

GRUPO DE TRABALHO MEDICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM ANÁLISE: COMO, QUANDO E PORQUE

Interlocutora: Silvia Inglese Ribes

O “Grupo de trabalho medicações psiquiátricas em análise: como, quando e porque” ocupou-se, nos últimos dois anos da criação de um espaço de diálogo entre a psicanálise, a psiquiatria e a psicofarmacologia tendo como objetivo a clínica psicanalítica, na particularidade das questões relativas ao uso das medicações psiquiátricas.

A clínica, assim entendemos, está sempre articulada a uma política. E como este é o tema do segundo encontro do Entretantos, vamos abordar as questões políticas que regeram as relações entre psicanálise e psiquiatria, com seus desdobramentos na clínica.

Ao longo da história, psicanálise e psiquiatria, de uma forma ou de outra, estiveram próximas, mesmo em relação ao uso de substâncias psicoativas. A partir de 1980, entretanto, quando surge o DSM-III, uma oposição se instala entre elas.

Vamos nos ocupar aqui desse assunto, mas antes de discutirmos o momento de ruptura entre psiquiatria e psicanálise, consideramos alguns aspectos da relação entre esses dois saberes.

Um deles refere-se a uma questão interna da psiquiatria: a fragilidade da sua posição de especialidade médica, sempre ameaçada de desaparecer ou ser substituída por disciplinas não médicas. Essa questão interna da psiquiatria permeia a relação com a psicanálise e é o motivo pelo qual a psiquiatria está sempre preocupada em atestar seu caráter científico.

Outro aspecto importante é a dupla origem da psiquiatria: a neurologia e os asilos. No sec. XIX a neurologia se ocupava das neuroses, não no sentido freudiano, mas naquele proposto por Cullem em 1785. Elas compreendiam doenças hoje consideradas neurológicas, como a doença de Parkinson, a coreia e a epilepsia, mas também a histeria e a hipocondria. A neurologia era exercida nas cidades e estava ligada a centros universitários. Os psiquiatras, por sua vez, se ocupavam de pacientes mais graves, que ficavam nos asilos. Na época prevalecia a ideia de que o isolamento em ambiente rural poderia favorecer o restabelecimento do paciente. Mas não deixava de ser também uma forma de segregação dos doentes. Os asilos, diferentemente da universidade, estavam

submetidos ao poder político e econômico do Estado e, foi nesta condição que, na época nazista, começaram a surgir ali práticas eugênicas. Esse é o contexto da dupla origem da psiquiatria: a neurologia, científica universitária e a psiquiatria asilar. Sua dupla origem é fonte de muitos conflitos, que dizem respeito ao seu caráter científico e de especialidade médica, mas também à interferência de políticas de Estado, que se revestem de caráter médico científico.

Na época de Freud a psiquiatria era kraepeliana, uma psiquiatria de caráter organicista e que dava valor aos aspectos hereditários da doença mental. Freud não se opunha a essa psiquiatria. Na conferência XVI, “Psicanálise e Psiquiatria”, faz uma comparação entre elas, aponta diferenças, mas não entendia que existisse uma contradição. Ao contrário, acreditava que talvez uma pudesse suplementar a outra. Freud também mantinha a mesma posição em relação à perspectiva de que medicamentos pudessem agir sobre o psiquismo. No “Esboço de Psicanálise”, escreveu sobre a possibilidade de, no futuro, existirem substâncias químicas que atuassem sobre as quantidades de energia e sua distribuição no aparelho mental.

Freud também sustentou um diálogo com a psiquiatria de sua época a partir de uma visão política que pretendia garantir a entrada da psicanálise no campo dos conhecimentos científicos. A proximidade com a psiquiatria institucional poderia conferir credibilidade à psicanálise.

A amizade que Freud tinha com o psiquiatra suíço Bleuler e a simpatia que este tinha pela teoria freudiana (apesar de não concordar integralmente com ela), fez com que a psicanálise fosse inserida no hospital dirigido por ele, o Burghölzli. Bleuler era professor universitário e propiciou a formação de seus alunos dentro da teoria e da clínica psicanalítica. Muitos deles se tornaram psicanalistas como Jung e Abraham, e outros, como Binswanger e Minkowski, não se tornaram psicanalistas, mas mantiveram um espaço de diálogo com a psicanálise.

Bleuler, este sim, crítico da nosologia kraepeliana, abandonou o diagnóstico de demência precoce e propôs o de esquizofrenias em 1911. Com isso transformou profundamente a psiquiatria da época, instalando uma psiquiatria fundamentada na psicopatologia e não mais na hereditariedade, nem na dependência da evolução da sintomatologia. O diagnóstico de demência precoce significava que o distúrbio psicótico, iniciado na juventude, levaria inevitavelmente a um grande empobrecimento da vida psíquica. Não se considerando na época a influência da vida asilar na evolução da

doença mental. Bleuler, ao fundamentar seu diagnóstico em critérios psicopatológicos, desfez o vínculo entre a sintomatologia psicótica e o prognóstico.

Se na Europa a proximidade com a psicanálise se dava através da psiquiatria fenomenológica, desenvolvida pelos ex-alunos de Bleuler e outros que mais tarde se dedicaram a essa tarefa, nos EUA a psicanálise se tornou parte integrante da psiquiatria que ali começava a se desenvolver.

A psiquiatria americana foi organizada por Adolf Meyer, no fim do sec. XIX. Ele construiu as bases de um sistema de formação que permitiu a expansão da psiquiatria americana depois da Segunda Guerra mundial. Meyer rejeitava a nosologia médica de Kraepelin e considerava que as patologias só poderiam ser descritas como formas reativas a múltiplas causas. A partir dessa concepção, Meyer, como Bleuler, apoiou o movimento psicanalítico, apesar de não aderir à psicanálise como prática, nem endossar integralmente sua teoria. Antes da Segunda Guerra a psicanálise já estava organizada nos EUA e no pós- guerra o país recebeu uma quantidade enorme de psicanalistas europeus. Sua influência na psiquiatria e na medicina foi então grande, tendo surgido a psiquiatria dinâmica e a medicina psicossomática. A Sociedade de psicanálise e a Associação americana de psiquiatria foram, nessa época, instituições muito próximas, até porque nos EUA apenas os médicos poderiam se tornar psicanalistas. Diferentemente do que ocorria na Europa, a psicanálise no EUA era ensinada nas escolas médicas e nos anos 60 todos os chefes de departamento de psiquiatria eram psicanalistas. Depois de Meyer, Menninger teve grande destaque na psiquiatria americana e não mediu esforços para americanizar, medicalizar e popularizar a psicanálise. Esse fato, é de se imaginar, não agradou a toda comunidade de psicanalistas, principalmente aqueles de origem europeia que queriam se manter fiéis à Freud e tinham receio de que a psicanálise fosse “engolida” pela psiquiatria e pela medicina.

Nos anos sessenta, começou, nos EUA uma preocupação com a delimitação e a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico. A psiquiatria, além da base psicanalítica tinha um caráter social e incluía na sua prática a noção de adaptação ao mundo e aos outros. A orientação teórica da psiquiatria, que remetia à psicanálise, às ciências sociais e à interação com o meio ambiente, não fornecia fundamentação para o tipo de objetividade que passou a ser solicitada pelos estudos epidemiológicos e pela pesquisa com novas drogas psicoativas. Esses novos campos de pesquisa necessitavam, para se desenvolverem, de uma clara distinção entre normal e patológico. A Seguridade social,

por sua vez, questionava o reembolso de psicoterapia para tratamento de meros “aborrecimentos” da vida. Instalou-se assim uma reação contrária à psicodinâmica e à ideia de uma continuidade entre a saúde e a doença. Esse contexto fez com que a psiquiatria ficasse novamente ameaçada de perder seu lugar como especialidade médica. E essa ameaça aumentava com o fato de que cada vez mais trabalhadores não médicos desempenhavam a assistência em saúde mental e, de que, médicos generalistas cuidavam das prescrições de pacientes ambulatoriais, que eram os mais numerosos. O único lugar realmente garantido aos psiquiatras eram os asilos, mas estes estavam declínio. A política federal vinha trabalhando no sentido de desativá-los e promover a atenção primária e a psiquiatria comunitária.

Era preciso então, que a psiquiatria americana encontrasse urgentemente uma maneira de se manter como especialidade médica. Como esse contexto evocava, em alguma medida, a psiquiatria alemã do início do sec. XX, os americanos propuseram um retorno a Kraepelin. Kraepelin tinha organizado uma nosologia psiquiátrica de acordo com princípios da bacteriologia e da psicologia experimental, a fim de que a psiquiatria fosse considerada disciplina medica e pudesse receber recursos financeiros. O retorno à Kraepelin pela psiquiatria americana constituiu o movimento neo-kraepeliano, que foi muito mais radical que o próprio Kraepelin. Esse movimento propôs, de forma geral, o retorno à saúde mental de orientação médica, a exclusão da psicanálise do campo da psiquiatria, a rejeição da ideia de influência do ambiente nas patologias e a distinção clara entre normal e patológico.

Como resultado desse movimento surgiu, a partir dos anos setenta, pesquisa e publicações sobre critérios diagnósticos, principalmente na Universidade de Washington, em St. Louis. Eles visavam uma classificação válida e uniformizada com o foco na biologia, para expandir a pesquisa psicofarmacológica.

Nessa época a maioria dos primeiros novos medicamentos já estava em uso. Surgiram a partir da década de 50 a clorpromazina, primeiro antipsicótico, em 1950, a imipramina, um antidepressivo tricíclico e os IMAO, também antidepressivos, em 1957 e o clordiazepóxido, ansiolítico em 1960.

A indústria farmacêutica estava animada com a perspectiva de expandir um negócio lucrativo. A sociedade, também muito confiante nos avanços da medicina, principalmente depois da descoberta dos antibióticos, depositava grande expectativa na cura das doenças mentais. Os psicanalistas, por sua vez, também participaram desse

clima de euforia e muitos deles, tanto na Europa como nos EUA, se interessaram pelas novas medicações que iam surgindo.

Nos Eua, nos anos 50 e 60, psicanalistas indicavam essas drogas, assim como tinham feito anteriormente com a anfetamina. A abordagem psicanalítica não chegou a ser inteiramente resistente à prescrição de medicamentos. Alguns psicanalistas como Azima, Sarwer-Foner e Ostow também se ocuparam em pensar o efeito das drogas a partir de conceitos da metapsicologia freudiana.

Na França, a introdução dos antipsicóticos promoveu vários estudos teóricos. Também nos anos 50 e 60 psicanalistas como Green, Racamier, Guyotat, Lambert, entre outros, produziram textos descrevendo o efeito dos psicofármacos usando conceitos da metapsicologia freudiana. Discutiam a ação deles pela via pulsional e também estudavam a nova relação médico-paciente que se produzia. Já em outra época, nos anos 80s e 90s Jeanneau e Widlöcher seguiram a mesma linha de trabalho e Kapsambelis , mais recentemente, analisou o efeito dos antipsicóticos principalmente pela via do narcisismo. Psiquiatria, psicanálise e a experiência com os psicofármacos encontraram, durante algum tempo, diferentes formas de convivência e de colaboração, mas também formas de distanciamento e oposição, só que não de maneira tão radical como aconteceu após a instalação do DSM-III.

A partir da publicação do DSM III se instala uma oposição entre psicanálise e psiquiatria, na verdade uma oposição entre a psiquiatria relacionada com a psicanálise, que precisava ser erradicada, e uma nova psiquiatria, desta vez “científica”, que vinha ocupar seu lugar.

Entendia-se que alguma mudança era necessária na psiquiatria americana, mas a radicalidade dessa mudança e a força com que se instalou não encontraram precedentes. Conceitos psicanalíticos foram excluídos e uma classificação sintomática, pretendida atórica, foi proposta. Mas não se tratava apenas de uma nova classificação diagnóstica. Era uma nova clínica psiquiátrica que se colocava, agora científica porque seus diagnósticos eram confiáveis, isto é, diversos psiquiatras chegariam ao mesmo diagnóstico para um mesmo paciente.

O DSM III mudou também a indústria da saúde mental, conferiu mais poder ao médico e à psiquiatria, que teria, sozinha, o poder de determinar a abrangência do que seria considerado patológico. E esse campo vem se alargando a cada atualização do manual.

Com o passar dos anos o DSM-III se globalizou, influenciando a psiquiatria mundial, principalmente porque teve sucesso na difusão das alterações que promoveu na pesquisa e nas publicações da especialidade. Antes do surgimento do manual americano existiam diferenças entre psiquiatria americana e europeia, e esta também não era homogênea, com variações principalmente entre a França e a Alemanha, e algumas particularidades interessantes na Escandinávia e na Espanha. Essas variações, no nosso entendimento, significavam mais uma riqueza de pensamento do que imprecisão e falta de caráter científico.

A colaboração entre a indústria farmacêutica e a psiquiatria já existia, mas se acentua com o DSM III. Aliadas trabalharam juntas na construção daqueles que seriam os sintomas alvo de determinada droga, os mesmos que caracterizariam uma determinada categoria diagnóstica. Depois o mecanismo de ação da droga validaria uma suposta fisiopatologia para essa categoria.

Cada nova droga descoberta passa assim por um processo de construção, que atende os interesses convergentes da indústria e de uma psiquiatria que quer se manter científica, e que também quer aumentar seu campo de influência e poder através da abrangência cada vez maior das suas categorias diagnósticas. É dentro desse contexto que os fármacos são desenvolvidos e avaliados no que diz respeito à sua eficácia, efeitos terapêuticos e efeitos colaterais.

Mas esse seria o único contexto possível para se pensar os efeitos de uma medicação?

Tivemos a oportunidade de ler no grupo o relato que Roland Kuhn fez da sua descoberta dos efeitos antidepressivos da imipramina, em 1957, antes do DSM-III. Essa descoberta aconteceu simultaneamente ao desenvolvimento, por ele, do conceito de depressão vital, que é um conceito que inclui o funcionamento do corpo como um todo. A pesquisa de Kuhn foi um trabalho no âmbito da clínica e da psicopatologia, e nesse contexto avaliou o efeito da nova substância. Ele conjugou o conhecimento neuroquímico da imipramina com a investigação fenomenológica dos sinais e sintomas psíquicos produzidos a partir de uma história individual. Procedendo dessa forma Kuhn propõe a entidade mórbida depressão vital, que encontra na substância imipramina, um medicamento qualificado pela clínica.

Na descoberta dos efeitos antidepressivos da imipramina, Kuhn resalta a importância da criação, a partir dos efeitos dessa substância, do novo conceito

psicopatológico, depressão vital, que foi entendido como a essência dos quadros depressivos. Ele relata que só pode realizar esse trabalho porque estava livre de qualquer comprometimento político ou acadêmico no exercício da sua abordagem clínica.

O desenvolvimento de um psicofármaco é então sempre um processo de construção. Pode ser construído visando determinados sintomas alvos implicados numa adaptação performática do indivíduo, ou pode ser construído a partir da clínica psicopatológica com a orientação do conhecimento psicofarmacológico.

As substâncias químicas precisam de um contexto, de um discurso, de uma política, para se efetivarem como fármacos. E esse contexto não precisa necessariamente ser uma psiquiatria de adaptação pragmática vinculada ao DSM, como nos mostrou Kuhn.

Fédida, na sua obra “Dos benefícios da Depressão”, que tivemos a oportunidade de trabalhar nos encontros do grupo, entende que é interessante para a psicanálise que o contexto da utilização e da análise dos efeitos dos psicofármacos seja o contexto da clínica. Esta dimensão, a da clínica, foi perdida pela psiquiatria a partir do DSM-III. E essa perda empobreceu a experiência com os psicofármacos, já que é a clínica que pode fazer surgir uma reserva terapêutica que não aparece nos procedimentos experimentais que utilizam questionários e escalas para validar um produto por seu efeito padrão. Segundo Fedida, quanto mais a psicoterapia souber receber e guiar o uso de um medicamento, maior será a reserva terapêutica de uma substância. E ele vai mais longe ao dizer que o aperfeiçoamento farmacodinâmico de uma substância química depende em grande parte da ação psicoterápica. Seria a fala em transferência que qualificaria uma molécula química como medicamento.

Fedida, na mesma linha de pensamento de Freud, não deixa de se ocupar dos efeitos dos psicofármacos na clínica psicanalítica. Ele mantém uma postura crítica à prática psiquiátrica decorrente do surgimento do DSM-III, mas, assim como Freud, não se opõe ao diálogo com uma psiquiatria anterior ao manual americano.

A posição política do nosso grupo de trabalho é superar, procurar um mais além do antagonismo entre psiquiatria e psicanálise. Esse antagonismo se relaciona com interesses políticos que não são os nossos, engajados que estamos no estudo e aperfeiçoamento da clínica psicanalítica.

Temos nos ocupado, como dissemos no início, na criação de um espaço de diálogo entre a psicanálise, psiquiatria e psicofarmacologia. Pensamos que o momento

atual torna esse campo de estudo particularmente interessante, porque muitos dos fundamentos da psiquiatria baseada no DSM começam a ser questionados.

O desenvolvimento das neurociências tem enfatizado a importância de fatores ambientais, incluindo a linguagem, no desenvolvimento cerebral e no efeito dos psicofármacos. O cérebro não é mais entendido como uma organização definida e fixa. Sua plasticidade permite a influência do meio e da experiência, tanto no seu desenvolvimento, remodelamento durante a vida, como também no surgimento de novas células nervosas na idade adulta e, portanto, novas conexões. A ação dos medicamentos psiquiátricos se insere nesse contexto, atuando através dos fenômenos da plasticidade.

As medicações psiquiátricas já não são mais fármacos específicos para uma determinada patologia, como se pretendia inicialmente. Os anti-depressivos, por exemplo, podem ser usados em várias condições psiquiátricas além dos transtornos depressivos, como os transtornos ansiosos, obsessivos compulsivos e mesmo alguns quadros psicóticos. Eles tem, também, uso fora da especialidade. Auxiliam no controle da dor, atuam no tratamento de algumas alergias e tem efeito anti-inflamatório.

Esses fatores, entre outros, apontam para mudanças importantes no campo da psiquiatria e também na compreensão do que seria a ação terapêutica dos psicofármacos.

E nós entendemos, dentro do espírito deste Encontro sobre psicanálise e política, que os psicanalistas não podem se furtar a participar dessas mudanças, pois elas dizem respeito à política da clínica e a clinica política.