

As vicissitudes da transferência no contexto hospitalar

Anamarina de Oliveira Soares

A transferência é um termo não concenente apenas a psicanálise, o qual tem como correlatos: deslocamento, transporte, substituição, mudança, permuta, entre outros.

É na percepção que os desejos inconscientes do analisante referentes a objetos externos que estes se repetem na análise, colocando o analista nas diversas posições desses objetos. Assim, dá-se a relação transferencial.

Ao se deparar com o fenômeno transferencial, Freud pôde abandonar a hipnose, a sugestão e a catarse dando lugar a ciência psicanalítica. A inovação freudiana está em perceber a transferência, como um instrumento de cura ao longo de uma análise.

É certo que relações transferências ocorrem em todos os vínculos humanos, como observou Ferenzi em 1909. O que modifica é que em uma situação de análise há uma diferença no manejo deste fenômeno.

No hospital, poderíamos ter um obstáculo para atuação do analista, visto que a primeira relação transferencial do paciente é com a instituição ou com o médico. Há uma procura do saber médico sobre o adoecimento.

O médico se vale de uma autoridade e a cura vem, normalmente, na supressão de um sintoma, sem se indagar o que o sintoma representa para o sujeito.

O psicanalista vai estar no hospital num lugar de um outro registro que não o da neutralidade, visto que, neste espaço coexistem discursos/saberes diferentes. Deve se sustentar na sua especificidade, à medida do possível. Necessita de clareza do lugar em que ocupa, da posição simbólica que é a do analista. Um exemplo bem claro disso é quando somos chamados a dar notícia de óbito aos familiares de paciente. Nosso lugar simbólico ali pode ser de escutar a dor da família se assim esta quiser, após o médico atestar a morte, porque também esse é o papel do médico. Não só o de promover cura, mas o de atestar a morte (impotência do saber médico). Moretto (2001) nos diz que não ocupemos o lugar de “ajudante de médico”, mas que o lugar do analista é dado pelo paciente e prossegue:

O analista é, para o seu paciente, ora aquele que sabe sobre o seu Inconsciente, ora objeto de amor que vai satisfazê-lo para sempre (é isso que ele imagina!). Se ele sabe manejar a transferência, a partir da demanda de análise, o seu lugar está garantido (p. 105).

Porém, não devemos esquecer que, só estamos no hospital porque servimos à ordem médica, mesmo que excluídos dela. Quando por exemplo, somos solicitados a fazer com que o paciente pare de chorar ou gritar. Para eles fazemos algo para que o paciente se cale, mas isto, não é nosso papel principal. Sabemos que o que fazemos é transformar esse choro ou grito em fala, minimizando a angústia e direcionando a agressividade para um sujeito – o analista.

Portanto, no hospital o analista terá que abrir, mais ainda, mão do seu narcisismo em busca de ofertar uma escuta a partir de uma demanda inespecífica ou ainda quando não há demanda dirigida ao analista. Consequentemente, depara-se com os limites da psicanálise e deve-se assim, ter mais precisão no rigor da prática (Moura, 2000). E, deste modo define Moura (p. 06, 2000): “A psicanálise em extensão se vincula inapelavelmente à psicanálise em intenção e a esta enquanto fim da resposta ao mal-estar”.

Deparamo-nos, no hospital, com acontecimentos traumáticos e situações emergenciais, nos quais, muitas vezes, há uma falta de ancoramento do significante da angústia.

Angústia esta que, para Lacan, se dá no confronto do sujeito com a “falta da falta”, ou seja, a invasão de uma alteridade onipotente (pesadelo, duplo alienante, estranheza inquietante) que chega ao ponto de destruir a faculdade de desejar (Roudinesco e Plon, p. 383, 1998). Para Freud angústia é sem objeto, já Lacan, aponta para o objeto da angústia como não evidente, não é detectado – objeto a.

Também nos deparamos com um sofrimento psíquico advindo da realidade, da concretude que é a dor, do Real da castração, do Real do corpo erógeno. Nazio (p. 62, 1997) diferencia a dor da angústia:

(...) o sentimento penoso que acompanha a dúvida não é a dor, mas a angústia. A angústia nasce na incerteza de um perigo temido; ao passo que a dor é a certeza de um mal já realizado.

O significante hospital, muitas vezes, é sinônimo de doença, cirurgia e morte. Sobretudo de desamparo psíquico, no qual o sujeito se encontra despedaçado, sem voz. De uma forma ou de outra submetido a perdas afetivas que, diante da internação/vivência hospitalar, reatualizam-se. Nas palavras de Moura (p. 7-8, 2000):

As situações de perda, seja de pessoas queridas (morte), da condição de “sadio” (doença), da condição de “inteiro” (cirurgia)..., se caracterizam por rupturas e descontinuidades que levam as pessoas a se perguntar: Quem sou eu agora? e ao mesmo tempo a se deparar com a quebra de certezas e ilusões que a sustentavam: Por quê? (...) acompanhada da pergunta: Por que comigo? Pergunta que revela a ilusão do “ao menos um” que não sofreria como o resto dos mortais.

É nesse momento, que o analista pode oferecer sua escuta no hospital. Escuta esta que se dará num tempo de compreender, sofisma lacaniano, entendido por Silva (p. 12, 2003) como “um tempo em que a hipótese se cristaliza, e o sujeito é pareado, indefinido e recíproco. Esse tempo inaugura a dimensão imaginária desse outro, no qual o sujeito se reconhece”. Ou seja, antes de ocorrer o instante de ver, tido como tempo zero e sem chegar ao momento de concluir, aquele que marca a constituição do sujeito.

Tal situação se caracteriza como uma clínica da urgência que é definida por François Leguil como a “clínica do chamado e da necessidade de um homem que sofre por sua ferida” que difere da clínica da demanda que estaria ligada ao “sofrimento de um homem ferido por sua linguagem em sua necessidade” (apud Moura, 2000). Com os conceitos da clínica da demanda, o analista no hospital oferta sua escuta numa clínica da urgência. Quanto a clínica da urgência, fala-nos Moura:

(...) é a clínica das pessoas que, no momento do desespero, não falam e se falam, não articulam a fala ao dizer. (...) considerando a urgência como o curto-circuito entre o instante de ver e o momento de concluir, o analista vai trabalhar para que não se deixe passar o tempo de compreender, quando sua presença se dará no limite entre o que se pode saber e o sem-sentido (p. 12-13, 2000).

Retomamos a questão da procura do saber, ao se estar em uma instituição hospitalar. Muitas vezes, é comum o analista iniciar uma oferta de escuta quando o sujeito vem com o discurso em busca da “cura” que só se dará, imaginariamente, a partir do médico. Lacan, a este respeito, nos diz:

Quando o doente é encaminhado ao médico, ou quando ele o aborda, não digam que pura e simplesmente ele espera do médico a cura. Ele desafia o médico a tirá-lo de sua condição de doente, coisa bem diferente, pois isso pode implicar que ele está atraído pela idéia de conservá-la. Às vezes, ele nos procura para pedir sua autenticação de doente, em muitos outros casos ele vem, de modo

manifesto, pedir que o preserve em sua doença, tratando-a de maneira para ele mais conveniente, que lhe permita continuar sendo um doente bem instalado em sua doença. (Lacan, *Psicanálise e Medicina*, 1966, s/p).

Ao pedirmos, nós psicanalistas para que o paciente e/ou familiar fale de si, percebe-se uma mudança, uma ruptura que difere do discurso até então possível de ser dito. Parece iniciar-se uma demanda de amor. Daí o analista acolher tal demanda e transformá-la em demanda de saber de si. Fazer com que o paciente/familiar construa um saber sobre o seu sintoma e sua possível “cura”. Tal operação, no entanto, só ocorre na instalação de uma relação transferencial em que se supõe que o saber sobre o outro está no analista. Função que Mohallem e Souza, 2000 (p.28-29) descrevem como:

Essa função, do analista, de escutar, por si só pode ser terapêutica, proporcionando uma certa contenção, evidenciando que a pessoa não está sozinha na sua dor, e que ela tem um lugar no desejo de um Outro. Além do mais, não se trata apenas de escutar, mas sobretudo de levar quem fala a se escutar. À medida que o paciente fala, ele também se ouve, podendo assim surgir o novo, acarretando modificações.

Quais seriam então as impossibilidades/entraves do analista em um hospital? Inicialmente, quando não há analista, por não haver espaço – a nível ideológico para tal atuação. Por outro lado, a demanda por parte do paciente pode não se estabelecer.

O fato é que se o sujeito quer saber sobre si, irá demandar esteja onde estiver. Perpassado por questões orgânicas ou não. Até porque, mesmo em um consultório, muitas vezes o analista recebe o sujeito por encaminhamentos médicos, levados por familiares e que não necessariamente já possui uma demanda própria. Ou seja, não busca construir um saber sobre si próprio. Como sustenta Moretto (p. 101, 2001):

Partindo da visão lacaniana das condições de possibilidades da Psicanálise e do fato de que a garantia dela não está num setting ideal, entendemos que a Psicanálise ultrapassa as fronteiras de um consultório bem mobiliado para descobrir que o inconsciente não está nem dentro nem fora, ele está aí onde o sujeito fala. Portanto, o manejo do discurso de um analisando, aquele que demandou saber, pode perfeitamente acontecer quando ele está num leito de hospital, e que este leito pode também ser, assim como o divã ético, leito de se fazer amor de transferência.

Algo que ocorre também no hospital e que difere da clínica é que não “escolhemos” o paciente. Entenda-se que o analista pode, após entrevistas iniciais, perceber se o sujeito tem condições ou não de dar continuidade a um trabalho de análise. No hospital, na urgência, somos convocados ao desconhecido e em raros casos podemos, após um primeiro contato, delegar o atendimento a outro colega. Por isso, mais uma vez, vê-se a necessidade da tríade que acompanha o profissional que pretende trabalhar com a psicanálise, isto é, sua própria análise – estudo/teoria – supervisão.

O trabalho do analista no hospital em termos cronológicos é breve. Dá-se um início e é interrompido (alta hospitalar, morte). Mas não deixa de ter uma função de reordenação subjetiva como ocorre muitas vezes nas entrevistas preliminares. Ou seja, fazer com que o sujeito saia da posição de objeto para a de sujeito dividido pela própria castração simbólica. Temos por hábito, diante de tal interrupção, encaminhar o paciente para dar continuidade a sua análise após a alta hospitalar.

Vários profissionais nos relatam da dificuldade em escutar um paciente com diagnóstico de câncer. Percebi logo, que colocavam a equação simplista e imediata: câncer é igual à morte. No

entanto, os pacientes quase sempre contradiziam tal fato. Ao serem escutados traziam uma história de vida; inúmeras vezes a doença nem estava tão presente na fala, não por negação, mas por ali poderem falar não só de seu adoecimento, mas, sobretudo de si, de sua história de vida. Pacientes de outras especialidades médicas também traziam a angústia de morte, caracterizando não uma demanda de análise, mas apaziguamento da angústia. E a função do analista é mais uma vez de escutar. Seja no consultório, hospital ou na casa do paciente. Seu papel, como aponta Moretto (p. 103, 2001): “(...) é se oferecer como escuta, como um Outro que possibilita a fala, dado que as formações simbólicas têm como função dar conta da angústia, ainda que não-toda”. Freud, por sua vez, nos coloca a morte como algo que não se representa no inconsciente, mas a demanda do paciente é falar da morte, pois assim precisa, falar e, se possível, ser escutado. Moretto (p. 103, 2001) continua: “Negar atendimento, escuta, a um paciente assim seria mais um passo em que se estaria evitando “dar de cara” com a própria castração”. Não se consegue facilmente se confrontar com o Real da morte, visto que, é isto que o neurótico nega durante toda vida, a finitude, a castração simbólica. O que não suporta ouvir, não deixa o outro falar.

Tentarei expor agora um caso clínico: CASO ANTÔNIO (nome fictício)

A paciente vinda do andar (apartamento), com inúmeras comorbidades, chegou com parada cardíaca na Unidade Coronariana. Como determina o protocolo médico, todas as tentativas foram realizadas, mas ocorreu o óbito.

Familiares (filho, duas irmãs, sobrinha e amiga da família) neste processo haviam sido avisados da gravidade. Diante da notícia dada pela médica e acompanhada pelo serviço de psicologia, viu-se um choro das irmãs, a sobrinha a acolhê-las e um corpo que caía e se debatia no chão. Era o filho de Ana, que, com pancadas com as mãos no chão e aos gritos, demonstrava a irrupção da angústia a partir da notícia do óbito de sua mãe.

Foram feitas várias tentativas de levá-lo ao estar-médico, sala bem próxima da UTI que se encontravam.

Chegando nessa sala, viu-se o sujeito passar a mão na cabeça de um modo bastante repetitivo. Aos poucos, pareceu começar a se situar diante do acontecido: a morte de sua mãe.

Questionei-me logo: que relação esse filho tinha com a mãe? E perguntei: “Qual o seu nome?”, como quem quisesse perguntar: quem é você? Surge então o Antônio, que se nomeia e diz: “Eu não vou ver mais minha neguinha”.

Nesta hora, um dos acompanhantes informa que Antônio é casado e tem filhos. E Antônio diz que o pai abandonou a mãe há 22 anos, e só ele é quem tomava conta dela.

Pareceu-me que, a partir desse questionamento – quem é você – que Antônio, em um estado de desespero/desamparo pôde fazer surgir um sujeito, que, como na metáfora do espelho, mesmo despedaçado, pôde se reconstituir como um outro ser e não um contínuum da mãe. A partir daí, Antônio nos pareceu demonstrar ser um sujeito barrado, isto é, submetido à lei da castração. Ou seja, deu-se a separação Ana-Antônio.

Percebe-se que o corpo estudo na psicanálise é um corpo desejante e atravessado pela linguagem. Isto é, antes da linguagem falada e do sujeito se constituir como um ser desejante existe uma relação dual mãe-bebê (função materna), e para a criança ela é um prolongamento de seu corpo que se encontra ainda fragmentado, desorganizado. É a partir de um processo psíquico, denominado por Lacan de Estádio do Espelho que o sujeito irá se constituir. Este se inicia com uma idealização

de uma perfeição que será sempre da ordem do impossível. O fim se dá com a integração imagem corporal.

A este respeito, Nasio (1997) nos coloca que a dor psíquica¹ é a dor da separação e que a dor só existe sobre um fundo de amor. E continua:

Essa dor é a última muralha contra a loucura. No registro dos sentimentos humanos, a dor psíquica é efetivamente o derradeiro afeto, a última crispação de eu desesperado, que se retrai para não naufragar no nada (Nasio, 1997, p. 12).

No caso de Antônio, infere-se que se viu uma atuação neurótica, algo que com uma intervenção, pôde ser deslocada de um ato corpóreo a outro; do atuar com o corpo através de batidas com a mão ou o passar destas na cabeça para a fala. Direcionada a uma escuta específica, a do psicanalista.

Sterian (2001, p.56) chama atenção para a importância do ato de simbolizar:

Um dos principais mecanismos que o ser humano adquire durante sua constituição psíquica é a capacidade de simbolização. Isto lhe dá a possibilidade de transformar em sua mente, a representação de objetos, pessoas, situações, sensações físicas, desejos ou emoções em símbolos (representações que podem ser expressas em palavras).

Antônio trouxe assim, uma série de questionamentos que remetem à culpa por não ter cuidado dessa mãe tão boa. Foi pontuado que, segundo o que os familiares afirmavam naquele momento, ele fez o que pode em relação aos cuidados maternos.

Em seguida, identificou-se o deslocamento da culpa da morte da mãe para um membro da equipe hospitalar. Algo bastante comum, já que sempre se procura uma justificativa para o Real da morte. Uma intervenção foi feita: “A equipe fez o que estava ao alcance dela, do mesmo modo que você também fez” – limite da impotência, da finitude.

Antônio ainda saiu correndo pelos corredores, e percebi que não era necessário acompanhá-lo. Era o seu momento elaboração subjetiva. No entanto, encontro-o novamente hospital. E caminhamos até uma das entradas. Seu discurso parece mais articulado e a fala do analista parece ter produzido efeito de simbolização. A dor da perda da mãe, é claro, que ainda continuava, mas sem um rompimento psíquico, agora ele poderia iniciar um verdadeiro trabalho de elaboração do luto.

Para concluir, trazemos a palavra de Nasio (1997, p. 184):

O que é luto? O luto é uma retirada do investimento afetivo da representação psíquica do objeto amado e perdido. O luto é um processo de desamor. É um trabalho lento, detalhado e doloroso. Pode durar dias, semanas e até meses. Ou ainda toda uma vida...

E isso só é possível a partir do vínculo transferencial, quando o analista escuta com o corpo inteiro, semelhante à alteridade materna e acolhe, em seu próprio corpo, os efeitos do sofrimento do outro (Fernandes, 2003, s.p.).

¹ Nasio (1997), só faz uma distinção entre dor física e dor psíquica como forma de melhor explicar. Mas entende que em psicanálise não há diferença visto que a dor é um fenômeno misto que surge no limite entre corpo e psique.