

O CLÍNICO COMO PSICANALISTA*

Abram Eksterman

1. PSICANÁLISE E MEDICINA

Como introdução, vale examinar o tipo de aliança que a Psicanálise e a Medicina em geral continuam mantendo entre si e o que podemos esperar desse vínculo para o futuro próximo.

Recordemos que a Psicanálise produziu no campo médico:

1. um método terapêutico das neuroses;
2. um método de investigação da personalidade cujos resultados permitiram aumentar consideravelmente a eficácia dos tratamentos psicológicos das caracteropatias, das psicoses e dos distúrbios emocionais da infância;
3. uma psicologia em função do inconsciente cujo modelo teórico possibilitou interpretar sintomas orgânicos dentro de uma hermenêutica análoga a adotada para os fenômenos conversivos;
4. o estudo das relações de objeto cujo modelo transferencial-contratransferencial tem esclarecido alguns enigmas da interação emocional médico-paciente.

A estruturação desses conhecimentos com a ciência médica abriu caminho para o desenvolvimento da Medicina Psicossomática, não apenas como posição ético-filosófica, mas sobretudo como atitude clínica derivada de uma compreensão holista do homem doente, holismo patrocinado pelos estudos psicanalíticos do fenômeno inconsciente. Com efeito, os resultados da pesquisa do inconsciente, de seus fatos e de suas leis, têm preenchido pouco a pouco o abismo epistemológico que separava o somático do mental.

Como sabemos, essa perspectiva de solução do clássico problema corpo-mente provocou considerável entusiasmo, estimulando a emergência de teorias dispostas a unificar o conhecimento da patologia do psíquico e do somático. Contudo, não tiveram êxito pois levadas à prática clínica acabavam sugerindo critérios terapêuticos duplos, psíquicos e somáticos, levantando questões insolúveis, como as relativas a prioridade entre uma abordagem clínica, psicanalítica ou mista face uma patologia diagnosticada como psicossomática. Foi a época do chamado “fator psicológico” ou “emocional”, expressão ambígua para designar aqueles conflitos considerados específicos, aos quais se atribuía valor etiológico para determinadas enfermidades. Compõe essa rama a teoria da especificidade dos conflitos de Franz Alexander e os inspirados perfis psicossomáticos de Flanders Dunbar, os quais tem merecido na atualidade justas críticas. Estamos no ocaso desse período de entusiasmo pioneiro, fértil de idéias e pesquisas, calcadas no espírito dualista e com uma ostensiva predileção pelo psicológico.

* Publicado em “Contribuições Psicanalíticas à Medicina Psicossomática”, vol. I, março/1978 e apresentado no II Encontro Argentino-Brasileiro de Medicina Psicossomática promovido pela Associação Brasileira de Medicina Psicossomática em colaboração com o Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicossomática.

Tudo isso pertence à história do movimento psicanalítico e da Medicina Psicossomática. Teve o mérito de levantar hipóteses de grande alcance clínico, sobretudo para a profilaxia. É possível que os novos modelos psicológicos adotados na relação entre pais e filhos e na pedagogia institucional diminuam consideravelmente a incidência de algumas patologias chamadas funcionais, sobre as quais, aliás, erigiu-se o edifício psicossomático.

Na atualidade a orientação psicossomática da Medicina está concentrada para desenvolver a prática da medicina integral. Essa prática se impõe na medida em que novos horizontes médicos se abriram, expandindo-se por um lado para a intimidade psicológica, na gênese da personalidade; por outro, na relação do homem com o mundo, nas suas matrizes sociais. A mais recente contribuição da Psicanálise consiste em psicanalisar a própria prática médica nos seus múltiplos aspectos, tarefa facilitada pela tecnologia que está permitindo às modernas máquinas o serviço estereotipado da Medicina e deixando ao médico o que não pode ser realizado pela máquina: a construção, manutenção e utilização de um campo afetivo com o paciente. Nesse sentido destaco o trabalho argentino do GPEM (Grupo de Estudios e Perspectivas Medicas) liderado por I. L. Luchina e o de Danilo Perestrello no Brasil, ambos antecipados por M. Balint na Inglaterra. Não tenho notícias de outros trabalhos nesse sentido a não ser os diretamente derivados desses pioneiros.

2. EXISTE PATOLOGIA PSICOSSOMÁTICA?

Quando se menciona patologia psicossomática pretende-se acentuar o “fator psicológico” na gênese da enfermidade. Algumas enfermidades parecem mais psicológicas que outras, como - obviamente - existem as que são mais cardiológicas, digestivas, endócrinas, e assim por diante. Da extensa bibliografia sobre o assunto transparece autores, ora inclinados para o psicológico, ora para o somático. O que se tem veiculado com a designação patologia psicossomática, portanto, é tão somente a valorização dos aspectos psicológicos. Com isso não está ainda incluída a dimensão de pessoa. Cuidar do doente não é o mesmo que prestar atenção às suas manifestações psicológicas. Em outros termos “psicologizar” a patologia não equivale a praticar Medicina Antropológica. Como podemos perceber, cada médico continua vendo seu doente de acordo com o ângulo conceitual de sua predileção. O doente é uma concepção iatrogênica (no sentido literal de termo e na expressão feliz de Balint (3)). Seja o doente um conflito entre id e superego; uma úlcera de antro gástrico; uma esquistossomose; insuficiência coronariana; obesidade; prurido; um carcinoma; enfim, é sempre visualizado através de um ângulo parcial da patologia. Embora todos o afirmem, não é apreciado como totalidade. Basta que se considere o significado de expressões como: sintomas associados, repercussões em outros aparelhos e sistemas; doença sistêmica, repercussões psíquicas (ou somáticas), etc. Claramente denunciam a compartimentação dessa totalidade.

Contudo, todos sabem que o doente é o foco do interesse médico, mas não sabemos o que fazer com este saber. Simplesmente porque o conceito de doente, a rigor, jamais representou um problema médico. A noção de pessoa doente - e não apenas com doença - é bem atual e deriva da Psicanálise. Não há dúvida que encontrou apoio nas correntes filosóficas fenomenológico-existenciais e humanistas de nosso século, bem como na tradição hipocrática. Mas aprendemos com a Psicanálise que a tradição e o correto pensar só se transforma em ação quando

impregnados de libido. Deve-se à Psicanálise, portanto, o introduzir a pessoa dentro da preocupação médica, na medida em que mostrou a historicidade do homem como problema de saúde, seja no moldar personalidades pré-mórbidas, seja no organizar modelos adaptativos patogênicos. Lembremos que o que caracteriza e faz do indivíduo uma pessoa é justamente a sua história.

Daí a noção de doença em função da biografia (D. Perestrello (19)) e não apenas como um comemorativo na curva vital (no modelo psicobiológico de Adolf Meyer), ou causado pela biografia, como postulam alguns ilustres pioneiros da Psicanálise. Compreendemos assim que o conceito de doente é uma novidade no campo das preocupações médicas*. Enquanto o doente era apenas considerado um portador de doenças, não havia porque culpar o médico de negligência, desatenção, ou que não soubesse lidar com aspectos totais. Ao contrário. Justamente é a Medicina a arte que exige de seus profissionais uma posição permanentemente depressiva e reparadora.

Talvez a história da Medicina registre no futuro - se conseguir conservar seu humor fino - que uma das notáveis inovações médicas do século XX foi a descoberta do... doente.

O doente é uma frase da história do sofrimento humano, mas indissociável do texto completo. Como tal é o representante biológico de uma faixa da história da humanidade e é o que se desorganizou em situações críticas de adaptação. Aqui nos reencontramos com o modelo patológico nomotético e idiográfico. O primeiro tem suas raízes na Medicina hipocrática de Cnido; o segundo, na de Cós (16), ou seja, na Medicina do Homem como espécie e no Homem, como ente singular. Da primeira deriva a atitude que produziu a classificação de Kraepelin; a segunda, o setting psicanalítico. É um equívoco pensar que ambas atitudes estão em oposição. Ao contrário, são complementares. A atenção singular não impede a existência de quadros nosográficos, nem lhes tira a importância, como estes não impedem a prática voltada para o doente. A falácia tem sido confundir o conceito que designa classe com o fato singular. É errôneo supor que tratamos uma esquizofrenia, úlcera péptica, asma brônquica. Tratamos do esquizofrênico, do ulceroso, do asmático.

Voltemos à pergunta inicial. Patologia psicossomática existe como classe, como existem outras classificações. Resta saber se designa algo útil para a prática da Medicina da Pessoa, como a chamou Danilo Perestrello ao se referir à Medicina voltada para o doente em sua singularidade.

Se puder expressar um processo no qual possamos acompanhar nitidamente o contraponto entre a linguagem biológica e psicológica, estruturando-se para inserir a enfermidade no contexto biográfico e denunciar ao médico a patologia como expressão do existir humano, acreditamos que seja expressão de grande valor prático. Sobretudo porque não dissocia a prática. Se, por outro lado, quisermos entender patologia psicossomática como psicogênese do transtorno orgânico estaremos incorrendo em reducionismos inaceitáveis.

* O médico, no entanto, sempre se preocupou com o doente, mas dentro de uma relação humana, fora do âmbito científico. Note-se que a pessoa do médico também ainda não está dentro da área de preocupação da Medicina.

3. A MEDICINA DA PESSOA

O que Collingwood afirmou em sentido amplo, sociológico, de que “toda história é história contemporânea” (6), Freud estabeleceu na Psicologia ao introduzir a dimensão histórica individual como atualidade. Com efeito, o inconsciente apresentado por Freud não é um arquivo velho de experiências pessoais e da espécie, ao qual se recorre, através da memória, para se compreender o evoluir dos acontecimentos até uma atualidade, como se o passado fosse a causa do presente. É verdade que Freud utilizou expressões como a criança é o pai do adulto, sugerindo esse gênero de causalidade. Não esqueçamos que Freud estava impregnado pelo modelo positivista do século XIX. O inconsciente descrito por Freud - e essa é uma das notáveis assertivas e de grande influência prática - é o de um passado com plena atualidade. Também em Freud toda história é história contemporânea (13) (14). Isso permitiu compreender a concomitância, dentro das funções mentais, do pensamento onírico e lógico, do processo primário e secundário, da fantasia e da realidade (11). Também nos faz compreender o aparente paradoxo de que a criança se desenvolve para ser adulto, mas se realiza no adulto. Abriu, enfim, as dimensões do irracional, do amoral, do ilógico, do sonho como realidade humana, a construir suas percepções, a separar o Homem, ainda mais, das verdades absolutas e cosmológicas. O único universo que podemos perceber, segundo Uexküll (21), e portanto conquistar, é o universo humano.

A dimensão histórica abriu nova perspectiva na compreensão do fenômeno mórbido. A doença, desta forma, já não podia ser entendida como um infortúnio num processo natural de saúde. A doença apresenta-se assim como produto de uma estrutura histórica, como expressão de um existir. O conceito de superego introduzido por Freud em 1923 (15), é representado como a parte da estrutura mental constituída pela experiência histórica e na sua forma de coexistir com a dimensão biológica do id e com a dimensão social do ego estabelecem-se as possibilidades de relações válidas de objeto e realização pessoal (saúde); ou relações parciais e arcaicas (fantasmáticas) de objeto e frustração e sofrimento pessoal (doença) (7).

É essa historicidade que Perestrello introduz na compreensão da patologia, firmando seu conceito de Medicina da Pessoa, transcendendo os limites da ciência natural e se introduzindo nas ciências histórico-culturais. Perestrello constrói um modelo de uma medicina antropológica efetivamente operativa ao oferecer mais que uma posição filosófica. Até então os postulados da Medicina Antropológica enfeitavam mais as estantes que a prática médica. Quanto muito inspiravam pesquisas, preocupações e culpas, culpa suscitada por uma ideologia correta que não encontrava seu caminho para a prática. As críticas ingênuas, contra o médico prático ou contra as instituições assistenciais ou educacionais, acusando-as de condutas desumanas (tecnológicas e impessoais), de nada valem porque nada podem oferecer em troca. Culpa que frequentemente leva o médico a se confundir, deixando de praticar sua medicina consagrada para adotar psicologismo esotérico, escotomizando patologias graves que estavam a exigir ação clínica imediata. Quanta insuficiência coronariana foi assim confundida com neurose de angústia; gastroenterites infantis atribuídos a ódios recônditos entregues a psicanalistas “para acalmar o intestino furioso”.

O que Perestrello ofereceu foi a atualidade da história do paciente. Nada mais fez que adotar o modelo teórico da Psicanálise, mas com o mérito de poder mostrar que essa história tanto estrutura patologias mentais como somáticas. Não causa. E essa história pode receber

influxo terapêutico através da relação médico-paciente. Aqui reencontramos o trabalho de I. L. Luchina afirmando que mesmo o prognóstico da enfermidade depende dessa estruturação médico-paciente (12) e Balint propondo técnicas psicoterápicas após avaliada a importância da biografia do paciente. Perestrello denomina essa relação médico-paciente “relação transpessoal”, com isso afirmando que médico e paciente, ao estabelecerem o vínculo terapêutico, constroem um terceiro personagem, produto da interação de ambos. É esse novo personagem, construído de uma relação de objeto, que recebe a atenção médica nos seus aspectos voltados para a historicidade de paciente.

“A relação transpessoal - diz Perestrello - é uma relação viva. Todo o ato médico é consequentemente, um ato vivo, por mais que se lhe queira emprestar caráter exclusivamente técnico. Não existe ato puramente diagnóstico. Todas as atitudes do médico repercutem sobre a pessoa doente e terão significado terapêutico ou antiterapêutico segundo as vivências que despertarão no paciente e nele, médico, também. A isso me referi anos passados, quando em um trabalho denominei de psicoterapia implícita as atitudes do clínico no seu relacionamento com o doente, dirigidas a um fim terapêutico, independentemente da natureza das medidas de ordem material que tivesse de recomendar. Aliás, o pensamento de que todo o médico, consciente ou inconscientemente, faz psicoterapia, velha frase já proferida por Freud em 1905, não quer dizer outra coisa; nos últimos tempos, porém, com o que hoje já se sabe, as implicações são muitíssimo mais numerosas. Através do que diz e do que não diz, do que faz e do que não faz, do que expressa ou não expressa em sua fisionomia, o médico está fazendo psicoterapia, boa ou má, mas estará praticando-a. Melhor dizendo: através disso tudo, estará encaixando-se no doente, ou permitindo que este se encaixe nele, de forma benéfica ou maléfica”. (19, pg 120/121).

4. AS DUAS DIMENSÕES DO CONTATO CLÍNICO

A introdução da historicidade como problema médico geral criou uma nova perspectiva para o raciocínio diagnóstico. A anamnese como aspecto fundamental do diálogo médico-paciente, tem servido ao propósito de, com os achados do exame físico e laboratorial, compor um quadro clínico, cujas características devem conduzir a um diagnóstico. A nova perspectiva transforma o próprio relato em foco de análise e diagnóstico. O resultado final apresenta o diagnóstico histórico do doente, do médico e da relação entre os dois. Dois vínculos, desta forma, são estabelecidos entre médico e paciente: o que deriva do quadro clínico e o que deriva do relato. O primeiro compõe a observação clínica e pertence à área visual da relação; o segundo compõe o diálogo e pertence à área auditiva da mesma relação. Sobre esse assunto já me estendi em outra ocasião. Dessa outra oportunidade extraio o seguinte:

“A relação médico-paciente, como objeto de estudo científico, não pertence ao campo visual. Faz parte da dimensão auditiva. O visível configura um mundo em três dimensões, todas presentes na experiência imediata do aqui-e-agora: estabelece o espaço. O audível vai além da superfície das coisas; penetra no mundo das sombras e dela retira uma seqüência histórica. O ouvir dimensiona o tempo...”. “O relato de um doente é possível dentro de um campo próprio de diálogo com o médico, no qual o que se diz possa fazer sentido. Esse campo de diálogo, que é ao mesmo tempo o campo de diagnóstico, é o que podemos chamar de relação médico-paciente. Há quem conceitue relação médico-paciente de uma forma mais ingênua. Resume-a na obediência a

algumas regras de conduta, na criação de ambientes acolhedores, na paciência em ouvir os enfermos e na capacidade de utilizar expressões de conforto, além - é claro - de proporcionar amizade e confiança, enfim, ser capaz de empatia, com o que pretende sintetizar todo o problema. Sem dúvida, é uma visão simplista. Tudo isso, embora importante, não faz parte do que chamamos relação médico-paciente do ponto de vista científico e objeto de uma disciplina curricular médica chamada Psicologia Médica. Faz parte, isso sim, das pré-condições para o exercício profissional. O médico, obviamente, deve ser educado e interessado em seu doente...". "A relação médico-paciente é um campo dinâmico, estruturado pelo que os participantes comunicam entre si. Nesse campo, ao contrário do que ocorre no campo visual, o que é visto é reduzido ao audível. Ou seja: um fato visível pode fazer parte de uma comunicação verbal, mas o fato é integrado em uma estrutura histórica e reduzido a uma expressão lingüística. Por exemplo: alguém pode queixar-se de ardor epigástrico, dor, etc. e o médico visualizar uma úlcera péptica. Por outro lado, o doente pode mostrar a radiografia de uma úlcera péptica e naquele momento o ato significar: 'Dr., trate-me como um bebê que precisa de leite'". "Ver e ouvir são portanto dois ângulos complementares de observação clínica. Vemos a doença; ouvimos o doente. Vemos um objeto; ouvimos o sujeito. E ouvindo, o doente se transforma numa pessoa na medida em que se transfigura num ser histórico. Só se pode falar em relação médico-paciente quando nela se introduz a dimensão histórica, graças ao ouvir."(9).

A psicanálise do relato configura a nova dimensão da prática clínica. Vejamos em que se distingue dos métodos correntes.

A tradicional estrutura-se no método científico natural, buscando as relações causais entre os fatos do campo clínico. A anamnese, por esse parâmetro científico-natural, é traduzida e valorizada nos seus conteúdos denotativos; os fatos relatados ou mostrados devem conduzir a uma etiologia (causa); o médico deve atuar na eliminação dessa causa ou no alívio de suas conseqüências. O terreno (pessoa) só é considerado na medida de sua influência na ação médica. A pessoa não está implicada na organização de seu sofrimento, o qual é sempre pesquisado no exterior (melhor dizendo: nas alteridades), posição nitidamente derivada do pensamento religioso e infantil ao dissociar os aspectos bons e maus do mesmo objeto.

Hoje começa a se valorizar os aspectos conotativos do relato, ou seja, os fatos ou palavras que passam a ter significado em função do texto global no qual estão inseridos. Os fatos estabelecem entre si relações de significado, sem desprezar seus eventuais vínculos causais.

Por exemplo: O achado de uma pedra em uma zona de escavações arqueológicas pode suscitar tão somente pesquisas geológicas quanto à natureza, idade e composição dessa pedra. Com esses dados poderá ser classificada e seu interesse individual desaparece. Se, no entanto, nessa mesma pedra estiver inscrito algum desenho de aspecto primitivo, com formas sugestivas de escrita, outro interesse é despertado e outro tipo de pesquisa é desenvolvido. Outras pedras serão buscadas, ou outros restos, não para compará-las e classificá-las, mas para organizá-las com o propósito de compor um texto que faça sentido. Reunidos os fragmentos, reconstituído o texto, nossa pedra inicial tem o seu lugar e é insubstituível. A primeira atitude inscreve nosso método nas ciências naturais; a segunda, nas ciências culturais. No segundo caso, a pedra do exemplo não pode ser eliminada em sua singularidade porque tal ação prejudicaria a composição de todo o texto. Essa é a noção de totalidade. Vejamos um exemplo da prática médica:

Uma enfermidade simples como o panarício. Dor, rubor e tumefação são os sintomas e sinais dessa estafilococcia periungueal. O combate à causa e algumas conseqüências incômodas eliminam a enfermidade. Esse é o método científico natural. Com ele, o panarício designa classe e o do nosso caso, salvo variáveis desprezíveis, não se distinguirá de nenhum outro. Essa é a história clínica. Vamos imaginar agora que este panarício equivalha à pedra do exemplo. Fazamos o mesmo que fizemos com a pedra: examinêmo-lo também atentamente. Poderemos perceber que nele, como na pedra, alguma coisa está desenhada, ou escrita. Vamos ampliar os achados e procurar novas fontes. Se tivermos paciência e sorte, poderemos compor uma história. Essa história poderá nos contar (como num caso ocorrido) que tudo começou quando uma jovem sofreu um grave desapontamento amoroso. Cortando as unhas do pé, inadvertidamente feriu um pododáctilo. Seguiu-se uma infecção, a qual não deu importância, embora fosse educada e culta. A infecção tomou proporções alarmantes e teve que ser praticamente conduzida por parentes para um tratamento adequado, pois vinha utilizando medicação caseira herdada de velhas prescrições da avó, mas ineficazes no caso. O tratamento teve um curso excepcionalmente longo. Lendo o texto mais completo e procurando o seu significado poderemos entender a seguinte mensagem: “Eu tenho em mim uma relação infectada pelo desengano e abandono, o que me faz sofrer. Acho que tudo isso ocorreu porque eu dei um mau passo contra o conselho de meus velhos. Não consigo me livrar dessa relação a não ser destruindo-a. Não consigo distinguir o que é meu do que é da pessoa que me abandonou. Por isso firo a mim mesma, como se eu fosse o outro. Com isso penso eliminar o outro. Não posso tratar essa lesão porque quero puní-lo e quero punir-me. Quero que ele sofra e eu também devo sofrer. Ele pelo que fez a mim; eu pela tolice que cometi e pela desobediência a meus velhos. Preciso destruí-lo e eliminá-lo de mim”. Regride, confunde-se com o objeto, e tem que ser cuidada pelos outros como se fosse uma criança pequena.

Esse último parâmetro pertence a compreensão do relato e orienta o médico quanto ao doente. Compõe o que podemos chamar a clínica da história.

5. A CLÍNICA DA HISTÓRIA

Em 1973 sistematizei para o prontuário de um serviço clínico universitário* o que ficou conhecido como a História da Pessoa, apoiado integralmente nos postulados da Medicina da Pessoa de Danilo Perestrello. Tratava-se de incluir no prontuário orientado para problemas um registro que destacasse para o médico aspectos psicológicos que pudessem ter importância na área clínica. Mudando a natureza da solicitação inicial, que era a de criar um registro compartimentado dos aspectos afetivos do paciente, procurei construir um modelo que fornecesse ao clínico os recursos para a análise do relato. Na verdade, para fazer a clínica da história. Esses recursos seriam levantados a partir: 1) das informações biográficas de acordo com a versão atual do paciente; 2) das circunstâncias do adoecer; 3) da observação da relação médico-paciente. Pretendia criar condições para que através dos dados recolhidos nessa história da pessoa o médico tivesse condições de evitar contraidentificações mórbidas e atuar clinicamente de acordo com a singularidade daquele paciente. Além disso, proporcionar-lhe recursos para compreender a natureza repetitiva da conduta, de modo a não evocar os modelos morbígenos dentro da relação

* Serviço do professor Clementino Fraga Filho (1ª Disciplina de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da U.F.R.J. – Santa Casa de Misericórdia).

médico-paciente. Ficaria facilitado o acompanhamento do processo clínico, o qual, como o conceituei em outra oportunidade “é o conjunto estruturado de acontecimentos no campo dinâmico estabelecido entre o médico (ou equipe de saúde) e o paciente, e que percorre o tempo que vai do primeiro encontro à alta, ou separação médico-paciente; e inclui todos os procedimentos médicos, comunicações verbais e extra-verbais, experiências afetivas veiculadas no espaço físico do campo de relações clínica” (8). Esse estudo está para a prática clínica, como a fisiopatologia está para o raciocínio diagnóstico. Não é algo que possa simplesmente ser deixado para um especialista fazer. Por essa razão tenho conceituado essa área do conhecimento como “o tecido conjuntivo da prática médica em geral” (8).

A análise do relato modifica o procedimento clínico habitual. Os aspectos irracionais costumavam ser sistematicamente varridos do interesse médico. Em outra oportunidade considerei que “o médico que fala com o doente não é o mesmo que posteriormente fala desse mesmo doente. Ao falar do doente introduz expressões emocionais encobertas no contato clínico prévio e que jamais eram assinaladas no prontuário. Passando a considerar os aspectos emocionais envolvidos como o ruído da comunicação médico-paciente, resolvi dedicar-me ao estudo desse ruído e verificar sua interferência na condução da anamnese, no raciocínio diagnóstico e na prescrição terapêutica.” (...) “Sua análise minuciosa permitiu uma melhor compreensão das distorções do convívio clínico em todos os seus aspectos, e uma gama considerável de problema iatrogênicos puderam ser surpreendidos. A iatrogenia não afetava apenas o doente, mas o próprio médico e frequentemente o estudante de medicina, sobretudo aquele no início de sua aprendizagem profissional”.

O campo dentro do qual se desenvolve o relato estrutura-se de forma não muito diferente do da situação psicanalítica. M. e W. Baranger (4) entendem que na relação psicanalítica “nenhum membro do par é inteligível dentro da situação sem o outro”, e o campo se estrutura com base nos vetores da fantasia inconsciente. Embora, grosso modo, o campo médico não se afaste desse modelo básico, há algumas diferenças fundamentais. Baranger acentua o caráter dinâmico do campo, o que quer dizer que está sendo continuamente modificado pela reorientação das fantasias e pelas intervenções do psicanalista. No campo médico as fantasias, porque não são substancialmente atingidas por qualquer interpretação, tende a se estabilizar e fixar os papéis dos participantes, os quais passam a ser agentes de atuação (acting-out) dessas fantasias (tanto as do médico, quanto as do paciente). Enquanto no processo psicanalítico o campo tende progressivamente para a experiência psicológica (insight) através da manutenção de sua instabilidade, o campo médico geral tende para a atuação através da estabilização de seus vetores. Finalmente, há que acentuar, o campo médico exige, por suas características e objetivos, atuações. As ações diagnósticas e terapêuticas do médico, ao contrário das do psicanalista, são essencialmente constituídas por atos e não por relatos.

6. O CLÍNICO COMO PSICANALISTA

O psicanalista adquiriu ao longo de sua prática um prestígio intelectual e social que não corresponde ao que efetivamente é capaz de oferecer. Ora ridicularizado, ora idealizado, ou temido, é alvo de interesses profundos e arcaicos por ser associado e confundido com objetos parciais muito primitivos. É o alvo predileto de ânsias simbióticas latentes e sua presença

costuma ser marcada por um curioso e regressivo movimento emocional de circunstâncias. Como especialista do inconsciente, ou seja desse lado irracional, onírico, fantasmático, torna-se foco de esperanças, ódios, suspeitas e fé. Aos olhos do leigo nada mais próximo do psicanalista que a imagem do xamã, do místico, do exorcista, senhor de poderes intangíveis e capaz de conjurar males e perigos sobrenaturais. O próprio inconsciente é temido como se fosse um ninho de fantasmas e um centro de feitiços, o que, mutatis mutandis, não está longe da verdade. O psicanalista é visto pois como o legítimo herdeiro dos encantadores e bruxos de ontem e seus textos científicos como guias certos do sobrenatural. Em outros termos, o psicanalista é a esperança e o arauto dos objetos perdidos e, sobretudo, um meio para reencontrá-los. Por isso é temido e ao mesmo tempo ansiado. Não é de admirar que muitos entendam as seleções de candidatos a psicanalista como rituais de iniciação e comparem suas Sociedades e Institutos de formação como centros de ensino e práticas esotéricas.

O médico, para o doente, é um especialista em fantasmas, tal qual o psicanalista. Diria José Cândido de Carvalho: em lobisomens. Mas com o título - o clínico como psicanalista - não estou propondo qualificar o médico geral, na sua prática quotidiana, em uma especialidade que, como é sabido, demanda longa e rigorosa preparação intelectual e pessoal. Talvez seja mesmo a única profissão cuja aprendizagem é fundamentalmente formativa. Nem o psicanalista, nem o clínico aceitaria essa postulação caso pretendesse considerar a atividade clínica uma psicanálise. O psicanalista porque veria nas tentativas de psicanalisar do colega médico a caricatura consubstanciada no aprendiz de feiticeiro; e o clínico porque não admitiria se envolver com terapêutica do domínio afetivo e irracional, apesar dos atrativos da posição.

Contudo, ao se introduzir a pessoa no domínio das preocupações médicas; ao se pensar em pessoa doente e se decidir por diagnósticos de doentes (e não apenas de doenças) e tratamentos para doentes (e não apenas para doenças) há que decidir entre equipes terapêuticas mistas ou mudar a natureza da ação médica. Aqui examinarei como este desafio está sendo resolvido com base na experiência e em algumas hipóteses teóricas.

Em primeiro lugar vamos nos deter nas dificuldades criadas com a introdução da pessoa no campo médico. Como foi exposto, para configurar uma pessoa e diagnosticá-la é necessário ouvir e compreender através de um relato, exposto dentro de um diálogo, a história da pessoa. Um psicanalista não teria qualquer dificuldade com essa tarefa, uma vez que, em seu longo treinamento, aprendeu a valorizar a substância do relato. O relato é efetivamente algo para o psicanalista. Através dele apreende a forma de pensar, sentir, relacionar-se, enfim viver, do paciente. O paciente, para ele psicanalista, é sempre um ser singular, vivendo experiências únicas. Ninguém precisa fazer-lhe apologias sobre uma Medicina dedicada aos aspectos ideográficos. O psicanalista lida justamente com os aspectos históricos do paciente e não busca reduzi-los a classe, ou tipificá-los, para se orientar. Ao contrário, todo conceito mais amplo, generalizador, quando comunicado, é reduzido às singularidades do aqui-e-agora. Essa é uma das razões porque os diagnósticos classificadores tem pouca importância para a prática psicanalítica. O psicanalista, por isso, está permanentemente diante do novo e toda as manifestações, físicas e mentais - e mesmo sociais - são vertidas para a linguagem histórica. Os fatos e as coisas que o psicanalista manipula são os do entendimento, da compreensão. Assinale-se que nem por isso são menos importantes que um fato sensorialmente concreto, no tocante à sua capacidade de influenciar o mundo. Afinal, toda civilização primariamente existiu como construção psíquica.

O clínico, por sua vez, tem enormes dificuldades em realizar (e mesmo valorizar) essa história da pessoa. Antes de tudo porque não ouve o paciente para saber o que ele diz, mas para saber o que ele tem. E com isso não o ouve. Assim o clínico não escuta relatos; ouve informações. Nisso reside o aspecto mais dramático da dissociação médico-paciente. Ao mesmo tempo que aceita que a pessoa que o procura seja um doente, não aceita que esse mesmo doente, quando informante de sua doença, comporte como um doente e faça um relato expressivo de uma pessoa doente. Não consegue aceitar, enfim, que o relato já seja um sintoma e não um guia para o diagnóstico. Em outras palavras, a doença já está no próprio relato, como pode estar no coração, fígado, rins, etc. Aliás, é o relato o primeiro a ser afetado em virtude da regressão que o doente sofre com a enfermidade, propiciando a emergência do processo primário que vai impregnar o relato com a fantasia. A adoção pelo doente de modelos de relacionamento mais primitivos proporciona os elementos para a criação do campo transferencial-contratransferencial e favorece a utilização do canal corporal como via de comunicação, através dos sintomas físicos. O relato informa sobre a pessoa, e não sobre a doença. Secundariamente, na medida em que se apreende a relação entre o ego e o corpo, pode-se inferir dessa relação algumas informações importantes sobre o que está acontecendo no corpo, por via do relato.

Em uma anamnese experimental realizada por mim há muitos anos e publicada no livro *A Medicina da Pessoa* de Danilo Perestrello, esse aspecto do relato fica bem demonstrado. Em um primeiro momento da experiência um médico geral pesquisa a queixa da doente, dor de cabeça, e chega a conclusão diagnóstica de enxaqueca e faz as prescrições necessárias. No segundo tempo, em seguida ao exame do colega, faço a minha anamnese, da qual vale a pena extrair alguns trechos:

M - A Sra. estava dizendo ao Dr. que o problema principal da Sra. era...

P - As conseqüências desses abortos.

M - Ah! Sim! E quais foram?

P - Depois dos abortos passei muito mal.

M - E quando foi?

P - O primeiro foi há dois anos. Há seis meses fiz outro e comecei com aquele estado de nervos. O Sr. sabe... quando fico grávida passo mal do princípio ao fim...

M - E deste então a Sra. tem passado mal?

P - Mal! Olhe Dr., sábado à noite, à meia-noite, acordei agoniada. Estava sonhando com um altar-mór e um menino na minha frente... Ele se aproximava de mim querendo me pegar. Eu estava com medo dele, mas ele não estava com medo de mim... Eu dizia para mim mesma olhando para o garoto: tenha fé que você fica boa. E o garoto calado, olhando para mim, todo humilde...

M - O que a Sra. pensou que fosse?

P - Lembrava minha avó...

P - ... Desde pequena tenho essa dor.

M - Onde?

P - Na cabeça. Quando via uma porção de zoadá eu não podia continuar. O colégio era perto de minha casa e a professora me levava para casa. A cabeça doía nesse mesmo lugar. Aqueles meninos estudando me davam agonia e minha cabeça ficava enjoada. Ai a professora vinha e dizia: “Menina, o que você tem?”. Aí eu dizia: “Estou com bastante dor de cabeça”. Aí eu ficava com medo porque eu era garota e começava a chorar. Aí ela dizia: “Não fique nervosa que eu levo você para casa”...

P - ... Não posso ouvir zoadá. Quando passo num lugar que tem muita gente me dá agonia! Fico impressionada e dá a confusão na cabeça... Vovó tinha dor de cabeça...

O relato faz referência a uma dor de cabeça mas o que descreve é uma relação objetal arcaica com uma avó que se queixava desse sintoma. A paciente mesma tinha uma “zoadá” expressiva de suas dificuldades de entendimento (debilidade mental). O que a paciente não podia perder - e é expressivo que as queixas comecem no luto patológico derivado do aborto - era a relação com a avó, personagem amado de sua infância. Em outros termos, examinando esse relato, fica a mensagem: a) da aflição pelo luto; b) do pavor em ser punida, como pensa que foi quando perdeu a avó, e ficar como esse garoto do sonho: uma criança abortada.

O médico utiliza a anamnese dirigida, tipo pergunta-e-resposta, para se defender do relato do paciente e iludir-se quanto a capacidade do paciente em informar (idealização defensiva do relato). O que o médico procura com esse procedimento é moldar o paciente de acordo com a sua própria concepção (construção iatrogênica) e é surpreendente que o doente pactue com o médico. É porque o doente, afinal, está doente. Aragones e Luchina construíram recentemente uma interessante hipótese sobre esse tópico(1). Estudando a transferência em pacientes com enfermidades orgânicas, verificaram que estes não apresentavam exatamente fenômenos transferenciais, mas ligações simbióticas com o médico. Nestas o médico é utilizado em funções restitutivas, no sentido de recompor primitivas relações com objetos parciais. Aprofundando o estudo do narcisismo e vinculando-os às enfermidades orgânicas, puderam esses autores afirmar que “a psicanálise não se deteve o suficiente em considerar outra forma de negação da enfermidade que consiste e se organiza na imobilização que faz o paciente na sua relação com o médico e no encaixe terapêutico das suas esperanças que muitas vezes adquirem um caráter delirante. Neste aspecto o médico se diferencia do psicanalista, uma vez que ao invés de verbalizar as transferências como resistência do paciente, aceita como parte de sua missão o papel de depositário dessas crenças.”

A dedução desses autores nos permite compreender que a enfermidade, como produto histórico, pode ser imobilizada e, inclusive agravada, numa relação médico-paciente em que ambos se comprometem, inconscientemente, a sustentar vínculos simbióticos em que a doença teria a função de estabilizar esses vínculos. Forma-se um sistema de instalação como o denominou J. Bleger (5), quem primeiro estudou esse fenômeno. O sistema de instalação de Bleger, desenvolvido e estudado mais amplamente por Luchina e colaboradores, superpõem-se a concepção de encaixe e relação transpessoal proposta por Perestrello.

O que está em questão é toda prática médica e não alguns casos ou fatias da clínica, e com ela a instituição médica e seus objetivos. A essa conclusão chega em publicação recente Júlio de Mello Filho (17), após anos de dedicação a área. O clínico como psicanalista é, tão somente, uma perspectiva, mas que já conta com algumas substanciais antecipações. A análise do processo clínico realizado por especialistas com o nome de interconsulta vem se desenvolvendo há quase vinte anos no Brasil e outros tantos na Argentina. Não somente tem um caráter assistencial, mas proporciona ao médico comprometido simultaneamente formação profissional. O chamado Grupo Balint, matriz dos sistemas de interconsulta, continua sua eficaz ação pedagógica. A disciplina de Psicologia Médica emergiu desses estudos como matéria curricular da formação médica e dedicada, basicamente, ao estudo da relação médico-paciente. Métodos de ensino especiais tem sido desenvolvidos nessa área (10). Contudo, por que a expressão psicanalista tão comprometida com uma técnica especial? Basicamente porque uma ciência não pode ser definida por sua técnica. A técnica é sempre um instrumento provisório de pesquisa e ação em determinada área do conhecimento. Não pode definir o conhecimento pois que assim o esteriliza. O médico que souber levar em consideração e compreender as sutis ligações entre a história e a patologia de seu paciente; que conseguir diagnosticar os vínculos irracionais que estabelece na relação com seu doente; que puder atribuir significado aos sintomas apresentados pelos pacientes estará utilizando a Psicanálise porque estará se servindo do mais rico filão da ciência do Inconsciente. Isso porém não o transforma em um psicanalista.

A nosso ver, os aspectos básicos da Psicanálise devem estar ao alcance da qualquer médico e de alguma forma, deve-se facilitar o acesso aos conhecimentos do mundo inconsciente. Não vejo qualquer diferença, nesse sentido, entre as necessidades do psiquiatra e as do clínico geral. Como já foi seguidamente acentuado: não que o clínico vá se tornar um psicanalista, mas que tenha condições de analisar sua prática.

É o máximo que se lhe pode pedir e é também o mínimo que, com a influência da Psicanálise, provavelmente amanhã lhe será exigido.

REFERÊNCIAS

- 1 - Aragonés, R.J.; Luchina, I.L.(1977) - Transferencia en los pacientes con enfermedades orgánicas; Comunicación pess. em 17 pgs. Datilograf., Bs. Aires.
- 2 - Balint, M. (1957) - The doctor, his patient and the illness; Int. Univ. Press, Londres.
- 3 - Balint, M. & E. (1961) - Psychotherapeutic techniques in Medicine; Tavistock Publ., Londres.
- 4 - Baranger, W. & M. (1961/1962) - La situación analítica como campo dinâmico; in "Problemas del Campo Psicoanalítico" (mesmos autores), Ed. Kargieman, Bs. Aires, 1969.
- 5 - Bleger, J. (1967) - Simbiosis y Ambigüedad; Ed. Paidós, Bs. Aires,
- 6 - Collingwood, R.G. (1946) - A idéia de história (The idea of History); Edit. Presença, Lisboa, 1972.

- 7 - Eksterman, A. (1975) - A teoria estrutural e relações de objeto; Revista Bras. Psican., 10:101, 1976.
- 8 - Eksterman, A. (1977) - Formação Psicossomática em Ciências da Saúde: O Ensino de Psicologia Médica; Relato. Of. ao I Congresso de Medicina Psicossomática da Bacia do Prata, Bs. Aires, 1977.
- 9 - Eksterman, A. (1977) - Relação médico-paciente na observação clínica; XV Congresso Panamericano de Gastroenterologia; R. Janeiro, 1977.
- 10 - Eksterman, A. (1977) - Métodos de ensino em Psicologia Médica; I Jornada de Psicologia Médica e Medicina Psicossomática do Rio de Janeiro, 1977.
- 11 - Eksterman, A. (1978) - Fantasia e realidade no homem contemporâneo; Relatório Of. ao XII Congresso Latino-Americano de Psicanálise; México, 1978.
- 12 - Ferrari, H.; Luchina I.L.& N.(1971) - La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario; Ed. Nueva Vision, Bs. Aires.
- 13 - Freud, S. (1900) - The Interpretation of Dreams - Cap. VII; S. E., vol.V.
- 14 - Freud, S. (1915) - The Unconscious - S. E., vol. XIV.
- 15 - Freud, S. (1923) - The Ego and the Id - S. E., vol. XIX.
- 16 - Laín Entralgo, P. (1970) - La Medicina Hipocrática; Revista de Occidente, Madrid.
- 17 - Mello Filho, J. (1977) - Conceção Psicossomática: da teoria à prática médica; Ed. do autor, Rio de Janeiro.
- 18 - Perestrello, D. (1973) - Contribuição da Psicanálise à Medicina; I Simpósio da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro.
- 19 - Perestrello, D. (1974) - A Medicina da Pessoa; Ed. Atheneu, Rio de Janeiro.
- 20 - Sapir, M.(1972) - La formation psychologique du médecin; Ed. Payot, Paris.
- 21 - Uexküll, J. von (1922) - Ideas para una concepción biológica del mundo; Ed. Calpe, Madrid.