

O espelho, a máscara e a sombra: [\(1\)](#)

Determinismo [\(2\)](#) dos erros profissionais nos operadores de saúde mental

Renzo Giraldi

Tradução: Marilita Lucia de Castro

Resumo:

O autor propõe uma teoria geral dos erros profissionais psiquiátricos fundamentada na teoria freudiana do ato falho, e na idéia de que os erros profissionais podem em sua maioria, ser incluídos em três mecanismos psicológicos principais: a identificação do operador com o paciente, metaforicamente o espelho, a negação pelo operador da subjetividade, metaforicamente a máscara e por último a dependência na relação operador - paciente, metaforicamente a sombra.

Palavras chave:

CULPA, DEPENDÊNCIA, ERRO, ESPELHO, IDENTIFICAÇÃO, MÁSCARA, NEGAÇÃO, RELAÇÃO, SIMBIOSE, SOMBRA.

[Aulagnier](#) afirma: "Freud lembrava que o analista não pode conduzir seu paciente além do ponto no qual ele mesmo parou em sua própria análise. O tratamento acaba no momento em que o analista se torna ele mesmo cego para o desejo que o move a essa função; além desse ponto o saber se colocará a serviço do poder..."

A autora diz ainda que não se aprende psicanálise em um “banco de escola” ou melhor, que não se pode ensinar a psicanálise desde uma cátedra. Que para ser analista é necessário submeter-se a [uma análise pessoal](#).

Os ERROS profissionais são chamados em termos legais: CULPA por imperícia, imprudência, negligência. A ação culposa, para o [código penal](#), é aquela que exclui a intenção. A intenção é a vontade consciente de produzir, a ação de uma escolha, que o filósofo Tomás de Aquino, depois de Aristóteles, definiu como: “livre arbítrio”.

Entretanto, além do que é consciente, o ERRO tem um determinismo inconsciente, o valor de um sintoma ou de uma mensagem inconsciente como [Freud](#) nos mostrou. É lícito então falar de determinação e teorizar sobre os mecanismos que fundamentam os ERROS psiquiátricos.

Penso, com base em minha experiência clínica e, sobretudo, de supervisão de grupos e de equipes psiquiátricas, que esses ERROS profissionais podem, em sua maioria, serem incluídos em três mecanismos psicológicos principais: a IDENTIFICAÇÃO do operador com o paciente, metaforicamente o ESPELHO, a NEGAÇÃO por parte daquele de sua subjetividade, metaforicamente a MÁSCARA, a DEPENDÊNCIA na relação operador - paciente, metaforicamente a SOMBRA.

O conceito de ESPELHO foi introduzido por [Jacques Lacan](#) para definir uma fase da evolução psíquica chamada fase do ESPELHO, na qual o sujeito tem pela primeira vez a percepção visual, imaginária, da unidade de seu corpo. Logo, da identidade, em termos práticos, do Ego.



O ESPELHO é a expressão de um desdobramento psicológico em um Je e um Moi, onde um pequeno outro intrapsíquico é especular a um grande Outro na realidade.

Que estranhos fenômenos, misteriosos desenvolvimentos, podem ocorrer quando o pequeno outro do operador de saúde mental entra em ressonância com o grande Outro que sofre do enfermo psíquico?

Lembro de um médico psiquiatra que descompensou enquanto trabalhava em uma Unidade de Agudos de um hospital psiquiátrico, sendo imediatamente internado por seus colegas: de manhã, tomava café com os psiquiatras, ritual estritamente proibido aos outros enfermos, colocava o jaleco e participava das conversas com os pacientes; à tarde, vestia o pijama e ocupava o leito no qual vivia seu papel de paciente. É como se houvesse um desdobramento de si mesmo em dois papéis distintos: o de operador que se espelhava no paciente e o deste que se espelhava no primeiro.

Dizia um médico voluntário do mesmo Serviço Psiquiátrico, falando de alguns colegas psiquiatras: “Ele fala, ele se diagnostica, ele se prescreve o tratamento”.

Pena que posteriormente o remédio tenha que ser tomado pelo enfermo! Este brilhante médico voluntário (que infelizmente mudou seus interesses da psiquiatria para a cirurgia) havia captado uma importante deformação da relação médico paciente, a IDENTIFICAÇÃO. Medicando o Outro no ESPELHO na realidade o psiquiatra estava

prescrevendo antipsicóticos a seu próprio pequeno outro, isto é a si mesmo, este não era um ERRO grave, pois ambos teriam se beneficiado. O doente não é mais um objeto real e sim imaginário. É a imagem virtual do operador no ESPELHO.

É provável que numa situação deste tipo, em grau extremo, exista o risco, para o operador de atribuir ao paciente seu próprio risco suicida ou de periculosidade social, fazendo com que elabore programas terapêuticos e reabilitadores irreais e utópicos.

Os ERROS profissionais causados pelo espelhamento têm sua determinação na intrusão do imaginário no real.

A MÁSCARA é um objeto de grande significado antropológico.

[Claude Lévi Strauss](#) em sua concepção antropológica cultural estruturalista evidenciou o significado simbólico da MÁSCARA, que em todas as culturas possui um significado totêmico.

A MÁSCARA nega e afirma ao mesmo tempo, a subjetividade de quem a usa, os elementos individuais, a personalidade do indivíduo está coberta pela MÁSCARA, que, como imagem do totem, confere a quem a porta a personalidade e os poderes deste. A MÁSCARA é, pois o símbolo da pertinência social a um grupo, família, clã. O nome é individual, o sobrenome é um significante de pertença, indica a relação do sujeito com uma e ou grupo.

O totem, como MÁSCARA, face do progenitor ausente, tem um valor simbólico: o símbolo, diz [Lacan](#), é a presença do objeto ausente.

ifical os doentes mentais equivale a negar sua subjetividade e colocarlhes uma MÁSCARA totêmica.

É evidente que a ciência necessita de termos gerais e ificatórios, de uma

linguagem abstrata com a qual ificar. Esta missão foi cumprida pela psiquiatria a partir de Kraepelin terminando, na atualidade, com os manuais diagnósticos estatísticos norte-americanos, os diversos DSM ou com a OMS e os ICD (Código Internacional das Doenças).

[Lacan \(cit\)](#) dizia que uma ciência do homem não pode existir, porque este é sujeito e não objeto da ciência.

Falar ao esquizofrênico significa falar a uma pessoa ificada, colocada na e da Esquizofrenia. A e Esquizofrenia é uma MÁSCARA que encobre a subjetividade do enfermo psíquico. É como falar não com o indivíduo, mas com seu totem. Em casos excepcionais, o não se dar conta do risco de uma aplicação nosográfica extrema introduz na RELAÇÃO com o doente mental a deformação dos preconceitos. Se lhes atribui todas as características da e em que está incluído, esquecendo em troca que ele é único e singular.

A MÁSCARA exprime a intrusão do simbólico no real, e configura-se como risco de ERRO profissional resultante da incapacidade de distinguir entre símbolo e realidade.

O ESPELHO é a projeção do outro no Outro. A subjetividade do Outro é negada, mas pelo menos, no desdobramento, o operador capta do Outro, os aspectos comuns, consoantes de seu próprio outro.

Da mesma forma, a MÁSCARA nega a subjetividade do Outro incluindo-o numa e abstrata, uma inclusão em um dos totens nosográficos da loucura. Por trás da MÁSCARA também poderia estar o nada, pois ela como símbolo totêmico, exprime o pai morto, o que não existe mais, sendo a morte o nada. A NEGAÇÃO do Outro da MÁSCARA e o desdobramento do ESPELHO estão presentes conjuntamente na metáfora da SOMBRA, conceito inspirado em [Jung](#)

Com efeito, a idéia do duplo está implícita na SOMBRA, pois ela é a

falta a ser da claridade, em outras palavras a obscuridade produzida pela exposição à própria luz do sujeito. A SOMBRA por tanto é a falta a ser que deriva da presença do sujeito. Na antropologia cultural toda uma série de crenças nos espíritos, no além, nasce da idéia da cisão da SOMBRA.

Um deprimido chorava por causa da escuridão em que sua vida se desenvolvia, então o operador de saúde mental, numa visita domiciliar, começou a abrir as janelas da casa do paciente para que a luz entrasse. O operador não compreendera o sentido simbólico da metáfora depressiva e dera uma resposta real, física, com seu próprio corpo e com a ação a sua própria incompreensão da demanda do enfermo. Ao dar uma resposta real a uma demanda simbólica, ele na realidade negava o paciente. Com conhecimento de causa, se quisesse cumprir um “acting” interpretativo, jamais deveria ter aberto as janelas da casa do deprimido, deveria ter solicitado ao enfermo que o fizesse. Abrindo essas janelas não fez com que a luz penetrasse na escuridão do paciente, no máximo o que ele fez foi uma tentativa de iluminar sua própria escuridão na compreensão dos distúrbios mentais.

O operador de saúde mental que substitui o paciente tem em troca a DEPENDÊNCIA deste. Alguns têm uma acentuada propensão a criar DEPENDÊNCIA em seus enfermos. Esta necessidade de criar DEPENDÊNCIA demonstra na verdade uma contra DEPENDENCIA do operador em relação aos seus pacientes.

Segundo [Schiff](#), mais do que DEPENDENCIA deveria falar-se em SIMBIOSE. Simbiose mutualista é aquele fenômeno biológico a través do qual espécies diferentes se completam uma a outra, num mortífero fenômeno de parasitismo recíproco.

Na SIMBIOSE dois sujeitos tornam-se um só, sendo o contrário do que ocorre no ESPELHO, onde um sujeito torna-se dois, desdobrando-se.

A RELAÇÃO simbiótica com a mãe, normal nos primeiros meses de vida, transforma-se em fusão amorosa complementar ou, ao contrário, em competição agressiva. Na díade formada por dois que se tornaram um através do processo de fusão, se está claro quem deve receber a luz e quem deve ficar na sombra, chega-se à complementaridade, se isso não está claro, chega-se à competição.

A relação entre o comandante do Bounty e sua tripulação desembarcada numa maravilhosa e paradisíaca ilha do Oceano Pacífico no filme “El Amotinamiento del Bounty” (O Montim), ou as relações entre o médico chefe e seus ajudantes nos serviços de medicina, e entre estes nas unidades psiquiátricas, em alguns casos podem ser consideradas no âmbito da SIMBIOSE competitiva, expressão da SOMBRA. Entre o comandante e seu imediato quem deve ficar com a luz e quem deve ficar de fora, diríamos ser a sombra na SOMBRA?

Qual é o gozo do doente psiquiátrico que é a SOMBRA do operador de saúde mental? Ele pode, em um momento de lucidez, negar a SIMBIOSE complementar que pode ser facilmente confundida com amor e passar a uma SIMBIOSE competitiva, muito perigosa para o próprio operador.

Seria difícil enumerar todos os prováveis ERROS profissionais nestas relações autoreferenciais e “autísticas”, parafraseando Bleuler, dos operadores de saúde mental.

Naturalmente a avaliação do risco de suicídio ou de homicídio é sempre difícil e complexa e mede os limites humanos do psiquiatra. Que aconteceria se estes limites fossem os mesmos do enfermo mental? Os limites da psicose. Neste círculo estão inscritos os ERROS profissionais mais graves: a morte do paciente ou de quem convive com ele. Estes ERROS quase nunca são reconhecidos como tais, porque depois do acontecimento sempre se faz referência à periculosidade do paciente e nunca à do operador de saúde mental. A questão que se esconde é: “Qual

é a atitude do operador para com a agressividade e a morte?”. Pode ser que inconscientemente ele procure isso, que exista um recalque de sua auto e hetero agressividade. É verdade que esta avaliação, essencial para o prognóstico psiquiátrico encontra uma barreira nos limites humanos dos operadores, os doentes que conseguem cometer suicídio, muitas vezes se escondem e esquivam-se à previsão médica do acontecimento. Também é verdade que embora se aplique o princípio psiquiátrico de que a loucura é sempre do Outro, ninguém pergunta quais foram os instrumentos a disposição de quem deveria ter feito o prognóstico e não conseguiu fazê-lo. “Os bisturis estavam afiados ou oxidados? Geralmente, no âmbito da psiquiatria poucos se colocam este problema da determinação da equação pessoal para os operadores de saúde mental”.

A celebrada equipe, o trabalho em grupo, quase nunca conseguem corrigir as distorções devidas à subjetividade dos operadores. Efetivamente, não sendo conhecidas e declaradas suas equações pessoais, os membros da equipe, inconscientemente recriam no interior do grupo desenvolvimentos, como dizia [Bion](#), de DEPENDÊNCIA, de ataque e fuga similares ao ESPELHO, a MÁSCARA e à SOMBRA. Uma condução destes grupos tecnicamente preparada esbarra na contradição que a equipe, como grupo de trabalho, que tem antes de tudo um objetivo operativo corre o risco, a cada momento, de acabar como um grupo analítico devido às necessidades não expressadas de seus membros. Outra contradição é que a condução, por razões práticas, tem que ser interna ao grupo quando deveria ser externa.

Torna-se indispensável a efetuação de uma seleção preliminar dos operadores em saúde mental e uma formação específica. Da mesma forma, no âmbito deste processo de formação devem ser seguidos os conselhos de Freud e Aulagnier, ou seja, a análise pessoal e supervisão não importando a escola ou o enfoque dado, objetivando minimizar a determinação inconsciente e o conhecimento da equação pessoal dos operadores em saúde mental.

Só assim, os ERROS profissionais em psiquiatria poderão ser evitados e a qualidade da práxis psiquiátrica poderá ser melhorada.

Notas

Comunicação efetuada no dia 25.05.2000 no “Congresso internazionale di psichiatria forense” – Baia Sardinia, Itália, 25/ 28.05.2000.

Determinismo: Teoria segundo a qual todo evento tem causa e efeito e em que o caráter de qualquer evento é inteiramente função da sua causa. Claude Bernard recomenda que o médico exerça influência sobre as doenças, esforçando-se por “conhecer exatamente o determinismo exato, isto é, a causa próxima” (Introdução à Medicina Experimental).

Devo esta citação a Professora Marilita Lúcia de Castro.

Esta é a situação na Itália.

Aí está aquilo sobre o qual se demanda que nos detenhamos o mais próximo possível porque aquele que escutamos a representa: tal é a nova dimensão. Sua originalidade se mantém nesta disparidade, que este crédito absolutamente insensato que se dá a uma manifestação de palavra e de linguagem se dá na ciência, uma vez que é neste campo que este deslocamento, fundamental como tal, se instaura, excluindo para o sujeito da ciência do qual não se trata apenas de suturar as hiências, as aberturas, os furos através dos quais vai entrar em jogo este domínio ambíguo, inacessível, bem assinalado desde sempre, por ser o domínio do engano que é aquele onde tal verdade fala”.

A sombra está utilizada aqui como metáfora imaginária e sem adesão consciente de minha parte à teoria dos arquétipos de Jung, me parece que há reminiscências do significado da metáfora originária de C.G.Jung. Esta passaria no significado transacional de simbiose.

Bibliografia

1. [Aulagnier P.](#) - Um intérprete em busca de um sentido, Ed. Escuta, S. Paulo, 1990
2. [Freud S.](#) - Psicopatologia della vita quotidiana – Ed. Boringhieri – Torino – 1965.
3. [Lacan J.](#) - Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous est réveillée dans l'expérience psychanalytique – R. F. P. –1949, vol. XIII, 4.
4. [Levhi Strauss C.](#) – Antropologia strutturale –Ed.. Il Saggiatore – Milano - 1966
5. [Lacan J.](#) – Il Seminario – Libro II – L'io nella teoria di Freud e nella tecnica della psicoanalisi – Ed. Einaudi – Torino – 1991.
6. [Lacan J.](#) – Seminario - Libro13 – El objeto del psicoanálisis – 1966.
7. [Schiff J. L.](#) –Analisi transazionale e cura delle psicosi – Ed. Astrolabio – Roma - 1980
8. [Bion W. R.](#) – Esperienze nei gruppi – Ed. Armando – Roma – 1976.