

Anais XVII Semana de Psicologia da UEM e IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da UEM

Saúde mental: as dimensões políticas da Psicologia – 24 a 27 de outubro de 2016

Universidade Estadual de Maringá ISSN 2358-7369

A INDIFERENÇA COMO DEFESA DIANTE DA PSICOSE: IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL¹

Silvia Marini, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, Brasil; Viviana Carola Velasco Martinez, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, Brasil.

contato: silviamarini.psico@gmail.com

RESUMO

A Política Pública de Saúde Mental é uma importante conquista na luta por transformações assistenciais às pessoas com sofrimento psíquico grave. O que está na base da sua construção e implementação é a garantia dos direitos dessas pessoas, que foram negligenciadas e violentadas enquanto vigorou, exclusivamente, a lógica manicomial no país. Ao considerar a importância dessa política como espaço de atuação e produção de conhecimento da Psicologia, este trabalho, apoiado na Psicanálise, tem como foco de análise uma dimensão fundamental da assistência: o vínculo entre profissionais e usuários. Por isso, analisamos a contratransferência que se manifesta na relação terapêutica com pacientes psicóticos, nos diversos níveis e com os diferentes agentes que fazem parte do atendimento à saúde mental do município de Maringá-PR. A partir dos dados obtidos em pesquisa de mestrado somados às experiências de supervisão de estágio nessas instituições, foi possível identificar, através do discurso de pacientes psicóticos, a percepção de práticas marcadas pela indiferença dos profissionais, que levavam ao silenciamento do paciente. Partimos do pressuposto que a relação dos agentes de saúde com esses pacientes mobiliza, na contratransferência, fantasias de horror derivadas do modo de funcionamento psíquico do psicótico, sobretudo, diante da sexualidade polimórfica perversa não recalçada, que se manifesta no seu discurso e sintomas. Concluímos que a contratransferência, materializada na atitude de ignorar e silenciar o paciente, são defesas egóicas. Por outro lado, a contratransferência também deriva da impossibilidade de cura e dos padrões naturalizados de normalidade construídos socialmente, que atacam diretamente o narcisismo desses profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Psicose; Contratransferência; Indiferença.

INTRODUÇÃO

Foucault, em seu célebre livro *A História da Loucura na Idade Clássica* (1972), apresenta as condições que possibilitaram a transformação da loucura em

¹ Parte das discussões teóricas desse trabalho foram apresentadas no *III Congresso Internacional de Saúde Mental, VII Congresso de Psicologia da Região Centro-Sul do Paraná e II Mostra de Práticas em Atenção Psicossocial* realizado em Irati-PR, entre os dias 21 e 23 de setembro de 2016.

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da UEM
Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

doença mental e o seu conseqüente aprisionamento nos manicômios. De modo simplista, a tese principal apresentada pelo autor é a de que o conhecimento científico desenvolvido pela psiquiatria a partir do século XVIII apresentou-se como resposta às necessidades política e social de segregação e exclusão de todos aqueles que desviavam dos padrões de normalidade produtiva e moral das sociedades modernas.

O louco, ao lado de uma série de outros desvios, foi aprisionado nos manicômios e passou a ser alvo de uma série de experimentos e terapêuticas que levaram à cronificação das doenças e, em muitos casos, à morte de grande contingente de internos de hospitais psiquiátricos por todo o mundo. E foi contra essa forma de assistência que muitas propostas reformadoras foram desenvolvidas em todo mundo.

Para o Brasil, o movimento da Antipsiquiatria proposto por Basaglia na Itália foi o modelo mais importante de transformação teórico-assistencial. Tal modelo inspirou o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro e hoje, fruto de um intenso processo de luta e transformações, existe no país uma Política de Saúde Mental organizada a partir de uma rede de serviços substitutivos de base comunitária. A Psicologia esteve presente nesse processo e hoje encontra na rede de serviços de saúde mental importantes espaços de atuação profissional e transformações teórico-assistenciais.

O nosso interesse pelo estudo da loucura e, sobretudo, pelo modo de assistência e cuidado oferecido às pessoas com sofrimento psíquico no Brasil começou na graduação em Psicologia, ao conhecer a trágica história da assistência psiquiátrica. Mobilizadas com os registros de práticas violentas, que feriam os usuários em seus direitos humanos básicos, dedicamos a dissertação de mestrado, *Saúde mental e cidadania: ações e desafios da política pública de saúde mental do município de Maringá-PR* (Marini, 2012), ao estudo do Movimento de Reforma Psiquiátrica e do conjunto de práticas substitutivas aos manicômios que se comprometiam em assistir dignamente os que sofrem psicologicamente, garantindo seus direitos.

Entre os resultados da pesquisa de mestrado, concluímos que a maior contribuição da política maringaense – isso a partir da análise das entrevistas realizadas com doze usuários de dois Centros de Atenção Psicossocial do município (CAPS II e CAPS ad) – estava na qualidade da assistência psiquiátrica ofertada, se comparada à assistência recebida nos hospitais psiquiátricos tradicionais. Assim, muitos pacientes avaliaram positivamente a assistência dos profissionais dos CAPS.

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da UEM
Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

Por outro lado, levantamos vários problemas, pois alguns usuários entrevistados se referiram à postura autoritária de alguns profissionais que decidiam e organizavam as atividades e o projeto terapêutico sem oferecer espaço para a participação e crítica dos usuários nesse processo, participação, diga-se de passagem, defendida pela Reforma Psiquiátrica. Também alguns entrevistados, quando avaliaram o atendimento recebido nos CAPS, se referiram ao autoritarismo e violência moral e psicológica exercida por alguns profissionais. Segue uma dessas falas como exemplo:

Usuária 9: – Depende do profissional, com alguns a relação é boa e outros desestruturam a gente. Quando acontece isso? – Dizem para aqueles que não conseguem fazer alguma atividade que ele não sabe fazer nada, eles estão aqui para ensinar e não para brigar e xingar, a gente fica magoado. Mas fazer o que, aqui a gente tem o tratamento, mas às vezes sai pior. [...] Aqui a assistência é muito boa. Mas eu já tive problemas com alguns funcionários que acho que não deveriam estar trabalhando em CAPS. Eu que tenho bom funcionamento percebo que eles não tratam bem. Falam coisas que o paciente não devia ouvir, como se fosse *bulling*. Há agressões com palavras, mas como quero melhorar e preciso do tratamento eu deixo pra lá. (MARINI, 2012, p. 90).

Segue outro exemplo, sobre a manutenção das relações marcadas pela indiferença “Você se sente discriminado por ter transtorno mental?”, e a resposta do paciente “Não sei se chega a ser discriminação, mas as pessoas levam você na esportiva porque sabem que tem problema, as pessoas passam a não acreditar mais em você e passam a levar na esportiva o que você diz”. (MARINI, 2012, p. 109).

Quanto à convivência familiar e social, a maioria dos entrevistados se refere à exclusão que os leva ao silenciamento. Assim, temos que, para aqueles que lhes é permitido falar, o discurso não recebe créditos do interlocutor, é levado na brincadeira, pois se parte do pressuposto que nada sério fala a pessoa com sofrimento psíquico. O louco, nada de importante sabe sobre o mundo, a vida e nem sobre seu próprio sofrimento.

Por outro lado, e durante a orientação dos grupos de estágios nos serviços de saúde mental da rede de atenção psicossocial de Maringá, constatamos certas práticas que efetivamente objetivavam mais o silenciamento dos usuários com sofrimento psíquico, do que o seu bem-estar. Trata-se de uma indiferença, por parte dos profissionais, que parecem se recusar a ouvir o que um psicótico tem para dizer. Não raras vezes, quando os usuários falavam palavras obscenas ou de sua sexualidade,

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da UEM
Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

ouvíamos dos profissionais frases como: “--*Não liga não, ignora, ele(a) é assim mesmo.*” As expressões faciais de desconforto também eram frequentes. Nos relatos das estagiárias encontramos, com bastante frequência, a constatação dessa indiferença para silenciar o paciente. Por exemplo, quando o paciente se dirigia ao profissional com alguma queixa ou, mesmo, para travar um diálogo, ele era explicitamente ignorado, o profissional simplesmente fingia não estar ouvindo.

Essas reações e modos de vínculos estabelecidos com o paciente psicótico nos remeta às práticas tradicionais – que teoricamente se combate no interior dos serviços de saúde mental – onde o último a poder dizer algo sobre seu próprio sofrimento era quem sofria. E, diante disso, alguns questionamentos foram levantados: Por que no interior dos serviços substitutivos são estabelecidas relações discriminatórias, as mesmas relações que tais serviços foram criados para combater? Se a relação, o vínculo estabelecido entre profissionais e usuários é elemento fundamental para a qualidade da assistência, o que tem dificultado, ou mesmo, impedido o estabelecimento de um vínculo que possibilite o tratamento e o alívio do sofrimento?

O alívio do sofrimento é entendido aqui em uma perspectiva psicanalítica e não médica de supressão de sintomas via medicação. Isso significa reconhecer a fala como elemento fundamental para que o sujeito possa ressignificar seu sofrimento e seu desejo, sendo a supressão dos sintomas uma possível consequência desse processo.

Essas observações e questionamentos, principalmente a indiferença que objetiva o silenciamento do paciente nos levaram à ampliação da pesquisa, diante das dificuldades de efetivamente construir um novo lugar social para a loucura, a partir da postura que adotamos frente aqueles que sofrem psiquicamente e que, ainda hoje, lamentavelmente, carregam as marcas da loucura.

Essa preocupação resultou em pesquisa de doutorado, em desenvolvimento², onde situamos a problemática da contratransferência materializada na indiferença dos profissionais que silenciam os pacientes. É o tema que nos propomos a discutir neste trabalho, tomando a indiferença como uma defesa que se manifesta contratransferencialmente no profissional, precisamente para ter como resultado o

² A Contratransferência no Cuidado do Psicótico: da Angústia, ao Horror e à Inveja iniciada em 2015, no Programa de Pós-graduação em Psicologia, doutorado - linha de pesquisa Psicanálise e Civilização -, da Universidade Estadual de Maringá.

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da UEM
Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

silenciamento dos elementos em conflito que o paciente comunica – a sexualidade polimórfica perversa -, tanto com a sua atitude e, com seus sintomas, quanto, e sobretudo, com a sua simples presença que já carrega o peso da rotulação de um diagnóstico que perturba.

O HORROR À PSICOSE COMO REAÇÃO CONTRANSFERENCIAL

Nessa análise problematizamos a existência de fantasias de horror dos profissionais diante da psicose e sua base constitutiva das ações e práticas assistenciais marcadas pela indiferença. Compreendemos tais fantasias como mobilizações contratransferenciais.

A contratransferência não foi tema amplamente discutido por Freud em sua obra. São poucos os trabalhos que abordam o conceito, estando ele localizado entre as dificuldades da técnica psicanalítica. No texto *As Perspectivas Futuras da Terapêutica Psicanalítica* (1910/1996), Freud a caracteriza como o resultado da influência da transferência do paciente sobre os conteúdos inconscientes do médico. Apresenta-a como um obstáculo que precisa ser dominado, uma vez que o sucesso da análise requer que o analista avance em relação aos seus próprios complexos e resistências.

Já no texto *Observações sobre o Amor Transferencial (Novas Recomendações Sobre a Técnica da Psicanálise III)* (1915[1914]/1996), Freud caracteriza a transferência como uma resistência e chama a atenção para a abstinência do analista a qualquer reação emocional inconsciente frente às investidas afetivas ou conteúdos comunicados pelo paciente. Reconhece, portanto, a influência do paciente sobre o inconsciente do médico e a necessidade do autocontrole para não ceder às demandas pulsionais e afetivas mobilizadas contratransferencialmente. Como recurso para evitar a interferência do inconsciente do analista no processo de análise, Freud (1910/1996) destaca a importância da autoanálise.

Desse modo, embora Freud não aborde extensivamente o assunto, ele reconhece a presença e a implicação do inconsciente do analista frente à comunicação inconsciente do paciente e, ainda, o potencial paralisador que pode apresentar sobre o processo terapêutico.

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da UEM
Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

Nos serviços de saúde mental, embora a transferência, tal como caracterizada por Freud (1912/1996) na análise das neuroses, esteja limitada em função da dinâmica psíquica característica da psicose e, ainda, pela característica do processo terapêutico – que não é realizado nos moldes da análise clássica – há a comunicação do inconsciente dos pacientes em seus sintomas e discurso e a conseqüente mobilização contratransferencial de conteúdos inconscientes dos profissionais.

Acreditamos que o modo de funcionamento psíquico do psicótico facilite essa comunicação e essa mobilização. No texto *O Inconsciente* (1915/1996), Freud afirma que o psicótico é o inconsciente a céu aberto, o que sugere uma expressão direta dos desejos e fantasias em seus sintomas e em suas falas. Sobre isso, o autor, ao iniciar as discussões do Caso Schreber, afirma:

A investigação psicanalítica da paranóia seria completamente impossível se os próprios pacientes não possuíssem a peculiaridade de revelar (de forma distorcida, é verdade) exatamente aquelas coisas que outros neuróticos mantêm escondidas como um segredo. Visto que os paranóicos não podem ser compelidos a superar suas resistências internas e desde que, de qualquer modo, só dizem o que resolvem dizer [...]. (1911[1913]/1996, p.7).

Assim, para os psicóticos a barreira da censura é mais flexível e os seus desejos, ainda que por meio da distorção de conteúdos e da realidade, apresentam-se de modo mais evidente e, por isso, chocante e provocativa.

Acreditamos que os profissionais de saúde mental, que estão em contato diário com essa comunicação, são mobilizados contratransferencialmente por ela, sobretudo, no que se refere à expressão da sexualidade polimórfica perversa do psicótico. Assiste-se nesses pacientes às vivências de satisfações sexuais infantis recalcadas, em parte, por todos os neuróticos. Como nos diz Freud (1905/1996),

[...] não se observa entre os loucos quaisquer perturbações da pulsão sexual diferentes das encontradas entre os sadios [...] Os loucos apenas exibem tal aberração em grau intensificado, ou então, o que é particularmente significativo, elevado a uma prática exclusiva e substituindo a satisfação sexual normal. (p. 140-1410).

A dinâmica psíquica do paciente e a expressão do seu inconsciente causam estranhamento na maioria das pessoas e, também, nos profissionais. Freud (1919/1996), no texto *O Estranho*, caracteriza o estranho como fenômenos que provocam medo e horror. Para ele, tais provocações estão relacionadas, não à distância e peculiaridade dos

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da UEM
Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

fenômenos, mas a sua familiaridade, pela ameaça que representam por serem conhecidos, já vivenciados e reprimidos. Como afirma o autor:

[...] se a teoria psicanalítica está certa ao sustentar que todo o afeto pertencente a um impulso emocional, qualquer que seja a sua espécie, transforma-se se reprimido, em ansiedade, então, entre os exemplos de coisas assustadoras, deve haver uma categoria em que o elemento que amedronta pode mostrar-se ser algo reprimido que retorna. [...] esse estranho não é nada novo ou alheio, porém algo que é familiar e há muito estabelecido na mente, e que somente se alienou desta através do processo de repressão. (FREUD, 1919/1996, p. 256).

Assim, acreditamos que o contato direto com os conteúdos comunicados pelo psicótico, com a possibilidade de desorganização egóica e a vivência da sexualidade polimórfica perversa, originam, como resultado contratransferencial, as fantasias de horror pela proximidade que apresentam da sexualidade recalcada desses profissionais e, ainda, do modo regredido de funcionamento psíquico que está na base da constituição do funcionamento psíquico normal e/ou neurótico.

Mas não é só isso. As fantasias de horror são, também, reações diante do narcisismo ferido dos profissionais. Isso ocorre por dois motivos: primeiro, porque os psicóticos não se enquadram nos ideais sociais estabelecidos de humanidade e sociabilidade, e, segundo, porque essa psicopatologia, até então, sem cura, evidencia as limitações da ciência, do conhecimento e da assistência ofertada.

Pessotti (1995), no livro *A Loucura e as Épocas*, apresenta os modos de compreender e tratar a loucura em diferentes momentos históricos. Em que pesem as diferenças, podemos identificar aspectos que estão sempre presentes. A loucura, segundo os dados apresentados pelo autor, é sempre retratada como excesso, como desvio das normas sociais e, sobretudo, como critério de diferenciação que causa algum tipo de sofrimento ou segregação.

A loucura é, na verdade, a perda do caráter distintivo do humano. E, diante desse fato, a constatação da precariedade da “essência” do homem se impõe de modo irrecusável. A autonomia pessoal cede lugar à entidade mitológica, à prepotência da natureza (animal) espelhada na força do instinto ou, ainda, às inevitáveis imposições das contingências corporais da vida humana. (PESSOTTI, 1995, p. 78-79).

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da UEM
Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

Há, com a percepção dessa possibilidade inerente à condição humana, um ataque direto ao narcisismo da humanidade progressivamente estimulado e expresso na visão de uma essência humana racional e sua conseqüente superioridade. Essa concepção humana marcou, sobretudo, os esforços científicos do século XIX. Qualquer questionamento a essa concepção – tal como a loucura – era, e, ainda é, extremamente ameaçador.

Como afirma Pessotti (1995), coexistem teorias e explicações da loucura que sustentam o imaginário popular sobre esse fenômeno. Os profissionais de saúde mental, como já dito, enquanto integrantes da cultura, são influenciados por esse modo de compreensão e pelo mundo fantasmático sobre ele construído. Antes mesmo de escolherem suas profissões e se capacitarem cientificamente para exercê-la, como integrantes da cultura, os profissionais se apropriam de uma ideia, de um conhecimento ou desconhecimento sobre a loucura. Soma-se a isso, as limitações do saber científico e terapêutico sobre ela.

Assim, para nós, o horror e o medo são defesas frente a esse outro que é humano, mas que a partir de sua condição perde o reconhecimento social da sua humanidade, e, por isso, coloca em cheque a humanidade de todos nós. Como dissemos, o narcisismo individual e coletivo é diretamente atacado pela loucura, o que, acreditamos, resulta em intensa angústia.

Freud (1914/1996) caracteriza o narcisismo como o investimento da energia sexual, libido, no próprio ego e apresenta-o em dois estágios, o narcisismo primário e o narcisismo secundário.

O estágio primário coincide com as fases iniciais do desenvolvimento do ego, nas quais a satisfação sexual é auto erótica e não há o reconhecimento, escolha e investimento (catexia) de objetos externos. E só gradualmente, à medida que há o reconhecimento da realidade externa e o estabelecimento da relação de objeto, que parte da libido e dos interesses egóicos são investidos no mundo (pessoas e coisas). O investimento objetal implica necessariamente na diminuição da libido narcisista.

O remanescente da libido narcisista será utilizado pelo ego na constituição do seu ideal, que é herdeiro das interdições e exigências dos pais, carrega o modelo de plenitude e onipotência que o ego visa alcançar. “Esse ego ideal é agora alvo de amor de

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da UEM
Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

si mesmo (*self love*) desfrutado na infância pelo ego real. O narcisismo do indivíduo surge deslocado em direção a esse novo ego ideal.” (FREUD, 1914/1996, p. 100).

Freud (1914/1996) destaca, ainda, que as aspirações ideais são individuais e, também, coletivas, expressando o ideal comum de uma família, uma classe e de uma nação. Representa o modelo de conduta moral, ética e social do indivíduo e, em parte, da sociedade na qual ele se insere.

A atitude de autoestima, valor próprio, do sujeito encontra-se na dependência do tamanho do ego e da possibilidade de conquistas de seus ideais. Assim, para Freud (1914/1996, p. 107),

[...] uma parte da auto-estima é primária – o resíduo do narcisismo infantil; outra parte decorre da onipotência que é corroborada pela experiência (a realização do ideal do ego), enquanto uma terceira parte provém da satisfação da libido objetal.

O narcisismo secundário, por sua vez, caracteriza-se pela introversão da libido objetal no ego e apresenta características patológicas. Foi a investigação das psicoses que possibilitou a Freud (1914/1996) a descoberta do narcisismo e a compreensão do narcisismo secundário, já que o último explica a perda da realidade nessa psicopatologia. Para o autor, as frustrações e sofrimento que a realidade impõe, faz com que o psicótico desinvesta a libido do mundo externo e a reinvesta no próprio ego.

Sintomas como a megalomania e o retorno à sexualidade auto erótica - polimórfica perversa – são resultados desse reinvestimento libidinal no próprio ego que é tomado exclusivamente como objeto de amor, daí o caráter patológico dessa regressão. A sexualidade polimórfica perversa tão comunicada pelos psicóticos compreende, assim, o reinvestimento regressivo da libido, modo de satisfação que os neuróticos, em grande medida, renunciaram na busca pelo seu ideal de ego e pelo amor dos objetos.

Freud (1930/1996), no texto *Mal-Estar na Civilização*, afirma que a renúncia às formas de satisfação sexual infantil, bem como a limitação nas formas de expressão da sexualidade adulta, são condições para o desenvolvimento civilizatório, que só se torna possível às custas do adiamento, deslocamento e sublimação das pulsões sexuais e agressivas de cada indivíduo em prol da vida coletiva.

Ideais éticos e de comportamento foram criados para organizar as relações entre os homens no sentido de cerceamento das pulsões individuais. Aos desviantes

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da UEM
Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

dessa normatização são infringidas diferentes formas de punição e tentativas de controle e normatização.

É precisamente nesse aspecto que os psicóticos, ao não se enquadrarem aos ideais de humanidade valorizados socialmente, ferem os ideais dos profissionais, representantes de uma coletividade. “São eles a miséria, o horror, a decadência, e são tudo isso dentro do seu silêncio ou dos seus gritos.” (MANNONI, 1981, p. 29).

No que se refere aos profissionais tem-se, ainda, às frustrações frente às limitações terapêuticas que desafiam o saber da ciência que representam, bem como sua capacidade profissional, incorrendo na diminuição da autoestima individual, já que o sucesso profissional é um objetivo importante e que envolve grande investimento libidinal.

Acreditamos, assim, que impotentes diante da psicose e das mobilizações contratransferenciais que ela invoca, esses profissionais encontram nas fantasias de horror expressões simbólicas possíveis.

O HORROR E A INDIFERENÇA E SUAS FUNÇÕES DEFENSIVAS

Assim, para nós, as fantasias de horror dos profissionais apresentam a função específica de defesas egóicas. Freud (1894/1996), no texto *As neuropsicoses de Defesa*, apresenta a tese de uma consciência dividida por grupos psíquicos separados. Não fala, ainda, do Inconsciente enquanto sistema, mas de conteúdos psíquicos inconscientes que seriam resultado de uma incompatibilidade da vida representativa, o que sugere a existência de conteúdos aceitos pela consciência e outros não e, por isso, objetos do esquecimento.

O esquecimento é resultado do conflito do eu e ditas representações, já que as últimas, por sua natureza, mobilizariam sentimentos extremamente aflitivos, o que tornaria o eu incapaz de lidar com elas a partir do pensamento. O conteúdo das representações conflitivas, afirmou Freud (1894/1996), seriam as experiências e sensações sexuais primitivas.

A partir dessa relação conflituosa, o eu utilizaria defesas para manter tais representações perigosas esquecidas e os afetos a elas vinculados, impossíveis de serem

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da UEM
Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

recalcados, originariam os sintomas. Uma das expressões possíveis desse afeto, segundo Freud (1894/1996), é a angústia.

No texto Inibições, Sintomas e Ansiedade, Freud (1926[1925]/1996) manterá a compreensão da angústia como resultado da incapacidade do ego em lidar com os perigos externos e internos, contudo, a apresentará como sinal de perigo que possibilitará ao ego reagir frente às situações perigosas no sentido da evitação.

O determinante fundamental da ansiedade automática é a ocorrência de uma situação traumática; e a essência disto é uma experiência de desamparo por parte do ego face de um acúmulo de excitação, quer de origem externa quer interna, com o que não se pode lidar [...] A ansiedade 'como um sinal' é a resposta do ego à ameaça da ocorrência de uma situação traumática (Freud, 1926[1925]/1996, p. 85).

A situação traumática e, por isso, perigosa, tem como principal característica a promoção de estados de tensão acumulada e não descarregada, como, por exemplo, o acúmulo de demandas pulsionais que não podem ser satisfeitas. A angústia anunciaria o perigo e ativaria as barreiras protetoras do ego, ou seja, as defesas contra esse excesso de estimulação que poderia levar à sua desorganização. Ela, a angústia, estaria, portanto, a serviço do recalçamento.

A partir dessas considerações, podemos analisar as fantasias de horror enquanto resultantes da angústia diante do psicótico, das frustrações das fantasias onipotentes dos profissionais e do perigo que ele encarna em seu modo de funcionamento psíquico, sintomas e discursos, nos quais o inconsciente universal recalçado se expressa livremente, provocando o estranhamento, o medo e o horror. Se no plano intrapsíquico as defesas são egóicas e inconscientes, acessível apenas pela análise das fantasias, na relação assistencial parecem se efetivar em ações que silenciam e mantêm o lugar do paciente psicótico de dependência e submissão. São estratégias, portanto, que objetivam manter sob controle a fonte de excitação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos assim, que as ações de silenciar e a indiferença dos profissionais de saúde mental diante dos pacientes psicóticos são materializações das defesas egóicas mobilizadas contratransferencialmente pelo perigo individual e coletivo que os

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da UEM
Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

psicóticos representam. As fantasias de horror desses profissionais, que dão sustentação a tais práticas, são representações simbólicas e afetivas possíveis da angústia mobilizada.

No plano individual, os psicóticos, ao comunicarem seu inconsciente, mobilizam a sexualidade polimórfica perversa recalcada de cada profissional, ou seja, mobilizam conteúdos e modos de satisfação que tão penosamente foram e são mantidos no esquecimento. O horror defende o ego da excitação e das pulsões primitivas que pressionam por satisfação.

No plano coletivo, os psicóticos desafiam os modelos de normalidade pautados na repressão pulsional que a sociedade constrói para sua manutenção e desenvolvimento e, por isso, ferem o narcisismo social. Os profissionais de saúde mental, enquanto representantes de uma sociedade, de diferentes categorias profissionais e de instituições de saúde mental, também defendem e reafirmam os padrões de normalidade, o que implicada em práticas de correção e normatização de funcionamentos psíquicos e subjetividades. O horror confirma a polaridade estabelecida entre a sanidade e a loucura.

A busca pela normatização, no caso da psicose, promove frustrações constantes e a sensação de fracasso profissional. Soma-se ao desafio assistencial, imposto pela própria psicopatologia, as condições e limitações do trabalho na saúde pública que intensificam os sentimentos de impotência e as frustrações narcisistas desses profissionais.

A psicose – a loucura – é combatida e temida porque encarna o inconsciente universal e desafia o poder e as estratégias para combatê-lo. Já que não é possível curar, silenciar o inconsciente por meio do silenciamento e da indiferença diante das suas formas de expressão parece ser o recurso mais eficaz.

Impotentes, feridos narcísicamente, e lutando contra a própria excitação, os profissionais silenciam o discurso e, desse modo, o acesso ao inconsciente e ao sofrimento do psicótico, interrompendo a única via, como nos ensinou Freud, de alívio dos sintomas e do sofrimento psíquico.

Se a psicanálise revolucionou ao atribuir legitimidade e verdade ao discurso histórico possibilitando um novo olhar para as neuroses e, também, para outros modos de sofrimento psíquico, e, ainda, apesar das conquistas do Movimento de Reforma Psiquiátrica, que propõe ações assistenciais que garantam a cidadania, vemos prevalecer

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da UEM
Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

na assistência à saúde mental da atualidade o processo inverso, que ao interromper o discurso promove e intensifica o sofrimento. As barreiras materializadas nos muros dos hospitais psiquiátricos, mas derrubadas pela Reforma, de certa forma foram substituídas pelos muros internos das defesas. E isto propõe novos desafios, começando pela reflexão.

Assim, ao problematizar as implicações defensivas inconscientes da prática assistencial e que caracterizam o vínculo estabelecido entre profissionais e pacientes, esperamos levantar aspectos importantes de discussão que auxiliem os auxiliem na busca pela superação de práticas que comprometem a qualidade assistencial e a construção do lugar de sujeitos dos pacientes psicóticos, esse último aspecto possível apenas a partir da legitimação e reconhecimento do seu discurso.

Não objetivamos, portanto, culpabilizar os profissionais, mas expor elementos importantes implicados na prática e no vínculo e que, ao serem problematizados, podem ser combatidos e terem seus efeitos minimizados e/ou transformados em prol da qualidade assistencial e do respeito aos pacientes. Acreditamos que reafirmar e defender o lugar de escuta dos profissionais é condição imprescindível para o alívio do sofrimento dos pacientes e para a construção de um novo lugar social para a loucura, que questione os padrões de normalidade, legitime e reconheça toda a forma de sofrimento como expressão do humano.

REFERÊNCIAS

FREUD, S. As Neuropsicoses de Defesa. In: J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 51- 76). (Vol. III). (Original publicado em 1893-1899). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade. In: J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 119- 230). (Vol. VII). (Original publicado em 1901-1905). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. As Perspectivas Futuras da Terapêutica Psicanalítica. In: J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de*

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da UEM
Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

Sigmund Freud (pp. 143-156). (Vol. XI). (Original publicado em 1910). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Observações Sobre o Amor Transferencial. In: J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 175-192). (Vol. XII). (Original publicado em 1911-1913). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Notas Psicanalíticas Sobre um Relato Autobiográfico de um Caso de Paranóia (Dementia Paranoides). In: J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 15-89). (Vol. XII). (Original publicado em 1911-1913). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. O Inconsciente. In: J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 165-222). (Vol. XIV). (Original publicado em 1914-1916). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Sobre o Narcisismo: uma introdução. In: J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 77-110). (Vol. XIV). (Original publicado em 1914-1916). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. O Estranho. In: J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 271-274). (Vol. XVII). (Original publicado em 1917-1918). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. O Ego e o Id. In: J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 13- 80). (Vol. XIX). (Original publicado em 1923). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Inibição, Sintoma e Ansiedade. In: J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 81- 173). (Vol. XX). (Original publicado em 1925-1926). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Mal-Estar na Civilização. In: J. Strachey (Ed. e J. Salomão, Trad.), *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (pp. 107-257). (Vol. XXI). (Original publicado em 1927-1931). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FOUCAULT, M. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

XVII Semana de Psicologia da UEM
IX Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em Psicologia da UEM
Saúde Mental: as Dimensões Políticas da Psicologia
24 a 27 de Outubro de 2016

MANNONI, M. *O Psiquiatra, Seu “Louco” e a Psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

MARINI, S. *Saúde mental e cidadania: ações e desafios da política pública de saúde mental do município de Maringá – PR*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, 2012.

PESSOTTI, I. *A Loucura e as Épocas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.