

UM OLHAR A MAIS: CONSTRUÇÃO DO TRABALHO PSICANALÍTICO NA SITUAÇÃO DA PERDA DA VISÃO DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR

The Look that Can See Further: Psychoanalytic Work about the Loss of Vision in the Context of General Hospital

Una Mirada a los Más: La Construcción del Trabajo Psicoanalítico en Situación de pérdida de la Visión en el Ambito Hospitalario

Un Regard sur le Plus : La Construction du Travail Psychoanalytique en Situation de perte de la Vision dans le Milieu hospitalier

Artigo Original

RESUMO

O objetivo desse artigo foi fazer um relato da experiência de implantação do serviço de atendimento psicológico de abordagem psicanalítica lacaniana em um hospital geral de alta complexidade da cidade de São Paulo - Brasil - especificamente junto a pacientes oftalmológicos. Utilizou-se também o recurso do relato de um recorte clínico para ilustrar especificidades do atendimento a esses pacientes. O trabalho do psicanalista no contexto hospitalar apresenta características distintas do trabalho tradicional de reabilitação visual e exige segurança quanto ao posicionamento clínico-epistemológico, bem como Ético, para conduzir adequadamente situações em que se observa a emergência de grande angústia, tanto para o paciente, quanto para a equipe de saúde multiprofissional. Observou-se uma articulação entre a construção do trabalho de implantação do serviço de atendimento psicológico de abordagem psicanalítica (estabelecimento da transferência na equipe de saúde) e a possibilidade de que a equipe de saúde vislumbre a necessidade de atendimento psicológico dos pacientes acometidos por perda paulatina ou abrupta da visão, fazendo o encaminhamento adequado para acompanhamento multidisciplinar. Nesse sentido o atendimento aos pacientes pode passar a abarcar a complexidade necessária para garantir o acolhimento das necessidades complexas dos sujeitos envolvidos, para além do campo biomédico.

Palavras-chave: psicologia da saúde, psicanálise lacaniana, oftalmologia, interdisciplinaridade, perda da visão.

ABSTRACT

The aim of this article was to transmit the experience of a psychological service (Lacanian psychoanalytic approach) in a general hospital of high complexity of São Paulo city- Brazil - with patients with eye problems. We also used a narrative construction to illustrate specific clinical issues. Psychoanalyst's work in hospital settings presents distinct characteristics of the traditional visual rehabilitation work. It also requires clinical, epistemological and Ethical posture to address properly situations in which we observe the emergence of great distress for both the patient and multidisciplinary health team. It was observed a link between the construction of psychological service work (establishment of transference in the health team) with the health team posture, especially when they are able to understand patient's with gradual or abrupt vision loss need for psychological care, referring appropriate multidisciplinary approach. Accordingly this patient care model can embrace the complexity to ensure individual's appropriated treatment, beyond biomedical field.

Keywords: health psychology, lacanian psychoanalysis, ophthalmology, interdisciplinarity, loss of vision.

Karina Franco Zihlmann⁽¹⁾

1) Docente da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista. Mestre e Doutora em Saúde Pública pela FSP-USP. Psicóloga Hospitalar. Responsável pela cadeira de Psicossomática e Psicologia Hospitalar.

Recebido em: 04/09/2013

Revisado em: 02/06/2014

Aceito em: 28/06/2014

RESUMEN

El objetivo de este artículo fue presentar una experiencia de implementación de un servicio psicológico con enfoque psicoanalítico lacaniano en un hospital de alta complejidad de la ciudad de São Paulo-Brazil, específicamente con pacientes oftalmológicos. Es también función de este informe hacer un recorte clínico para ilustrar aspectos específicos del servicio con estos pacientes. El trabajo del psicoanalista en el contexto del hospital presenta características distintas del trabajo de rehabilitación visual tradicional y requiere una postura segura en relación a lo enfoque clínico-epistemológico y Ética para llevar a cabo adecuadamente situaciones en las que señalaron la aparición de gran angustia, tanto para el paciente como para el equipo de salud multidisciplinario. Hay un vínculo entre la construcción del trabajo de implementación con un enfoque psicoanalítico (establecimiento de la transferencia en el equipo de salud) y la posibilidad de que el equipo de salud vislumbre la necesidad de atención psicológica de pacientes afectados por la pérdida brusca o gradual de la visión, haciendo el necesario encaminamiento de seguimiento multidisciplinario para el servicio. En este sentido la atención del paciente puede abarcar la complejidad necesaria para asegurar la recepción del complejo de las necesidades de los sujetos involucrados, más allá del ámbito biomédico.

Palabras-clave: psicología de la salud, psicoanálisis lacaniano, oftalmología, interdisciplinariedad, pérdida de la visión.

RÉSUMÉ

Le but de cet article était de rendre compte de l'expérience de l'introduction de la prise en charge psychologique des services d'approche psychanalytique lacanienne dans un hôpital général d'une grande complexité de la ville de São Paulo - Brésil - en particulier par les patients ophtalmiques. Nous avons également utilisé la fonction de signaler une coupure clinique pour illustrer spécificités de la prise en charge de ces patients. Le travail du psychanalyste dans le cadre de l'hôpital possède des caractéristiques distinctes du travail traditionnel de la réadaptation visuelle et nécessite une certitude quant à la position clinique et épistémologique et éthique, pour mener à bien des situations où il ya l'émergence d'une grande détresse pour le patient, comme pour l'équipe de santé pluridisciplinaire. Il y avait un lien entre la construction de l'ouvrage de la mise en œuvre de l'approche psychanalytique de traitement psychologique (établissement de transfert dans l'équipe de santé) service et la possibilité que l'équipe de soins de santé ont besoin d'entrevoir la prise en charge psychologique des patients touchés par la perte progressive ou vision brusque, faisant référence appropriée à une approche multidisciplinaire. En conséquence les soins aux patients peut aller à embrasser la complexité nécessaire pour assurer la réception des besoins complexes des personnes concernées, au-delà du domaine biomédical.

Mots-clés: psychologie de la santé, psychanalyse lacanienne, ophtalmologie, l'interdisciplinarité, perte de la vision.

Introdução

*O amor é cego.
Em terra de cego, quem tem um olho é rei.
Mais cego é aquele que não quer ver.
Amor à primeira vista.
Olho por olho, dente por dente.
Uma visão de mundo, uma perspectiva, um ponto de vista.
Um tiro às cegas.
Ver com “bons olhos” é ver com os “olhos do coração”.*

Estas expressões emblemáticas mostram uma articulação muito especial do sujeito - seu “ver” e o seu “olhar” - em relação ao mundo. É possível compreender, com essas expressões, que a palavra - produção que fura o “silêncio sem fim” do Outro, bem como o olhar, são dois oráculos que, enlaçados, interrogam ao homem sobre o que se passa pela boca e pelo olho.

A história da medicina permite observar uma inflexão quanto à construção do conhecimento sobre como ocorre o processo da visão. Nos conceitos da ótica pré-kepleriana a visão seria produzida a partir de uma “luz que sai do olho”, ou seja, o olho como sendo uma espécie de “portador de uma potência do olhar”. Esse conceito foi questionado por Kepler, a partir da intuição de Alhazen (no Século XI) o qual passa a compreender que, na verdade, o olho refrata os raios luminosos emitidos pelos objetos. Essa “correção técnica-histórica” não parece ter vencido a resistência do senso comum que continua a considerar que alguma coisa “sai do olho” enquanto portador de uma “potência do olhar” ou, ainda, que o olho esteja carregado de afetos (Assoun, 1999).

No que diz respeito aos processos inconscientes, essa ideia permanece incólume: os olhos são as “janelas da alma”, capazes de ver - e permitir que vejam - o que está para além do visível. Não é, portanto, da visão que estamos falando, mas sim de outro objeto: o olhar. Nesse contexto a construção de um trabalho psicanalítico junto a sujeitos que perderam (ou perderão) a visão, apresenta, em si, dificuldades e meandros que podem ser ilustrativos desse objeto olhar em causa. Haveria, portanto, alguma especificidade na instauração do campo transferencial no que concerne o trabalho com esses sujeitos?

Esse artigo pretende fazer um breve relato da experiência de implantação de serviço de atendimento psicológico (de abordagem psicanalítica lacaniana) em um hospital geral de alta complexidade, especificamente junto a pacientes oftalmológicos. Para tal, faremos a explanação de um recorte clínico que clarifica algumas especificidades

desse trabalho.

Para transmitir essa experiência torna-se importante destacar que a implantação de um serviço de atendimento psicológico no contexto hospitalar não depende unicamente da demanda de atendimento psicológico dos pacientes da clínica em questão, mas também necessita do estabelecimento de um campo transferencial junto à equipe multidisciplinar. Isso significa que deve se estabelecer uma demanda de um saber dirigido ao psicanalista (Silvestre & Silvestre, 1987) que esteja para além do saber que esta equipe já possui (no caso, o saber do campo biomédico).

Essa demanda de saber na equipe de saúde pode ocorrer em relação a um “não saber” quanto ao sofrimento emocional do paciente que perde - em parte ou totalmente - sua capacidade de enxergar, na medida em que a equipe médica consegue responder ao paciente com um saber apenas no que concerne aos aspectos objetivos e biológicos. O problema é que esta demanda da equipe nem sempre está claramente formulada, ou seja, quando a equipe se depara com o sofrimento emocional dos pacientes, muitas vezes se “des-responsabiliza” e adota mecanismos de defesa para recalcar as angústias suscitadas pela constatação desse sofrimento. Assim, fenômenos que parecem “coisas diferentes” são, na verdade, articuladas: 1- A construção de um campo transferencial psicanalítico com equipe de saúde nesse contexto e, 2 - O atendimento psicanalítico dos pacientes. Isso se deve ao fato de que, o segundo só acontece se, e somente se, a equipe puder entender que o atendimento psicológico do paciente tem uma função, para além do seu escopo de saber. Isso significa que a presença de um psicanalista na equipe de saúde faz com que se inclua um “saber novo”, de outra ordem, que visa tratar justamente daquilo que a equipe “não sabe” ou “não sabe fazer” (Silvestre & Silvestre, 1987). O trabalho que procurei estabelecer junto a esta equipe de saúde teve duas etapas:

1- O primeiro passo foi conhecer de que sofrem os pacientes, na medida em que não se trata de um sofrimento qualquer, mas um intenso sofrimento, ligado a uma situação altamente debilitante: a perda da visão. De que sofrem os pacientes que, de um modo ou de outro, vão ter que se haver com a falta que denuncia a articulação/vacilação entre visão e olhar? Costumamos tomar a questão da visão como uma dicotomia: ou enxergamos ou não. Mas o trabalho com esses pacientes nos coloca diante de uma realidade cheia de sutilezas:

- Há pacientes que podem enxergar, mas não enxergam;
- Há pacientes que enxergam mal e precisam de óculos ou de um transplante;
- Pacientes que nunca enxergaram;

- Pacientes que um dia enxergaram e perderam a visão de forma paulatina;
- Pacientes que ainda enxergam, mas perderão a visão paulatinamente;
- Pacientes que um dia enxergaram e perderam a visão de forma abrupta (por um trauma, por exemplo);
- Pacientes que enxergam muito bem, com um olho;
- Pacientes que enxergam mal, com baixa visão (em um ou os dois olhos);
- Pacientes que enxergam, mas vão perder a visão em função de uma doença (tumores), de forma paulatina ou abrupta;
- Pacientes que enxergam, tem um câncer e vão perder a visão, para não perder a vida (por exemplo, nos casos em que há necessidade de evisceração ou amputação ocular).

Quem são estes pacientes? São bebês, crianças, adolescentes, adultos, idosos. Cada qual com sua história pessoal e familiar, tendo que se haver com a perda inexorável da visão. Essa enumeração de “tipos de pacientes” pode ilustrar a diversidade de situações que os sujeitos podem enfrentar, cada qual com suas especificidades, quando diante a perda visual. Em cada um dos casos, há um sofrimento específico, não só pelo tipo de patologia ou a forma como esta ocorreu, mas também pela forma como o sujeito é capaz de se posicionar, a priori, diante de suas perdas, desejo inconsciente ou sua posição diante do objeto olhar.

2- O segundo passo foi compreender o que a equipe de saúde esperava de um trabalho psicológico junto aos pacientes e o que esta pensava sobre o sofrimento emocional dos pacientes. Busquei explicitar se havia uma demanda de encaminhamento para atendimento psicológico dos pacientes ali atendidos. O que encontrei nesta equipe, a princípio, foram duas posturas: a primeira foi uma tentativa de desqualificar o trabalho do psicólogo e de deixar claro que minha presença era, não apenas desnecessária como também desconfortável para alguns. A segunda foi absolutamente oposta: minha vinda foi tomada como a chegada de um “messias” capaz de salvar de todos os males e angústias. Em outras palavras, observaram-se mecanismos de resistência ou de empuxo ao imaginário sobre a suposta “potência do psicanalista”, tão comuns em qualquer processo psicanalítico.

Sendo assim, a instauração de um trabalho psicanalítico em uma instituição hospitalar obedece ao mesmo processo do estabelecimento da transferência em um tratamento psicanalítico. Lacan (2003b) situa o princípio fundante da psicanálise com a constituição da transferência. Quinet (1991) propõe então, a partir de sua leitura de Lacan, que

“No começo da psicanálise é a transferência e seu pivô é o sujeito suposto saber” (p. 30), mas a transferência não é uma função do psicanalista, mas sim, uma função do analisante, ou seja, é este que coloca o psicanalista em uma determinada posição de saber. Quinet (1991) nos lembra, ainda, de que a função do psicanalista é saber manejar essa transferência advinda do analisante. O analisando demanda algo porque sofre e ele não demanda a qualquer um, mas a alguém que supostamente sabe o que fazer com seu sofrimento. Para que esse encontro aconteça, há que haver alguém que oferece algo, ou seja, um tratamento para um sofrimento. É por esse motivo que Lacan (citado por Quinet, 1991) inverte uma máxima capitalista (“deve-se produzir um produto a partir de uma demanda de consumo”) e diz que “é com a oferta que se produz a demanda”. Isso significa que com a presença de um psicanalista se produz a demanda de análise. Lembremos que não é o psicanalista que produz o sofrimento, mas é ele quem, com sua presença, “desperta” a possibilidade de o sujeito fazer algo com esse sofrimento, outrora intocável.

Silvestre e Silvestre (1987) comentam que a hipótese do inconsciente é necessária para explicar a transferência. O inconsciente é um lugar de um saber, que afinal escapa ao sujeito (ou que ele prefere não saber, em função do recalque). Isso é fundamental, pois para haver demanda de análise, há que haver sofrimento e um questionamento (que saber é esse que o sujeito desconhece e, no entanto, o determina?). O início da transferência é o reconhecimento desse estranho saber dirigido como questão a um psicanalista. Se o sujeito não sabe de si mesmo, ele acaba por deduzir que quem sabe é o Outro. O psicanalista ocupa esse lugar de Outro, um lugar de suposto saber, no qual o analisando deposita sua confiança. Quanto a este “suposto saber”, Quinet (1991) nos lembra de que a posição do psicanalista não é de saber, nem tampouco a de compreender o paciente, pois se há algo que ele deve saber é que a comunicação se baseia em um “mal-entendido” fundamental. A posição do psicanalista é aquela que Lacan chamou de “douta ignorância”,¹ cunhado por Nicolau de Cusa (século XV) como um saber mais elevado e que consiste em conhecer seus limites. Trata-se de um convite à prudência e à humildade, bem como à prevenção da ideia de um psicanalista que pretenda assumir a posição de saber absoluto. Portanto, podemos destacar a concepção de sujeito suposto saber proposta por Quinet (1991), segundo a qual: “O sujeito suposto saber, fundando os fenômenos da transferência, não traz nenhuma certeza ao analisante de que o analista saiba muito – longe disso! O

1 O termo “ignorância douta” foi cunhado por Nicolau de Cusa (século XV) como um “saber mais elevado e que consiste em conhecer seus limites”. Trata-se de um convite à prudência e à humildade, bem como à prevenção da ideia de um psicanalista que pretenda assumir a posição de saber absoluto.

sujeito suposto saber é perfeitamente compatível com o fato de ser concebível pelo analisante que o saber do analista seja bem duvidoso” (p.33).

Devemos distinguir duas vertentes da transferência. Na primeira vertente, típica das entrevistas preliminares, a demanda formulada pelo analisando é a demanda transitiva (demanda de algo como, por exemplo, livrar-se do seu sintoma) e, para que ocorra uma análise, o psicanalista tem que escutar o que o analisando diz, sem que seus próprios estados subjetivos interfiram nessa escuta. Por isso, Silvestre e Silvestre (1987) dizem que o trabalho do analista (na direção do tratamento) está mais para objetividade do que subjetividade e com isso ressaltam que na direção de uma análise a subjetividade em questão é a do analisando. Na segunda vertente, quando do estabelecimento do sujeito suposto saber, surge então uma demanda intransitiva (demanda de amor, de presença). O analisando confia algo ao psicanalista, supondo que ele saiba sobre seu inconsciente, mas o psicanalista nada sabe disso, pois ele depende da fala do analisando. Assim, ele é ignorante (a “douta ignorância”) e essa ignorância lhe é útil, pois permite que o analista não se deixe engodar pelo amor que lhe é dedicado, permite que ele suporte os sentimentos de amor sem se afetar ou responder. O psicanalista sabe que é o alvo de um amor, mas não pelos seus atributos pessoais: trata-se de uma manobra inconsciente do analisando. É por esse motivo que Lacan diz que a resistência é do psicanalista: se ele interpõe sua subjetividade, surgirá a resistência e o entrave ao tratamento (Quinet, 1991).

Nessa segunda etapa do tratamento, surge o amor de transferência, ou seja, aquilo que está ligado à presença do psicanalista e à função que ele ocupa no tratamento. Silvestre e Silvestre (1987) apontam, ainda, que “o analisando ama seu analista por causa do que lhe confiou quando decidiu começar sua análise” (p.97). Isso quer dizer que quando o analisando começa sua análise, confiou ao psicanalista tudo o que ele não sabia de si. Ele confia ao seu psicanalista, como um depósito em envelope fechado, o que ele tem de mais querido e precioso (sentido de sua existência, significação do seu ser, o segredo, a verdade do seu desejo, ou a prenda do que constitui o seu gozo).

O desencontro entre os sujeitos pode ser então, superado por meio do amor. De que forma? O psicanalista “ama o analisando” ao se permitir entrar em uma relação onde sua própria subjetividade fica excluída, ou seja, ele não se coloca como outro sujeito nessa relação. O psicanalista não é neutro, pois está submetido ao imperativo da condução do tratamento e por causa disto, não há “simetria” ou “reciprocidade” em um processo psicanalítico.

O problema é que o sujeito que demanda uma análise é justamente aquele que foi destituído do conforto do

recalcamento. Ele recorre ao psicanalista para conhecer as razões de seu sofrimento, mas isso pode ser tão doloroso quanto os sintomas que o levaram à análise. Na primeira etapa da análise, ao confiar as causas de seu desconforto ao psicanalista, estabelece-se um novo equilíbrio e um alívio provisório. No segundo momento, o analisando pede que o psicanalista fique com os conteúdos inconscientes que outrora lhe confiou. No primeiro tempo, houve uma convocação ao saber e no segundo, surge o amor como uma forma de manter a relação da forma como está, ou seja, “o analisando ama seu analista para que ele se cale sobre o que lhe confiou” (Silvestre & Silvestre, 1987, p. 100).

Mas o que tem o sintoma a ver com o saber? Como um analisando sai do “engodo” com o sintoma e chega ao desejo de saber sobre o sintoma? Quinet (1991) explicita a articulação entre a função sintomal com o campo do desejo de saber. Na segunda vertente da transferência, quando surge o desejo, sob a forma de questão, o analisante responde com amor. Cabe ao analista fazer surgir nessa demanda a dimensão do desejo que está conectado ao estabelecimento do sujeito suposto saber. O sujeito suposto saber corresponde à demanda do analisando como um “sujeito suposto desejar”, ou seja, ele responde fazendo aparecer uma dimensão do desejo, como um desejo do Outro, e leva o sintoma à categoria de enigma pela ligação implícita do desejo com o saber. Como comenta Quinet (1991) “Não basta a demanda de se desvencilhar de um sintoma (primeira vertente da transferência); é preciso que este apareça ao sujeito como um ciframento (segunda vertente) – portanto, como algo a ser decifrado – na dinâmica da transferência, pelo intermédio do suposto saber” (p.34).

Outra articulação fundamental é a do amor de transferência com o objeto de desejo. Quanto a isto, Quinet (1991) destaca que o amor de transferência visa algo, ou seja, ele quer saber. Lacan define “transferência como um amor que se dirige ao saber” (Silvestre e Silvestre, 1987, p. 92). Mas o objetivo final desse amor de transferência, como o de todo amor, não é o saber, e sim o objeto causa de desejo, o *objeto a*. Esse é o objeto que confere à transferência o seu aspecto real. O *objeto a* funciona como algo que vem obturar a falta constitutiva do desejo, como algo que tenta obturar o enigma do sexual. Quinet (1991) nos explica que “O analista deve assumir uma posição diferente (recusando responder a demanda de amor e de saber)- deve consagrar-se a *agalma*² – essência do desejo. O analista deve estar

disposto a pagar o preço de se ver reduzido, ele e seu nome, a um significante qualquer, em nome desse agalma, no qual Lacan reconheceu o *objeto a* como um *mais-gozar* em liberdade e de consumo mais curto” (p. 36).

Na primeira vertente da transferência, ocorre abertura do inconsciente, na segunda, ocorre o fechamento. A abertura do inconsciente exige do analista uma discreta presença, na forma da interpretação que sublinha ou pontua o que o analisando diz. Na segunda vertente, perante a presença do amor, a palavra interpretativa se interrompe e surge o silêncio. Nesse ponto da análise, a descrição do analista não tem mais razão de ser, pois a presença do amor é suficiente para lhe conferir um peso maciço, uma presença sem precedentes para o sujeito. Caso o sujeito encontre vestígios de seus amores infantis (objetos de fixação) nessa presença do analista, cabe ao mesmo tentar desmarcar-se disso. Silvestre e Silvestre (1987) retomam Freud (1893-1895/1996) ao propor que “um desprendimento precisa se operar”, num sentido quase cirúrgico: o psicanalista será então o resíduo do processo de transferência.

Especificidade da construção do processo transferencial na clínica oftalmológica

Há algumas especificidades do trabalho do oftalmologista em um hospital público: este especialista examina os olhos do paciente, o que não implica que o paciente tenha que “se despir”. Por isso os atendimentos ocorrem de forma coletiva, com vários pacientes na sala ao mesmo tempo. Isso tem implicações lógicas quanto à questão da privacidade do atendimento, e mais, sobre a possibilidade de que o oftalmologista possa oferecer aos pacientes um trabalho mais individualizado.

Houve, há alguns anos, uma pesquisa de opinião entre os pacientes do hospital em questão. Nessa pesquisa foi perguntado aos pacientes qual a clínica onde eles se sentiam melhor atendidos e a resposta foi curiosa: na Clínica Oftalmológica, pois os “*médicos olham nos olhos*” (sic). Esse tipo de resposta denota a falta de compreensão desses pacientes quanto à importância do que é um verdadeiro trabalho individualizado. Trago essa ilustração para mostrar que lançar um “olhar” sobre o sofrimento do paciente (que se mostra tão vulnerável) é o verdadeiro desafio do trabalho.

Embora a maioria dos profissionais da clínica pudesse tomar a perda visual como um problema digno de cuidados psicológicos (pois afinal causavam sofrimento ao paciente), havia em seus encaminhamentos um questionamento

escondiam um objeto precioso. Lacan comenta que Alcebiades é seduzido pelo agalma de Sócrates. O termo agalma é, portanto, útil se for capaz de evocar a irreduzibilidade do desejo naquilo que a demanda de amor comporta de enigmático.

2 No dicionário Kaufmann (1996) o termo agalma, a partir do grego, pode ser traduzido como ornamento, tesouro ou objeto de oferenda aos deuses. Esse termo foi usado na conceituação lacaniana como ponto pivô do conceito de objeto causa de desejo ou objeto a. No Seminário sobre a Transferência, Lacan comenta o Banquete de Platão e situa o objeto do desejo como carregado de um peso de símbolos e de trocas, que pode ser comparado como a um Sileno, ou seja, como estatuetas que funcionavam como receptáculos que, malgrado a grotesca aparência externa, em seu interior

sobre os limites de minha intervenção, na medida em que o trabalho desenvolvido não era de reabilitação visual propriamente dita. O trabalho do psicanalista, nesse contexto, se desenvolveu ao mostrar para a equipe de saúde que a sua possibilidade de colaboração na clínica era mais que o atendimento psicológico aos pacientes: desse lugar transferencial em construção, o psicanalista poderia resgatar o “olhar que está para além do ver”.

Nesse processo, um fenômeno interessante começou a ocorrer nos contatos com a equipe médica no ambulatório: alguns profissionais passaram a “convidar” o psicanalista para examinar os olhos dos pacientes no oftalmoscópio. Intrigada com esse convite, que coloca o psicanalista em uma nova “posição”, foi possível interpretar esse pedido da equipe médica como sendo sua necessidade de que alguém pudesse ser capaz de “ver” (de se colocar nesse lugar) a implicação do oftalmologista quanto à questão da (des)articulação do ver e do olhar. Ficou evidente que o profissional “ao examinar os olhos ou ao ver no oftalmoscópio” tem que se haver com o que está para além do visível ou do vidente, ou seja, o objeto olhar e que, enfim, não sabe o que fazer com isso. Trata-se de um pedido dirigido ao psicanalista, enquanto detentor de “um suposto saber fazer” com isso que lhes interpela. Em outras palavras, em relação ao trabalho com essa equipe começa a surgir um significante qualquer que se destaca e coloca a psicanalista como “alguém que sabe sobre essa questão da articulação visão/olhar” e que permite o início de uma relação transferencial, marcada por um gesto significante que inaugura um endereçamento.

Nesse processo o psicanalista deverá “criar uma demanda a partir de sua presença”, deve fazer *semblant* de saber por meio da *douta ignorância* e assim, ocupar o lugar de “suposto saber”. Da mesma forma, deve não se deixar engodar pelo amor que lhe é dedicado, suportar os sentimentos de amor sem se afetar ou responder. O psicanalista sabe que é o alvo de um amor, mas não pelos seus atributos pessoais. O próximo passo é transformar essa demanda transitiva (de saber sobre o sofrimento) em uma demanda intransitiva (de amor) e assim, como comenta Quinet (1991), o analista deve assumir uma posição diferente, recusando responder a demanda de saber e de amor. Isso implica que ele deve estar disposto a pagar o preço de se ver reduzido a um significante qualquer. Sendo assim, o psicanalista assume o lugar de *agalma*, objeto precioso de permite vislumbrar a irredutibilidade do desejo humano. Essas manobras permitirão o surgimento de uma nova demanda, uma demanda de saber a respeito do sintoma e, ao final, o surgimento do objeto de desejo que se colocava, desde o princípio, como questão enigmática.

Um olhar a mais sobre a perda da visão

O que um psicanalista tem a oferecer quanto ao problema da articulação/vacilação entre a visão e o olhar? Quanto à articulação da psicanálise sobre a questão do olhar, trazemos uma definição que nos parece útil: Assoun (1999) nos lembra de que o homem é “sobretudo, aquele que o Outro olha sem controle” (p. 11), é aquele que é visível pelos outros. E quem é o grande Outro? O grande Outro é aquele que “nenhum olhar controla”. Para o sujeito, uma vez visível, o jogo está feito, não pode mais fugir de ser virtualmente olhado e seu olhar não poderá furtar-se ao campo do visível. O homem é assim, condenado a ser olhado e a lidar com o fazer-se olhar. Isso sem dúvida é fundamental, pois há, aí, no olhar, algo que fundamenta o sujeito e suas relações no mundo. Essa relação é também fundamental para a intervenção psicanalítica com esse sujeito.

Por que essa questão do olhar se torna tão fundante quando pensamos a clínica psicanalítica? Aprendemos na clínica da histeria de Charcot, a preeminência do olhar, no qual o médico se vale da potência do olhar, “olha nos olhos” e hipnotiza. Freud também “bebeu dessa fonte”, mas seu próprio percurso - a experiência freudiana com as histéricas - possibilitou a passagem que vai do “dar a ver” à experiência radical de um sujeito diz e que vai “se ouvir dizer” (Freud, 1893-1895/1996). Desta forma, a psicanálise interroga a dupla pertinência do sujeito à ordem do olhar e à ordem da palavra, e, além disso, a psicanálise “flerta” com o *in-visível* e com o *im-pronunciável*.

Lacan acrescenta à lista de Freud, dois objetos: o olhar e a voz, como objetos pulsionais, no mesmo nível dos objetos freudianos (objetos oral, anal e o objeto fálico). Destes objetos, o olhar e a voz, Lacan faz a ilustração, ou mesmo encarnação, do que ele chamou de *objeto a*. Assim, olhar e voz se encontram implicados, há uma “afinidade”, pois lá, onde um se encontra, o outro nunca está longe. Mas a experiência evidencia um contraponto: fechar os olhos é o melhor meio de apurar a escuta, como se fosse preciso “calar” um para fazer o outro mais presente (Assoun, 1999).

O sintoma fala de uma “dis-função”, quando se descortina para o sujeito que o olhar não está no olho, justamente quando o olhar “salta” ou “falta” do olho. Isso também é perceptível quanto à voz, pois quando a voz não está na garganta, a cavidade não vibra como deveria e não produz o que deveria, temos uma “dis-função”. A interrupção da função, cegueira ou mudez/surdez denuncia a falência dos suportes ópticos e fonador, produzem angústia, “o afeto que não engana” (Lacan, 2005, p.84) e também produzem, de resto, um olhar a mais e/ou um silêncio invasor. O sintoma deixa falar do “olhar que evadiria o olho” e da “voz que escapa de seu lugar”.

Na cegueira conversiva (histérica) fica evidente o par “ver aí/não ver aí” que se passa pela linha fronteira inconsciente/consciente. Nesse ponto, o olho sofre uma consequência psíquica, notadamente de afetos e o sujeito torna-se “cego” (não vê aí nada) embora seu olho não tenha qualquer alteração orgânica. Trata-se do que Freud (1891/1996) denominou de fenômeno da dissociação, em que o sujeito se depara com o desmembramento da visão a partir de um “estar de fora”. Esse fenômeno fez com que Freud pudesse perceber o que ele chamou de “destino perverso do olho”: o olho não se contenta em preencher sua função animal de monitoração do mundo exterior, como um guardião, mas adota um desvio de função e o olho acaba “de olho” no corpo do outro, enquanto objeto erótico. O olho, assim, “despe com o olhar”. Quanto às relações entre o olhar e o objeto erótico, Assoun (1999) comenta que “É para preencher sua função de objeto erótico que o olhar advém ao olho. Tal é o outro – objeto - aquele que eu convoco, que não posso contentar-me por vê-lo: é preciso que eu o olhe, ele exige de mim um olhar. O Outro quer que eu me fenda por um olhar” (p. 24-25).

Assoun (1999), em sua pesquisa sobre o olhar e a voz, se pergunta “o que é um olho e o que é necessário para que o olhar passe para o outro lado do campo visual?” (p. 35). Ele responde, a partir da clínica da histeria, que o olho “goza por sua própria conta” (p. 35). Quando o olho vai além da sua capacidade visual de “autoconservação” (como na teoria freudiana) e quando o olhar “cai” sob a atração do objeto erótico mirado (corpo do outro), torna-se impossível separar o visível do invisível: o olhar “se nubla”, o invisível se mistura ao visível e vendo de “perto demais”, deixa-se de ver o que quer que seja. É assim que a sabedoria popular se apropria desse saber quando cita “o amor é cego”, “quem ama o feio, bonito lhe parece”, entre outros.

Quando não se vê mais nada, quando o sujeito está “cego”, ele tem que se deparar com a questão do olhar, ou seja, com essa relação de conjunção/dissociação entre objeto de autoconservação e objeto erótico. Trata-se de um objeto que “resta”, que está “para além do visível”: o que sempre foi invisível aos olhos e, no entanto, um dia foi visto pelo sujeito desejante. Esse objeto foi, e sempre será, algo que “cegou” ao sujeito.

Essa articulação teórica incide de forma impactante sobre o sujeito que não pode mais ver, ou seja, o sujeito “cego”. O que acontece nessa situação? Em termos gerais, observamos que o sujeito procede a uma espécie de “salto” que o leva a ter que buscar além da visão e se valer de sua capacidade de “olhar”: ele “olha” para poder “ver” alguma coisa. O mais surpreendente é que, não é incomum o sujeito ser capaz de perceber o que muitas vezes é quase imperceptível para os que podem enxergar. Não é incomum o paciente ser capaz de “ver” além do que pode ser visto,

ver o invisível. Isso é arrebatador para quem escuta, pois há na fala desses sujeitos, um advento com a palavra, com a voz articulada ao olhar. O sujeito que não enxerga “entrega” na palavra que está em jogo, em sua fala, um gozo que a palavra permite transmitir, aquilo que escapa e está para além da palavra. Essa fala denuncia um mais além e um psicanalista tem em seu arcabouço teórico um saber específico para lidar com esse objeto olhar de forma distinta do médico.

Apresentaremos agora um recorte clínico sobre uma paciente que um dia enxergou e perdeu a visão de forma abrupta. A paciente será chamada pelo pseudônimo Madalena, o qual foi por ela escolhido, na ocasião da autorização da publicação do caso.

Na enfermaria da clínica oftalmológica não se falava de outra coisa. Várias pessoas da equipe de saúde pediram que eu atendesse a “pobre moça”. Não perguntei, mas a estória foi sussurrada aos meus ouvidos: “a ex-mulher do namorado dela mandou jogar ácido nela e ela pode ficar cega! Ninguém merece uma coisa dessas. Era melhor ter matado”.

Fui até o quarto e vi que a paciente estava deitada. Ela tinha dois copinhos de plástico sobre os olhos. Lembrei-me que a equipe médica improvisa com copinhos de plástico no caso de perda das pálpebras. Aproximei-me e me apresentei.

Madalena³ disse que, de fato, iria precisar de atendimento psicológico. E riu um riso triste. O marido, Jesus, lhe segurava a mão. Ele olhou para mim e agradeceu, perguntando se eu queria que ele sáisse. Disse-lhe que seria bom conversar a sós com Madalena, caso ela quisesse. Quando ele saiu, Madalena começou a falar, de forma firme sobre sua história, sobre o “acidente” (sic).

Ela contou que era um dia como outro qualquer. Ela ouviu uma moto parando em frente à sua casa e alguém bateu palmas. Ela olhou na janela e viu um homem segurando flores. Pensou “será que o Jesus resolveu mandar flores do dia dos namorados, atrasado?”. Desceu as escadas, feliz. Pegou as flores, sozinha. Enquanto cheirava as flores veio o golpe: o homem jogou o conteúdo de um vidro em seu rosto. Silêncio. Dor. Gritos. O som da moto saindo correndo. O resto ficou nublado. Não podia ver mais nada. Era dor na pele, queimação. As meninas, suas filhas pequenas, gritaram horrorizadas, vendo tudo da janela. Ela foi levada para o hospital mais próximo, mas pouco foi feito. Decidiram transferi-la para um hospital maior, mas isso demorou dois dias, que pareceram um só segundo de horror. Tudo foi tentado: lavagem, colocação de membrana amniótica nos olhos. Do ponto de vista médico, tudo foi feito. Mas era tarde. Restava esperar para “ver” como ia ficar

3 Evidentemente os nomes desse relato são pseudônimos. Os nomes foram escolhidos pela paciente que também autorizou a publicação do caso.

com o tempo. Foi durante essa espera que eu a encontrei.

A princípio sua preocupação não era consigo, mas com suas filhas pequenas: como contar, como explicar o que havia acontecido? Quanto à sua própria situação, havia muita esperança de que tudo não havia passado de um susto e que “a luz nos olhos iria voltar”.

Nos atendimentos escuto sua história: moça de família humilde, que teve poucas oportunidades na vida. Suas filhas eram de um relacionamento anterior que acabou para que ela vivesse o “grande amor de sua vida”, o atual relacionamento. Ele, Jesus, também era casado, e também rompeu seu casamento para viver esse amor. Tudo ia muito bem, até o dia do “acidente”.

Madalena pede “orientação” para mim, sobre “como” e “o que” falar para as filhas. O reencontro de Madalena com as filhas emocionou a todos na enfermaria. O tempo passa, pois foram 40 dias de internação. Durante sua internação muitos vieram lhe visitar: a história contada e recontada à exaustão. Os conselhos, os julgamentos: “também, foi se meter com o homem de outra?”. Ela contou para a psicanalista que não suportava mais o “nhenhnhem” cheio de “boas ou não tão boas intenções”.

Ela disse “engraçado, conversar com você é diferente. Não sei bem por que, mas é. Obrigada”. Quando teve alta da internação, faz o pedido de continuar os atendimentos psicológicos e relatou ter esperança de “retomar rapidamente sua vida anterior”. Na saída, em um gesto emocionante, ela pediu para tocar o meu rosto. Naquele momento lembrei que pago com meu corpo, neste lugar, com minha presença. Não pude deixar de me emocionar e ela tocou minhas lágrimas silenciosas.

Ao retornar à sua casa sente-se uma “estrangeira”, não consegue fazer nada. Sente-se frágil e dependente. E mais: teme qualquer som da rua, especialmente de motos. Esse “medo” não é um medo qualquer: a “infeliz”, como ela a chama, a ex-mulher de Jesus, continua solta e foragida, diz ela.

Durante o acompanhamento psicológico ambulatorial advém a notícia: a perda definitiva da visão e dos olhos. Seu discurso é de revolta e solidão: “como isso pôde acontecer comigo? Ninguém pode me entender! Estou em outro mundo”. Ela fala de como se sente solitária, como se ninguém pudesse acompanhá-la no lugar onde ela estava. Pontuei que esse lugar não lhe era totalmente estranho: o lugar do feminino é solitário, em seu ponto radical e singular. Sem dúvida, Madalena não apenas estava em outro mundo, mas também tinha vislumbrado o que Lacan chamou de *i-mundo* (*fora-do-mundo*)⁴.

4 Lacan comenta que o que advém da ruptura de um semblante é o gozo em seu componente de imundo ou (i)mundo, o elemento propriamente pulsional que age em favor da vida (Lacan, 2003b, p. 22)

Começa então uma nova fase: a busca pela reabilitação. Ela começa a frequentar uma escola para pessoas com deficiência visual. A princípio, a solidão diminui. Ela sente que “eles sabem o que ela está passando”, mas ela não abre mão de nossos encontros. Pela primeira vez, em muitos anos, ela pode voltar a estudar. Pouco a pouco o fascínio pelo grupo da escola declinou. Ela diz “não, eles também não sabem o que eu realmente sinto”.

Um dia ela acordou e não quis acordar. Pensou, vou tomar os remédios tranquilizantes e voltar a dormir. Tomou um, dois, três. O médico tinha receitado, pois ela não conseguia dormir direito desde o “acidente”. Ela disse que só queria dormir. Os vizinhos a encontraram, desacordada, e a levaram para um Pronto Socorro. Ela contou em sessão: “Eu expliquei para eles que eu não quis me matar não! Só queria parar de sentir tanta dor. Eu só queria dormir, sabe?”.

Jesus lhe deu todo o apoio, mas Madalena não conseguia entender porque, quanto mais ele lhe ajudava, mais ela sentia raiva (dele?). Então ela fala de um “momento de revolta”. Ela relata que fica sentindo um ódio da “infeliz” e quer se vingar. Quer mandar alguém matá-la. Só consegue falar dessa “revolta” comigo. Conta que se sente culpada por ter investido nessa relação com o marido. Quer voltar atrás, mas não consegue: embora o ame, não consegue mais “vê-lo como os mesmos olhos”. Não sabe também mais como “ele a olha”, se ele a deseja.

Madalena se pergunta: “o que foi que eu vi naquele homem?”, “Será que valeu a pena?”, “Será que ele ainda me vê como eu sou?”. Ela quer ir embora (não seria novidade, já foi capaz de abandonar outros homens), mas não sabe se é isso que realmente deseja. Não sabe como sustentar a decisão de ficar ou de ir. O que pode garantir esse amor, depois de tudo o que aconteceu? E o que aconteceu? Ela relata: “Acho que apedrejaram Madalena!”. Ela diz rindo e chorando, ao mesmo tempo: “Me responda, como posso ficar com um amor que me custou os olhos da cara?”.

Proponho uma reflexão teórica sobre o caso, dividindo esquematicamente o caso em seis momentos:

1º momento - O sujeito está situado “no mundo”, embora lide com os encontros e desencontros que isso enseja.

2º momento - O sujeito sofre um impacto da ordem do Real: o trauma da agressão aos olhos remete o sujeito ao trauma original de sua constituição, ou seja, a agressão como um advento do Real e fator precipitador de angústia.

3º momento - O sujeito passa a se situar *fora-do-mundo*, no *i-mundo*. Relata a impossibilidade de ser compreendido desse lugar singular e solitário.

4º momento - A busca pelos pares - outros sujeitos afetados pela perda visual - que também se situariam no *fora-do-mundo*. Trata-se de um apelo imaginário da busca

de completude.

5º momento - O sujeito se depara com a castração e o trauma estrutural. Com o declínio da função imaginária como suplência e surgimento da angústia, o sujeito se depara com a castração. A princípio, esse fenômeno pode ser tomado como uma fase “depressiva”, mas acredito que nesse momento o sujeito se depara elementos fundamentais e não se “acovarda perante o desejo”, ainda que sofra. Nesse sentido o apelo de “querer dormir” é significativo, mas não basta, pois ele não pode mais se impedir de “acordar” para a questão do desejo inconsciente. Isso também significa ter que se implicar em algo que não foi “acidente”: o seu desejo.

6 – Construção de um saber sobre o inconsciente. O sujeito começa a construir um saber a respeito de seu desejo, articulado à questão do olhar. Surgem, no seu discurso, elementos que mostram sua posição singular em relação à articulação/vacilação entre o ver e o olhar:

- “O que foi que eu vi naquele homem?” – No amor e do apaixonamento o sujeito não pode discernir o visível do invisível. Seu “ver” e seu “olhar” são “cegados” pelo desejo. Quando Madalena perde a visão, tem que se haver com esse “ponto cego” de seu olhar e ela se pergunta o que foi que “sustentou seu desejo” naquela época. Ela também se pergunta se ainda é capaz de sustentar esse desejo após a perda da visão.
- “Será que ele ainda me vê como eu sou?” – Da mesma forma, o sujeito que não vê, se depara com a precipitação da questão do olhar desejante do outro como uma questão. “Quem sou eu para o desejo dele e o que ele quer de mim, agora que não enxergo?”. É um deparar-se com a questão do desejo, com o agravante de que esse olhar do outro é de um outro que tem “culpa no cartório”. Na relação com esse outro, que não é apenas “causa de desejo”, mas também “causa de desejo trágico”, explicita-se o engodo da questão do desejo nessa situação trágica.
- “Como posso ficar com um amor que me custou os olhos da cara”? – Essa pergunta leva o sujeito a construir um saber a respeito de uma posição quanto ao desejo, ou seja, embora a tragédia e o Real tenham marcado presença, o sujeito tenta encontrar uma “saída” para além do trágico: uma saída singular. Destaque-se que até a publicação desse artigo, tenho notícias de que Madalena e Jesus continuam juntos. Ela se esforça, diariamente, em reconstruir sua vida. Madalena carrega consigo o desejo de superar a dor da perda. Ela parece ser capaz de “enxergar”, cada dia um pouco mais, o seu próprio enigmático

agalma.

Para articular o caso clínico apresentado com a questão da construção do trabalho transferencial psicanalítico na clínica oftalmológica, destaco que esta equipe encaminha esse caso para atendimento psicológico a partir de três constatações: 1 - A primeira é que a paciente é um sujeito que sofre e que esse sofrimento precisa ser considerado e encaminhado para um atendimento específico; 2 – A segunda é que, pela presença de um psicanalista nesta equipe de saúde, se estabelece uma oferta que permite o endereçamento da demanda de atendimento do sofrimento emocional dessa paciente. Em outras palavras: a equipe percebe que há alguém na equipe, com um saber específico, para atender essa paciente. Isso só foi possível mediante o estabelecimento prévio do psicanalista como alguém que se faz presente e mostra como e para que oferece um saber capaz de tratar o sofrimento emocional dos pacientes; 3 – Por fim, ficou evidente para a equipe multidisciplinar que o atendimento oferecido pela psicóloga trazia um diferencial que ia ao encontro de suas necessidades.

Enfim, a construção de um lugar transferencial em uma clínica oftalmológica não pode deixar de passar pela questão do objeto olhar, pois o mesmo se encontra imbricado nas relações humanas, e isso é ainda mais evidente em um lugar onde o problema da articulação/vacilação entre o ver e o olhar se faz tão contundente como é a Clínica Oftalmológica. Nesse lugar, a partir de uma construção pautada na Ética da Psicanálise, o psicanalista tem a oferecer o cuidado especial dedicado àquilo que a equipe multidisciplinar já sente em sua própria carne: um olhar a mais.

Referências

- Assoun, P. (1999). *O olhar e a voz: lições psicanalíticas sobre o olhar e a voz*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Freud S. (1996a). *Estudos sobre a Histeria*. In J. Strachey (Org.) *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. 2. Rio de Janeiro, Imago. Originalmente publicado em 1893-1895.
- Freud S. (1996b). A perturbação psicogênica da visão na concepção psicanalítica. In J. Strachey (Org.) *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. 8. Rio de Janeiro, Imago. Originalmente publicado em 1891
- Kaufmann, P.(1996) *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (2003a). Lituraterra. In: Lacan, J, *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (2003b). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: Lacan, J, *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (2005). *Seminário 10: a Angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Quinet, A. (1991). *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.

Silvestre, D. & Silvestre, M. (1987). *A transferência é amor que se dirige ao saber*. In: Miller, G. (org), Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Endereço para correspondência:

Karina Franco Zihlmann

Endereço: Rua Belchior de Azevedo, 156. Ap 212. Torre Fama. Vila Leopoldina. São Paulo. Cep: 05089-030. F. 11-994137073

E-mail: zihlmann@usp.br / karina.zihlmann@unifesp.br