

CRONICA DE UM HOSPITAL GERAL VII

Decio Tenenbaum¹

UM PSICANALISTA NA EMERGENCIA PSIQUIATRICA²

Trago aqui duas historinhas vividas por mim com a intenção de conversar sobre a emergência psiquiátrica na perspectiva da discussão atual sobre o local e a forma mais adequada para o atendimento dos problemas psiquiátricos

1-Meu Encontro com o Diabo:

Num dos meus plantões fui acordado para fazer um atendimento e, ainda sonolento pela interrupção do sono lá pelas tantas da madrugada, encontrei uma família desperta como se fosse 5 horas da tarde. É no mínimo curiosa a sensação de ser chamado para um atendimento e, ao encontrar as pessoas, não saber quem será o objeto do atendimento. Um recurso que sempre utilizo é, com o espírito aberto a qualquer possibilidade, ao indagar para quem é o atendimento e observar a dinâmica grupal (familiar, do trabalho, etc.). Quando então perguntei,

alguém sinalizou com um pequeno movimento que o atendimento era para um rapaz de mais ou menos 16 anos, trazido à emergência pelos pais.

Entro com o rapaz no consultório, pergunto seu nome, digo o meu e tento entabular uma conversa como se ele não tivesse sido levado à minha presença para ser atendido por um domesticador de pessoas desequilibradas, vulgarmente chamado de psiquiatra de emergência. O rapaz, muito saudavelmente (alguns diriam espertamente), tentava mostrar-se como se estivesse numa situação trivialmente normal, mas uma ponta de arrogante indiferença com a situação traía seu sofrimento. Aos poucos fui conseguindo ajudá-lo a deixar que eu me aproximasse dele e do seu sofrimento. A razão óbvia para minha atitude era a de tentar, junto com ele, entender o que teria acontecido em sua casa para acabarem todos ali àquela hora. Interiormente me perguntava porque eu não deixava de sentir um certo mal estar, culpa provavelmente, com o que eu poderia fazer quando ele me revelasse seu sofrimento. Mediar e internar? O que se pode fazer numa situação como essa numa emergência psiquiátrica de hospital público do Rio de Janeiro?

Como dizia acima, por iniciativa minha fomos nos aproximando, mas repentinamente o clima mudou. O rapaz começou a esbravejar contra seu pai transformando o clima até então sereno no de um plantão policial. Em linguagem veemente e baixa, passei a escutar

¹Médico do Setor de Emergência do Instituto Phillippe Pinel, Membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro.

² Escrita em 1992, inédita.

acusações, as mais disparatadas possíveis, contra seu pai. Resumindo, por causa dos maus tratos recebidos e pela indiferença paterna em relação a ele ("ele só quer saber de comer a mulher dele", no caso, sua mãe sentada no corredor e provavelmente escutando, pois o rapaz estava aos berros) avançou contra o pai armado com uma faca. Esse é o resumo da história, o motivo do atendimento ou a queixa-crime, dependendo do ângulo de observação.

Não era a primeira vez que o rapaz vivia aquela situação. Fui informado de que o mesmo acontecera há pouco tempo e o rapaz foi internado. Com aspecto cansado e desesperançado, novamente os pais traziam o filho. Novamente entregavam filho para que fosse tratado e para que tomassem um pouco conta dele para que eles pudessem descansar. Esta é uma situação quase corriqueira numa emergência psiquiátrica. Por que então escrever sobre ela? Onde está o inusitado e prometido encontro com o diabo?

Bom. Lá pelas tantas, depois de mais de uma hora de atendimento, primeiro com o rapaz e depois com ele e os pais, momento em que o nível de acusação alcançou o grau 10 da escala Richter, estava quase conseguindo uma trégua entre eles para que a internação não fosse necessária em troca de medicação noturna + visita ao terapeuta no dia seguinte. Interiormente satisfeito, achando que valera a pena meu esforço em troca do sono da madrugada quando, sem perceber como, voltamos ao plantão policial; o rapaz voltou às acusações que tinham o poder de magoar profundamente os pais. Quando isso aconteceu fiquei muito irritado, pedi para os pais saírem da sala e estava me preparando para dar uma bronca naquele moleque impertinente quando parei, contei até dez e voltei a conversar com ele na tentativa de entender o que havia acontecido agora. Por que ele estragara tudo? Por que ele parecia preferir passar pela experiência de uma nova internação psiquiátrica? Para mim isso sim é que era uma maluquice.

Foi então que no meio desta conversa séria, tipo pai para filho, tive a impressão que falava com duas pessoas ao mesmo tempo. Num momento estava conversando com um rapaz muito angustiado e cheio de perguntas, no momento seguinte era com um moleque insolente, petulante e arrogante que estava falando. Quando estava tentando entender com ele por que havíamos conseguido uma trégua e em seguida ele não a quis mais e mostrava a ele que na conversa comigo era a mesma coisa: às vezes conversava comigo e às vezes ficava ironizando superiormente minha tentativa de conversar com ele perguntei-lhe: "vem cá, afinal de contas, com quem é que eu estou falando agora"? Muito naturalmente, serenamente como se óbvio fosse, este rapaz respondeu-me: "com o diabo", parecendo surpreso por eu não o saber. Tive a impressão que suas feições se modificavam e eu tive uma rápida, mas marcante, impressão de ver um rosto diabólico.

O que fazer com isso? Como conversar/negociar com o diabo? Não aprendi isso nas minhas formações médica, psiquiátrica e psicanalítica. Nesse momento já não sentia mais sono, já não me importava mais com as horas e com o dia seguinte de trabalho. Estava, como toda a família, às 5 horas da tarde.

Duas coisas importam aqui: que diabo é isso e o que fazer com isso. Eu tive uma alucinação? Alguém tirou momentaneamente a máscara para mim ou alguém se revelou para

mim por inteiro, mesmo cindido? Lacan (*O Seminário, Livro 3: As Psicoses*, Zahar, R.J., 1985) diz que é fundamental sabermos quem fala através do paciente e com quem ou com o que no paciente estamos falando a cada momento. Bion (“Diferenciação entre a Personalidade Psicótica e Não-Psicótica”, in *Estudos Psicanalíticos Revisados*, Imago, R.J., 1988) descreve o funcionamento de duas personalidades num mesmo indivíduo e Otto Rank fala da comum existência de um duplo (*O Duplo*, Ediciones Orion, Buenos Aires, 1976). Freud descreveu mecanismos de defesa, os quais denominou de “verdrangung” (*Novos comentários sobre as Neuropsicoses de Defesa*, 1896, in Ed. Stand. das Obras completas de S. Freud, vol. III, Imago, R.J., 1976) e de “verleugnung” (*Fetichismo*, 1927, vol. XXI), nos quais uma cisão mais ou menos profunda no Ego está presente, só que não da mesma maneira como a descrita acima pelos outros autores. Mesmo na “verwerfung” (*Novos Comentários sobre as Neuropsicoses de Defesa*, vol. III) e na “Forclusão” lacaniana (*O Seminário, livro 3: As Psicoses*, Zahar, R.J., 1985) esta concomitância consciente que dá a impressão de existirem duas pessoas ou personalidades ou duas identidades/entidades (a escolha do termo não é aleatória, pois não sei se são duas pessoas completas ou duas entidades-fantasmas completas formando uma pessoa incompleta) não está descrita. Como essas coisas são possíveis? Estou até hoje com estas perguntas esperando, quem sabe, uma sorte do diabo, uma nova chance de um novo encontro e assim, quem sabe, conseguir chegar mais perto do que é isso.

2-A Perseguida:

Logo no início de outro plantão eu atendi uma mulher desesperada que chegou à emergência sozinha. Seu prontuário era enorme e lá constavam diagnóstico e longo tratamento farmacológico para Epilepsia. Como contou durante o atendimento, estava em uso de medicação anti-convulsivante e veio à emergência exatamente porque, apesar da medicação específica, suas “crises” estavam voltando e isto estava deixando-a desesperada. Ansiosamente contou que tivera uma “crise” nesta noite, outra hoje pela manhã e que estava com medo de ter outras, mesmo usando a medicação.

Tentei saber um pouco mais sobre as “crises”, mas a paciente além de não dar nenhum detalhe com característico de comicialidade, como era de se esperar, continuava muito aflita. Isso me serviu como sinal de que, provavelmente, estava no caminho errado. Perguntei-lhe, então, por que as crises haviam recomeçado e foi aí que minha surpresa começou. Disse-me que estava sofrendo assédios sexuais do cunhado, ameaças de morte para ter relações sexuais com ele e sua irmã não estava acreditando nela: “Ela acha que sou eu que quero me aproximar dele”. Neste ponto meu desespero aumentou sem ficar muito claro para mim se era porque a irmã não acreditava nela ou se era porque a irmã acreditava na possibilidade da paciente estar querendo tal coisa com o cunhado ou se por ambos.

Foi para solucionar esta situação familiar que a paciente veio ao hospital para se internar e assim conseguir sair da casa da irmã, onde vivia de favor. Pretendia também conseguir sensibilizar uma outra irmã a ajudá-la financeiramente a encontrar um lugar para

morar sozinha. Contou-me ainda que foi aposentada por doença mental e que tem uma filha de 16 anos que não vive com ela “porque ela não tem paciência comigo”. Disse tomar remédios há mais ou menos vinte anos, mas apesar de todos esses anos de “epilepsia” curiosamente não conseguiu descrever as crises por “não se lembrar”. Contou-me ainda que casou com quem não amava (pai de sua filha) e que só teve prazer sexual com seu primeiro namorado porque “com o uso dos remédios fui perdendo isso”. Conforme a conversa seguia foi se acalmando, mas não conseguia imaginar outra saída para a situação a não ser através da internação e havia um certo clima de ameaça de se matar caso não fosse internada.

A mim parecia claro que não se tratava, naquele momento pelo menos, de um quadro epiléptico. Além disso era óbvio para mim que havia um lucro secundário envolvido no processo de procura da internação. E o que fazer com isso? O que fazer com casos assim?

Como Roy Porter assinala em seu livro *História Social da Loucura* (Zahar, 1991, pag. 27): “...a reclusão dos lunáticos era basicamente atribuição da política civil, mais uma iniciativa de magistrados, filantropos e famílias do que mérito - para o bem ou para o mal - dos médicos”. Parece que em todo os lugares o surgimento do atendimento especializado nas Emergências Psiquiátricas foi considerado um verdadeiro avanço, pois como diz o ditado, a César o que é de César. Também no Rio de Janeiro os Postos de Atendimento de Emergências Psiquiátricas surgiram, nos anos 60, para substituírem a Polícia e os Bombeiros nos atendimentos que estas corporações faziam aos casos de perturbação da ordem e risco de vida, seja em via pública ou em local privado. Talvez venha daí a visão míope de que da Psiquiatria como agente da ordem, mas isso vou guardar para discutir em outra ocasião.

Voltando então ao surgimento das Emergências Psiquiátricas, a intenção inicial era atender de forma mais adequada o que estava sendo inadequadamente atendido pela Polícia e pelos Bombeiros. Talvez por isso, o quadro clínico de uma emergência psiquiátrica foi e ainda é quase sempre imaginado como um caso de agitação e/ou de agressividade. Só que a maior parte dos atendimentos feitos nas emergências psiquiátricas não é desse tipo, e os dois casos acima descritos são exemplos disso. Quando são, as modernas formas de abordagem do fenômeno de agitação/agressividade da doença mental (psicoterápicas e farmacológicas) quase sempre dão conta sem ser necessário o uso da força. Por que então as emergências psiquiátricas continuam sendo imaginadas como sendo um lugar perigoso e que deve, portanto, funcionar como um espaço de exclusão? O curioso é que apesar de não ser um lugar tão perigoso assim, ela realmente funciona como um espaço de exclusão, maior até do que os piores asilos pois até nestes se admite que o paciente tenha acesso a um pátio, tenha direito a fazer as refeições em refeitório, à visitas, à praxiterapia, à abordagem psicológica. Por que persiste a concepção de que numa emergência psiquiátrica o que se pode fazer é diagnosticar, medicar e colocar o paciente em observação (isto é, esperar para ver como irá acordar), deixando para um futuro tratamento (ambulatorial ou em regime de internação) a abordagem da dinâmica pessoal e familiar? Por que as modernas concepções de tratamento ao doente mental não chegaram de fato e na prática às emergências? Por que o tratamento (na moderna

concepção) não começa na emergência? A maior ironia é que se o atendimento emergencial em psiquiatria surgiu para um melhor atendimento aos quadros de doença psiquiátrica que eram precariamente atendidos pelas forças defensivas ou repressoras da sociedade, hoje, pelo menos no Rio, a primeira abordagem (via pública/residência) voltou a ser feito pela Polícia e pelos Bombeiros, tal é a situação de abandono da saúde no nosso Estado.

São precisamente as situações como as duas descritas mais acima que revelam, em toda a sua dramaticidade, a inadequação da emergência psiquiátrica nos moldes exercidos até hoje. Isso de forma alguma quer dizer que não são necessárias ou que o problema resida no local em que ela é feita (hospital psiquiátrico/hospital geral). A abordagem é que precisa ser adequadas aos modernos conceitos terapêuticos. A Psicanálise, com seu conhecimento a respeito dos processos dinâmicos inconscientes no indivíduo e na família, tem muito a dizer sobre o que se pode e o que se deve fazer nas situações de emergenciais.

Agora posso voltar ao meu sentimento de mal estar ao iniciar o atendimento do primeiro caso. Para mim estava claro a dificuldade do rapaz frente a união do casal parental e as razões, inconscientes para ele, disso. Como abordar isso sabendo que o único recurso possível é a internação tradicional, a qual seria uma separação forçada e culpabilizante/culposa entre os membros da duas díades (marido-mulher, pai-filho)? Como ajudar o rapaz a começar a conhecer o diabo sem a menor segurança que o processo vai ter sequência? Seria iatrogênico da minha parte dar a partida a um processo sem a necessária garantia que o rapaz não iria ficar desamparado no meio do caminho numa internação onde aprende-se que essas coisas malucas são sintomas de doença, portanto não devem ser levadas a sério, e não tentativas de explicação pessoal para seu drama íntimo como Freud nos ensinou (cf *Caso Schreber*, vol. XII).

É possível ajudar, numa emergência nos moldes tradicionais, a uma paciente perseguida, ou sentindo-se uma perseguida, ou apenas possuindo mal uma “perseguida”? Para se ajudar uma pessoa nesta situação a começar a perceber, vislumbrar mesmo que ao longe, seus medos e seus ganhos é preciso mais do que fazer um encaminhamento formal para tratamento ambulatorial. Fazer apenas isto naquele momento ou então somente negar a internação por ser esta um ganho regressivo, uma satisfação à parte doente de sua personalidade, uma vantagem que denota componentes psicopáticos em seu caráter, ou qualquer outra coisa no gênero, provavelmente será vivido como uma rejeição ou como uma punição, ambas injustas, e capazes, por sua vez, de gerar reações de raiva e ressentimento, bases comuns dos episódios de agitação e/ou de agressividade.

Sair do falso dilema internar/não internar (satisfazer ou não os ganhos primário e, principalmente naquele momento, secundário da doença) é o grande desafio nestes casos. Só teremos uma ação verdadeiramente terapêutica se conseguirmos não entrar neste falso dilema. Acreditar que uma reunião imediata daquele grupo familiar não é necessária é, no mínimo, não entender o pedido urgente (estamos numa emergência!) de ajuda feito pela paciente para alguém acreditar nela. Dizer que isso não é necessariamente real e sim uma verdade pessoal

(realidade interna, delírio, etc.) é funcionar para a paciente, pelo menos naquele momento, como suas irmãs.

Pode-se até pensar que é a paciente que não acredita nela mesma porque inconscientemente sabe dos seus desejos e os projeta no cunhado e nas irmãs, mas quanto tempo analítico não é necessário para alguém ter este tipo de consciência? Estamos numa emergência e com um pedido de urgência que inclui fazer algo para que ela sinta acreditar nela. Para uma rápida ação psicoterapêutica por vezes é necessário não só um eficiente Serviço Social como também locais para atendimentos grupais com privacidade. Assim, a infraestrutura (pessoal e ambiente) indicada para uma Emergência Psiquiátrica não pode ser a mesma utilizada nas emergências clínicas