed.): *Dictionary of the History of Ideas*. Vol 2. New York, Charles Scribner's Sons, pág. 128.

(14) THIEL, C. (1973): «Funktion». In Kings H, Baumgartner H.M. and Wild C (eds): *Handbuch philosophischer Grundbegriffe*. Vol 1, Munchen, Kosel, págs. 510-519.

(15) FOULQUIÉ P. and SAINT-JEAN, R. (1962): «Fonction». *Dictionnaire de la Langue Philosophique*. Paris, Presses Universitaires de France, págs. 283-284.

- (16) ROTHSCHUH, K.E. (1973): *History of Physiology*. New York, Krieger.
- (17) LESCH, J.E. (1984): *Science and Medicine in France. The Emergence of Experimental Physiology. 1790-1855*. Cambridge Mass. Harvard University Press
- (18) LÓPEZ PIÑERO, J.M. (1983): *Historical origins of the concept of neurosis*. Translated by D. Berrios. Cambridge, Cambridge University Press.
- (19) ROMANO, J. (ed.): (1949): *Adaptation*. Ithaca, Cornell University Press.
- (20) CANGUILHEM, G. (1977): *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*. París, Vrin, págs. 81-99.
- (21) ROTHSCHUH, K.E. (1972): «Historische Wurzeln der Vorstellung einer selbsttätigen informationsgesteuerten biologischen Regelung». *Nova Acta Leopoldina* 37: 91-106.
- (22) ADOLPH, E.F. (1961): «Early concepts of physiological regulation». *Physiological Reviews* 41 : 737-770.
- (23) HOLMES, F.L.: «Claude Bernard and the milieu intérieur». *Archives Internationales d'Histoire des Sciences* 16: 369-376.
- (24) HOLMES, FL. (1963): «The Milieu intérieur and the cell theory». *Bulletin of the History of Medicine* 37: 315-335.
- (25) KIRBY, W. (1835): *On the power, wisdom and goodness of God, as manifested in the creation of animals, and in their history, habits, and instincts*. 2 Vols. London, Pickering.
- (26) P xxx in Descartes, 1972 (op. cit)
- (27) LEIBNIZ, G.W. (1982): *New Essays on Human Understanding*. Translated and Edited by Peter Remnant & Jonathan Bennett. Cambridge, Cambridge University Press (first edition 1765).
- (28) PALEY, W. (1851): *The Works of William Paley D.D.* Complete in One Volume. London, Allmann.
- (29) BOWLER, P.J. (1975): «The changing meanings of evolution». *Journal of the History of Ideas* 36: 95-114.
- (30) LAMARCK, J.B. (1984): *Zoological Philosophy*. Translated by H. Elliot. Chicago, The University of Chicago Press (First edition 1809)
- (31) DARWIN, C. (1968): *The Origin of Species*. Edited by J. E. Burrow, London, Penguin Books (First Edition 1859).
- (32) WALLACE, A.R. (1890): *Darwinism*. London, MacMillan.

(33) PROVINE, W.B. (1985): «Adaptation and mechanisms of evolution after Darwin: a study in persistent controversies». In Kohn D. (ed.): *The Darwinian Heritage*. Princeton, Princeton University Press, págs. 825-966.

(34) RICHARDS, R.J. (1987): *Darwin and the emergence of evolutionary theories of mind and behavior*. Chicago, Chicago University Press.

(35) ROMANO, 1949, *op cit*.

(36) JEANNEROD, M. and HECAEN, H. (1979): *Adaptation et restauration des fonctions nerveuses*. Bruxelles, Simep.

(37) Ciba Foundation Symposium 102 (1984): *Origins and development of adaptation*. London, Pitman.

(38) ASHBY, W.R. (1966): *Design for a brain*. London, Chapman and Hall (First published in 1952).

(39) HOLMES, F.L. (1974): *Claude Bernard & Animal chemistry*. Cambridge, Harvard University Press.

(40) FOURCROY, A.E and VAUQUELIN, L.N. (1800): «Mémoire pour servir à la histoire naturelle chimique et médicale de l'urine humaine». *Annales de Chimie* 32: 152-153.

(41) HOLMES, 1963, *op. cit*.

(42) BERNARD, C. (1878-79): *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux*. Vol. 2, Paris, Delagrave.

(43) BERNARD, C. (1852): «De l'influence du système nerveux grand sympathique sur la chaleur animale». *L'Union Médicale* 6: 165-166.

(44) SHERRINGTON SIR, C. (1947): *The integrative action of the nervous system*. 2nd Edition, New Haven, Yale University Press (First edition 1906).

(45) BROOKS, C. McC. (1958): «Current developments in thought and the past evolution of ideas concerning integrative function». In Poynter F.N.L. (ed.): *The History and Philosophy of Knowledge of the Brain and its Functions*. Oxford, blackwell, págs. 235-252.

(46) ALEEN, G. (1978): *Life Sciences in the Twentieth Century*. Cambridge. Cambridge University Press.

(47) HENDERSON, L.J. (1927): «Introduction». In Bernard C. *An Introduction to the Study of Experimental Medicine*. London, MacMillan, págs. V-XII.

(48) PARASCANDOLA, J. (1971): «Organismic and holistic concepts in the thought of L.J. Henderson». *Journal of the History of Biology* 4: 63-114.

(49) ALEEN, 1975, *op. cit*.

(50) QUOTED IN ALEEN, 1975, *op. cit*, pág. 97.

(51) BENISON, S. BARGER, A.C. and WOLFE, EL. (1987): *Walter B. Cannon: the life and times of a young scientist*. Cambridge, Harvard University Press.

(52) CANNON, W.B. (1945): *The Way of an Investigator*. New York, W.W. Norton.

(53) BERRIOS, G.E. (1985): «Positive and Negative Symptoms and Jackson: A Conceptual History». *Archives of General Psychiatry* 42: 95-97.

(54) CANNON, W.B. (1923): *Traumatic Shock*. New York, Appleton and Company.

(55) Pág. 400, CANNON, 1929, *op. cit.*

(56) Pág. 424, CANNON, 1929, *op. cit.*

(57) CANNON, W.B. (1929): «Organización for physiological homeostasis». *Physiological Reviews* 9: 399-431.

(58) WIENER, N. (1948): *Cybernetics or control and communication in the animal and the machine*. Paris, Hermann & Cié, págs. 113-136.

(59) BERTALANFFY, L. VON (1973): *General system theory*, London, Penguin Books (first published in 1968).

(60) WIENER, 1948, *op. cit.*

(61) MONAKOW, C. VON and MOURGUE, R. (1928): *Introduction biologique a l'étude de la neurologie et de la psychopathologie*. Paris, Alean.

(62) WEISS, P. (1949): «The biological basis of adaptation». In Romano J. (ed.): *Adaptation*. Ithaca, Cornell University Press, págs. 3-22.

(63) Pág. 315, JEANNEROD and HECAEN, 1979, *op. cit.*

(64) STAGNER, R. (1968): «Homeostasis», In Sills, D.L. (ed.): *International Encyclopaedia of the Social Sciences*. New York, MacMillan & Free Press, Vol. 6, págs. 499-503.

(65) CHAZEL, F. and WIDLÓCHER, D. (1990): «Homéostasie». In Jacobs, A. (ed): *Les Notions Philosophiques Vol. 1*, Paris, Presses Universitaires de France, págs. 1155-1156.

(66) ACHERMANN, P. DIJK, D.J. BRUNNER, D.P. and BORBELY, A.A. (1993): «A model of human sleep homeostasis based on EEG slow-wave activity: quantitative comparison of data and simulations». *Brain Research Bulletin* 31: 97-113.

(67) STINCHCOMBE, A. (1968): *Constructing social theories*. New York, Harcourt Brace and World.

(68) LAPLANCHE, J. and PONTALIS, J.B. (1973): *The Language of Psychoanalysis* (translated by D. Nicholson-Smith): London, Hogarth Press (First French edition 1967), págs. 109-111.

(69) COOPER, S.H. (1990): «Three contemporary theories of defence and adaptation: some clinical and theoretical considerations». *Psychoanalytical Psychology* 7 (Suppl.): 57-69.

(70) LIDELL, H.G. and SCOTT, R. (1994): *A Greek-English Lexicón*. Oxford, Clarendon Press (first edition 1843), pág. 997.

(71) HIPPOCRATES (1849): *The Genuine Works*. Translated from the Greek by F. Adams. Vol. 1, London, Sydenham Society.

(72) JONES, W.H.S. (1972): «General introduction». In *Hippocrates*, Vol. 1, London, Heinemann, págs. IX-IXIX.

(73) WHITINGTON, E.T., 1920 (quoted in Jones, 1972, *op. cit*)

(74) VINEY, 1976, *op. cit*.

(75) LINDEMANN, E. (1944): «Symptomatology and management of acute grief». *American Journal of Psychiatry* 101: 141-148.

(76) CAPLAN, G. (1964): *Principies of preventive psychology*. New York, Basic Books.

(77) DARBONNE, A. (1968): «Crisis: A review of theory, practice, and research». *International Journal of Psychiatry* 6: 371-379.

(78) BRANDON, S. (1970): «Crisis Theory and possibilities of therapeutic intervention». *British Journal of Psychiatry* 117: 627-633.

(79) GERSONS, B.P.R. and CARLIER, I.V.E. (1992): «Post-traumatic stress disorder: the history of a recent concept». *British Journal of Psychiatry* 161: 742-748.

(80) FRIEDHOFF, A.J. and SIMKOWITZ, P. (1989): «A new conception of the relationship between psychological coping mechanisms and biological stress buffering systems». *British Journal of Psychiatry* 154 (Suppl. 4): 61-66.

ANEXO II

Psiquiatría en la comunidad. Progresos em
Psicofarmacologia. Tomo IV, pp. 83-100.
© Manuel Ruiz Ruiz. CEPYP. Barcelona.
España.

**PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA E A EQUIPE PSIQUIÁTRICA
PARA A INTERVENÇÃO EM CRISE**

G. E. BERRIOS *

Introdução

Durante a última década, as linguagens psiquiátricas seguiram por caminhos convergentes. Isto se deu menos às descobertas científicas que a esforços internacionais para tornar compatíveis as várias terminologias psiquiátricas. Assim, o PSE (WING et al., 1974) e o DSM III (APA, 1978) ofereceram definições operacionais em um esforço dirigido para padronizar a pesquisa. Essa tendência unificadora torna-se ainda mais evidente ao por em outro nível as enormes desigualdades na prestação de serviços psiquiátricos.

Este é particularmente o caso da psiquiatria comunitária, considerada por alguns como um conceito ambíguo (ARTHUR, 1971) (HAWKS, 1975). Suas muitas definições podem ser classificadas dentro de três categorias: científica, ética e prática. As primeiras consideram a psiquiatria comunitária como a extensão lógica daquelas teorias que propõem uma etiologia social da doença mental. As segundas argumentam que qualquer que seja a etiologia da loucura é apenas em parceria com seu companheiro que o homem pode obter um aprimoramento mental. Eles supõem que a sociedade possui um poder de cura intrínseco, e sonham com uma Arcadia rousseauniana sem instituições fechadas que separem o homem dos seus iguais (KLEIN, 1968). Para as terceiras, as definições práticas minimizam tanto as pretensões descritivas quanto as prescritivas.

Colocam-se em uma posição utilitária e veem a psiquiatria comunitária como uma forma econômica de proporcionar serviços. Assim, não consideram como antiquada a possibilidade de voltar, em parte, aos cuidados institucionais, uma vez seja provado que estes têm utilidade terapêutica (HAWKS, 1975) (BENNETT, 1978).

Mas todos nós sabemos que estes três tipos de definições se sobrepõem. Toda doutrina utilitária implica em uma ideologia escondida. Todo modelo científico somente pode funcionar dentro de um quadro socioeconômico determinado (RAVETZ, 1973).

* Organizador de Treinamento em Psiquiatria. — Diretor de Estudos em Medicina e *Fellow*, Robinson College. — Professor Associado de Psiquiatria e Chefe de Serviço - Universidade de Cambridge, Inglaterra.

Psiquiatria comunitária na história

Quer se trate de um conceito científico, ou de um conceito ético ou pragmático, a psiquiatria comunitária se refere a uma metodologia de prestação de serviços em um contexto diferente ao do hospital (HUME, 1974). Isso origina o primeiro paradoxo, uma vez que supõe que os hospitais não fazem parte da comunidade. E o paradoxo piora quando se afirma que as comunidades terapêuticas (que muitas vezes funcionam em hospitais psiquiátricos convencionais) constituem exceções, uma vez que elas são doutrinariamente uma extensão da comunidade (CLARK, 1974). Assim, apenas alguns hospitais devem ser condenados como instituições totais, àqueles que desenvolveram microcosmos culturais à margem da sociedade dos homens (GOKFMAN, 1961).

Esta dialética hospital-comunidade (ou dentro de - fora de) explica as dificuldades de definição que cegam a psiquiatria comunitária. No entanto, a dicotomia não é nova, como alguns historiadores da antipsiquiatria querem nos fazer acreditar. A psiquiatria comunitária não é uma solução recentemente inventada pelo «autoritarismo» do hospital psiquiátrico, embora tenha que admitir que corrija alguns dos seus excessos. O cuidado da pessoa com transtorno mental na comunidade era uma opção já disponível antes da concepção do hospital psiquiátrico como uma instituição. Por exemplo, a pesquisa histórica sobre as origens do asilo mental na França mostra que, em 1971, quase foi desenvolvida uma psiquiatria comunitária com base no redirecionamento do dinheiro (destinados à construção de hospitais) a certas agências sociais externas. Esta decisão legislativa não tinha o intuito de remediar os sintomas do institucionalismo hospitalar porque este ainda não havia sido desenvolvido (CASTEL, 1977).

Esta não é a única anomalia que deve explicar a história oficial e (provavelmente) mitológica da psiquiatria comunitária. Os sistemas de pensões de pessoas com doenças mentais na Bélgica e Escócia, que correram em paralelo com o desenvolvimento do hospital psiquiátrico, constituem outra. Até porque as razões que levaram ao desenvolvimento do «Cotage System» [*Sistema Cotage*] em Gheel não tiveram nada a ver com sentimentos anti-institucionais. O sistema foi desenvolvido durante o século XVII para acomodar pacientes que participaram das festas de Santa Dymphna e permaneciam de um ano para outro. Eles eram abrigados nas casas das famílias da localidade, e somente durante o século XIX foi construído um abrigo para acolher as pessoas com transtornos graves. As enfermeiras deste sanatório realizavam visitas domiciliares para inspecionar as condições de vida e administrar tratamento. A administração central contribuía com apoio financeiro, fixado de acordo com um sistema de pontuação determinado pelas características do caso individual. Até 1886, a colônia de Gheel tinha mais de 1.800 pacientes (MOREL, 1892).

Algo semelhante aconteceu na Escócia. O alojamento com as famílias foi um movimento puramente utilitário da administração pública. Como disse FRAZER em 1892, o alojamento privado «é o resultado do reconhecimento do fato de que nem todas as pessoas com transtornos mentais necessitam de cuidados e tratamento em uma instituição psiquiátrica, quer seja de seu próprio interesse ou do interesse público... este método de tratamento proporciona um benefício não apenas para o paciente alojado fora da instituição, como também àqueles pacientes que devem ser cuidados em instituições psiquiátricas...» (FRAZER, 1892). Em janeiro de 1890, havia 2.445 pacientes alojados, aproximadamente 25% do total de pacientes conhecidos na Escócia, metade deles com pessoas que não eram parentes. Isto é a psiquiatria comunitária da melhor qualidade.

O sistema escocês foi importado para os Estados Unidos no início da década de 1880, sendo organizados ali os projetos de Massachusetts e Wisconsin. No entanto, nenhum deles mostrou a ordem de números anteriormente mencionada (SANBORN, 1892).

Estes fatos históricos pouco conhecidos fornecem argumentos contra a crença na teoria progressista e reativa da psiquiatria comunitária. Todos os períodos da história precisam dar um conteúdo mitológico às suas atividades, e o nosso não é exceção. Assim, a psiquiatria comunitária foi associada, sem qualquer fundamento, com a antipsiquiatria, a política de esquerda e o progressismo e, ao contrário, o tratamento hospitalar foi equiparado à psiquiatria biológica e ao conservadorismo (BOYERS et al., 1972) (PICHOT, 1976) (BASAGLIA, 1971). Seria bastante conveniente ter agrupamentos tão simples de forças e conceitos em uma sociedade. Infelizmente, as coisas são mais complicadas, e ainda não foi escrito um estudo adequado sobre as correntes ideológicas que fundamentam a psiquiatria comunitária.

Psiquiatria comunitária e o momento atual

Em nosso tempo, o princípio da psiquiatria comunitária foi aceito em muitos países. Na Inglaterra e no País de Gales, seus princípios básicos se encontram difundidos no pensamento, se não na carta da Lei de Saúde Mental de 1959 (JONES, 1979). Na França, ideais semelhantes inspiraram a «ordonnance» de 15 de março de 1960, que decretou «La Psychiatrie de secteur» (LÉGER et al, 1977). Na Holanda, o «modelo Amsterdã» atingiu seu ponto mais alto na década de sessenta (QUERIDO, 1968). Nos Estados Unidos, a Lei de Centros de Saúde Mental de 1963, promulgada nos tempos de John Kennedy, iniciou um processo similar (EWALT e EWALT, 1969). O que todos esses movimentos têm em comum? Uma resposta sucinta é: *ideais*. De fato, a análise de sua implantação mostra diferenças significativas. O movimento britânico aparece

refletido no cuidado com os psicóticos na comunidade e concentra seus esforços no desenvolvimento de clínicas abertas, hospedarias, residências intermediárias, casas comunitárias, centros diurnos, garagens industriais e clínicas Modocate (HEWETT e RYAN, 1975) (FREUDENBERG, 1976). Há razões históricas para isso. A psiquiatria comunitária é, de certo modo, uma continuação da «política de portas abertas» de hospitais psiquiátricos, uma contribuição britânica para a psiquiatria após a Segunda Guerra Mundial (MCMILLAN, 1956). Também representa uma mudança na filosofia da medicina comunitária (HALLIDAY, 1949) e incorpora a crença prematura de que os neurolépticos proporcionariam um futuro sem hospitais psiquiátricos (TOOTH e BROOKE, 1961). Porém, a razão mais importante talvez seja a descoberta da chamada «neurose institucional» (BARTON 1959). De acordo com este conceito, um subconjunto de comportamentos institucionais, considerados até então como resultado da deterioração psicótica, foram vistos como o efeito indesejável da cultura hospitalar. Infelizmente, a promessa inicial dos neurolépticos não foi cumprida na íntegra, e surgiu um «novo tipo de paciente crônico» que precisava de abrigo e proteção (MANN e CREE, 1975). Da mesma forma, a comunidade, aquela multidão mágica que ia cura a insanidade, não estava preparada, nem talvez fosse capaz de fazê-lo. Assim, o atraso na aplicação da Lei de 1959 não se deu apenas às limitações financeiras, mas também à maneira passiva com que a comunidade se opôs ao estabelecimento de residências intermediárias e de hospitais diurnos, com o argumento de que tais estabelecimentos desvalorizariam a propriedade em sua vizinhança.

Na França, como se viu claramente na reunião da Associação Médica-Psicológica em maio de 1977, que valorizou o desenvolvimento da «Psychiatrie de secteur», somente 10 dos 22 «setores» tinham desenvolvido medidas que podiam ser consideradas como adequadas.

Da mesma forma, dos 2.000 centros que foram planejados nos Estados Unidos, apenas 400 tinham sido concluídos em 1978. Em geral, no entanto, sua psiquiatria comunitária não se voltou, igual à britânica, ao cuidado do psicótico, mas sim aos cuidados do neurótico e dos transtornos de personalidade (BENNETT, 1978). Em uma reavaliação recente intitulada «Psiquiatria comunitária: slogan ou novas direções», SABSHIN, que nos anos 1960 defendia uma abordagem científica da psiquiatria comunitária, que ele considerava como «a aplicação dos conceitos da psiquiatria social e de outras importantes ciências sociais e de comportamento à investigação e atendimento das necessidades de saúde de uma comunidade funcional ou geograficamente definida», reconheceu amargamente que isso não havia ocorrido (SABSHIN, 1978).

Uma razão para o pouco interesse do movimento americano para o cuidado do psicótico pode ser encontrada na influência de conceitos como a *crise* e a *intervenção na crise* (JACOBSON, 1974). Essas noções são estabelecidas em modelos relativos à forma como os seres humanos enfrentam o estresse e as

aberturas estruturais que parecem oferecer durante os episódios de colapso. Neste sentido, a categoria de «*crise* na adolescência» (ERIKSON, 1959) não apenas adquiriu um valor descritivo, como também um explicativo. O movimento de *intervenção em crises*, no centro mesmo da psiquiatria comunitária, viu, no processo de *crise*, um fenômeno de significação quase religioso, durante o qual poderia acontecer a purificação, a redenção e o desenvolvimento. Por exemplo, embora sem usar essa linguagem, as noções de *crise* e *prevenção primária* contêm essa suposição (CAPLAN, 1964). É no conceito de «emergência psiquiátrica», a categoria médica que se refere a um conjunto complexo de problemas médico-sociais, onde se pode encontrar um compromisso conceitual entre estas tendências divergentes (BERRIOS, 1976).

O conceito da emergência psiquiátrica

A definição do que é uma «emergência psiquiátrica» tem oscilado laboriosamente entre a Medicina e a Sociologia. As definições médicas qualificaram as «emergências psiquiátricas» como situações nas quais a vida do paciente se encontrava em risco devido a um estado mental ou a comportamento anormal (BLAIS y GEORGES, 1969). Para qualquer pessoa com experiência neste campo, essa definição vai parecer restritiva, porque a maioria das emergências psiquiátricas não ameaça a vida do indivíduo, mas são caracterizadas pelo grande incômodo que acarretam. Os textos sobre emergência médica geral contêm, comumente, capítulos sobre emergências psiquiátricas, que consistem em resumos descritivos de patologia mental (LEICH, 1971). Deste modo, eles não são úteis para o médico que se move na atmosfera atarefada do departamento de emergências, onde geralmente não há tempo suficiente nem recursos necessários para obter uma informação longitudinal confiável. Como muitas vezes a informação obtida se limita a um exame do estado mental atual, nestes casos, parece que uma abordagem da síndrome seria mais útil do que uma abordagem nosológica (BERRIOS, 1976).

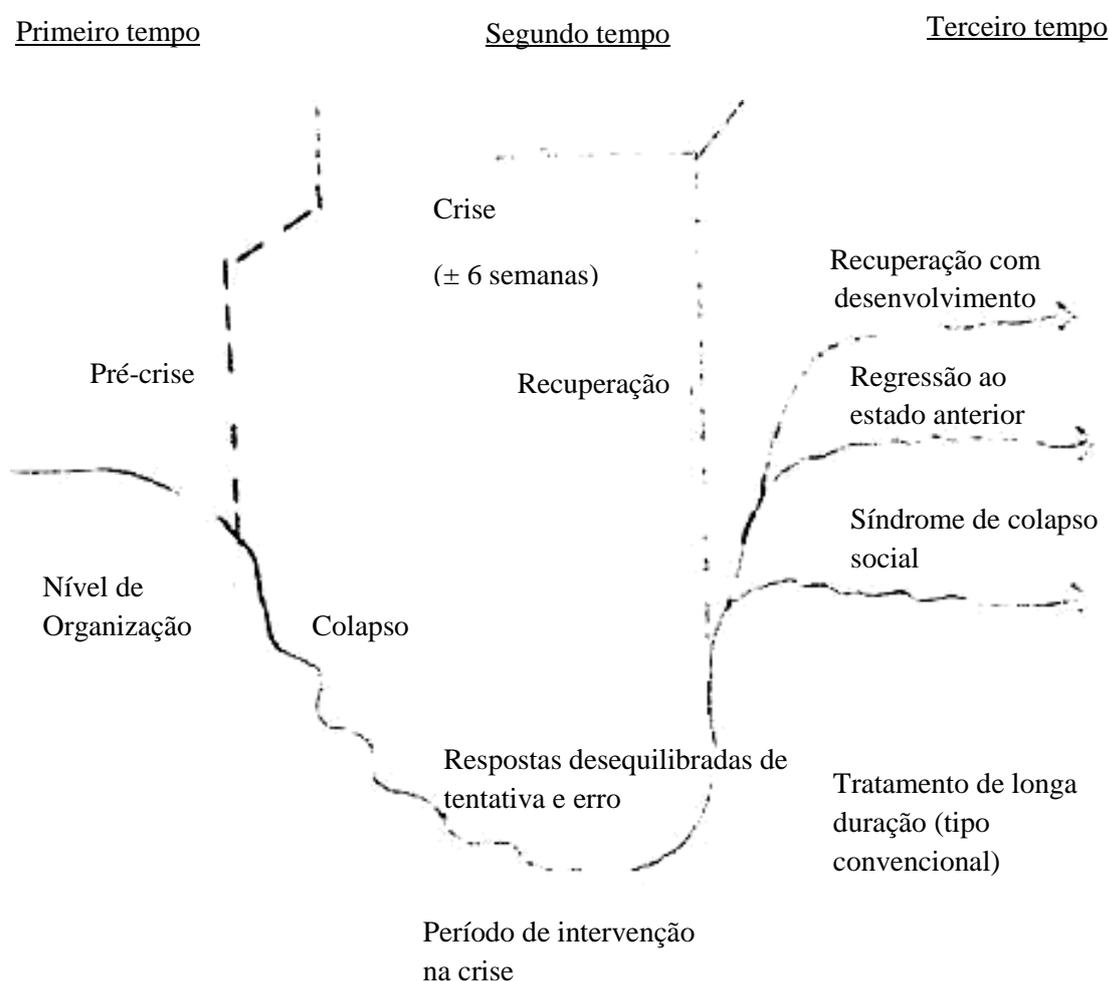
O conceito de crise

As limitações nas definições médicas exigem modelos conceituais mais abrangentes. Assim, as emergências psiquiátricas podem ser definidas como manifestações, na esfera do comportamento individual, de processos grupais alterados. «Alteração», neste contexto, pode ser conceituada como um deslocamento temporário das funções normativas em um grupo social. A mecânica dessa mudança é explicada tanto em termos intrapsíquicos quanto sociais. Intrapsiquicamente, como uma deficiência naqueles mecanismos de defesa que normalmente atenuam uma flutuação excessiva entre o sujeito e o

nicho ecológico (DARBONNE, 1968). A disfunção nesses mecanismos leva a uma resposta de «dar-se por vencido» que, em termos práticos, se manifesta na presença de um comportamento de má adaptação (Fig. 1). Este modelo não precisa deixar de levar em consideração a etiologia orgânica, porque a crise pode ser o resultado de mecanismos normais frente a um estresse de medidas desproporcionais (sendo o paradigma deste as síndromes de luto ou a psicose psicogênica) ou de mecanismos debilitados (seja de forma congênita ou por uma doença intercorrente) que não podem superar nem um estresse normal.

Desde o ponto de vista extrapsíquico, as crises são manifestações de grupos patológicos. O índice de flexibilidade psicológica não é uma grandeza absoluta. Varia tanto em termos de características biopsicológicas individuais quanto de apoio social. Em termos práticos, o sistema de apoio principal do indivíduo é o seu grupo, natural ou de outro tipo. Portanto, é necessário considerar os mecanismos de defesa do grupo, além dos individuais, como importantes para a análise da crise. Apesar do estresse excessivo e/ou às defesas pessoais enfraquecidas, alguns indivíduos não desmoronam simplesmente porque seu grupo absorve as pressões e cria barreiras protetoras em torno a ele. No entanto, em outras ocasiões, os grupos optam por atuar de outro modo.

O sistema hospitalar convencional oferece um serviço de «baixa demanda» e sua percepção é limitada à do «paciente» na sala de emergências. Mesmo que seja feito um esforço para obter um histórico abrangente do indivíduo, este tenderá a oferecer uma perspectiva parcialmente falsificada da dinâmica do grupo. A avaliação do estado físico e mental, a menos que existam processos orgânicos ou psicóticos óbvios, não será muito esclarecedora. O monitoramento convencional finda por perder o paciente, uma vez que é frequentemente esporádico, e o situa além do limite natural de seis semanas, que é o período de crise. Isso cria uma população de «reincidentes» que, por causa de um tratamento inadequado, adotam respostas de má adaptação que periodicamente os leva de volta à sala de emergência.



(de JACOBSON, 1974 (com modificações))

Figura 2

Esta recorrência periódica de certos pacientes força sua internação em alas psiquiátricas do hospital geral. As visitas matutinas convencionais por parte do chefe de serviço demonstram que esses pacientes não apresentam uma patologia psiquiátrica evidente, o que faz com que eles recebam alta, reiniciando, assim, o ciclo de má adaptação.

A teoria da *intervenção na crise* estabelece que é necessário buscar formas alternativas de prestação de serviços. É claro, nem todas as áreas têm a necessidade de fazê-lo. Deve ser dada a devida atenção aos aspectos práticos e financeiros. Deve-se sempre preceder a uma reorganização de investigação apropriada do padrão de emergências psiquiátricas na área em questão.

Emergências psiquiátricas e área de influência

As emergências psiquiátricas podem ser classificadas de diversas maneiras. Diferentes critérios são importantes para diferentes finalidades. Por exemplo, o local desde onde o paciente foi enviado é um bom critério administrativo, pois fornece informações sobre a eficácia dos sistemas. Demasiadas autointernações ou internações a pedido da família muitas vezes significam que a equipe de cuidados primários, na prática, o médico de cabeceira, não é acessível o suficiente. De outra forma, demasiadas internações por parte dos clínicos gerais sugerem que o serviço psiquiátrico local não funciona corretamente, e, portanto, está forçando o clínico geral a seguir caminhos que lhe permitam evitá-lo.

A composição da população de emergências psiquiátricas que chega a uma sala de emergências reflete claramente as características sociológicas da população a qual atende. Os hospitais que atendem a populações estáveis apenas ocasionalmente necessitam de estudos para avaliar adequadamente a sua eficiência. Em outros, que atendem a populações variáveis, tais como os que estão localizados nos centros das grandes cidades, a necessidade é mais urgente. É este o motivo pelo qual os números procedentes de estudos de um hospital não podem ser utilizados para organizar os serviços de outro. Não existem substitutos para os estudos epidemiológicos locais (COOPER e MORGAN, 1973), quando o hospital (como é o caso do hospital universitário onde a pesquisa descrita foi realizada) atende uma «área de separação» que se caracteriza por uma alta mobilidade social e que contém imigrantes, delinquentes e uma alta patologia social. Áreas com alta patologia social produzem, em geral, um número maior de emergências sociais. Uma «emergência social» pode ser definida, nesse contexto, como um deslocamento do comportamento individual resultante da patologia do grupo (COLEMAN e ERRERA, 1963). Emergências psiquiátricas consecutivas a estados orgânicos, psicose e neurose, ainda que acompanhadas muitas vezes de

transtornos sociais, não são consideradas como fundamentalmente «sociais» neste contexto. Os sistemas de intervenção na crise são, na prática, particularmente eficazes quando se trata de emergências sociais puras.

Sistemas de cuidados alternativos

Quando o número de emergências psiquiátricas secundárias por causas sociais atinge um determinado nível crítico de cerca de 30% da população total de emergências psiquiátricas, torna-se economicamente oneroso para o hospital tratá-los como se fossem emergências médicas. Mesmo quando os pacientes prontamente recebem alta, segue sendo oneroso tanto em termos econômicos quanto em termos de disponibilidade de leitos.

Neste caso, quais são as alternativas? Existem muitas, mas neste trabalho só serão mencionadas três. Uma delas é a criação de clínicas abertas, de preferência no centro da cidade e sem nenhuma conexão com o hospital, e com um pessoal treinado no tratamento da *crise*. Este é um serviço de baixo custo, podendo ser realizado por paramédicos como, por exemplo, assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros comunitários, que são treinados na identificação de patologias psiquiátricas importantes. O estigma associado ao hospital é reduzido ao seu mínimo e os pacientes descobrem ser mais fácil recorrer a este tipo de ajuda. Por exemplo, organizações, tais como os samaritanos no Reino Unido, atendem a algumas dessas características. O Centro Isis, em Oxford, funciona de forma semelhante. Centros deste tipo, para serem eficazes, devem funcionar 24 horas por dia. Sua desvantagem principal é que eles ainda funcionam «sob demanda» e, assim como as salas de emergência, têm apenas uma percepção limitada.

Uma segunda alternativa é a criação de uma unidade de camas para pernoitar em relação a um hospital. A única vantagem destas é que elas são custo mais baixo que o leito hospitalar normal.

Uma terceira alternativa é a «equipe de intervenção na crise» ou, como algumas vezes foi chamada na Inglaterra, «a patrulha volante psiquiátrica» para equipará-la às «patrulhas volantes coronárias», organizadas pelo Professor PANTRIDGE, em meados dos anos sessenta, na Queen's University, Irlanda do Norte. Essas equipes estão sempre a postos, ao longo de todo o dia, e visitam as casas em crise, depois de terem sido alertados pelo clínico geral, a polícia ou a própria família. A observação *in situ* oferece certas vantagens específicas. Algumas destas foram destacadas por QUERIDO (1968). São três: 1) poder obter uma melhor informação, 2) acesso mais fácil ao ponto onde se é necessitado, e 3) obter uma ideia clara acerca da dinâmica familiar. Isso evita muitos erros. Assim, é evitado o abuso de interpretações «médicas» da crise e o importante problema da «distorção pela visibilidade». A «visibilidade» é um

conceito que se refere às razões pelas quais uma pessoa pede para ser atendida por um sistema que pode lhe prestar ajuda. Tradicionalmente, a presença e a gravidade da doença têm sido consideradas como as mais importantes. Recentemente, foi demonstrado que a «visibilidade» compreende um conjunto de variáveis, entre as quais a doença pode não ser necessariamente a mais importante. A «distorção pela visibilidade» se refere à distorção criada na percepção daquele que fornece ajuda através da maneira pela qual os pacientes se apresentam no hospital. Por exemplo, o membro do grupo que precisa de mais ajuda pode, muitas vezes, não estar presente na sala de emergência. Em vez disso, ele envia à sala outro membro do grupo. Este erro importante é evitado ao se visitar a família em crise em sua própria casa. Esta descrição da «patrulha volante psiquiátrica» constitui um ideal. Como ficará evidente para todos os presentes que estiveram envolvidos na organização de equipes deste tipo, a sua implantação se vê truncada com frequência por dificuldades logísticas.

O projeto de Leeds

Leeds é uma cidade de Yorkshire com aproximadamente setecentos mil habitantes. Foi uma das capitais do comércio de têxteis desde a Revolução Industrial. Suas duas metades, os distritos ocidental e oriental, são atendidas por dois hospitais universitários de renome associados à Universidade de Leeds. O distrito oriental, com uma população de aproximadamente 370.000 habitantes, é atendido pelo Hospital St. James, o maior hospital geral da Inglaterra, com mais de dois mil leitos. Ele possui uma unidade psiquiátrica de aproximadamente 280 leitos, com pessoal tanto do Serviço Nacional de Saúde quanto de psiquiatras acadêmicos. O autor trabalhou lá entre 1974 e 1977 e, durante este período, fez a pesquisa resumida a seguir.

A área de influência do St. James reflete um corte transversal da população e, portanto, ambos os extremos da sociedade estão representados. No entanto, geograficamente, o hospital está localizado no centro de uma área de separação, tanto do ponto de vista social quanto do arquitetônico. O entorno físico é constituído por mansões vitorianas mal cuidadas, divididas em cubículos em ruínas, casas de trabalhadores amontoadas em fileiras muito largas, com condições sanitárias mínimas e depósitos de lixo. A população neste lugar é composta por trabalhadores não qualificados, estudantes pobres e imigrantes recém-chegados. Devido, em parte, a que condições de vida precárias e arriscadas deste tipo parecem estar associadas com a alta psicopatologia, o índice de transtornos psiquiátricos nessa área é superior à média nacional, com uma incidência particularmente elevada de transtornos de personalidade e psicopatias (RENVOIZE, 1976). Pelo fato desta população se

encontrar dentro de uma curta distância que pode ser percorrida a pé, ela tende a utilizar o hospital como um centro de assistência imediata.

Esta investigação foi iniciada quando os psiquiatras do St. James perceberam que o recente aumento em casos de emergência social estava bloqueando os leitos destinados a casos psiquiátricos agudos. As emergências sociais agudas mais comuns eram: bêbados, mulheres espancadas, indivíduos com agitação aguda resultante de um transtorno histérico ou psicopático episódico, viciados em drogas, ferimentos leves autoinfligidos, etc.

O autor, em colaboração com a Dra. Margaret ALKER, que utilizou os resultados da pesquisa para o seu Diploma em Medicina Psicológica na Universidade de Leeds, iniciou um estudo da composição de emergências psiquiátricas (ALKER y RERRIOS, 1976) (fig. 3). Foram analisados 200 casos consecutivos atendidos na sala de emergência, e esta análise foi efetuada registrando a informação em cartões estruturados. Estes cartões foram preenchidos pelo pessoal que deu entrada nos casos e, em seguida, foram verificados e completados pela Dra. ALKER. O perfil do paciente atendido no St. James foi o de uma mulher reincidente, de pelo menos trinta e cinco anos, que vinha entre às 8 e 12 horas da noite, com um transtorno de personalidade grave, com antecedentes criminais, que havia procurado por si mesma o hospital para fugir do marido ou havia sido enviada por seu clínico geral, e que apresentava uma depressão reativa ou um estado de ansiedade. No geral, 60% dos casos tinham um estresse social grave como a causa única que os levou a procurar o hospital.

O ponto limite escolhido para as emergências sociais em nosso projeto foi de 30%. Qualquer limite inferior nos resultados nos teria dissuadido de uma ação ulterior. No entanto, os 60% encontrados foram considerados como uma razão mais que suficiente para procurar sistemas alternativos de cuidado. Considerou-se que a intervenção na crise era adequada, e os serviços sociais locais foram mobilizados para organizá-la. Foram destacados, então, diversos problemas práticos. O primeiro deles relacionado à composição da equipe.

ESTUDO DE LEEDS (HOSPITAL ST. JAMES)
(ALKER e BERRIOS, 1976)

Sexo:	Homens = 41%	Mulheres = 59 %
Idade:	15-35 = 48 %	36-60 = 41 %
Hora mais frequente:	16 horas - 24 horas = 47 %	
Enviados por:	M.G. = 24%	Familiares = 7%
	S.S. = 2%	Próprio paciente = 26 =
	Polícia = 5 %	Outros = 36 %
Motivos: Para suicídio:	Overdose	16 %
	Outro	4%
Intoxicação:	Álcool	18%
	Outros	4 %
	Depressão	31 %
	Ataques de pânico	5 %
	Agitação	14%
	Outros	33 %
Enfermidade física:	presente em 16 %	
Transtorno psiquiátrico:	Neurose	15%
	Psicose	17%
	Transtorno da personalidade	39%
	Outros	29%
Antecedentes criminais:	presentes em 9%	
Emergências sociais:	60%	
Instituições sociais já envolvidas:	S.S. = 18%	
	Outros = 7%	
	P.O. = 6%	
Assistência prévia:	Psiquiátrica	49%
	Médica	25%

	Como emergências	10%
Distribuição:	Admitidos	39 %
	Casa	Com estudo da evolução = 31%
		Sem estudo da evolução = 16%
	outros	= 14 %

Figura 3

Quantos e quem? Três tinham sido considerados como o número ideal, mas a referida equipe era economicamente onerosa. Também era pouco prática, uma vez que três terapeutas, além de uma família de tamanho médio com 5 membros, ou seja, 8 pessoas poderia encher completamente a pequena sala de um apartamento de trabalhadores. Decidiu-se que o número correto era de dois, sendo um dos membros da equipe uma pessoa treinada e o outro com um baixo treinamento. A princípio, foi considerada essencial a presença de um psiquiatra na equipe. Isto provou ser outra vez economicamente oneroso, e por causa disso decidiu-se que 10 assistentes sociais bem treinadas, apoiadas por uma equipe psiquiátrica com acesso a leitos, era a solução. Estas 10 assistentes sociais, além de outras 10 em fase treinamento, constituíram a equipe básica. Depois de dois meses de treinamento, foi iniciada a operação. O autor escreveu um guia oficial sobre emergências psiquiátricas para o departamento de serviços sociais (BERRIOS, 1976).

Durante o programa piloto, a equipe iniciou as visitas a pedido direto dos médicos de família da área escolhida ou a pedido das próprias famílias, uma vez que foi anunciado em todo o distrito que a referida ajuda estava disponível.

	WHITELEY (1963) (G.B.) Londres	UNGERLEIDE R (1960) (EUA)	MOUNTNEY et al. (1969) (G.B.) (Amostra dos Serviços Sociais)	BLAISE et al. (1969) (Canadá)
Neurose	45%	40%	15 %	13,4 %
Psicose	26 %	20%	40%	14,6 %
Transtornos da personalidade	16%	17%	22 %	15,6%
Outros	13%	23%	23%	56,4 %
Relação de sexos			?	?
Hora mais frequente de chegada	«tarde da noite»	durante o dia	?	?
Grupo de idades mais frequente	35-45	30-39	40-49	30-39
Autointernação	Maioria	27%	20%	22%
Internação solicitada por familiares	Poucos	50%	?	34%
Ingresados	43%	49%	32%	40,1 %

Figura 4

O plano foi avaliar os resultados dois anos após o início da operação. Em setembro de 1978, foram completados os dois anos e, embora o autor já se encontrasse em Cambridge, a avaliação aproximada feita em Leeds mostrou que o número de emergências sociais atendidas na sala de emergência fora reduzido. Infelizmente, a Dra. ALKER também deixou Leeds e mudou-se para Londres. No entanto, estamos neste momento organizando um estudo de reavaliação adequada.

Conclusões

A psiquiatria comunitária é o nome genérico dado a um conjunto de sistemas utilizados para prestar assistência psiquiátrica fora do hospital. Tende a refletir tanto as características éticas, sociais e econômicas quanto os avanços científicos em uma comunidade. As emergências psiquiátricas constituem um ponto de convergência, onde se juntam as linguagens descritiva e prescritiva. A teoria da *intervenção na crise* fornece um modelo útil. Sem demonstrar um entusiasmo excessivo com relação ao conceito de «homeostase psicológica» e outras noções escolhidas para fornecer substância intelectual à teoria da crise, pode-se dizer que em alguns casos existem boas razões para pôr em prática essas ideias. As fases iniciais do projeto em Leeds descrevem um caso no qual foi economicamente conveniente buscar um sistema deste tipo. No entanto, deve-se dizer que, a princípio, não é obrigatório para um hospital que já presta um serviço psiquiátrico completo de outro tipo (atendendo a uma população estável), e que possui menos de 30% de emergências sociais, organizar «equipes volantes psiquiátricas». Uma organização deste tipo acarreta encargos logísticos e éticos que devem ser compensados por vantagens evidentes. Portanto, no nível de tomada de decisões, apenas as aspirações ideológicas nunca devem substituir os estudos epidemiológicos apropriados.

Resumo

Este trabalho irá considerar três temas relacionados entre si. Primeiro, o conceito de psiquiatria comunitária, seu desenvolvimento histórico e suas premissas teóricas; segundo, o conceito de equipe de intervenção nas crises, sua organização e dificuldades; e, terceiro, uma breve análise dos estudos iniciais do projeto da cidade Leeds.

BIBLIOGRAFIA

- A.P.A. (1978) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. III Draft third printing.
- ALKEK, M. y BERRJOS, G. E. (1976) : Psychiatric Emergencies in a social desintegration area (unpublished).
- ARTHUR, K. J. (1971) : An introduction to Social Psychiatric. London, Harmondsworth. BARTON. R. (1959) : Institutional Neurosis. Bristol: J. Wright.
- BASAGLIA, F. y BASAGLIA, F. (1971) : La maggioranza deviante. Torino. Giulio Einaudi.
- BENNETT, D. (1978) : Community Psychiatry. British Journal of Psychiatry, 133:209.
- BERRIOS, G. E. (1976) : Psychiatry Emergencies and their Management. (Xeroxed booklet, limited circulation.)
- BLAIS, A. y GEORGES, J. (1969) : Psychiatric Emergencies in a General Hospital Outpatients Department. Can. Psych. Assoc. J. 14:123.
- BOYERS, R. et al. (eds.) (1972) : Laing and Antipsychiatry. Harmondsworth.
- CAPLAN, G. (1964) : Principles of Preventive Psychiatry. New York. Basic Books.
- CASTEL, R. (1977) : L'Ordre Psychiatrique, L'Age d'Or de l'Alienisme. Paris Minuit.
- CLARK, D. (1974) : Social Therapy in Psychiatry. Harmondsworth.
- COLEMAN, J. V. y ERRERA, P. (1963) : The General Hospital Emergency Room and its Psychiatric Problems. Amer. J. Pub. Hlth. 53:1294.
- COOPER. B. y MORGAN, H. G. (1973) : Epidemiological Psychiatry. Springfield: Charles Tomas.
- DARBONNE, A. (1968) : Crisis: A Review of Theory, Practice and Research. Int. J. Psychiat. 6:371.
- ERIKSON, E. H. (1959) : Identity and the Life Cycle. Psychological Issues 1:1.
- EWALT, J. R. y EWALT, P. L. (1969) : History of the Community Psychiatry Movement.
Amer. J. Psychiat. 126:43.
- FRAZER, J. (1892) : «Boarding out», in Tuke, D. H. (Ed.). A Dictionary of Psychological Medicine. 2 vols. London, Churchill.
- FREUDENBERG, R. K. (1976) : Psychiatric care. Brit. J. Hosp. Med. 15:585.
- GOFFMAN, E. (1968) : Asylums. Harmondsworth.

- HALLIDAY, J. L. (1948) : *Psychosocial Medicine*. London: Willian Heinemann.
- HAWKS, D. (1975) : *Community care: An Analysis of Assumptions*. *Brit. J. Psychiat.* 127:276.
- HEWETT, S. y RYAN, P, (1975) : *Alternatives to living in Psychiatric Hospitals*. *Brit. J. Hosp. Med.* 14:65.
- HUME. PORTIA BELI (1974) : «Principles of Community Mental Health Practice», in Arieti, S. (ed.). *American Handbook of Psychiatry*, 2nd Ed. Vol. 2. New York : Basic Books.
- JACOBSON. G. F. (1974) : «Programs and Techniques of Crisis Intervention», in Arieti, S. (ed.). *American Handbook of Psychiatry*, 2nd Ed. Vol. 2. New York: Basic Books.
- JONES, K. (1979) : «Integration or Desintegration of the Mental Health Service: some reflexions and developments in Britain since the 1950's», in Maecher, M. (ed.). *New Methods of Mental Health Care*. Oxford : Pergamon Press.
- KLEIN, D. C. (1968) : *Community Dynamics and Mental Healt*. New York: John Wiley.
- LÉGER. J. M. et al. (1977) : *De l'asile au secteur ou les modalites d'organization d'une psychiatrie extra-hospitaliere*, *Annal Med. Psychol.* 135:93.
- LEIGH, D. (1971) : «Psychiatric Emergencies», in Birch, C. A. (ed.). *Emergencies in Medical Practice*. Edinburgh : Churchill.
- MCMILLAN, D. (1956) : *An integrated Mental Health Service*. *Lancet*, ii, 1094.
- MANN, S. y CREE, W. (1975): *The «new long stay»*, in *Mental Hospitals*. *Brit. J. Hosp. Med.* 14:56.
- MOREL, J. (1892) : «Gheel», in Tuke, D. H. (ed.). *A Dictionary of Psychological Medicine*. 2 vols. London, Churchill.
- MOUNTNEY, G. et al. (1969) : *Psychiatric Emergencies in an Urban Borough*. *Brit. Med. J.*, i. 498.
- PICHOT, P. (1976): *Criticism of Psychiatry*. *Psichiatria Clínica* 9:133.
- QUERIDO, A. (1968) : *The Shaping of Community Mental Health Care*. *Brit. J. Psychiat.* 114:293.
- RAVETZ, J. R. (1973) : *Scientific Knowledge and its Social Problems*. London: Harmondsworth.
- Renvoize. T. (1976): *Comunicación personal*.
- SABSHIN, M. (1966) : «Theoretical Models in Community and Social Psychiatry», in *Community Psychiatry*, Roberts, L. M. et al. (eds.). Madison: University of Wisconsin Press.

- SABSHIN, M. (1978): «Community Psychiatry: Slogan or New Directions?», in Brady J. P. and Brodie, H. K. M. (eds.). «Controversy in Psychiatry». Philadelphia : W. B. Saunders. Co.
- SANBORN, F. B. (1892) : «Boarding out», in Tuke, D. H. (ed.). A Dictionary of Psychological Medicine. 2 vols. London: Churchill.
- TOOTH, G. C. y BROOKE, E. M. (1961): Trends in the Mental Hospital Population. Lancet. i, 710.
- UNGERLEIDER, J. T. (1960) : The Psychiatric Emergency. Arch. Gen. Psychiat. 3:593.
- WHITELY, J. S. y DENISON. D. M. (1963) : The Psychiatric Casualty. Brit. J. Psychiat. 109:488.
- WING, J. K.: COOPER, J. E. y SARTORIUS, N. (1974) : The measurement and classification of schizophrenie - symptoms : an instruction manual for the present state examination and categoral programe. Cambridge University Press.