

Sob o olhar psicanalítico
um espaço mal-assombrado
ou
Considerações sobre a psicopatologia
da instituição hospitalar

Paulo R. Mattos

Pela trilha que leva aos confins do território psicanalítico, este artigo mapeia um problema crítico e um percurso útil para quem responde ao convite instigante de se chegar a outra cena, seguindo por uma senda exigente de golpes suados e certos, em busca de assim se vislumbrar novas paragens ainda latentes no legado freudiano.

Palavras-chave: Psicanálise, instituição hospitalar, medicina, médico

Concorrer para a constituição de uma visão menos restrita das possíveis conexões existentes entre produções diversas de saber é tarefa imprescindível para a consolidação de um discurso em termos da Psicopatologia Fundamental. Corresponder ao seu papel de elemento-chave na consolidação de um dispositivo clínico que faça jus à complexidade da experiência humana, marca a singularidade de um pensamento no âmbito da clínica que, dentre outras coisas, alerta aos espíritos incautos que se inclinar sobre a dor do humano exige mais do que boa intenção.

Produzir inusitados espaços de troca, novas espacialidades, que escapem de abordagens setorialistas de questões cruciais ao campo psi, é colocar sob céu claro problemas que temos a responsabilidade ética de discutir, não para se chegar a uma homogeneidade de discursos, mas para se definir posições e marcar diferentes linhas de pesquisa e ação. Assim, a partir da leitura do *pathos*, sempre inscrito nas ações humanas, se constrói artesanalmente caminho privilegiado para o deciframento das paixões que definem destinos pelo viés de uma outra cena, que dada a sua textura responde pelo fato do homem ser um estrangeiro em seu próprio país a reclamar sistematicamente por uma terra-mãe pretensamente conhecida, mas sempre situada alhures.

Novos espaços, novos confins. É nesse sentido que o presente trabalho se situa. Analisar um espaço onde o saber constituído da psicanálise é convocado, de maneira ardilosa, a vacilar, cedendo a anseios de mestria ou mesmo recuando quando esquece que o sofrimento não escolhe lugar para se fazer presente, é tarefa que responde a constante exigência de retificação e renovação que se faz necessária à psicanálise para que, realizando a sua função, não perca seu viço freudiano. A psicanálise concebida como dispositivo vivo, a demandar sua constante recriação a partir de seus confins, é via régia para aqueles que não se satisfazem com um discurso psicologizante sobre um objeto mortificado, que em última instância vem a ser produto e produtor de uma clínica normativa e ortopédica.

Nestas circunstâncias, desde o início de nosso trabalho em Hospital Geral até hoje, se acha em jogo colocar a psicanálise em confronto com manifestações psíquicas atravessadas por um sofrimento que se inscreve

no corpo de forma insidiosa, lembrando que o homem tem com a morte um encontro marcado que demanda postergação cotidiana nos limites de suas possibilidades. Isso implica a construção de um enredo que, necessariamente, discute os confins da própria psicanálise.

Seguimos nesta direção, mas não sem antes nos perguntarmos o que, em tal contexto, é oferecido como perspectiva de trabalho à psicologia, à psicanálise, aos psicanalistas e aos psicólogos, estes quase sempre ávidos em participarem de uma possibilidade de inserção, independentemente do conhecimento do lugar que lhes é atribuído. Da nossa parte uma intenção havia, justaposta à desconfiança com relação às motivações subjacentes à acolhida, normalmente até mesmo calorosa, que caracteriza, principalmente, os movimentos iniciais da entrada “psi” na instituição médica.

A questão que opera nossa incursão no espaço hospitalar tem como aspecto central a análise da realidade psíquica em articulação com um momento em que algo de uma ordem, às vezes estranha ao indivíduo, faz sua presença, utilizando-se do corpo como lugar de aparição. Em tais circunstâncias, a pessoa é convocada à constatação que não só ela tem um corpo, mas que ela é o próprio corpo, sendo esse um tempo fértil para se deparar com o descompasso fundamental que caracteriza o próprio ser do humano.

Assim, longe de se fazer a apologia do trabalho “psi” em Hospital Geral em termos indiscriminados, busca-se com o auxílio da psicanálise a especificidade de um campo de atuação. Em contrapartida, encontra-se terreno propício para se repensar os limites e implicações desse mesmo saber, além de se visualizar impasses que fomentam a produção de novos parâmetros clínicos. Intervenções que reconheçam os aspectos singulares produzidos no referido espaço, em contraponto com o papel determinante do inconsciente na vida humana, se constituem em elementos almejados nessa linha de pesquisa.

Nesta perspectiva de trabalho, dois tópicos exigem considerações, a fim de que se possa visualizar aspectos básicos do território em que se pretende realizar o trabalho psicológico.

O primeiro deles refere-se à própria lógica que suporta o discurso médico e que, por derivação, implica a emergência de fenômenos característicos observados no contexto hospitalar. Do ponto de vista do discurso médico, que é articulado em conformidade com certa perspectiva acerca do que se poderia apreender e manejar, segundo idéias específicas de positividade, submerge o que de fato caracteriza a dimensão humana subjetiva em prol de uma perspectiva eminentemente naturalizada. Apesar das iniciativas humanistas, ocorridas na década de 1920 no sentido da reintrodução do humano no campo da medicina, por meio do realce de uma exigência compreensiva da enfermidade, os avanços alcançados mostram-se restritos e passíveis de questionamento como bem

demonstra Birman (1980). O ser da doença, como também assinala Clavreul (1983), recebe a exclusividade do foco da óptica médica que, quando se refere à circunstância individualizada, o faz de maneira circunscrita ao registro anatomopatológico. Por mais que se faça presente outras tentativas de encaminhamento, como por exemplo a ênfase na existência de determinantes na relação médico-paciente, algo se impõe da ordem de um obstáculo à implementação de toda e qualquer perspectiva diferenciada.

É freqüente observar que a ocupação de uma posição alternativa, quando ocorre, acarreta, na maioria das vezes, quer um distanciamento da própria Medicina em favor de um psicologismo estéril, quer evidências que demonstram que tais mudanças se produzem a partir de um processo persuasivo sustentado por um sentimento cristão de culpa, que não traz nada de especialmente renovador tanto em termos da prática médica, quanto em relação à condição do paciente.

Nesta linha de análise, e sem desconhecer os consideráveis avanços da medicina realizados no campo tecnológico, não se pode deixar de concluir que o próprio médico, em certa medida, é prisioneiro daquilo mesmo que o constitui como tal. Por conseguinte, é tarefa árdua, e ao mesmo tempo delicada, o médico aperceber-se daquilo que o determina e da configuração dos efeitos que produz a partir da posição que é levado a ocupar na sua prática. Não é raro ocorrer uma súbita e traumática apreensão do lugar que lhe cabe como médico e das conseqüências das ações que produz sobre um outro, quando ele mesmo, por circunstâncias fortuitas, adquire a condição de paciente. Abre-se um rasgo na cumplicidade antes experimentada e uma certa estranheza passa a existir entre ele e aqueles que o tratam. Uma situação ilustrativa pode ser abordada com relação a um médico submetido a uma cirurgia de urgência, realizada no próprio hospital em que trabalha, e em sendo ele também cirurgião, foi capaz de nomear como absurdos certos procedimentos realizados pela sua própria equipe. Diga-se, de passagem, os procedimentos realizados eram-lhe totalmente usuais e pertinentes, perfeitamente legítimos, só que com um detalhe: desde que não estivesse ele mesmo na condição de paciente. Este episódio, mais do que uma situação particular e pessoal, apenas mostra a prevalência de uma maneira recorrente de se pensar o lugar do outro. Centrado em suas próprias referências, que em última instância retratam os próprios parâmetros delimitados pelo discurso médico, ao outro é concedido um lugar vazio, o que pode equivaler a um processo de cadaverização do corpo vivo que, posto nessa condição, cederia ao anseio naturalistas de manipulação e prescrição sem resistência.

Há outros momentos indicativos de que, para além do horizonte que tal discurso impõe, existe um território em que há vida, e, por conseguinte, habitantes estrangeiros, decorrentes do fato de certo tipo de paciente ser representado como índice de tal dimensão constantemente encoberta. Mas não deixa de ser sob uma

sensação de aturdimento que seu desvelamento ocorre, pois o espaço que se faz representar traz como insígnia o toque de ser mal-assombrado. O paciente que fala independentemente do que lhe é exigido como resposta, egresso de uma tentativa de suicídio, ou, ainda, que realiza em termos de sua sexualidade um encaminhamento homossexual, traz em si uma marca desestabilizadora por colocar em cena elementos de uma realidade que questiona a perspectiva naturalizada, na qual o discurso médico acha-se fincado. Não poucos pagaram alto preço por acreditarem que o homem e a mulher foram feitos um para o outro, que o humano anseia somente pela vida e repele a todo custo a morte e que a fala se esgota no enunciado, esquecendo que nas suas entrelinhas há um transbordamento que ao sair do registro do silêncio explicita o caráter insólito da existência humana. A emergência de uma dimensão que transcende a trama biológica produz o impacto do ressurgimento de um universo que, por ser cifrado, é posto na condição de inexistente. Sob a pressão deste retorno crítico, suportar a busca de uma posição alternativa, através da construção de outros sentidos que norteiem a ação, é empreendimento delicado que não se produz a qualquer preço. Quase sempre um procedimento standard é implementado pelo médico no enfrentamento desta questão, sendo o alívio alcançado desde que, na aparência, algo tenha se modificado, independentemente do que possa advir como consequência.

Sobre a posição daquele que representa o discurso médico, Tolstoi, em *A morte de Ivan Ilitch* (1981), escrito em 1855, mostra um aspecto que atravessa o tempo ao retratar, na seguinte passagem, o momento em que Ilitch, enfermo, busca cuidados médicos:

Auscultou-o, fez-lhe as perguntas de costume, que exigem determinadas respostas..., tudo com aquele ar de dono da verdade, que implicitamente queria dizer: Se confiar em nós e seguir à risca as instruções, arranaremos tudo; faremos o que for necessário, sempre de maneira idêntica para todos os pacientes. Tudo se passava exatamente como no tribunal, pensava Ivan Ilitch. O médico famoso assumiu diante dele a mesma pose que ele assumiu no tribunal, diante dos acusados. (Tolstoi, 1981, p. 40)

O imperativo é o mesmo ainda hoje, ou seja, falar o estritamente necessário, não atrapalhar ou contradizer o anseio médico de realizar a cura e reconhecer que na natureza cada coisa tem sua hora e lugar devido. O que oferece obstáculo à realização deste imperativo, como a fala referida a outro contexto, a tentativa de suicídio, ou a sexualidade, maculam o espaço de trânsito do médico e aponta para uma realidade em relação a qual, em termos de trabalho, pode vir a vacilar tudo aquilo que está ao seu dispor no campo estritamente técnico-biológico.

É totalmente fora de propósito tomar o que aqui se analisa como base para se tecer uma crítica particular com relação à medicina ou à pessoa do médico, a

fim de ser este ou aquele culpabilizado por algo que não se reduz a um entendimento desta ordem. O que se pretende explorar é a existência de uma estrutura em forma de rede que tem na atuação de cada um a possibilidade de se sustentar e o tipo de consequência que isto gera para o sujeito, para o próprio médico e para o grupo. Dentro desta perspectiva, seria ingênuo pensar que um bom treinamento interpessoal encaminharia diferentemente os fatos e fenômenos ocorridos no contexto hospitalar. A própria natureza da problemática que emerge neste contexto é refratária a qualquer espécie de domesticação duradoura. Observa-se rotineiramente o fracasso das tentativas de se intervir produzindo a circunscrição detalhada de papéis e atitudes no sentido de como cada um deve ser e se portar. Em função disso, poder-se-ia dizer que o trabalho em Hospital Geral nos convoca a tentar romper com uma abordagem psicológica solipsista que centra o homem em um interior desconectado da realidade externa (sociocultural) que o constitui. Os múltiplos atravessamentos que espoucam no contexto hospitalar, como em vários outros contextos, exigem do discurso “psi” um posicionamento de questões sobre outras bases. Desde há muito se faz presente a exigência de se pensar a estrutura psíquica de maneira não intimista, apesar de ainda ocorrer a prevalência do contrário, principalmente em termo do trabalho psicológico realizado na esfera hospitalar. A própria psicanálise quando se dirige ao hospital geral, levada pela relativa ousadia de certos psicanalistas, muitas vezes acaba recebendo um tom psicologizante, ficando nos saguões dos hospitais ou instalada em ambulatórios secretamente dispostos a fim de se promover a recriação de seu *setting* original e o consequente acalento do próprio psicanalista.

É importante sublinhar, nessa altura, a existência de um segundo tema também relevante para se tentar chegar a alguma forma de entendimento sobre o contexto em questão, e que admite ainda certa conexão com os aspectos abordados anteriormente.

No pensamento freudiano nos parece haver certas pistas promissoras para o encaminhamento adequado do nosso tema. Ao longo de uma caminhada no campo, no verão de 1913, Freud, ao analisar as idéias de um amigo e de um poeta a respeito da paisagem que, embora bela, não propiciava a seus companheiros nenhum traço persistente de alegria, foi levado à seguinte constatação:

A idéia de que toda a beleza é transitória comunicou a esses dois espíritos sensíveis uma antecipação de luto pela morte dessa mesma beleza; e, como a mente instintivamente recua de algo que é penoso, sentiram que em sua fruição de beleza interferiam pensamentos sobre sua transitoriedade. (Freud, 1916[1915], p. 346)

Sob o pano de fundo de uma paisagem bucólica, algo se impôs advindo de uma dimensão que nos obriga a ampliar a própria noção de realidade. A paisagem

é reconstruída pelo olhar do observador, fazendo com que nela se afigure a questão do seu limite de duração. Recolocando o sentido desta observação, poder-se-ia assinalar que, no contexto hospitalar, dada sua própria natureza, a textura do campo que se abre implica a emergência do tema da transitoriedade do mundo e do próprio sujeito. Assim, sob a premência que esta temática impõe, a partir do papel determinante do olhar, que na situação descrita foi capaz de produzir uma reação de pesar inicialmente incompreensível para o próprio olhar de Freud, pode-se concluir que toda operatória realizada no espaço hospitalar, em última instância, diz respeito à forma com que cada um recorta uma situação que questiona a infinitude das coisas. A constatação da própria transitoriedade, seja em que circunstância for, coloca em destaque o valor dos recobrimentos que o sujeito põe em jogo ao longo de sua vida. Desta forma, uma doença grave ou não, do ponto de vista orgânico, uma cirurgia simples ou de risco podem levar o indivíduo, qualquer que seja seu papel (paciente ou profissional), às bordas do vazio em relação ao qual ele próprio se constitui. É daí que se pode compreender que o texto de Tolstoi é, na verdade, sobre a vida de Ivan Ilitch, ou seja, sobre o seu reposicionamento frente à vida a partir da constatação de sua própria transitoriedade em contraponto com um mundo que continuaria a existir e que por isso tinha que ser indiferente a seu drama.

116

Continuando a seguir as pistas freudianas, agora em “Reflexões para os tempos de guerra e morte” (1915), não nos parece estranho pensar que a quebra constante das ilusões altruístas com relação ao homem civilizado e a exigência de atitudes não rotineiras diante da morte, dois aspectos em jogo nos tempos de guerra segundo Freud, sobrevivem continuamente no contexto hospitalar.

No hospital, como na guerra, “a morte não é mais um acontecimento fortuito” (Ibid., p. 329), pelo menos, com certeza para aquele que em tempo de paz se acha em uma situação em que sua sobrevivência está ameaçada de forma efetiva ou imaginária. Mas, se a própria morte é, segundo Freud, inimaginável, é através da morte de um outro com o qual se tem ligação que o tema se introduz como possível de ser pensado. Daí a restrição da ligação com o outro, da limitação do vínculo indicativo de que se afeta o outro e se é por este afetado, visível no contexto institucional. Também parece ter relação com este aspecto a máxima segundo a qual “quanto maior a distância, melhor o desempenho técnico”, o que se justifica pelo fato da perda (morte), desta maneira, continuar a ser pensada como fortuita.

Cabe, então, perguntarmos qual o sentido de um trabalho “psi” viável de se realizar com pessoas que se defrontam com este ponto limite para o qual todos tendem e que, ao mesmo tempo, se mostra inacessível. A maneira de encaminhar essa questão define posições quanto aos limites e possibilidades de uma ação clínica, não só em relação a um tipo específico de incidência pática – como

aquela que recebe o foco desse trabalho ao colocar em evidência o entrelaçamento de maneira indissociável o sofrimento anímico e a dimensão de uma dor na esfera do real biológico – pois, ao assumir tal questionamento e dar-lhe rumo, aceita-se a exigência de delimitação da natureza própria do ato terapêutico que se pretende colocar em cena, seja em que contexto for, bem como fica a céu claro a dimensão ética que intrinsecamente lhe subjaz. Com isso, possivelmente, propostas messiânicas de cura e salvação tão a gosto de nosso tempo perdem espaço para se imiscuir e sorratamente transformar a clínica em lugar de arrebanhamento de séquitos ansiosos por encontrar algo que lhes restaure a fantasia nirvânica e resolva com promessas grandiosas seu mal-estar definitivamente. O homem, esquecido de que sua liberdade se acha intimamente comprometida com a maneira pela qual acolhe sua dimensão pática, facilmente oferece seu passaporte a propostas sedutoras que, se valendo da própria sugestibilidade do humano, auferem lucros, materiais ou não, pela via da sustentação de um discurso concebido como expressão direta de uma ética de caráter duvidoso.

De pronto, poder-se-ia dizer que trabalhar para que alguém tenha uma boa morte, como certas abordagens psicológicas apregoam, mostra-se insustentável porque boa só pode ser a morte de um outro, principalmente se ela ocorrer de forma silenciosa ou em se tratando da morte de um inimigo. Mas um sentido para essa questão pode ser retirado da passagem em que Freud diz: “De fato é impossível imaginar a nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores” (Ibid., p. 327). Se algo pode ser feito, acrescentaríamos, é em relação à posição que esse espectador ocupa e o contorno particular que produz, nestas circunstâncias, com relação ao que foi e ao que é sua vida, agora recontada a partir de um ponto limite que insiste. A existência de um outro que testemunha esse retorno reinscreve a possibilidade de uma palavra plena servir de ancoragem para o próprio sujeito, à medida que revela sua condição de sobrevivente. Em vida o silêncio nunca é mudo, pois sempre está à espera de que se diga algo referente a ele. A impossibilidade de se ocupar o lugar de uma escuta, implica fazer do sujeito espectador de sua morte, produzida por um outro que demanda o silêncio antecipador de seu fim. Ao tentar fixá-lo em uma posição de silêncio absoluto, enquanto ainda pode falar, procura-se evitar o atordoamento que esta escuta pode produzir. Não é sem razão que, por uma via transversa, especificamente ao religioso é delegada tal função, pois o impasse que a situação suscita reativa a crença de que existe uma palavra transcendente a ser dita por alguém que, por suposta convicção, julga saber o que reserva o depois.

Sob um ângulo pouco diverso no trato das questões relativas à guerra de 1914, Freud, ao buscar entendimento dos determinantes que fizeram com que

pessoas ilustres e notoriamente capazes assumissem posições peculiares e não muito condizentes com o poder de discernimento que outrora lhes fora atribuído, sublinha:

O aturdimiento lógico que a presente guerra provocou em nossos concidadãos, não pouco dentre eles sendo o que há de melhor em sua espécie, constitui, portanto, um fenômeno secundário, uma conseqüência de excitação emocional, e está fadado conforme esperamos, a desaparecer com ela. (Ibid., p. 325)

Nesta passagem, Freud evidencia a necessidade de se suspender as avaliações apriorísticas, baseadas em ideais ingênuos de compreensão e explicação, quando se acham presentes circunstâncias com o poder de gerar violento impacto sobre a vida. Depreende-se o comprometimento das conclusões alcançadas quando se analisa situações densas sem que se reconheça que seu elemento-chave é da ordem de uma contradição, o que exclui a alternativa simplória de se negar aspectos importantes a fim de se atingir alguma forma de coerência forçada. Na situação abordada por Freud, bastaria se supor ingenuamente que aqueles indivíduos, na verdade, nunca apresentaram as qualidades que lhe foram atribuídas para se minimizar a questão. Resistir a uma redução deste tipo preserva o eixo da questão do que propicia efetivamente uma “excitação emocional”, capaz de fazer com que o indivíduo não possa ser reconhecido como o mesmo, em função dos aspectos contraditórios que se tornam emergentes. Nesta linha de encaminhamento mostra-se inegável a constatação de que outras circunstâncias, diferente daquela que foi objeto de análise de Freud, apresentam o poder impactante de gerar o mesmo tipo de conseqüência, o que nos leva a concluir que, em Hospital Geral, o confronto se perpetua e o inimigo, sendo todos os possíveis, não se resume a um homem ou a um grupo, mas sim ao humano tomado na plenitude de suas possibilidades. Dessa forma, fica vivo na lembrança, sobrepujando anseios angelicais, que o risco belicoso é sombra do humano a espreitá-lo do subterrâneo de sua própria alma, não havendo aquele que dessa circunstância possa escapar definitivamente e repousar inocentemente em terras paradisíacas.

Referências

- BIRMAN, J. *Enfermidade e loucura*. Rio de Janeiro: Campos, 1980.
CLAVREUL, J. *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
FREUD, S. 1916 (1915). Sobre a transitoriedade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIV.

____ (1915). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: *ESB*. Op. cit. v. XIV.
TOLSTOI, L. *A morte de Ivan Ilitch*. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.

Resumos

Por la huella que lleva a los confines del territorio psicoanalítico, este artículo cartografía un problema crítico y un trayecto útil para quien responde a la invitación incitante de llegar a otra escena, siguiendo por una senda exigente de golpes sudados y certeros, en búsqueda de vislumbrar nuevos parajes todavía latentes en el legado freudiano.

Palabras claves: Psicoanálisis, institución hospitalaria, medicina, médico

Sur le chemin qui nous mène aux confins du territoire psychanalytique, cet article identifie un problème critique et un parcours utile pour qui répond à l'invitation incitant à parvenir à une autre scène, suivant un sentier exigeante de coups épuisants et précis, cherchant ainsi à entrevoir de nouveaux parages encore latents du legs freudien.

Mots clés: Psychanalyse, institution hospitalière, médecine, médecin

This article takes a path that leads to the edges of psychoanalytical territory, mapping out a critical problem and a useful route for those who accept the instigating invitation to get to another scene, going along demanding pathway of sweaty and well-aimed blows, in the hopes of catching a glimpse of new fields still latent in the Freudian legacy.

Key words: Psychoanalysis, hospital institution, medicine, physician