

PSICANÁLISE NO HOSPITAL

Eliane Costa Dias¹

Resumo

Esta comunicação discute o lugar da Psicanálise nas instituições de saúde. Psicanálise e Medicina partem de concepções de corpo, sintoma e cura radicalmente diferentes, configurando discursos e práticas clínicas necessariamente distintas. Mas, justamente por isso, a interlocução é possível e necessária. Para a maior parte dos sujeitos, a entrada no hospital constitui um momento de confronto com o real da fragilidade da condição humana e a angústia mobilizada pode gerar a demanda pela intervenção do analista.

Ao psicanalista cabe a tarefa de “tocar o sujeito no doente”, levando-o a se implicar com seu sintoma e seu tratamento, da melhor maneira possível.

A autora destaca a importância da construção do caso clínico como via de transmissão do saber e da eficácia da psicanálise e de contribuição ao trabalho da equipe multidisciplinar.

Palavras chave: Psicanálise, Medicina, Método clínico, Construção de caso clínico.

Dias, Eliane Costa. “Psicanálise no hospital”, in **Anais do 2º. Congresso Internacional Sabará de Especialidades Pediátricas**

¹ Psicóloga e psicanalista, mestre em Psicologia Social e Saúde pela PUC/SP, membro da EBP/AMP, diretora de publicações da CLIPP – Clínica Lacaniana de Atendimento e Pesquisas em Psicanálise, onde também coordena o núcleo de pesquisas: Psicanálise e Medicina. delreycosta@uol.com.br

Segundo Maria Livia Moretto (2001), a relação entre Medicina e Psicanálise é de antinomia radical na medida em que remetem a discursos distintos e práticas clínicas necessariamente distintas. Mas, justamente por isso, a interlocução é possível e necessária.

Em sua intervenção em um colóquio cujo tema era o lugar da psicanálise na medicina, a convite de sua supervisionanda Jeanne Aubry, pediatra e psicanalista, Jacques Lacan (1966) afirma que a posição da psicanálise com relação à medicina é extraterritorial.

Há lugar para o saber e o fazer da psicanálise nas instituições de saúde?

A meu ver, a aposta continua, com todos os desafios e exigências, mas já não é mais questão. A presença cada vez maior e mais consistente de psicanalistas nos mais diversos contextos institucionais nos mostra que a expectativa cautelosa de Freud em 1918 se confirma: a psicanálise aplicada se sustenta a partir dos princípios da psicanálise pura.

Há um fazer do psicanalista no hospital simplesmente porque, a despeito de todas as formas de saber, de todos os discursos, de todas as práticas que a humanidade foi capaz de criar, o mal-estar do humano na cultura persiste e se impõe, revestindo-se das formas e roupagens tecidas a cada época.

Na contemporaneidade, marcada pela aliança do discurso capitalista com o discurso da ciência, assistimos a uma desordem na ordem simbólica, localizável na queda dos ideais e das referências identificatórias e num empuxo ao gozo – um imperativo de busca pela máxima e imediata satisfação. A lógica da globalização e do tecnicismo, ao propor a padronização e a massificação, resulta justamente em uma “dessubjetivação” – um apagamento do sujeito, uma anulação da subjetividade e das singularidades.

Entre os efeitos dessa nova ordem social sobre a subjetividade, o corpo ganha destaque, investido como alvo privilegiado do ideal de perfeição e completude. Paradoxalmente, o corpo continua sendo via de satisfação, mas também de angústia, configurando uma das principais queixas pelas quais os sujeitos chegam aos psicanalistas – um “não saber fazer” com o corpo.

Como bem descreve Santos (2013), no hospital a angústia no corpo nos chega por duas vias:

Em uma porta de entrada, temos os casos de urgência/emergência. Sujeitos atropelados (muitas vezes, literalmente) por um real que os convoca a perceber, diante do horror, a fragilidade da condição humana: amputação de membros, perda de uma função vital, (...) queimaduras em crianças por negligência ou maus tratos, tentativas de homicídio ou suicídio. Acidentes vasculares cerebrais ou tantos outros que pressionam, imediatamente, o sujeito a lidar com a castração – ou o retorno dela, fazendo deste tropeço com o real uma oportunidade única para o encontro com o psicanalista, ainda que muitas vezes o sujeito não encontre facilmente as palavras.

Mas também vemos, por outra porta do hospital, pacientes que explicitam, de modo obsceno, o gozo particular com a instalação na condição de doente. Nestes casos, o ser diabético, renal crônico, asmático, anorético, bulímico, é praticamente indissociado de seu modo de se representar no mundo, de tão agarrados que são aos significantes que arranjaram nas contingências do destino.

Nestes casos, o psicanalista também é solicitado a intervir, pois são pacientes frequentemente poliqueixosos, não aderentes ao tratamento – ou excessivamente aderidos ao hospital e às equipes. Estes pacientes, não raramente, denunciam o fracasso das terapêuticas convencionais e confrontam os profissionais com a impotência que o gozo e a pulsão de morte sabem fazer tão bem. (Santos, 2013, s/p.)

Nesse ponto, retomo uma passagem polêmica da intervenção de Lacan no referido colóquio de 1966:

Quando o doente é enviado ao médico ou quando o aborda, não digam que ele espera pura e simplesmente a cura. Ele põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que é totalmente diferente, pois isto pode implicar que ele está totalmente preso à ideia de conservá-la. Ele vem às vezes nos pedir para autenticá-lo como doente. (Lacan, 1966 [2001], p. 10)

1. PSICANÁLISE: CORPO E SINTOMA

Verificamos que a relação Psicanálise/Medicina passa pela diferença (radical) quanto às noções de corpo e sintoma.

Se o corpo objeto da Medicina é o corpo biológico, o organismo em funcionamento, para a psicanálise, o corpo tem importância primordial na constituição e no funcionamento do psiquismo. O corpo é o CORPO ERÓGENO:

- ☐ Corpo tomado e investido pela pulsão.
- ☐ Corpo afetado e constituído pela ação das palavras e de suas redes simbólicas.

- ☐ Corpo-imagem – matriz identificatória para a constituição do Eu. “*EU que é antes de tudo um EU corporal*” (Freud, 1923 [1980], p. 40).
- ☐ Corpo de gozo. Gozo que não se restringe ao sentido de senso comum, frequentemente associado ao prazer ou usufruto, mas como uma satisfação pulsional que está além do princípio do prazer e que, pela via da repetição, se faz excessiva, sem limites, podendo levar ao apagamento do sujeito e do desejo. “*Gozo que, não atenuado pelo significante, pode tocar e atacar o corpo. O saber médico encontra aí seu limite*” (Santos, 2000, p. 296).

Desta forma, o SINTOMA é a produção que nos diz da maneira singular com que cada sujeito pode fazer frente ao desafio de ter que se inserir na cultura, se posicionar diante do Outro e do desejo e se haver, ao mesmo tempo com as exigências do real do gozo e da pulsão.

Se para a Medicina a direção da cura é a extinção do sintoma, num tratamento analítico o sintoma tem que ser escutado, localizado, ressignificado.

Logo, na instituição os conceitos fundamentais da psicanálise freudiana – inconsciente, transferência, pulsão e repetição – e aqueles introduzidos a partir da releitura lacaniana – sujeito, desejo, gozo, objeto a – permanecem orientando nossa clínica. Consideradas as condições e as limitações do hospital, a direção do tratamento é a mesma: “tocar o sujeito no doente”. E num dispositivo de fala, sob transferência, levá-lo a algum saber sobre seu sintoma e a se implicar com ele. Como nos aponta Lacan em seu último ensino, um “saber-fazer”, “saber haver-se aí” (*savoir y faire*) com seu sintoma, da melhor maneira possível.

A complexidade do humano na sua relação com o corpo e com o desejo abre espaço à Psicanálise no hospital. O lugar existe e está ocupado. Parece-me que a questão, no momento, passa pela transmissão da psicanálise nas instituições.

2. A TRANSMISSÃO DA PSICANÁLISE

Na atualidade, no cotidiano do hospital, vivemos cada vez mais sob a lógica da “Medicina de evidências”:

- ☐ Uma vertente empresarial nas instituições de saúde invocando produção e eficácia.
- ☐ Um empuxo à realização de protocolos de pesquisa que incluam instrumentos padronizados que possam quantificar os diagnósticos e as estratégias terapêuticas. O que tem resultado numa supervalorização da utilização de escalas, testes e questionários.
- ☐ O imperativo das classificações diagnósticas, supostamente “ateóricas”, dos manuais de classificação (CID, DSM).

Nesta tendência a eliminar as diferenças discursivas, como sustentar o discurso da psicanálise?

O fato de Lacan ter postulado que a Psicanálise trabalha na extraterritorialidade, numa posição êxtima à Medicina, não isenta o psicanalista da tarefa de transmitir com precisão e clareza os efeitos da prática psicanalítica. Como aponta Santos: *“Expor os efeitos de nossa prática e não nos esquivarmos das tensões daí decorrentes é condição necessária à permanência nas instituições de saúde”* (Santos, 2013, s/p.).

No entanto, por algum motivo, ainda que muito atentos ao compromisso com a ética da psicanálise, muitos analistas acabam por adotar uma posição de inibição, muitas vezes, de alienação em relação à responsabilidade política de sua prática como analista na instituição.

Transmitir o saber e o fazer da psicanálise é parte do ato analítico e de sua ética. O que não tem nada a ver com responder à demanda por números, protocolos e medições. Mas com sustentar um método.

Desde sua fundação a psicanálise se define por um método clínico em que tratamento e investigação coincidem, resultando em um conhecimento particular a cada caso. Se o material clínico é único e não pode ser padronizado nem comparado, já que os efeitos não apresentam regularidade nem previsibilidade, desde Freud, a via de transmissão do saber extraído na clínica é a construção do caso.

Existe uma maneira de falar de seus casos, própria à Psicanálise?

Com Lacan, entendemos que a construção do caso clínico constitui um tempo lógico diferente do ato analítico e da interpretação. É um trabalho *a posteriori*, solitário e silencioso, em que o analista procura nomear e dar razão aquilo que está fazendo, a si mesmo e a seus pares.

A construção do caso não é:

- Um exercício acadêmico.
- Uma anamnese.
- O relato das sessões do tratamento.
- A síntese da história do paciente.

Implica a possibilidade de localizar em cada caso: o sujeito; seu sintoma; a interpretação particular que ele constrói para seu mal-estar a partir dos significantes que lhe são importantes, da forma como ele se posiciona diante do Outro e das estratégias que dispõe para lidar com seu corpo, seu desejo e com o gozo que o atravessa.

No entanto, descrever a ordem simbólica na qual o sujeito está enredado é parte do trabalho de construção. Como assinala Malengreau (2001), ela deve incluir também uma “orientação em direção ao real”. Uma construção que aponte o mais singular do caso – os pontos cegos, obscuros, pontos de sem sentido. Que inclua a parte inusitada da experiência, a parte de “indecidível” que ela comporta.

Uma transmissão que parte da impossibilidade de dizer tudo, que visa não reconhecimento, mas o convite à interlocução e oferece ao debate o saber que recolhe.

Em relação à psicanálise aplicada, Carlo Viganó (2001, p. 49) deixa a seguinte questão:

Como fazer a construção num trabalho clínico que se desenvolve no social e não no próprio consultório, em um confronto com os outros que é veloz, cotidiano e, muitas vezes, dificultado por numerosas obrigações burocráticas?

Creio que a resposta passa pelo desejo do analista.

Fica-nos o desafio de verificar se nossa prática clínica institucional é capaz de levar nossos pacientes a um “saber se virar” com o corpo em sua

relação com a vida e com o desejo. E se o que é causa de desejo em cada um de nós é capaz de nos levar a um “saber-fazer” e à coragem de sustentar, em atos, o discurso da psicanálise.

PSYCHOANALYSIS AT HOSPITAL

Abstract

This text discusses the role Psychoanalysis plays at health institutions. Psychoanalysis and Medicine are based on radically different concepts concerning the body, symptoms and cure, thus their discourse and clinical practices are necessarily distinct. Due to this, however, both understand interlocution is possible and necessary. Facing hospitalization, for most subjects, constitutes a confrontation with the real of the fragility inherent to the human condition, so the eruption of anguish may generate a demand for the analyst's intervention.

It is the psychoanalyst's job to “touch the subject in the patient”, in order to lead him to get involved in his symptom and treatment the best possible way.

The author highlights the importance of constructing the clinical case as a way to transmit the knowledge and efficacy of psychoanalysis to contribute with the multi-disciplinary team work.

Key words: psychoanalysis, medicine, clinical method, clinical case construction.

Referências

FREUD, S. **Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1919 [1918])**. ESB, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, S. **O Ego e o Id [1923]**. ESB, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

LACAN, J. **O lugar da psicanálise na medicina (1966)**. *Revista Opção Lacaniana*, nº 32, dez/2001, p. 8-14. São Paulo: Edições Eolia.

MALENGREAU, P. **Nota sobre a construção do caso**. *Almanaque de psicanálise e saúde mental*, ano 6, nº 9, nov/2003, p. 11-15. Belo Horizonte: Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de MG.

MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

SANTOS, F. J. B. **Do corpo médico ao corpo da psicanálise.** *O corpo da psicanálise, ano XVII, nº 27, 2000, p. 293-299.* Escola Letra Freudiana: Rio de Janeiro.

SANTOS, N. O. **Brasil. Psicanálise. Medicina. Extraterritorial: Mais, ainda.** *Carta de São Paulo Online, nº 5, nova série, ano III, nov/2013.*

VIGANÓ, C. **A construção do caso.** *Almanaque de psicanálise e saúde mental, ano 6, nº 9, nov/2003, p.47-50.* Belo Horizonte: Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de MG.