

ANGÚSTIA E PSICANÁLISE NO HOSPITAL: UMA POSSIBILIDADE DE HAVER SUJEITO

Anxiety and Psychoanalysis in the hospital: a subject's possibility of existence

Daniel Bruno dos Reis¹

Resumo: Este artigo tem como objetivo abordar a angústia a partir do que a psicanálise ensina, buscando compreender seu significado, surgimento e quais são seus efeitos no sujeito. Para tal, tomou-se como base textos de Freud e Lacan sobre o conceito, além de outros autores, leitores daqueles, que contribuiriam para a compreensão deste. É discutido qual o papel do analista no ambiente hospitalar e quais as possibilidades da psicanálise neste contexto diferenciado de trabalho analítico. Este trabalho é fruto de atendimentos realizados a pacientes hospitalizados no Centro de Terapia Intensiva – CTI de um Hospital Geral e de seus familiares que acompanham e sofrem com a hospitalização. Estes atendimentos foram realizados em estágio curricular do curso de Psicologia do Centro Universitário Newton Paiva.

Palavras-chave: Angústia. Psicanálise. Hospital. Sujeito.

Abstract: This article discusses the anxiety based on what psychoanalysis teaches, trying to understand its meaning, emergence and effects on the subject. To attain this objective, we based this study on the texts from Freud and Lacan about this concept, and also others authors who contributed to the understanding of the concept. We discuss the analyst's role within the hospital environment and the possibilities of psychoanalysis in this different context of analytical work. This work is the result of care provided to patients and their families who accompany and suffer with the hospitalization in the Intensive care unit – ICU of a General Hospital and their families. That accompany and suffer with this hospitalization. Attendances took place during an undergraduate psychology program internship at Centro Universitário Newton Paiva)

Keywords: Anguish. Psychoanalysis. Hospital. Subject.

¹ Psicólogo pelo Centro Universitário Newton Paiva. Especialista em Teoria Psicanalítica (UFMG) e Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMG, na linha de pesquisa Estudos psicanalíticos. E-mail para contato: danielreis.psic@gmail.com

“Vosso mais alto saber é apenas uma quimera, vãos e insensatos médicos. Não podeis curar com vossos grandes nomes latinos a dor que me desespera”. Molière.

Pensar a morte é algo que traz angústia ao sujeito, especialmente ao que adoece, aos que acompanham a sua dor ou os que ficam depois de uma morte. Um paciente hospitalizado num Centro de Tratamento Intensivo - CTI se vê diante da morte, sendo levado a encarar o real de sua finitude como sujeito e, também, sua incapacidade, o não ter o que fazer frente ao adoecimento e ao risco de morte. Ou seja, diante de sua castração, da forma mais real possível, um sujeito hospitalizado se depara com a angústia.

Deve-se pensar, também, no que fazer a este sujeito que, ali no hospital, busca um saber que não aquele sobre o sujeito, mas o da medicina que pode lhe dar respostas. Respostas essas que não dão conta de seu sofrimento, apenas de sua dor física, que acarreta outras consequências que podem ser nomeadas como psíquicas. Pissetta (2008) nos aponta que este apelo do sujeito se traduz numa demanda dirigida ao profissional, geralmente da medicina, já que se trata do ambiente hospitalar, que deve ser entendido como o Outro do saber, da cura e do poder. Ao qual, é claro, demanda-se que seja dado o alívio à toda aquela dor sentida, àquele sofrimento, àquela angústia ali presente no corpo do paciente.

Analisando essas questões e chegando à psicanálise, vemo-nos diante de enigmas que carecem algum trabalho de elaboração. Que relação pode ser feita entre a instituição que recebe os profissionais ali presentes, o sujeito e sua angústia? Quais são as possibilidades para abordar este sujeito? E o que a psicanálise pode oferecer para fazer borda ao real provocador de angústia e a ela mesma?

Estas questões impulsionaram o trabalho em um estágio feito num CTI de um Hospital Geral de Belo Horizonte. Tal prática tinha como objetivos o atendimento aos pacientes hospitalizados que se encontravam em condições físicas para tal; atendimentos aos familiares e acompanhamento nas visitas e boletins médicos; e, em alguns casos, atendimentos a outras alas do hospital e à equipe técnica envolvida.

Os atendimentos eram discutidos em reunião semanal no hospital com a equipe de Psicologia composta por uma psicóloga responsável, duas estagiárias do hospital e outros estagiários curriculares do Centro Universitário Newton Paiva que possuía parceria

com o hospital em questão. Além deste grupo de discussões, os atendimentos também eram supervisionados por uma professora, semanalmente, no próprio Newton Paiva, a fim de regular a prática e promover conhecimento teórico essencial aos alunos integrantes do estágio.

Existe, há um tempo, a preocupação dos analistas com relação à psicanálise designada como aplicada e se esta seria realmente uma forma de psicanálise. Este assunto vem sendo discutido principalmente quando se trata do hospital enquanto lugar em que se tenta fazer psicanálise. Será possível? Neste lugar inóspito, sem o famoso *setting* analítico, o divã, o que podemos pensar em termos de possibilidades de análise no hospital? Quando se pensa em hospital, logo se tem em mente o tema da angústia, já que esta é a principal queixa dos pacientes em relação aos seus diversos sofrimentos. E, é claro, a Psicanálise pensa sobre isso e o que fazer com ela em relação ao sujeito para que possam advir como sujeitos desejantes, fazendo borda ao real da castração. Para compreender melhor o lugar onde a psicanálise pode aparecer no hospital e o que ela tem a oferecer ao sujeito hospitalizado e angustiado, faz-se necessário, primeiramente, compreender a angústia.

Freud (1976), no texto “Inibição, Sintoma e Angústia”, define a angústia como um estado afetivo que tem um caráter muito acentuado de desprazer, mas deixa claro que isto não é o todo de sua qualidade, pois nem todo desprazer pode ser chamado de angústia. No mesmo texto, ele acrescenta que a angústia é sempre acompanhada de sensações físicas de certa forma definidas, que de alguma maneira podem ser referidas a determinadas partes do corpo, que se tornam percepção para o sujeito. Chemama (1995) acrescenta que este estado de desprazer se manifesta no lugar de algo da ordem do inconsciente na espera de algo que não se pode nomear.

Ainda pensando na angústia como um estado de desprazer, pode-se dizer que ela se dá por atos de descarga que seguem caminhos específicos, baseando-se num aumento da excitação que produz certo desprazer no aparelho psíquico, mas que, paradoxalmente, também encontra alívio devido aos atos de descarga da mesma. Freud (1976) também propõe que a angústia surge como uma reação a um estado de perigo, que pode ser o trauma do nascimento à situação prototípica. Daí em diante, situações do tipo se repetem e a angústia toma forma novamente, como um sinal em busca de ajuda (Freud, 1976).

O conceito de *Angústia Automática* seria uma reação espontânea do sujeito diante de uma situação traumática, ou seja, quando se encontra diante de um afluxo de excitações variadas e intensas demais, de origem externa e não da conta de dominá-las (Laplanche & Pontalis, 1992).

A angústia tem uma extrema relação com a expectativa, ou seja, uma apreensão por algo que estaria por acontecer (Freud, 1976). O paciente internado no ambiente hospitalar, no CTI, sobretudo, à mercê da doença que implica a possibilidade do fim de sua vida, está nesta posição do sujeito que espera por algo da ordem do imprevisível: a cura ou a morte.

A família, da mesma forma, também vive uma apreensão frente ao desconhecido ou ao perigo da morte, como visto em casos acompanhados no estágio no CTI. Durante os boletins médicos, por vezes os familiares demonstram claramente uma vontade de saber sobre o quadro clínico, outras vezes nada querem saber sobre a evolução clínica, mas somente visitar a pessoa internada e ir embora. Algumas vezes, os familiares, depois do boletim médico, não entram no CTI, alegando não aguentar ver o que o médico descreveu como o estado do paciente. Em qualquer uma das expectativas destes sujeitos, eles se põem em um estado de angústia, principalmente pelo fato de que, de algum modo, estão diante das questões relativas a sua própria morte não elaborada.

Rodrigues (2007) tenta estabelecer uma relação entre angústia e saber, destacando que Freud afirma estar a angústia ligada a uma pulsão de saber a verdade do sujeito, e mostra também que Lacan, por sua vez, afirma que a mesma angústia seria movida por uma pulsão do não querer saber. A mesma autora estabelece que a causa da angústia estaria relacionada ao objeto *a*, pois este é o

operador de nossas ações [...] mas o objeto *a* pode vir como resposta no fantasma $\$ \langle a \rangle$, como também pode vir como falta, constituindo a rocha onde Freud coloca o limite da experiência analítica. Portanto quem sabe da causa é o objeto *a* (Rodrigues, 2007, p. 140).

Já Lacan (2005) afasta qualquer ideia de que a angústia seja uma emoção, preferindo tratá-la como um afeto, e, acrescentando ao que Freud já havia proposto, afirma que a angústia não existe sem objeto. Ao contrário do que muitos pensam, que a angústia vem aplacar a falta de um objeto, na verdade ela tem seu objeto de apoio, que está ligado ao objeto *a*. Este que pode funcionar não como defesa à angústia, mas como isca para a mesma.

Retomando Freud, Lacan (2005), a partir da frase *angst vor etwas*, afirma que a angústia é diante de algo, ou de alguma coisa. Não de algo ameaçador, mas da ordem daquilo que desperta o desconhecido do que se manifesta. Ele afirma que esta formulação sobre a angústia exprime algo da relação de subjetividade que está implícito. Portanto, assim como o sintoma, diz do próprio sujeito e da sua relação com seu desejo.

Muitos autores falam sobre a angústia de castração como o principal impasse nos neuróticos, mas Lacan (2005) ensina que não é por esse lado que devem ser encaminhadas as preocupações na Psicanálise. A grande questão é que a castração, a partir do Nome-do-Pai, que nomeia o desejo do Outro, vai provocar um corte no sujeito, assim como no Outro apontando sua falta. Esta operação divide o Outro no significante da falta do Outro – $S(\bar{A})$ e objeto a , deixando, assim, a marca da falta no sujeito que carrega consigo o objeto a , podendo alavancar em direção a sua subjetividade.

O verdadeiro impasse do sujeito em relação à angústia está relacionado a uma falha nesta operação de castração, de nomeação do desejo do Outro. Dessa maneira, o sujeito se vê desamparado, diante do desejo do Outro sem nomeação, enquanto Outro completo, sem a barra da castração. Para evitar esse desamparo, o sujeito tenta colocar algo no lugar dessa falta estruturante que lhe falta. A angústia está ligada a qualquer coisa que possa aparecer no lugar da falta que falta, ou seja, quando não há falta, quando o sujeito tenta supri-la de alguma forma. É sinal de alguma situação que permite entrever que voltaremos ao colo.

Lacan (2005) ensina que, para a criança, não é a alternância entre presença-ausência da mãe que causa angústia, pois é a possibilidade de ausência que pressupõe a presença. É justamente a falta da mãe que vai tranquilizar a criança, já que isso pressupõe seu retorno. Portanto, é justamente quando a possibilidade dessa relação de alternância é perturbada que a criança se angustia. Ou seja, quando a possibilidade de que o que deve faltar está presente, a angústia aparece.

Em relação a isto, toma-se como exemplo uma cena em que uma paciente internada após uma cesárea chora ao ver um familiar que entra para visitá-la. Imediatamente este diz: pare de chorar mulher, chorar pra que, isso não é nada, você está bem, vamos parar com isso. Calligaris (2007) afirma que este fenômeno se chama reavaliação, no qual as pessoas fazem uma reavaliação positiva de catástrofes. O autor afirma, também, que as reavaliações, sobretudo, aliviam a vida de quem as sugere, pois estas pessoas não estão muito dispostas a se debruçar sobre o desespero que veem diante de si quando se encontram com alguém que sofre. Assim, deturpa-se a possibilidade da falta no sujeito hospitalizado, ficando desamparado diante da falta de falta, diante do real da angústia.

Mas qual é, então, o papel da psicanálise no hospital, diante do sujeito angustiado com o real da falta que lhe faz sua relação de fantasia com o objeto a ? Essa com certeza é uma preocupação da psicanálise. Mas existem, ainda a este respeito, preocupações

quanto à atuação dos analistas no hospital. Discussões são feitas em relação à postura dos analistas em relação ao *setting* e sobre as possibilidades da psicanálise nesse ambiente diferenciado.

A visão lacaniana das possibilidades da Psicanálise ultrapassa os limites do *setting* analítico, do consultório particular mobiliado, apontando que o inconsciente não está nem dentro nem fora, mas ali justamente onde o sujeito fala, onde lhe é permitido falar. Dessa forma o obstáculo da psicanálise não está na instituição propriamente dita, mas na falta de um analista que proporcione a fala aos sujeitos internados, no caso do hospital (Moretto, 2001). Ocupar este lugar, o de um analista no hospital, e oferecer o dispositivo da escuta aos pacientes, pode traduzir a angústia que ali aparece enquanto sofrimento, no seu além, apontando o sujeito para seu desejo.

Mohallem (2003) aponta que cabe ao psicanalista no hospital sustentar esse novo campo de atuação, implicar-se na tarefa de adequar a Psicanálise às novas condições, como propôs Freud. É preciso saber o que o paciente precisa e o que, enquanto analista, é possível oferecer, sustentando a direção e os efeitos deste trabalho analítico. Pisetta (2008) aponta que os pacientes vão aos hospitais para se livrarem de algum sofrimento reconhecido ou não e que, portanto, é possível identificar dois momentos de angústia: o primeiro, da angústia com todas as suas características de indefinição e falta de objeto; e um segundo, mais tardio, que aparece com a intervenção analítica, da retificação subjetiva que possibilita ao sujeito se posicionar diante da sua angústia e não mais simplesmente queixar-se dela. Mas o que torna isso possível no contexto do hospital?

No momento de desamparo em relação a falta, que falta, é preciso que haja, ainda, um outro que aposte neste sujeito e se coloque a ouvi-lo. Este, então, é o papel do analista: ocupar o lugar de Outro, enquanto *a*, para ouvir falar o sujeito calado. É preciso ocupar uma postura criativa diante da urgência, e isso implica trazer à luz, lá onde antes não havia nada, fazer contorno ao vazio (Mohallem, 2003). O analista vai, portanto, extrair deste sujeito queixoso, de seus sintomas e angústia, a demanda que vai apontar o caminho da análise. Diante das demandas apresentadas pelo sujeito angustiado, Laurent (2003, citado por Dutra & Ferrari, 2007) “ensina que [...] a psicanálise deve fazer com estas o mesmo que faz com o SuperEu da civilização: descompactá-las, torná-las inconsistentes” (p. 277).

Mas onde está a demanda na urgência hospitalar? Retomando a visão lacaniana, Moretto (2001) aponta que existe a relação entre oferta e demanda em sentido duplo. O

analista deve oferecer sua escuta, pois, além do seu desejo de analista existe já ali, no paciente hospitalizado, a demanda de que alguém escute, ou seja, existe ali o analista porque, reciprocamente, existe o analisando que precisa ser ouvido, ter sua demanda escutada. Assim, mantém-se a escuta analítica baseada na existência de uma demanda de escuta. Por isso, a máxima de Lacan: com a oferta de escuta se cria demanda.

Para que haja a possibilidade de fala deste sujeito, e é exatamente este o trabalho da Psicanálise dentro do ambiente hospitalar, Dutra e Ferrari (2007) afirmam que é preciso que a urgência médica do sujeito abra espaço para a urgência subjetiva, ou seja, é importante acolher o sujeito com o dispositivo da escuta, oferecendo espaço de fala e condições para a mesma. Nas situações de urgência surge uma possível transferência, dispositivo de trabalho do analista que:

Através da interpretação, manobra a passagem dessa transferência para a transferência analítica. Isto é, colocar-se em uma posição onde o sujeito adentrado na psicanálise é levado a produzir, por sua própria palavra, o saber inconsciente (Mohallen & Souza, 1996, p. 32).

É a partir desta transferência que o analista vai poder fazer a escuta do paciente hospitalizado, pois, segundo Calligaris (2007), quem está no desespero necessita falar de sua dor e pede que esta seja reconhecida. Este reconhecimento dá à queixa do paciente o caráter de demanda, tornando o paciente duvidoso em relação a si mesmo e suas lamentações. Isso devido às respostas que o analisando espera, mas que o analista jamais as tem. De acordo com Pisetta (2008), essa relação vai fazer com que o paciente se questione “porque eu sofro?”. O que transforma a demanda de alívio numa demanda de deciframento, possibilitando, assim, ao sujeito questionar a si mesmo elaborando sua falta e encarar seu próprio desejo despreendido do Outro.

Portanto, para a psicanálise há possibilidades no hospital. Um lugar de difícil acesso, mas que garante possibilidades de análise. Sobre isso é possível pensar nas históricas de Freud que fizeram, de certa forma, a psicanálise com suas demandas. No hospital, tem-se a hospitalização e o saber médico que mantêm um furo no saber completo proposto por essa ciência e, assim, abre espaço para o surgimento de uma demanda de análise.

Cabe aos analistas, mesmo dentro do hospital, basearem-se na ética da psicanálise ensinada por Lacan (1998) no texto “A direção da tratamento e os princípios do seu poder”, abordando o sujeito a partir de sua falta, se fazendo de *a*, a fim de resgatar o desejo a esse sujeito pela transferência. Tornando, assim, possível uma psicanálise no

hospital, tal como em um consultório particular, na qual o sujeito é esperado como reposta aos sintomas abordados.

Para isso, é claro, o analista deverá sustentar sua posição analítica não somente diante do paciente, mas também da instituição que demanda dele esse lugar, mas busca contrariamente uma psicologização do sofrimento ali encontrado. Assim, ao analista, ao abordar a angústia no hospital, cabe considerá-la, escutá-la, oferecer os dispositivos analíticos para que cada sujeito ali hospitalizado, congelado diante do saber médico, possa reencontrar seu ponto de falta, sustentar seu desejo e sua condição de sujeito.

Referências

- Calligaris, C. (2007). Depressão e terapia. *Folha de São Paulo*. Caderno Ilustrada. Recuperado em 27 de setembro, 2007, de: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq2709200728.htm>.
- Chemama, R.. (1995). Angústia. In R. Chemama (Org.), *Dicionário de psicanálise: Larousse* (pp. 14-15). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dutra, A. G. C. & Ferrari, I. F. (2007, dezembro). Um estudo sobre a psicanálise aplicada em um hospital geral. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(2), 270-282.
- Freud, S. (1926). Inibição, sintoma e ansiedade. In S. Freud, *Um estudo autobiográfico, inibições, sintomas e ansiedade, a questão da análise leiga e outros trabalhos*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 20. J. Salomão, Trad., pp. 107 – 198). Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- Lacan, J. (2005). *O seminário, livro 10: angústia*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In Lacan, J. *Escritos* (pp. 591 – 625). Rio de Janeiro: Zahar.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1992). *Vocabulário da psicanálise: Laplanche e Pontalis* (2a Ed). São Paulo: Martins Fontes.

Mohallem, L. N. (2003). Psicanálise e hospital: um espaço de criação. In L. N. Mohallem. M. D. Moura (Orgs.). *Psicanálise e hospital - 3: tempo e morte, da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter.

Mohallem, L. N. & Souza, E. M. C. D. (1996). Nas vias do desejo. In: Moura, M. D. (Org.). *Psicanálise e Hospital* (pp. 21-37). Rio de Janeiro: Revinter.

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

Pisetta, M. A. A. de M. (2008). Angústia e demanda de análise: reflexões sobre a psicanálise no hospital. *Boletim de Psicologia*, 58 (129), 171-183.

Rodrigues, G. V. (2007). Angústia e saber. In G. V. Rodrigues, *Percursos na transmissão da psicanálise* (pp. 137-144). Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa.