

E

TICA

INDAGAÇÕES E HORIZONTES

Maria Formosinho
Paulo Jesus
Carlos Reis
(Coord.)



CAPÍTULO XII

PARA UMA ÉTICA DO ENCONTRO CLÍNICO, ANTES DOS PRINCÍPIOS

Nuno Miguel Proença¹

Há no encontro clínico uma especificidade que resulta da aparente dissimetria em que se encontram os seus protagonistas. Na maior parte dos casos, o que o motiva é um *pedido* dirigido ao médico ou a um terapeuta, por quem está – ou pensa estar – doente e se queixa. A queixa em razão de uma dor, a expressão de um sofrimento, a inquietação em razão de uma estranheza ou a formulação de uma pergunta, dirigem-se ao médico ou à equipa hospitalar que supostamente dispõem dos conhecimentos e dos meios suficientes para informar, esclarecer, averiguar, tratar, acompanhar ou aliviar o paciente na impaciência do seu pedido, no que não está bem na relação consigo próprio ou com o seu corpo e que ele não consegue transformar pelos seus próprios meios. Desta assimetria, que pode gerar figuras próximas às da dependência, resulta a necessidade de garantia de direitos e liberdades de quem está doente pela limitação do poder médico e das instituições de saúde pública. Dela não trataremos, pelo menos diretamente. Antes nos interessaremos por aquilo que frequentemente é deixado de lado pelas práticas clínicas que se fundam em resultados de investigações científicas, na eficácia de métodos e tecnologias de tratamento ou em representações da doença organizadas sob a forma de modelos teóricos aceites. Interessar-nos-emos, assim, por aspetos tácitos da relação clínica que, no entanto, condicionam os conteúdos verbais e participam na sua formulação, estando assim presentes no sentido veiculado pelas conversas entre quem cuida e quem está doente. Interessar-nos-emos, também, pela dimensão do encontro que, apesar de invisível, está presente na formação daquilo que é observável e mensurável no quadro diagnóstico e terapêutico.

Se o paciente se dirige ao médico pedindo um pouco do seu saber e formulando da melhor forma esse pedido, quem está doente não é só por isso objeto

¹ CHAM, FCSH Universidade Nova de Lisboa/Universidade dos Açores.

de um saber científico de que dispõem o médico, o terapeuta ou a equipa de acolhimento. O encontro não se dá entre quem cuida e uma generalidade objetiva, o corpo ou a mente, mas sempre com a singularidade de um existente semelhante. Qualquer relação estabelecida implica a afetividade e as suas dinâmicas, mas situa-se também nos meandros da significação e da expressividade de duas vidas. Ambos, médico e paciente, mesmo na relação clínica que os designa como tal, comungam de uma vida cujas formas pessoais, mas também sociais, se entre-afetam e se entre-exprimem. Ambos têm um mundo comum de significações no qual se encontram implicados pela fala e pela palavra e no qual ser médico, ser ou estar doente, como, porquê e onde, têm sentidos a ter em conta para a definição da relação que entre eles se estabelece. Podemos identificar sumariamente, à luz de trechos do trabalho de Freud anteriores à formação da psicanálise propriamente dita, alguns aspetos do encontro e da relação terapêuticos. Chegaremos, por meio deles, a teses centrais ao pensamento filosófico de Michel Henry e de Henri Maldiney, passando pela apresentação de aspetos essenciais à relação psicoterapêutica, segundo o psiquiatra de inspiração fenomenológica Ludwig Binswanger.

1. Singularidades, afinidades e confiança

Antes da instauração do método psicanalítico, ligado à regra que permite a associação livre e a identificação do fenómeno da transferência, com tudo o que de real e de imaginário esta implica, os textos de Freud sobre a psicoterapia da histeria apontam para algumas condições sem as quais o trabalho clínico não pode ter lugar e sem a tomada em consideração das quais é pouco provável que tenha sucesso. Estas condições são de ordem relacional e afetiva e estendem-se, no entender do médico vienense, a qualquer método terapêutico. «Ao lado dos factores intelectuais, escreve Freud, aos quais se faz apelo para vencer as resistências (que mantêm o sintoma), *um factor afectivo sem o qual podemos raramente passar* tem o seu papel. Refiro-me à personalidade do médico e, em numerosos casos, só ela será capaz de suprimir a resistência (ao tratamento). Aqui, como sempre em medicina e em todos os métodos terapêuticos, é impossível renunciar totalmente à acção deste factor pessoal» (Freud & Breuer, 2002, p. 229). Se o médico suscita formas de simpatia ou de antipatia que podem entrar em jogo no trabalho terapêutico, também os pacientes, pela sua maneira de ser, podem suscitar nos terapeutas formas de atração ou de repulsa. No sentido em que, escreve Freud, «o processo [terapêutico] é cansativo para o médico, e lhe toma um tempo considerável, pressupõe que tenha um grande interesse pelos factos psicológicos e muita simpatia pessoal pelo doente que trata. [Escreve por isso que] seria incapaz de se imaginar estudando, em detalhe, o mecanismo psíquico de uma histeria num sujeito que [lhe] parecesse menosprezável e repugnante e que, assim que fosse mais bem conhecido, se revelasse incapaz de inspirar a

menor simpatia humana. [Mas também escreve que] poderia, pelo contrário, tratar qualquer tabético, quem quer que sofresse de reumático, sem se preocupar com a sua personalidade» (Freud & Breuer, 2002, pp. 213-214). A estes fatores “humanos” juntam-se outros que o são igualmente mas que designamos por afinidades (sociais, históricas ou “políticas”) que nada parecem ter a ver com a “objetividade” do trabalho terapêutico mas sem as quais, na realidade, o trabalho terapêutico singular e concreto parece não poder ser duradouro, independentemente da boa vontade de ambas as partes.

Seguindo a exposição de Freud e alargando-a um pouco, o que a relação clínica pede aos doentes parece ainda mais exigente, nomeadamente nos casos em que pode estar em causa grande parte da sua integridade física ou moral. «A adesão total dos pacientes, a sua inteira atenção, mas sobretudo a sua *confiança*, são indispensáveis, já que a análise leva-nos sempre em direcção aos factos mais secretos, aos mais íntimos. Muitos doentes, entre os quais aqueles a quem o tratamento se prestava mais, escapam ao médico assim que têm a menor suspeita acerca da via pela qual a investigação os vai levar» (Freud & Breuer, 2002, pp. 213-214). A *desconfiança* destes poderia ser consequência da forma de ser dos médicos, de uma falta de afinidades, ou da incapacidade do sujeito doente em *confiar*. Mas pode também ser uma preferência em não revelar elementos que poderiam ter um fator explicativo e terapêutico, não os disponibilizando para a eventualidade de serem objeto de uma transformação clínica. O que parece estranho, se não supusermos – como Freud fará anos mais tarde – que pode haver nalguns casos um ganho secundário trazido pela doença. As vantagens que dela se tirariam poderiam justificar, por si só, que o trabalho terapêutico fosse interrompido. Para esses pacientes, escreve ainda Freud, «o médico permaneceu um estranho. Outros decidem *confiar-se* ao médico, testemunhar-lhe uma confiança que geralmente não se dá senão por uma escolha livre e sem que seja exigível. Para estes pacientes é quase inevitável que as *relações pessoais* tomem, pelo menos durante um certo tempo, uma importância capital. Parece-me até que *esta influência exercida pelo médico seja a condição em si* para a solução do problema» (Freud & Breuer, 2002, p. 218).

Reencontramos *a confiança* como condição da boa relação clínica num escrito «Sobre a Psicoterapia» da autoria do psiquiatra suíço Ludwig Binswanger. «Esta confiança, escreve, é a prenda que o doente dá ao médico como condição *sine qua non* de qualquer acto terapêutico, e que quanto mais se solicita menos se obtém; já que é como a prenda de qualquer comunicação autêntica que se situa para lá da intenção, do meio e da meta, para lá da causa e do efeito» (Binswanger, 1971, p. 126). Sem esta relação existencial, lemos ainda, «o acto terapêutico pode suscitar uma recusa psíquica do médico e até, por exemplo, a manifestação de pura e simples antipatia podendo ir até à declaração de uma recusa de qualquer tratamento ulterior» (Binswanger, 1971, p. 126). A confiança recíproca permite que o ato médico, por ser relação entre dois existentes humanos, reconhecendo-se mutuamente como tal, não seja vivido como um ato de brutalidade nem

de crueldade. Nasce da singularidade do encontro no qual a relação clínica se realiza a cada uma das vezes: na «lei individual do estar em comum concreto *deste* médico com *este* paciente *neste* momento» (Binswanger, 1971, p. 126). O médico deve poder responder à confiança do doente, trazer-lhe por sua vez a prenda de uma confiança humana [...]; o doente deve saber que o médico, em qualquer caso e sob qualquer ponto de vista, está animado de boas intenções para com ele, que o quer ajudar com o seu saber e o seu talento, não como a um objecto que se repara, mas ao prestar-lhe uma atenção confiante enquanto «pessoa». Caso contrário, uma tal intervenção não atinge a forma complexa de um acto psicoterapêutico, mas permanece o que é enquanto mera actuação, fora da esfera médica e humana: uma ameaça, até mesmo uma violência sobre o outro considerado como objecto, logo enquanto um acto de brutalidade» (Binswanger, 1971, p. 127).

Para que não haja brutalidade nem violência, é preciso que a relação clínica assente numa confiança mútua. Mas essa confiança só parece existir se houver um reconhecimento, também mútuo, da forma singular de ser de quem está doente. Se as condições gerais da existência são comuns a cada ser, a maneira singular de cada um é expressão de uma história, de uma sensibilidade, de uma expressividade nas quais, e pelas quais a doença, o sofrimento e a cura adquirem o seu sentido. Parece por isso difícil resolver a tensão aparente entre o pessoal e o impessoal tal como ela se estabelece entre o conhecimento da vida, do corpo ou da mente “abstratos” (e nisso “impessoais”, por não serem nunca realmente os de ninguém), e o cuidado pela singularidade de uma vida, de um corpo, de uma mente, de um espírito que ora são *de alguém* ora são *alguém* que se encontra. O reconhecimento da singularidade e da *ipseidade* de quem está doente ou de quem dirige ao médico um pedido de esclarecimento, de conforto ou de alívio é maneira de afirmar a sua pertença à mesma comunidade, não só de seres vivos, mas, mais particularmente, de seres vivos humanos cujo mundo comum é estruturado pela historicidade, pela compreensão e pelo *logos* (diz Binswanger). Como o ser é sempre o meu, o teu, o de alguém, reconhecer e respeitar essa singularidade, tê-la em conta e partir dela para cada etapa da relação clínica é também reconhecer os meandros da significação e da identidade nas dobras da carne, é reconhecer num corpo vivido uma presença que se sabe, se sente, se exprime e se situa numa dimensão constitutiva do mundo comum. Se o encontro clínico e a relação terapêutica não forem também uma forma de realizar esse reconhecimento, depressa se podem tornar em formas de exclusão, de estigmatização ou de violência.

2. A comunidade afetiva

E então o que dizer? O que fazer? Reconhecer a *ipseidade* e a alteridade de outrem, a sua singularidade de ser vivo humano igual por isso a tantos outros,

não impede que se recorra à generalidade do que se aprendeu nos livros, nas escolas ou com o tempo. Não impediria também que se recorresse a princípios e a formulações, nomeadamente éticos, para saber como lidar com outrem na relação clínica, escapando assim (talvez) à angústia que o encontro pode suscitar, também no pessoal médico. Mas o pensamento de inspiração fenomenológica aponta antes para a importância do que de comum há sempre entre terapeuta e paciente bem assim como para a importância de deduzir dessa comunidade e das suas dinâmicas afetivas, significativas ou existenciais, o que convém ou não para a relação clínica que estão vivendo. «A ética já não tem que procurar o seu fundamento em quaisquer estruturas ideológicas ou religiosas, enraíza-se imediatamente na intersubjectividade do *pathos* vivida pelos sujeitos carnis em relação afectiva recíproca, que sabem o que é a angústia, o sofrimento, a necessidade, a felicidade do outro, não por intermédio de um saber teórico mas, de forma mais fundamental, porque a eles próprios foi dado vivê-lo por e nesta realidade *impressional* que é a sua essência comum», escreve R. Vaschalde (2006, p. 158). A intersubjectividade afetiva em nada anula a relação clínica e o saber, mesmo científico, enraíza-se nessa dinâmica afetiva e pulsional.

Por isso, a orientação ética, em vez de seguir preceitos, parece consistir em assumir na primeira pessoa, para cada um dos que nela estão implicados (médicos, enfermeiros, doentes, familiares) essa realidade que se exprime também no encontro e na relação clínicos entre subjectividades que se *auto-* e *entre-* afectam. «Que, na modalidade particular que constitui a relação terapêutica, possamos distinguir uma pessoa que sofre, em posição de pedido e de não saber, face à neutralidade científica de outra que é suposto saber bem mais sobre uma questão que pode ser de vida ou de morte, não aniquila de modo nenhum a verdade original que se manifesta no encontro de duas subjectividades inalienáveis, no acontecimento que requer ambas na integralidade de uma experiência carnal necessariamente e inexoravelmente sua e que se trata então de assumir, de bom ou mau grado» (Vaschalde, 2006, p. 161). Parece difícil, deste modo, situar a ética num lugar que não seja o da relação com uma vida que ao afetar-se a si-própria se singulariza. Que ética pode haver que não tenha em conta a dinâmica de um sujeito que se encontra a si-próprio por meio da historicidade da vida partilhada com outros (humanos e não só humanos), que o precede e o acolhe. Um saber que *se* sabe, *se* vive e *se* pratica na primeira pessoa (saber médico ou ético) – face a outrem – constitui-se a partir de uma vinda a si do sujeito e do *eu* que somos sem que estejamos na origem nem do encontro connosco nem do encontro com as condições em que viver nos é dado. «O ego que somos todos, escreve Vaschalde (2006, p. 161), enquanto indivíduos vivos, não é nem autonomia nem um feito nosso. Vimos a nós próprios enquanto este *eu* que somos sem o ter querido e sem nos termos trazido a esta vinda a si. Transidos pela vida que não cessa de se urdir em nós, é enquanto coincidimos integralmente com o próprio conteúdo do seu aparecimento que a nossa carne é idêntica à sua, com a diferença de esta ser incapaz de assumir a sua própria autonomia

ontológica e a sua vinda ao ser. De maneira também que o *eu* que somos é continuamente gerado enquanto manifestação derivada do Si da vida que faz de cada vivo, precisamente, este (ou aquele) vivo e não tal ou tal outro que, no entanto, goza da mesma propriedade». Se a relação clínica pode assentar em formas de empatia – que são as que estruturam a comunidade dos vivos e dos tendo vivido – isso deve-se ao facto de tanto a singularização como a ipseidade exprimirem um *pathos* comum aos que nela estão implicados.

As afirmações de Vaschalde inspiram-se em larga medida no pensamento de Michel Henry. Se retomarmos alguns aspetos do trabalho deste, poderemos entender melhor o alcance das teses de uma fenomenologia radical para quem quer pensar (e melhor viver) o encontro clínico, como também poderemos esclarecer de maneira inovadora, a partir da tradição filosófica, o papel fundamental do pensamento freudiano para qualquer atividade terapêutica. Henry considera Freud (o mesmo Freud que chama a nossa atenção para o papel fundamental da confiança na relação clínica) como um «herdeiro tardio» (Henry, 1985, p. 5) da metafísica ocidental. No entender do autor da *Genealogia da Psicanálise*, o conceito freudiano de inconsciente nada mais faz do que retomar uma noção que apareceu na cultura moderna ao mesmo tempo que o conceito de consciência e como consequência deste. No entanto, ao afirmar, «depois de Schopenhauer e Nietzsche, que a vida nunca se exhibe na Ek-stase onde o pensamento, desde a Grécia, a procura» e que «o Fundo da Psique escapa à fenomenalidade» (Henry, 1985, p. 4) entendida na orientação cartesiana – quer dizer, reconduzível ao *cogito* – Freud rompe com esta tradição fazendo depender o pensamento e as suas representações de forças inerentes a um dinamismo pulsional cuja fonte é orgânica.

A genealogia da teoria psicanalítica leva-nos a uma compreensão mais vasta da afetividade, da ipseidade e do corpo próprio. Ao afirmar, na sua leitura das teses freudianas, que «o Fundo da Psique é a pulsão, mas que esta não é propriamente psíquica senão como afecto, o qual é precisamente o «representante» do sistema bioenergético do organismo na Psique» (Henry, 1985, p. 106), a fenomenologia radical permite pensar, a partir das teses da psicanálise, a existência de uma conexão essencial entre a Força e o Afeto. É esta conexão que constitui o Fundo da Psique ao qual a psicanálise deu o nome de inconsciente. «A significação do conceito de inconsciente para o conhecimento do homem consiste assim em remeter, no ser deste, para um domínio mais profundo que o da consciência clássica, quer dizer do pensamento entendido como conhecimento objectivo, como representação. Já que o mundo da representação e das suas determinações não é inteligível senão a partir de uma instância que lhe é irreduzível, a das pulsões, dos desejos, da necessidade, da acção, do trabalho, que lhe dão a sua forma, uma forma mais antiga que a do pensamento e que este só pode encontrar posteriormente» (Henry, 2004, p. 107). Quanto ao sistema bioenergético de que o afeto é representante, «pode interpretar-se como causa do psiquismo ou ao contrário como simples figura deste, figura construída a

partir dele e reveladora da sua *natureza* própria» (Henry, 2004, p. 107). Esta natureza é uma ação que se efetua como inconsciência, quer dizer fora da representação, agindo na imanência radical de uma subjetividade primordial onde não há nem afastamento nem distância em relação a si, nem intencionalidade nem objeto e onde a luz da objetividade e da consciência representativa nunca chega. Trata-se da Noite do corpo, onde prevalece um poder que é coeso consigo numa auto-afeção que se investe na exterioridade do mundo.

3. Saber da vida e crise do encontro

Aqui se encontra «um saber primitivo e essencial, o saber da vida» (Henry, 2004, p. 103) que acompanha a humanidade desde as suas origens, lhe permite habitar a terra e que consiste num fazer. É uma «praxis», irrepresentável em si, «irreduzível ao saber do conhecimento científico, que este pressupõe em todas os seus trâmites como condição imperceptível mas incontornável do seu acesso a tudo o que sabe e a tudo o que faz» (Henry, 2004, p. 103). Se assim for, damo-nos depressa conta que é nesta ação fundacional que assentam as formações patológicas motivadoras do trabalho terapêutico, mas que é igualmente nela que repousam as hipóteses teóricas sobre as quais este se apoia e todo o saber que deles resulta. A natureza patológica dos fenómenos que motivam as terapias tem o mesmo «naturante» que o saber necessário à sua resolução, é oriunda do mesmo «Fundo». O outro termo que encontramos é o de «potencialidade» (Henry, 1985, p. 387), que é «vida». «É possível reconhecer, por trás destas construções especulativas [as do freudismo], através destes encaixes de hipóteses ao infinito, a própria figura da vida — a nossa» (Henry, 1985, p. 4). Podemos alargar a conclusão de Henry a qualquer série de hipóteses ou de práticas científicas e clínicas. No trabalho que reúne, testa, discute e elabora as hipóteses científicas, no trabalho que as teoriza a partir da identificação e da delimitação dos seus objetos, exprimem-se sempre a *praxis* humana e o seu dinamismo que é vida, tal como este se exprime na variedade das formações (patológicas) acompanhadas de sofrimento, de dor ou de angústia. Encontra-se também nas queixas de quem está ou crê estar doente. Assim sendo, a relação clínica não escapa à dimensão afetiva de qualquer encontro humano.

Se a ética parece situar-se no “lugar” instaurado pelo encontro de si consigo que é encontro com a vida, isso resulta do facto do encontro com outrem, por aquilo que em nós suscita, ser também encontro com o inesperado da vida. “O que fazer com isto?” poderia, então, ser uma primeira formulação da questão ética, oriunda da crise ou do espanto do encontro com o *fundo pulsional* e impessoal da vida que há que *existir* dando-lhe uma forma e um destino pessoais, segundo as possibilidades da comunidade humana. Trata-se da crise do encontro que pode ser, por isso, a do nascimento do desejo na primeira pessoa, assim como a da origem do imaginário onde se exprime a atração de si por si de uma

vida que é sempre (a de) alguém vivendo. Daqui parecem resultar duas coisas: relacionamo-nos com outrem segundo o que entendemos dos dinamismos da vida que temos de viver (a partir da tensão entre pessoal e impessoal que se joga no afeto e a partir da relação da natureza com a liberdade), mas relacionamo-nos igualmente com outrem tendo em conta que também ele está, apesar da complexidade da sua relação connosco e com o mundo que nos é comum, numa relação com a vida de cujos dinamismos se vai apropriando pela *passibilidade* de si próprio e a auto-afeção da sua carnalidade. O que fazer então para reconhecer e acompanhar outrem no seio das manifestações da sua vida, e para o ter em conta como igual a mim, na relação particular (a relação clínica) em que o seu viver ou o seu bem viver depende da minha intervenção?

«Sem dúvida que será então necessário que o terapeuta se encontre submetido, pela duplicidade fenomenológica do que se propõe à sua arte, a um constrangimento duplo: utilizar da forma mais informada os recursos que as tecno-ciências lhe propõem para restituir a integralidade perdida do corpo objectivo e saber esquecê-los ao mesmo tempo, de modo a disponibilizar-se inteiramente para a escuta da palavra viva que, aquém do mundo e da sua linguagem, a subjectividade carnal do paciente exprime ininterruptamente» (Henry, 1985, p. 160). Talvez aí e por aí o médico possa compreender as nuances e as formas de amor ou de desamor próprio, de amizade ou de inimizade consigo próprio, pelas quais uma subjectividade viva se afeta e que se expressam tanto na doença como na relação clínica. E o que torna o sujeito médico capaz de ouvir e de compreender esta expressividade silenciosa? Seguramente, o facto de estar numa comunhão com o doente, comunhão que não é assegurada nem pela partilha de princípios, nem pela partilha de valores que orientam o mundo. A empatia na clínica resulta simplesmente do sujeito médico também estar vivo. E é na vida, se aceitar escutar em si e no outro a identidade e complexidade das suas dinâmicas, que poderá encontrar a maneira de acompanhar o sujeito doente e o sentido a dar à relação clínica. «Por trás da cena do mundo em que se dão a ver e a compreender o conjunto das relações sociais e por exemplo a relação entre o doente e o seu terapeuta, permanece em segredo o elo primordial que une cada um a todos os outros, todos iguais porque todos *egos* transcendentais gerados pela vida, nesta esfera de realidade primitiva onde, para retomar os termos de Paulo, não já há nem Judeu nem Grego, nem escravo nem homem livre, nem homens nem mulheres» (Henry, 1985, p. 158)², mas onde também não há nem Cristãos, nem Gentios, nem Índios, nem Negros, nem Brancos, nem Ocidentais, nem Orientais. Na terminologia de Henry, esta realidade é a Potencialidade da Vida, dinamismo e fonte do manifesto perceptível e representável. É também esfera invisível na qual se situa o encontro clínico, como qualquer encontro, e que pede ao *olhar*

² O texto de Paulo encontra-se na Epístola aos Gálatas, 3-28.

médico que seja acompanhado por uma *escuta* e um *sentir* capazes de ter em conta a auto-afeção invisível de outrem, no sentido em que, como escreve Michel Henry (2000, p. 221), «nunca ninguém viu um homem... nunca ninguém viu também o seu corpo... real, quer dizer a sua carne».

A *ratio* do mundo humano encontra-se na invisibilidade onde os afetos se dão como expressão da força pulsional e na qual se encontra o «Fundo» psíquico que é «potencialidade» do manifesto. É a mesma «potencialidade» que se exprime na formação dos sintomas e nas faculdades cognitivas que permitem a compreensão dos mesmos. Ela é «vida» afetando-se nas suas diversas formas, que «existimos» numa imanência não «ek-sistente». A originalidade da psicanálise estaria, segundo Henry, na forma como permite evidenciar o papel formador do que escapa à representação. Talvez seja, de igual modo, o caso de qualquer clínica que saiba ter em consideração o que a relação terapêutica tem de central para a evolução do invisível cujas manifestações compõem a positividade objetiva de cada quadro clínico. Ter em conta essa invisibilidade, da qual são oriundas as formas vivas, é ter em conta *quem* está doente. Ter em conta a relação terapêutica, como podendo desempenhar um papel na evolução do quadro clínico, independentemente da ação médica apoiada nos meios objetivos do tratamento, parece ser ter em consideração a hipótese segundo a qual a relação entre o médico e o paciente afeta a forma como este se relaciona consigo, porquanto os seus estados podem resultar da relação; é ainda fazer a hipótese que o paciente pode afetar da mesma forma o médico. O «naturante» comum a ambos, por ser a vida das pessoas implicadas na relação clínica, parece não deixar de fora, nem sequer ao nível do saber, uma dinâmica invisível, e empática, entre os sujeitos que nela se encontram.

4. A potencialidade da vida e o caminho do mundo

Ter em conta o invisível na relação clínica também deveria ser, sem que para isso pareça haver uma técnica enunciável, ter em conta a possibilidade de reconduzir o sujeito doente (a não ser nos casos em que a morte vem interromper a abertura dos possíveis) a um melhor sentimento de si, que não seja só aquele que a doença lhe assegura, mas que o aproxime da Potencialidade da Vida na qual e pela qual, vem a si. Para além de cuidar, de tratar, o médico poderia abrir o sujeito doente a formas de afeção de si, de aderência a si que não sejam as da doença e do sofrimento. Mas, não é precisamente isso que um sujeito doente procura junto de um médico? Não é esse o apelo que faz chegar sempre com a sua presença? «A impotência do sofrer, o sofrimento, é o ser-dado-a-si-próprio do sentimento, o seu estar-ligado-a-si na aderência perfeita da identidade e, nesta aderência perfeita a si, a obtenção de si, o devir e o surgimento do sentimento em pessoa no gozo do que ele é, é gozo, é alegria» (Henry, 1963, p. 827). O sofrimento é também, apesar do que pode

haver de paradoxal ou de chocante nesta afirmação, um gozo, uma alegria, o gozo e a alegria da perfeita aderência a si. Por isso, Vaschalde, ao refletir sobre a passividade e a dor a partir dos escritos de Henry, conclui de uma forma que pode espantar e que aproxima o filósofo de uma hipótese clínica da psicanálise freudiana: «por muito aberrante que possa parecer [...] o sofrimento é uma das vias privilegiadas que a vida toma para exaltar a prova que faz de si própria, para *se assegurar de si e gozar disso* na evidência dessa experiência “pática” incontestável» (Vaschalde, 2006, p. 161).

O que assemelha esta realidade com a do benefício secundário da doença, que evocámos há pouco, ou com o gozo no sofrimento que a psicanálise identifica, não é a ideia de um cálculo desse benefício ou de uma estética do sofrer, não é nem o masoquismo, nem a realidade de formas profundas de depressão. Antes é o facto de a doença definir uma série de possibilidades que, a determinado momento, são um círculo circunscrito por essa modalidade de afeção de si, a única pela qual o sujeito se sente no mais perto de si, a única pela qual lhe é dado a entender o seu viver no mundo. Deixar de estar doente é renunciar a esta forma intensificada de estar consigo. Pode por isso ser uma perda do gozo que lhe é inerente e da estruturação do real que daí resulta. Face a casos semelhantes, escreve Vaschalde (2006, p. 162), «seria impossível terminar um processo terapêutico sem educar o paciente a assumir o risco da cura, indicando-lhe outras formas igualmente possíveis e preferíveis para dar a sentir a si-próprio a exultação de ser si-próprio.

Mas não poderíamos acrescentar, ser si próprio *no mundo*? A diferença parece mínima. Subentende-se que é sempre simultânea a afeção de si por si e pelo mundo, que as tonalidades e as intensidades afetivas acompanham as miríades de manifestações que compõem a vida humana e a vida universal. Pode tratar-se, no entanto, da diferença entre a passagem de um estado de doença e de ensimesmamento àquele a que a cura pode conduzir: passagem de um mundo feito só de sentimentos e de afetos de si a um mundo comum e partilhado, aberto a um tempo por-vir diferente do tempo da circularidade repetitiva e concentrada em si do ser em sofrimento. Binswanger, no texto sobre a psicoterapia ao qual nos referimos, insiste nesta diferença. Não só uma terapia bem-sucedida reabilita a amizade por si-próprio do sujeito (que anteriormente exprimia pelos sintomas da sua doença uma animosidade e uma inimizade para consigo e para com a sua própria vida) como, dessa forma, faz aceder o sujeito a si-próprio pelo mundo. «Qualquer psicoterapia bem compreendida, escreve, é reconciliação do homem consigo mesmo e, por isso, com o mundo, é metamorfose da hostilidade para consigo próprio em amizade consigo próprio e, por isso, com o mundo», já que «o caminho para si próprio passa sempre pelo mundo» (Binswanger, 1971, p. 144). E também: «a psicoterapia, na sua forma e funções próprias, quer dizer suscitando e educando a comunicação, mostra sempre o médico num papel espiritual de mediador entre o doente e o mundo, o mundo comunitário e o mundo ambiente o que, correctamente compreendido, não pode nunca querer dizer outra coisa do que uma mediação entre

o doente enquanto não si-próprio e o doente enquanto si-próprio» (Binswanger, 1971, p. 144). Em termos que Binswanger retoma a Heráclito, a terapia deveria permitir a passagem da existência num *idiôs kosmos*, mundo pessoal, isolado, e ilusoriamente só, a um *koinos kosmos*, mundo comum e universal da presença, que é historicidade e comunidade pela compreensão e o *logos*. No primeiro, segundo Binswanger, trata-se de uma vida dobrada sobre si, na corporalidade e na proximidade corporal, arrastando-se num tempo de retorno ao mesmo da pura afetividade e no sentimento de quem está tomado por um corpo estagnado sob o peso da dor ou dos sintomas. O segundo é abertura à temporalidade, pelo que a história de si-próprio *elabora os e se elabora nos* dinamismos e nos meandros da historicidade de uma comunidade – da qual médico e paciente fazem parte – e que é abertura e presença à infinidade de formas de existência singulares que a realizam. Pela participação nesta comunidade, o corpo passa a ser *corpo vivido*, o que pressupõe, mas é mais do que, o *corpo vivo*.

O terapeuta partilha a abertura ao mundo e as suas estruturas com o doente e por essa razão será capaz de, *usando e não usando do seu saber*, reconduzir ao mundo comum quem dele foi subtraído pelo ensimesmamento da doença. Mas, para tal, deve poder entender a forma como, no sujeito que acolhe como doente, essa abertura ao mundo comum não se faz. O que supõe que haja formas de empatia na relação clínica. «A doença mental, escreve Binswanger (1970, p. 189), afastada do campo dos factos simplesmente naturais e do campo das coisas mentais, compreende-se e descreve-se a partir das possibilidades do ser humano. Vê-se assim não só que a pessoa mentalmente doente sofre dos mesmos complexos que nós, mas também que se move exactamente nas mesmas direcções espacio-crono-históricas que nós, mesmo se o faz de forma diferente». O que supõe também que do encontro com o sujeito doente, e da evolução da relação clínica, se possam deduzir as formas de o encaminhar para essa nova abertura a si e à comunidade. Como? A esta pergunta responde a sensibilidade e a arte de cada terapeuta. O que podemos entender é que para tal a relação clínica, a partir do encontro inicial, deve ter em consideração *a possibilidade de transformação* que é a dos seres vivos. Só que, porque os seres vivos humanos têm um real relacional, que é parte dos sonhos da nossa vida de acordados, a possibilidade de transformação está também dependente da sua abertura ou da sua obturação no imaginário que se forma a partir da relação clínica e naquilo que desse imaginário o paciente deduz acerca do que lhe é e do que lhe será possível. À figura extrema dessa abertura ao possível e à imprevisibilidade do acontecimento, à disponibilidade para a surpresa e à possibilidade de a acolher, Henri Maldiney dá o nome de *transpassibilidade*. Tê-la em consideração como estrutura fundamental do ser humano enquanto ser relacional é da maior importância para a relação clínica, escreve o psiquiatra R. Kuhn, ao comentar a obra do fenomenólogo francês. Ao retomarmos as razões desta afirmação, vamos reencontrar alguns temas e algumas pistas que a leitura de Henry nos abriu. A partir da «auto-afeção» fundacional, o pensamento de Henry aproxima-se do

de Maldiney. Ambos se encontram na caracterização do papel do «fundo pulsional», que há que «existir» na imanência, segundo Henry, ou no acolhimento do inesperado, segundo Maldiney.

5. Transpassível e transpassível

Em *Penser l'Homme et la Folie*, Maldiney escreve que a transpassibilidade caracteriza a existência na sua relação com esse fundo dinâmico no qual a vida se dá. «Ex-istir é manter-se fora de... a partir de... um fundo indeterminado. A existência assume o fundo cuja saída nela depende da partida; é a partir desta partida que a sua relação ao fundo se determina, sem notificação de antemão. Para lá de todas as formas possíveis de passividade, a sua relação com o fundo é transpassibilidade» (Maldiney, 1997, p. 81). «Somos passíveis do imprevisível. É a esta capacidade infinita de abertura que damos o nome de transpassibilidade» (Maldiney, 1997, p. 419). O psicoterapeuta «acolhe» um doente e o «sismo» imprevisível que lhe abala o mundo. É precisamente a possibilidade de se acolher e de acolher o inesperado que está em causa, segundo Maldiney, nas formas psico-patológicas e na relação terapêutica com elas. Uma prática clínica aberta à novidade é fundada nesta dimensão. «A transpassibilidade, na qual estou exposto, exclui qualquer tentativa de reconduzir [o evento] a uma expressão já minha — implica pelo contrário que o considere e que dele receba o meu próprio rosto» (Maldiney, 1997, p. 425). A abertura ao nada de onde é originário o evento, a receptividade acolhedora, incluída na transformação do existente, constitui a transpassibilidade deste último. Só assim se podem «existir as pulsões» incluindo-as num destino pela transcendência da presença a si. «A presença expõe-se a si própria segundo um horizonte que está para além de qualquer espera, de onde tudo acontece, de tal forma que existindo-o acontecemo-nos a nós próprios» (Maldiney, 1997, p. 425).

Desde logo, parecem ser duas as razões pelas quais estas hipóteses fenomenológicas podem ter importância para pensar aspetos da relação clínica. Primeiro, ao elaborar as noções de «transpassibilidade» e de «transpassibilidade», o trabalho de Henry Maldiney abre os psicoterapeutas ao acolhimento da «surpresa do inesperado» na qual se revela a autenticidade do doente e permite-lhes aceder assim a um conhecimento imediato das formas próprias ao «sismo» que o abala. Depois, e citando a leitura que o psiquiatra R. Kuhn faz de Maldiney, porque, «todos estes problemas parecem estar intimamente ligados à liberdade. É esta liberdade, escreve, que é um problema para a psicopatologia, pondo em jogo a transpassibilidade e a transpassibilidade [que permite a metamorfose dos possíveis de um ser]. Se o médico tiver em consideração as modificações desta estrutura fundamental na doença mental, que não é uma destruição, o doente sente-se compreendido e respeitado de uma maneira completamente diferente do que se se encontrasse face a um sistema de pensamento teórico no qual o médico o

incita a entrar à viva força, tanto no plano psicológico como no plano biológico» (Kuhn, 2001, p. 54). Esta maneira de conhecer é, segundo Kuhn, independente das concepções científicas que – ao reiterarem simplesmente na situação clínica o sistema teórico no qual se fundam – podem impedir o acesso à «novidade» de cada doente e parece servir de fundamento à consideração e à compreensão da singularidade humana, orientando posteriormente o tratamento.

No primeiro caso, para conseguir aceder à singularidade de cada doente, o terapeuta deve saber pôr de lado o saber científico que, num certo sentido, só poderia produzir uma antecipação do que se vai encontrar e uma compreensão dos fenómenos ouvidos e observados segundo a teoria que dá um fundamento científico à sua profissão. As concepções científicas também podem ser obstáculos epistemológicos, e ser fonte prejudicial para o encontro terapêutico, se passarem a preconceitos. Podem, se os terapeutas não as souberem suspender, impedir o encontro com a singularidade de outro existente, e forçá-los a encontrar mais uma vez um “tipo” de doentes acerca dos quais aprenderam muito ou acerca dos quais já formaram uma (pré-)concepção. Claro que a dificuldade não é só epistemológica. Parece ser, também, profundamente existencial e ter consequências éticas: um verdadeiro encontro sacode e transforma o mundo em que vivemos, já que transforma as possibilidades que o definem e aponta para um fundo vivo que cada existente tem de existir. O que não deixa de ser inquietante, mesmo para o pessoal médico. A dificuldade ética para a qual parece apontar é a de, para dizer como o filósofo Lévinas, ser violência feita ao rosto de outrem, entendido como a série em aberto, e por isso não acabada e *in-finita*, das suas manifestações. Impondo-lhe um tipo, estou a querer acolhê-lo só segundo uma forma limitada de apreender essas manifestações, que assim nunca me poderão realmente surpreender e exceder o meu conceito. A estrutura do encontro (e a semelhança com as descrições da epifania do rosto de outrem, segundo Lévinas, são grandes), «como transpassibilidade, implica uma abertura, *ab-soluta* de qualquer projecto. No acolhimento do evento que abre a cada uma das vezes um mundo novo, o estar-aqui, é transformado» (Maldiney, 1997, p. 425). Por sua vez, a caracterização do evento capaz de transformar a nossa existência, é a seguinte: «o evento, o verdadeiro *acontecimento-advento*, expõe-nos ao risco de nos tornarmos outros. É por si só transformador. Abre um mundo ao facto de estar aqui que o acolhe transformando-se e cujo acolhimento consiste nesta mesma transformação, em “tornar-se outro”» (Maldiney, 1997, p. 425).

A autenticidade da pessoa doente é manifestada pela sua transpassibilidade e pela sua transpassibilidade. «De maneira a respeitar essa autenticidade, o terapeuta deve ser capaz de deixar o sistema que, por outro lado lhe é indispensável. Isso permite-lhe ter um conhecimento directo da pessoa (psiquicamente) doente que lhe teria ficado inacessível se tivesse permanecido fechado no interior das suas concepções científicas» (Kuhn, 2001, p. 55). Se isto é verdade, o encontro clínico está carregado de significação de tal forma que as modalidades singulares da existência e da presença da pessoa doente possam ser compreendidas, de forma

quase empática. «Este conhecimento da pessoa doente, diz ainda Kuhn, é de uma natureza diferente que o conhecimento exclusivamente científico e é sobre ela que pode propor tal ou tal tratamento da doença (psíquica), em termos biológicos, físicos, psicológicos ou de ambiente. Só assim a pessoa doente poderá participar livremente nestas decisões, tanto mais que não lhe são impostas» (Kuhn, 2001, p. 55). Por fim, Kuhn afirma – alargando o âmbito da análise de Maldiney – que estas noções são importantes para a psiquiatria contemporânea, mas talvez também, para outras formas terapêuticas, porque são úteis para compreender alguns dos riscos do conhecimento psiquiátrico e científico para a psiquiatria clínica e a clínica em geral. «Para ser médico, escreve, é preciso possuir um certo número de conhecimentos estruturados em sistemas teóricos. Há por isso a tendência muito forte de querer enfiar o doente nessas construções. O dizer do doente é tanto mais aceite quanto integra esses sistemas, e são facilmente rejeitados se não estiverem em concordância com eles. O sistema no qual o médico deve organizar-se profissionalmente prefigura-lhe o diagnóstico e as suas indicações terapêuticas. Dessa forma, a surpresa que brota do inesperado, se não se tiver cuidado, é facilmente abafada. Ora, é precisamente aí que se manifesta a autenticidade do doente» (Kuhn, 2001, p. 55). Esta autenticidade, parece-nos, é a verdadeira razão de ser do cuidado e da inquietação ética.

Bibliografia

- Binswanger, L. (1970). Freud et la constitution de la psychiatrie. In *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne. Discours, parcours et Freud* (traduction de R. Lewinter). Paris: Gallimard.
- Binswanger, L. (1971). De la psychothérapie. In *Introduction à l'analytique existentielle* (trad. J. Verdereaux et R. Kuhn). Paris: Minuit.
- Freud, S. & Breuer, J. (2002). Psychothérapie de l'hystérie. In *Études sur l'hystérie, 1892-1899* (trad. A. Bermann). Paris: PUF.
- Henry, M. (1963). *L'essence de la manifestation*. Paris: PUF.
- Henry, M. (1985). *Généalogie de la psychanalyse*. Paris: PUF.
- Henry, M. (2000). *Incarnation: une philosophie de la chair*. Paris: Seuil.
- Henry, M. (2004). *Auto-donation*. Paris: Beauchesne.
- Kuhn, R. (2001). L'importance de la philosophie d'Henri Maldiney pour la psychiatrie contemporaine. In H. Maldiney, *Existence: crise et création* (pp. 427-433). La Versanne: Encre Marine.
- Maldiney, H. (1997). *Penser l'homme et la folie*. Grenoble: J. Millon.
- Proença, N. Miguel (2009). Lecture de Freud sur le transfert et sa liquidation: comment passe-t-on de l'identification à la reconnaissance en situation psychanalytique? In Christian Lazzeri et Soraya Nour (Dir.), *Reconnaissance, Identité et intégration sociale* (pp. 181-192). Paris: Presses Universitaires de Paris-Ouest.
- Vaschalde, R. (2006). Maladie: de la phénoménologie à la thérapie. *Phainomenon*, 13, 155-164.