

MARTA CLAUS

**- QUESTÕES PSIQUIÁTRICAS NO CONSULTÓRIO FILOSÓFICO***fragmento*

*Partilhamos com os leitores e estudiosos da Filosofia Clínica um fragmento da última palestra proferida pela nossa querida amiga Marta Claus no XV Encontro Mineiro de Filosofia Clínica, ocorrido entre 12 a 14 de outubro de 2017 em Belo Horizonte/MG, no qual abordou o tema "questões psiquiátricas no consultório filosófico". Aqui transcrita da forma como foi pronunciada, uma maneira de "ouvirmos" Marta.*

*O IMFIC e a Revista Partilhas não existiriam sem os esforços e dedicação da Marta. Ela conseguiu aglutinar diversos colegas, dos mais variados matizes de pensamento e prática em um ideal de atender ao próximo com humanidade e responsabilidade. Nos brindou com consistentes pensamentos e questões que movimentam o pensar Filosofia Clínica. Aqui deixamos uma pequena homenagem a esta grande pessoa, uma amiga inesquecível.*

*Uma boa leitura e aproveitem os ensinamentos.*

*Gratidão Marta!*

*Editores responsáveis*

*Márcio José, Izabel Pereira e Aline Silva*

"... só que aí vem muitos questionamentos, às vezes dos próprios partilhantes, às vezes dos próprios colegas que estudam, dos que estão fazendo seus estágios, assim: "mas não existe doença psiquiátrica!", "não existe depressão!", tem gente até que me falou que depressão é falta de serviço, não é? não sei, não sei... talvez, quem sabe?.. tem gente que me falou que depressão mata, se a pessoa não cuidar perde até os dentes. Teve uma atriz que perdeu dois dentes, Demi Moore, alguém já ouviu falar nessa atriz? Ela perdeu dois



dentes por conta de depressão, eles caíram, quando viu o dente caiu da boca. cadê o dente? sumiu!

E aí, fiquei pensando, que eu precisava como terapeuta, como filósofa clínica, de ter um pouco mais de conhecimento de psiquiatria. Do que é a psiquiatria. Do que é a doença psiquiátrica. O que é que os médicos veem nisso e o que é que a gente vê nisso? E aí, eu não sou médica, então eu não podia fazer o curso de psiquiatria, certo? Errado! Eu fui lá e fiz! Fiz 18 meses de especialização na USP, em São Paulo. Por que? Porque quando lançaram o DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, 5ª edição), o que aconteceu? Eles abriram lá para psicólogos, para psiquiatras, se atualizarem no modelo novo desse manual. Fui lá fiz minha inscrição, fiz uma provinha, passei, fui lá fazer o curso. O resultado desse curso é uma pequena apostila que eu passo para os colegas, professores da casa poderem usar. É o que eu aprendi e o que eu pude passar.

Mas a minha experiência mostra uma coisa que é um pouco diferente do que está lá e um pouco diferente do que está aqui. O partilhante chega ao consultório e olha pra você e fala: "Doutor, eu tenho uma depressão que está acabando com meus cabelos!" Não adianta você falar que ele tem seborreia que ele não acredita, ele acha que é depressão. Para ele depressão existe. O que é que você vai fazer? Vai dizer: "Ah, não! Depressão não existe!" Ele vai falar: "Nossa, já perdeu o seu cabelo? Agora só falta [perder] os dentes!" É melhor você se internar, ficar uns quinze dias...

Tem gente que vai chegar para você é falar assim: "Olha, eu estou sofrendo de distúrbio bipolar!". E você vai falar que isso não existe? Se a pessoa falou para você que isso existe, você vai fazer o que? Você vai discutir? Vai que ele é bipolar mesmo. Você fala: "Não...", ele: "Não!? Quer ver!?"... Você sabe que não dá para confiar em todo mundo... principalmente no primeiro dia, você não conhece a pessoa, ela não te conhece...

Quando a pessoa chega no consultório: "Eu vejo coisas, eu escuto coisas, mexo com as coisas, sabe o que o povo falou? Que eu vejo espírito, isso não existe!" Quem sou eu para dizer que não? E como filósofo clínico o que tenho que fazer? Adianta ter um manual na mão? Não adianta.

O manual serve para uma orientação do que a gente pode fazer para a pessoa que está lá dentro, no consultório. E eu aprendi, de forma ----- depois da invenção da neurociência, a questão do cérebro, do mecanismo cerebral, foi muito além do que podíamos pensar, e esses "transtornos afetivos", mexem com a química do cérebro. Eles mexem com as taxas hormonais, taxas de serotonina, de noradrenalina, dopamina, adrenalina... e também matam alguns neurônios, eles fazem alguns neurônios adormecerem.

E o que acontece? Aí sim a pessoa cai de cama, passa a não ter rendimento escolar... E como você vai fazer uma pessoa dessa melhorar, se ela está com um problema químico? Já sei! Tenho certeza que sei. Toma um chá de cidreira de manhã e uma pancada na cabeça à noite, não falha! Claro que não é assim! Eu não posso, como Filósofo Clínico, fazer nada em relação à química que está deficitária no cérebro do partilhante. O que é que eu devo fazer? Eu tenho que indicar que a pessoa vá ao médico, ao médico que ela quiser. O médico que ela escolher pode dizer: "É melhor você ir ao psiquiatra". É a ordem natural das coisas. Porque a química do cérebro só se repõe mediante ajuda de



medicamento. Esses medicamentos, melhorando a química cerebral dessa pessoa, vai dar condições para ela pensar.

Alguém aqui já atendeu partilhante com depressão? A pessoa pensa? Ela consegue? Se ela estiver deprimida ela consegue? Ela roda, roda, roda e semana que vem está no mesmo lugar.

Alguém aqui já atendeu alguém com distúrbio bipolar? A pessoa chega: "Doutora mas eu hoje tô que tô!" E fala sem parar, gesticula sem parar... A pessoa não tem controle. Ela não faz aquilo porque ela quer.

O deprimido chega ao consultório e diz: "eu não consigo, eu estou tomando esses comprimidos mas eu não consigo". Outro diz: "não vou tomar comprimido não, porque depressão não existe! Eu vou é..." Tem gente que consegue vencer a depressão sem o comprimidos, só com a terapia; tem gente que consegue vencer a depressão sem nada; tem gente que consegue nem com uma nem com outra; tem gente que a depressão vem de tão longe, de tanto tempo, que ela se torna crônica na vida da pessoa. E uma doença considerada crítica.

Então a gente tem que olhar isso com muito cuidado, por que a gente tem claro e obvio - eu também tenho - as nossas convicções, às vezes com a gente o psiquiatra está com a análise nas mãos, se eu pensar assim, qual a minha tendência? Chegar na pessoa e dizer: "Você vai dar conta, precisa não!" Ou então: "eu acredito muito nos remédios, já estou te dando logo aí, você já vai tomando logo os remédios, antes de ir ao psiquiatra, vá tomando uns florais, porque vai melhorando..." e vai mesmo, mas não repõem a química do cérebro.

Então, eu falo assim para todas as pessoas, todos os colegas que eu visito nesse tempo, se a gente não for ao médico, a gente não pode saber.

Outra coisa, a pessoa chega e diz: "Doutor, eu tô com meu peito acelerado, meu coração faz assim: tutututututu..." você fala: "Não, isso aí é síndrome do pânico, a pessoa que está tendo síndrome do pânico tem isso aí". No dia seguinte a pessoa tem um infarto, ela estava com arritmia.

Então, se a pessoa apresentou algum sintoma físico, não necessariamente "mental", gente, manda para um médico, a gente não é médico. Pelo amor de Deus! Aprendam isso: Filosofo Clínico não é médico; assim como psicólogo também não é, como reikiano também não é, como hipnoterapeuta também não é... A pessoa apresentou sintomas, você pôs a mão e está 120 batimentos, manda para o médico, entendeu?

Para que serve o manual? Para a gente saber se aquilo precisa de uma certa urgência, se não precisa, se dá para contornar, se são apenas sintomas iniciais, de qual transtorno ela está vivenciando. Então, por isso que a gente tem no curso um módulo sobre isso. Não sei quem já fez esse módulo aqui, mas quem já fez sabe o que a gente tem que fazer.

A pessoa chega e fala que tem depressão, é claro que você acredita. Você não vai olhar para ela e dizer: "você não tem nada!". Mas existem certos tipos de tristezas que são confundidas com depressão. E como vou distinguir, já que eu sou o profissional? Eu posso não querer distinguir e mandá-la logo para o médico, tudo bem. Ou, eu posso tentar numa primeira, segunda avaliação ir ao manual, lá eu consigo ler esses sintomas, que são sintomas variados, associados e condensados durante semanas seguidas de atendimento.



Vamos lá: "depressão". Tristeza é um sintoma de depressão? Sim. Por que a pessoa tem tristeza? Ora, ela ganha bem, tem um bom carro, os filhos estão bem empregados, a mulher é bonita...

Ela tem motivo? Motivo específico? A mãe morreu? Não. Perdeu tudo o que tinha? Não. Tem um motivo específico? Quando eu falo motivo específico, é motivo específico para ter tristeza. O que seria um motivo específico? Esses traumas esses estresses que a pessoa passa.

Morreu o cachorro? também é problema. tem gente que gosta mais do cachorro do que do vizinho. O cachorro morreu é um drama. Por isso junto com essa avaliaçãozinha tem que fazer a historicidade, saber o que o cara dá valor. Porque se a mãe morre a pessoa chega e diz: "Doutora eu não vim semana passada porque a mamãe morreu, tá?" Isso é um objeto de clínica? Mas a pessoa nem me avisou, nem convidou para o enterro, que pessoa é essa? Gente, cada um dá valor ao que lhe é caro, a pessoa pode dar valor mais ao cachorro do que à mãe. E ela não é horrível por isso. "Nossa que pessoa ruim!" e não é, vai fazer a historicidade para ver se ela é ruim ou não antes de falar qualquer coisa.

Vai ver que a mãe já está velha, toda enrugada e o cachorro tá lá bonito, saltitante, tem um porque da pessoa gostar.

Por isso temos que ter muito cuidado quando a pessoa chegar ao consultório, a gente não pode fazer uma avaliação precipitada, a gente deve acreditar na palavra que a pessoa está trazendo.

O que é que a gente faz com o *Assunto Imediato* no consultório, gente? O que a gente faz? A gente olha pra ele e diz: "Oba! Assunto imediato!" e tchau... É assim que se faz? Lembrando que o Lúcio mesmo fala que é o momento do bate-papo informal, de chover perguntas sobre o partilhante, não julgar - fazer perguntas não é julgar, não é agendar, não é criticar, não é elogiar. - perguntar: "desde quando você está sentindo depressão?", "como você sabe que é depressão?", "aconteceu algum fato para você está sentindo esse sintoma de depressão?", "o que você tem feito para melhorar?" Tudo isso provoca respostas, aí você vai poder "administrar" a pessoa. com paciência.

às vezes uma pergunta dura uma sessão e meia, duas, tive um caso que durou umas cinco sessões. Ela chegava e eu queria fazer outra pergunta e ela: "sabe aquilo que a gente tava falando na semana passada, então...." e com isso vinha também muita coisa do histórico. Porque a pessoa associava os estados atuais à infância, à adolescência, a fatos percebidos na puberdade. Então isso vem recheado de dados que a gente deve utilizar como uma forma de montar o histórico.