

Uma reflexão acerca da prática clínica em Instituições Hospitalares

Nelson Silva Filho¹
Universidade Estadual Paulista

Realizou-se uma análise teórica, com o objetivo de resgatar questões da psicologia como ciência, sendo esta aplicada a instituições hospitalares, com o intuito de elucidar as seguintes particularidades: os efeitos dos mecanismos de defesa mais primitivos e inconscientes; as relações entre envelhecimento, situação de internação, e a necessidade de elaboração da posição depressiva tanto pelos profissionais quanto pelos doentes envolvidos nos tratamentos. Discutem-se as implicações, conceituais e práticas, da transferência e da contratransferência, propondo-se uma atuação mais cuidadosa. Sugere-se a necessidade de definição, de objetivos e de métodos de intervenção nos Hospitais, sob o risco de comprometer a relação terapêutica.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar, transferência e contratransferência, objeto interno vingativo.

Abstract

Contemplation over the clinical practice in hospitals

A theoretical approach, with the aim of recovering some questions on Psychology as a science, applied to the hospital as institutions, was done. The main objective was the clarification of the following points: the effects of the more primitive and unconscious defence mechanisms; the relationship between ageing, the situation related to the hospitalization; and the need of working out the depressed condition of both the professionals and the patients involved in the treatment.

A discussion over the conceptual and practical implications of transference and countertransference was done, proposing a more careful action. It is suggested that there is a need of a definition of objectives and methods of participation in the hospitals to avoid endangering the therapeutic relationship.

Key words: Hospital psychology, transference and countertransference, revenge internal object.

Pretendo fazer uma análise teórica, com o objetivo de resgatar algumas questões da psicologia como ciência, aplicada a instituições hospitalares, com o intuito de elucidar as seguintes particularidades: os efeitos dos mecanismos de defesa mais primitivos e inconscientes; as relações entre envelhecimento, situação de internação, e a necessidade de elaboração da posição depressiva tanto pelos profissionais

quanto pelos doentes envolvidos nos tratamentos.

A atuação do psicólogo nos hospitais reveste-se de um “fazer psicologia” ainda pouco explorado em suas implicações conceituais, e conseqüentes práticas, o que deveria gerar uma atuação mais cuidadosa, dada a ignorância que permeia a atuação neste “novo” local. Quando este profissional não define claramente seus objetivos e métodos de intervenção, a reação contratransferencial pode comprometer a relação terapêutica. O mesmo ocorre quando atendemos todos indistintamente — crianças, adolescentes, adultos e idosos —, sem considerarmos a necessidade de especialização e a especificidade dos

1. Prof. Assistente do Departamento de Psicologia Clínica - UNESP - Assis.

Endereço para correspondência: Universidade Estadual Paulista Campus de Assis, Faculdade de Ciências e Letras, av. Dom Antonio, 2100, CEP 19800-000, Assis, SP, Cx.P. 335, Fone: (0183) 22-2933, FAX: (0183) 22-4929/22-5743.

atendimentos, segundo o tipo de doença do paciente, no manejo terapêutico destes diferentes grupos etários.

Quando o profissional não define claramente esses objetivos, sua atuação perde em eficácia e corre o risco de ser anti-terapêutica, devido à diversidade de características psicodinâmicas. Estes cuidados são necessários pelo fato de ainda não conhecermos, suficientemente, as relações transferenciais e contratransferenciais. A importância de investigar as peculiaridades deste novo *setting* de atuação do psicólogo reside em estabelecer uma tecnologia eficiente que alcance resultados nos diversos níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) em que ele pode efetivamente contribuir.

As condições clínicas em que se encontram os pacientes e a internação em si produzem alterações no modo de funcionamento do psiquismo. Esta hipótese decorre da observação dos mecanismos de defesa, normalmente utilizados para afastar a idéia de finitude da vida, daqueles que ainda não foram obrigados a lidar com este tipo de situação. Durante os períodos de internação, a pressão (ou estresse), causada pela perda da saúde e pela proximidade da morte permeia os vínculos entre as pessoas envolvidas.

A proximidade da morte retrata um momento único da vida, em que os recursos do psiquismo são limitados, e para o qual a experiência prévia corresponderia a um momento arcaico do desenvolvimento psicosssexual. Este momento seria atualizado pela perda da saúde e manifestado na transferência. A proximidade da morte, como um processo, produz questionamentos, em que a onipotência e as defesas normalmente utilizadas quase sempre são ineficazes. Knobel (1991), ao falar sobre suas impressões psicanalíticas da morte, considera a vivência de aniquilamento como resultado “do

mundo objetal interno” (p.30) apresentando importante participação no ato de morrer.

Jaques (1990), ao falar da crise que ocorreria entre os 35 e 40 anos, lembra o início do envelhecimento e o momento em que o indivíduo teria que se ocupar não apenas do luto pela infância mas, também, pela juventude. O envelhecimento e a perda da saúde sinalizam a percepção da proximidade da morte e a necessária elaboração da posição depressiva. Segundo Jaques (1990), a idéia de imortalidade teria suas raízes na tenra infância e seria uma defesa contra as angústias causadas pela presença da pulsão de morte e dos estados de desagregação do ego. Estas defesas produzem triunfo sádico onipotente, seguidos de culpa, perseguição e sentimentos de desamparo; todos estes estados são observados com frequência nos pacientes hospitalizados.

A doença, como uma fatalidade, e permeada pela pulsão de morte em todo o seu desenrolar, faz com que o psiquismo estructure defesas contra as ansiedades e os sentimentos que a vivência da proximidade da morte gera nas pessoas. Tanto o paciente quanto o psiquiatra, na acepção de Simon (1983), experimentam a força da angústia que a realidade revela ao entrarem em contato com estas vivências. Por psiquiatra, Simon (1983) entende “o membro da equipe de saúde mental” que cuida da saúde de um indivíduo, podendo ser um médico geral, enfermeiro, psicólogo, assistente social etc. (p.30)

Se entendermos que morrer com dignidade, quando a doença grave esboça sua total malignidade, implica, dentre outras coisas, morrer funcionando o mais realisticamente possível, o preço que pagamos por esta atitude é arcar com a angústia que esta vivência única produz. Neste caso, o terapeuta corre o risco de sucumbir às identificações projetivas maciças e se tornar onipotente, passando a objetivar a cura do

paciente ou a não fazer nada para facilitar a despedida ou, ainda, a se refugiar no sarcasmo ou na esquivia do sofrimento que nele é depositado. Tais comportamentos são facilmente identificáveis no *staff* que se ocupa destes pacientes. Neste momento deveríamos estar mais atentos à importância do referencial teórico, da supervisão e da análise pessoal daquele que trabalha com pacientes hospitalizados.

As definições de transferência e contra-transferência foram construídas a partir de uma situação diversa daquela que encontramos na situação hospitalar. No contexto hospitalar, observamos que os vínculos possuem características diferentes daquelas normalmente encontradas nos consultórios. A demanda causada pela perda da saúde atinge maciçamente todos os profissionais envolvidos, exigindo reparação. Cabe indagarmos se no vínculo terapêutico aquilo que, na situação de consultório, identificamos como transferência e contratransferência, mantém as mesmas características na situação hospitalar, e se as mudanças na intensidade das vivências não requerem alternativas de manejo terapêutico diferentes das normalmente empregadas.

Klafke (1991), em uma pesquisa realizada entre médicos que atendiam pacientes portadores de câncer, investigou a qualidade dos vínculos destes com seus pacientes, e relatou a importância da participação das características pessoais dos médicos no modo como abordam questões como a morte e o morrer, junto aos pacientes. Aponta a autora o quanto os sentimentos presentes na relação podem interferir de modo positivo ou negativo, dependendo da psicodinâmica do profissional envolvido. Em seu estudo, é possível perceber se o papel da comunicação não-verbal e da pulsão de morte entre paciente e médico podem produzir comportamentos onipotentes no profissional.

Segundo Paiva (1987), as transferências, tanto positivas quanto negativas, quando interpretadas, tornam-se conscientes na forma de pensamentos. Este modo de conceber a transferência permite entender a importância da simbolização dos impulsos em estado “arcaico”, que então podem ser utilizados como experiência de vida.

Freud (1920) postula a existência da pulsão de morte, considerada, nos dizeres de Laplanche & Pontalis (1977), como “a pulsão por excelência”, considerando-a como uma de suas manifestações a compulsão à repetição, muito bem discutida por Garcia-Rosa (1990). Para Bion (1988), a pulsão de morte se manifestaria dentre outras formas, quando a capacidade de tolerar a frustração fosse reduzida e gerasse, conseqüentemente, afastamento do princípio da realidade. Diz Bion (1988): “...torna-se um objeto mau, indistinguível de uma coisa-em-si, e que se presta apenas à evacuação. Conseqüentemente, o desenvolvimento de um aparelho para pensar fica perturbado, e, em vez disso, dá-se um desenvolvimento hipertrofiado do aparelho de identificação projetiva. O modelo que proponho para esse desenvolvimento é uma psique que funcione com base no princípio de que evacuar um seio mau é sinônimo de obter alimento de um seio bom. O resultado final é todos os pensamentos serem tratados como se fossem indistinguíveis de objetos internos maus; a idéia é que o instrumental adequado seria, não um aparelho para pensar os pensamentos, mas um aparelho para livrar a psique do acúmulo de objetos internos maus. O ponto crucial está na decisão entre fugir da frustração ou modificá-la.” (p.103)

Na situação hospitalar, transferencialmente, observamos que muitos de nossos pacientes falam de forma compulsiva, desesperada, e sem o intuito explícito de pensar sobre

o que estariam falando, mas sim de “evacuar” sensações impossíveis de serem pensadas, aparentando, em alguns casos, o que poderíamos chamar de busca de uma catarse, sem efeitos terapêuticos. Esta impossibilidade de pensar este momento está refletindo o limite de expressão do psiquismo, que pautou toda a sua vida nas situações de maior estresse, podendo o limite do psiquismo ser detectado pelo equilíbrio adaptativo, através dos testes projetivos como o Teste de Relações Objetivas de Phillipson (T.R.O.).

Aparentemente, na presença da doença ocorreria uma desfusão das pulsões sem que ocorresse a deflexão da pulsão de morte, ou a mitigação pela pulsão de vida, na forma de gratificação libidinal ou sublimação, necessárias para proteger o indivíduo dos efeitos da pulsão de morte, possivelmente devido à presença das organizações patológicas.

Segundo Heimann (1978), a pulsão de morte poderia ser observada nos comportamentos, de modo muito claro, quando produz ataques ao *self* do indivíduo. Ao liberar o psiquismo do excesso de tensão, permanecendo paralisada ou evitando os conflitos, nos dizeres de Klein (1991), transferencialmente, teria o efeito de depositar, nos membros do *staff*, elementos Beta, conforme definidos por Bion (1988). Sem um preparo adequado para que ocorra a *Rêverie*, a equipe de saúde dificilmente conseguiria transformar em elementos Alfa o sentimento de tolerância ao “desconhecido”, que aparece com a proximidade da morte, restando ao paciente o sentimento de solidão.

Um importante efeito da psicodinâmica do paciente é este sentimento, que pode ser observado de forma bastante exacerbada nos pacientes hospitalizados, pela hostilidade com que se defendem, às vezes projetada na instituição que os acolhe e em outras, às vezes no

staff, devido ao processo de desintegração egóica.

Klein (1975, 1978, 1984), ao falar das fontes do sentimento de solidão, indica que suas raízes estariam no início da vida do bebê. Nesta época, ainda na passagem da posição esquizoparanóide para a posição depressiva, após ter feito uso do processo de deflexão da pulsão de morte e da divisão, tenta aplacar e proteger os objetos internos e externos das angústias geradas e passar à simbolização do objeto ausente. Esta passagem deixa como uma de suas marcas o sentimento de solidão. Klein (1975) associa este sentimento ao processo de integração do ego e, principalmente, às ansiedades paranóides decorrentes da intensidade dos impulsos destrutivos, em que a relação primitiva com a mãe deixaria a “sensação depressiva de uma perda irreparável” (p.135).

Os comportamentos hostis, observados nestes pacientes, produziriam como efeito um aumento do sentimento de solidão e da comunicação por identificações projetivas e introjetivas. Seriam contraproducentes, do ponto de vista do manejo terapêutico, se não fossem compreendidos adequadamente pelo psicohigienista; isto justificaria uma maior atenção, uma vez que o incremento dos impulsos destrutivos estaria relacionado com o agravamento da doença.

Paiva (1991), ao falar sobre a hostilidade em paciente suicida, diz: “A predominância do instinto de morte (destrutividade) sobre o instinto de vida (construtividade) leva à refratariedade afetiva, na qual toda a relação íntima de certa duração, entre duas pessoas, deixa um depósito de sentimentos hostis, inamigáveis...” (p.196), indicando a dificuldade de contato com o paciente quando predomina a pulsão de morte, fato este notório, principalmente, em pacientes internados.

Quando o paciente tenta “desvencilhar-se” da perda da saúde para enfrentar de modo mais realista sua nova condição, a representação interna da doença como uma manifestação da pulsão de morte faz sua aparição de forma aterrorizante, constituindo assim um OBJETO INTERNO VINGATIVO. Este objeto impede a elaboração do luto e determina uma luta interna em que a apatia, a impotência e o suicídio aparecem como possibilidades de conter as angústias pela perda da saúde. Neste momento, o psiquismo pode adquirir a configuração das organizações patológicas pois, a rigor, não estaria na posição esquizoparanóide nem na posição depressiva. A configuração das organizações patológicas seria observada como estado de desintegração das funções egóicas.

Nos casos clínicos narrados por Simon (1984), o objeto interno vingativo constitui-se em um objeto interno, sem representação no mundo externo, com características de extremo sadismo, que se volta contra o *self*. Observamos, nos casos em que há perda da saúde e proximidade da morte, que a doença funciona como um objeto interno, constituído por forças destrutivas, e que se volta contra o ego. Nos casos extremos, representa-se a morte do indivíduo pela impossibilidade de esboçar qualquer reação à instalação da doença.

A importância da percepção, pelo terapeuta, destes constituintes psíquicos, residiria em não se deixar enganar pelas melhores maníacas. A instrumentalização do terapeuta permitiria manejar de modo mais adequado as situações nas quais o paciente ainda está internado no hospital, de forma mais precisa e com probabilidade de melhores resultados, diminuindo os riscos do *acting out*.

Devemos lembrar que a transferência e a contratransferência de ordem psicótica têm como característica o *acting out* pela impossibilidade de simbolização, podendo ocorrer so-

matizações, segundo Rosenfeld (1983), ou cristalização de atitudes e sentimentos contrários aos objetivos terapêuticos, que o vínculo com o paciente determina. Rosenfeld (1983) lembra que o *acting out* guarda em si um processo de comunicação a ser decodificado, ou ainda, um ataque aos vínculos, quando aquele processo não ocorre.

Simon (1992), Rosenfeld (1983) e Casorla (1991) relatam, como possibilidades da contratransferência, atuações que podem se estender por meses, durante um processo de análise. Tais ponderações fazem-nos refletir acerca da possibilidade do mesmo acontecer em uma situação menos estruturada e conhecida, como aquela normalmente presente numa situação de atendimento em hospital geral. Quando atendemos o paciente em seu leito, observamos que este, além de mobilizar violentamente aquele que se ocupa de cuidar de sua manutenção, o faz de uma forma muito peculiar e avassaladora, diante da qual não é possível existir meios-termos, mas apenas uma relação imbuída de fortes emoções, em que paciente e *staff* procuram manejar os recursos que a vida permitiu que desenvolvessem.

Observamos no iniciante da prática da psicologia no hospital, em um primeiro momento, os efeitos mobilizados pela sedução deste trabalho e, posteriormente, um trabalho muito assistemático, como se este estivesse então evitando entrar em contato com aquilo que procurou; trata-se de um contra-senso apenas aparente, pois o que ocorre é que não nos apercebemos dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais que estão em curso. A dificuldade em tolerar a frustração e a onipotência depositadas no psicohigienista faz com que este não consiga cumprir a função de *rêverie* e tenda para o princípio do prazer, tal como ocorre naquele de quem se ocupa. Tais processos envolveriam formas de comunicação não-verbal

nos moldes da identificação projetiva e introjetiva e teriam como finalidade proteger o psiquismo de ambos (paciente e terapeuta) das fortes emoções em jogo. Quanto a esta forma de comunicação, Paiva (1987) diz: “O bebê passa por grave ansiedade, tal como a sensação de estar morrendo, por não lhe ser possível comunicar-se verbalmente, pois não dispõe da fala. A natureza de sua consciência, que é bastante rudimentar, nos é desconhecida” (p.127). Acrescentaríamos que o mesmo acontece com aqueles que estão morrendo: estariam experimentando sensações desconhecidas, por ser este um momento único (só se morre ou se nasce uma única vez na vida), e não são por isso passíveis, *a priori*, de aprendizagem de nenhum tipo. Tais considerações fazem-nos pensar se, no momento da morte, ou em situações de grande estresse, os recursos estruturais disponíveis não seriam os mesmos do nascimento, no que tange às sensações internas causadas pelo processo de decomposição corporal e, portanto, apenas passíveis de serem comunicadas por processos não-verbais.

Observamos que este processo é mais intenso e angustiante quando os indivíduos em questão atuam predominantemente em função de impulsos arcaicos não-elaborados, como salienta Cassorla (1991) e Simom (1992), quanto aos processos de comunicação não-verbal.

Aizenberg, citado por Paiva(1987), caracteriza o estado de angústia da seguinte forma: “O bebê, inerte, em estado de desamparo motor e psíquico (protótipo da situação traumática geradora de angústia), isto é, incapaz de levar a cabo a ação específica, com o fato de eliminar a tensão interna provocada pelas necessidades endógenas. Ele recorre então à descarga primária (alteração interna) que, por sua vez, é incapaz de satisfazer ao estado de urgência criado pela necessidade” (p.127). Da mesma forma que o bebê, o paciente tentaria recobrar o

equilíbrio interno do seu psiquismo através das descargas realizadas por meio das identificações projetivas maciças, produzidas de forma evacuativa, na maior parte das vezes, por não existir um continente adequado e capaz de transformar os elementos beta em alfa, nos dizeres de Bion.

As investigações com os pacientes terminais sugerem a possibilidade de o paciente ser depositário das identificações projetivas maciças do psiquiatra, de modo a conseguir reconhecer as fantasias e os medos que a sua doença mobiliza naqueles que se ocupam “terapeuticamente” de sua doença. Estas considerações levam-nos a pensar no que normalmente seria identificado no paciente como “estando muito sensível” ou “fragilizado”, dada sua capacidade de empatia e o predomínio de identificações projetivas, como defesas. Observamos o quanto seria doloroso, para o paciente, partir e enfrentar as perdas inevitáveis.

A percepção de um mundo interno caótico e fragmentado sugere que os pacientes, quando hospitalizados, estejam vivendo um período de grande sofrimento mental e, portanto, necessitando de algo mais do que a “simples” solidariedade.

Conclusões

Nossa prática clínica indica que é possível fazer uso de técnicas mais estruturadas de diagnóstico na situação hospitalar valendo-nos de entrevistas estruturadas, testes projetivos e inventários. Este modo de praticar psicologia dentro de um ambiente hospitalar permite abordar o paciente em sua condição mórbida e contribuir efetivamente para a promoção de sua saúde. Respeitadas as condições éticas e metodológicas, o conhecimento adquirido, de forma sistemática, pode ser utilizado com aqueles que necessitam uma internação hospitalar. Acredito ser importante uma reflexão constante sobre o

cotidiano “hospitalar”. Só assim poderemos saber se estamos de fato possibilitando à instituição hospitalar favorecer o paciente, no que diz respeito à sua saúde mental.

Observamos tendências, por parte do *staff*, de omitir informações sobre o estado de saúde e de impor isolamento emocional, principalmente ao paciente moribundo, e ainda, de tratá-lo de maneira rotineira, com incapacidade de enfrentar a situação dentro de uma perspectiva mais madura e consciente dos limites que a vida coloca.

Entre as pessoas intimamente implicadas no bem-estar do paciente, os padrões de comunicação são às vezes inadequados e discutíveis em seu valor terapêutico, principalmente pelo desconhecimento generalizado do que reveste a situação de morte e de internação hospitalar do ponto de vista emocional, tanto do paciente quanto do *staff*.

Observamos que a morte não é algo de que nos ocupamos apenas no final de nossas vidas, mas uma condição que permeia toda a nossa existência, desde o nascimento. Podemos fazer uso dos recursos do nosso psiquismo para não entrarmos em contato com a percepção da finitude da vida e com as angústias que isto mobiliza, mas a vida, com seu crivo implacável da realidade, mais cedo ou mais tarde se faz presente e obriga os indivíduos a pensar e a tentar elaborar os seus lutos, com os recursos apreendidos ao longo de sua existência. É certo que nem sempre estamos preparados para enfrentar esta verdade, mas a própria existência determina o momento em que teremos que nos ocupar desta passagem para o desconhecido, que é simbolizado pelas culturas das mais diversas formas.

Quero salientar a importância da relação médico-paciente para um manejo terapêutico satisfatório. Os processos psíquicos presentes nas comunicações não-verbais e/ou verbais

podem contribuir ou não com os objetivos terapêuticos do profissional da saúde, bem como produzir comportamentos onipotentes e um grau de angústia muito elevado no par psiquigienista-paciente, comprometendo ambos. Convém lembrar que, se os pacientes por alguma razão recebem alta ou mesmo abandonam o tratamento ou vão a óbito, o profissional da saúde continua de forma crônica em contato com estes elementos mórbidos e, portanto, continua exposto a toda sorte de comprometimentos de sua própria psicopatologia.

Para que não ocorra um processo de cronificação dos profissionais que se ocupam desta condição da vida — a morte —, seria vital a participação dos agentes de saúde mental nas equipes.

Referências Bibliográficas

- BION, W.R. (1988). *Estudos Psicanalíticos Revisados*. Rio de Janeiro: Imago.
- PAIVA, L.M. (1987). *Técnica de Psicanálise: bricolage e filigranas*. Rio de Janeiro: Imago.
- PAIVA, L.M. (1991). Tanatismo, suicídio e vitiologia. In: CASSORLA, R.M.S. *Do suicídio: estudos Brasileiros*. Campinas: Papyrus, pp.195-234.
- ROSENFELD, D. (1983). O corpo em psicanálise: acerca do esquema corporal. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 17: 235-255.
- SIMON, R. (1983). *Psicologia Clínica Preventiva: novos Fundamentos*. São Paulo: Vetor.
- SIMON, R. (1984). Contribuições ao Estudo do Objeto Interno. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 18: 283-300.
- SIMON, R. (1992). Impotência Contratransferencial: esboço de compreensão metapsicológica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 26 (1): 15-27.