

JORNADA DE ENCERRAMENTO 2022

ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DE CURITIBA

A PSICANÁLISE TEM ESPAÇO EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO?

Esse trabalho foi escrito a partir dos estudos e discussões realizadas ao longo de 2022 no grupo de trabalho Intervenções em Psicanálise, coordenado pela psicanalista Andrea Silvana Rossi.

Uma das marcas de um hospital psiquiátrico é urgência. A calma é coisa rara, sendo comum um clima agitação pelos consultórios, salas de atividades, recepção, quartos e pátio – espaços onde o concreto ganha movimento e as demandas dos pacientes e da equipe “pulam feito pipoca”, como num desfile de carnaval as diferentes alas, enredos e fantasias caminham em um ritmo acelerado e tudo pede para ser resolvido de forma apressada. Diante de tanta comoção, como selecionar o que é prioridade?

Atualmente trabalho em uma instituição que oferece atendimento psiquiátrico em diferentes modalidades: internamento (regime integral e hospital dia) e ambulatório com atendimento psicológico e psiquiátrico, com plantão de emergência médica. O espaço também oferece especialização para médicos e psicólogos, além de receber estudantes de graduação de diferentes cursos da área da saúde para a realização de estágios. A equipe multidisciplinar é composta por médicos psiquiatras, psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, educador físico, farmacêutico, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A dinâmica acelerada e o público diverso lembram uma estação de trem e seu vai e vem de pessoas em busca de um destino. Existem aqueles que vão e voltam, os que passam correndo sem deixar rastros e os que deixam suas marcas pelo caminho. Nessa viagem, encontramos oportunidades para trocar experiências, mudar rotas, criar novos caminhos e compartilhar histórias durante o trajeto.

Sou responsável por atender pacientes que estão internados em modalidade Integral e Hospital Dia. Coordeno um grupo terapêutico que acolhe os dois públicos e realizo atendimentos de segunda à sexta-feira através de encontros que duram em torno de uma hora e trinta minutos. No início de todo grupo faço a chamada, preenchendo a lista de presença com os nomes dos participantes e aproveito para fazer os combinados do dia, acolhendo pedidos dos pacientes, por exemplo, um

aviso de falta ou a solicitação de uma ligação. Após darmos um tempo para a parte prática, sigo com a agenda convidando os pacientes para falarem de forma espontânea, sendo muito interessante acompanhar as construções que são realizadas através de relatos e depoimentos dos participantes. É comum que após a conclusão de uma fala, um ou mais pacientes participem do assunto através de palavras de acolhimento, troca de experiências ou apontamentos sugerindo mudanças de postura frente ao sofrimento compartilhado.

O grupo terapêutico é um recurso de apaziguamento frente a toda essa agitação. Geralmente, ao abrir a agenda os pacientes vão se acomodando em seus acentos simbolizando disponibilidade para seguir viagem em companhia uns dos outros. Nesse estilo de atendimento alguns combinados colaboram para o bom funcionamento do grupo: o sigilo, a frequência e a duração da sessão. Frequentemente lembro os pacientes sobre a importância de manter o sigilo com os assuntos trabalhados e o cuidado para que os relatos não saiam do grupo. Sobre isso, lembro da fala de uma paciente que alertava seus colegas de tratamento: “Não quero ter que falar das minhas dores aqui (grupo) e no almoço também”. A frequência das sessões permite um ritmo de trabalho contínuo e favorece a construção de uma intimidade entre os participantes, estabelecendo um ambiente que representa confiança. Quanto ao tempo de cada sessão, percebe-se a importância de manter a duração perto de uma hora e meia, evitando a superficialidade de encontros curtos e a exaustão pelo excesso de tempo investido.

Além dos combinados sigo algumas referências que foram moldadas ao longo dos anos de experiência com esse formato de atendimento, por exemplo, solicitar que os pacientes novos se apresentem ao final do grupo, favorecendo que a pessoa fique um pouco mais ambientada e minimize a sensação de estranheza. Lembro de relatos de pacientes que descreviam o desconforto em falar da sua história para pessoas desconhecidas, sendo um momento que representava mais tensão e sofrimento, potencializando resistências e em alguns casos levando a desistência. Outra referência importante é objetivo de que todos os pacientes falem pelo menos uma vez ao longo da semana – obviamente em uma sessão de grupo não será possível escutar todos e trabalhar os conteúdos com qualidade, considerando que a média oscila entre 10 e 15 pacientes. Ainda sobre a dinâmica da sessão, eventualmente direciono a agenda limitando uma fala mais longa ou inadequada e também convoco aqueles que evitam falar, sinalizando que existe um

espaço de escuta para todos que desejarem dividir algo de si. Também retomo assuntos que envolvem a convivência para além do grupo, provocando discussões e reflexões sobre a forma como os pacientes reagem a situações do dia-a-dia, valorizando o diálogo e as experiências emocionais, construindo encontros na maioria das vezes vívidos.

Durante as sessões em grupo é possível sair do automatismo institucional, escutando os pacientes de forma singular, favorecendo a construção de uma percepção mais ampla e coerente. Em seus escritos Lacan registra a importância do tempo em um percurso de análise, apontando que “O inconsciente, profere-se num tom tão mais entendido quanto menos se é capaz de justificar o que se quer dizer, o inconsciente demanda tempo para se revelar” (Lacan, 1955, p. 314). A pressa em uma viagem pode alcançar a demanda de um roteiro, mas ao acelerar o passo os viajantes podem perder de vista detalhes que marcam a surpresa de um cenário novo.

Trago um recorte sobre a passagem de um paciente pelo grupo: o paciente era um homem com mais ou menos 40 anos, divorciado e que morava com os pais idosos. Ao chegar no hospital estava afastado do trabalho perto de 2 anos e vinha colecionando uma série de internações em diferentes instituições. Seus internamentos justificavam-se pelo quadro de depressão com sintomas de ideação suicida. Em sua história teve uma primeira internação no início da vida adulta para tratar um quadro de dependência de crack, que segundo o mesmo foi resolutive, “aprendendo que não podia mais usar nenhum tóxico”. A responsável pela atual internação foi a psicóloga do paciente e a orientação era preservar os pais idosos de preocupações. Em uma primeira passagem pelo grupo, o mesmo passou discretamente. Tinha uma postura reservada e veio com um combinado fechado entre ele a psicóloga que ficaria internado 30 dias para fazer ajuste medicamentoso. Quando perguntado sobre seus sentimentos e sua história era econômico e superficial em seu discurso, evitando continuar a conversa. Era visível que a psicóloga tinha uma função de autoridade sobre ele e que pensar livremente era algo novo e estranho. Apesar da influência da psicóloga que participava do tratamento através das visitas, foi possível avançar um pouco com paciente, levantando mais dados sobre a sua história. Nos trouxe que no período do uso de drogas estava longe dos pais, pois estavam trabalhando em outro país. Foi um período de muita solidão e as drogas entraram como ferramenta para participar de

um grupo. Depois da primeira internação foi morar com os pais e a família trouxe mais segurança, possibilitando que entrasse na faculdade. Abriu que ainda estava sofrendo pelo divórcio, descrevendo que seu casamento “era uma prisão, pois tinha que trabalhar para sustentar a vida de madame da esposa” e que atualmente apesar de não concordar era obrigado a pagar um valor alto de pensão. Ao receber alta não estava mais deprimido, mostrando estabilidade emocional, motivado a retomar o trabalho, apesar da insegurança e preocupação com os conflitos da sua vida. Sinalizou que iria procurar um advogado para tentar se livrar da pensão para ex-esposa, considerando que poderia se liberar dessa dívida. Porém, após uma semana da alta o paciente retorna para o regime integral durante um final de semana. Novamente, a internação é organizada pela psicóloga externa. Recebo a informação de que os sintomas de ideação suicida voltaram e que a sugestão da profissional era que a internação dessa vez fosse estendida por um período de 60 dias considerando a gravidade do quadro. Ao encontrar o paciente no grupo não identifiquei nenhum sintoma depressivo e o mesmo sinaliza arrependimento em ter concordado com a nova internação. Pergunto sobre a causa do retorno e com muita dificuldade dividi que viveu na última semana “uma grande decepção”. Relata que a sua psicóloga esqueceu de agendar a perícia junto ao INSS isso implicou na impossibilidade de retorno ao trabalho, sendo necessário aguardar mais 30 dias para um novo agendamento de perícia. Seguiu falando que ficou perdido e buscou compartilhar seus sentimentos com a psicóloga através de uma ligação, que conduziu a conversa sugerindo seu retorno para o hospital. Ao ser questionado se pensou em morrer ou se estava com ideação suicida, negou e insistiu que foi apenas uma grande decepção. Nesse momento aponto que decepção não justifica internação e que ele sairia de alta do hospital. Imediatamente ele pergunta “e se a minha psicóloga não concordar? ”. Fico em silêncio e um outro paciente comenta de forma precisa que “discordar faz parte do tratamento”. Compartilho a decisão com a equipe multidisciplinar e sigo com a indicação de alta, incluindo os pais do paciente no processo, que mostram interesse e curiosidade em entender um pouco mais sobre o tratamento. É sugerido que o paciente siga em hospital dia, possibilitando a continuidade da parceria com o grupo. A psicóloga foi comunicada da decisão, sendo alertada sobre a função de uma internação. O paciente seguiu em hospital dia, mantendo em paralelo o acompanhamento com a sua psicóloga. Durante esse

período o paciente apresentou estabilidade e pode explorar novas formas de expressar seus sentimentos, com um pouco mais de autonomia.

O desamparo emocional é uma característica que acompanha a maioria dos pacientes que circulam pelo hospital, favorecendo que as relações sejam estruturadas pela via da dependência. São muitos os que chegam dependentes de alguém ou de algo que empreste o sentido da vida. A escritora Clarice Lispector em um recorte ensina que “até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso. Nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro” (LISPECTOR, n.d., 1948). Questionar os alicerces do sofrimento psíquico é algo que exige delicadeza, como num trabalho artesanal, onde cada detalhe precisa ser considerado parte fundamental do processo de criação.

Ainda sobre o desamparo, estimular o trabalho psíquico em uma instituição é algo custoso. Os pacientes e seus familiares buscam a cura da doença e verbalizam o desejo por soluções rápidas e que exijam pouco esforço. O pedido de ajuda é um convite sedutor e faz surgir uma dupla perigosa: a vítima e o salvador. Quem salva quem em um hospital psiquiátrico? Sobre esse dilema, Contardo Calligaris chama a nossa atenção sobre os riscos de trabalhar em prol da cura: “o sofrimento psíquico é como uma massinha de modelar de nossa infância; você não a quer num determinado quatinho da casa de boneca, empurra com força, consegue desloca-lá, mas ela não sumiu, apenas se insinuou pelas frestas e reaparece no quarto ao lado” (CALLIGARIS, 2008, p.70).

Pelos corredores do hospital a batalha pela cura ocupa um lugar de destaque e alimenta um clima de imediatismo e superficialidade. Como medir o sofrimento ou identificar o sentimento do outro? Como saber a causa ou origem de determinado comportamento? Quando ouvimos um paciente podemos levantar várias hipóteses a respeito do seu sofrimento psíquico, mas somente a própria pessoa poderá falar de si com propriedade.

Uma queixa comum entre os pacientes é a dificuldade para dormir, sendo recorrente a prescrição de medicações para o sono. Certa vez, ao investigar essas dificuldades em um grupo, percebi que se tratava de uma resistência em aceitar que o sono não acontece de forma automática. Alguns pacientes não suportavam esperar uma ou meia hora para o sono chegar, desejavam que ao deitar na cama o sono fosse imediato. Outros relatavam o incomodo de acordar as cinco ou seis da manhã, não considerando que tinham dormido o suficiente, uma vez que

adormeciam por volta das vinte ou vinte e uma da noite. Os prejuízos da medicação desnecessária são muitos, mas o principal é o efeito sedativo no dia seguinte, privando a pessoa de viver as experiências de forma plena. Ao apontar essa limitação aos pacientes, alguns conseguiram se descolar da dependência dos remédios, dando notícias futuramente das vantagens de reaprender a dormir.

A bússola na viagem pelo inconsciente é transferência, instrumento que permite suportar o desconforto e estranheza das notícias da vida psíquica. No texto *Recordar, Repetir e Elaborar*, Freud construiu o pensamento de que “a transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para a outra é efetuada”. Continua, “a partir das reações repetidas exibidas na transferência, somos levados ao longo dos caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada” (FREUD, 1914, p.170).

No grupo terapêutico busco fazer intervenções que favoreçam o questionamento, colocando em dúvida verdades e crenças que distanciam o sujeito da construção de um saber genuíno sobre si mesmo. É recorrente pacientes que perguntam a causa de determinado sofrimento, acreditando que exista “a resposta milagrosa”. Uma vez ou outra faz-se necessário trabalhar o que chamo de psicoeducação, através do compartilhamento de informações, considerando que muitas pessoas chegam no hospital carentes de referências. Afinal, devolver uma pergunta para o grupo é abrir espaço para novas questões, instigando a curiosidade, proporcionando um olhar mais amplo sobre o sofrimento humano e deixando cada vez mais distante o acalento de uma certeza que não tem nada a dizer.

Adriano Soares Amaro

Curitiba, 25 de novembro de 2022

BIBLIOGRAFIA

CALLIGARIS, Contardo. Cartas a um jovem terapeuta. Rio de Janeiro: Campus, 2008, p. 70.

FREUD, Sigmund (1914). Recordar, Repetir e Elaborar. In Sigmund Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol XII). Rio de Janeiro: Imago, 1980, p.170.

LACAN, Jacques (1955). Função e campo da fala e da linguagem. In Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 314.

MONTERO, Teresa (org.). Correspondências, Clarice Lispector. Rio de Janeiro: Rocco, 2002. Nota: Trecho de carta escrita a Tania Kaufmann, em 6 de janeiro de 1948.