

José Nazar

A medicalização da dor: da psicanálise e da psiquiatria

O autor procura abordar os momentos de possível entrada de uma medicação num paciente em tratamento psicanalítico. São situações de resistências na direção da cura, onde se questionam conseqüências e desvios nas modulações transferenciais.

> Palavras-chave: Medicalização, psiquiatria, psicanálise, dor

The author stands out the possible spaces of a medical drug on psychoanalytical treatment. Situations of resistance on the healing direction are explained, where the consequences and deviations on transference modulations are questioned.

> Key words: Medicalization, psychiatry, psychoanalysis, pain

O texto já estava concluído. Pronto para ser publicado numa revista de psicanálise. Não havia nada mais a acrescentar. Ele carregava consigo uma certa coerência, além de uma consistência teórica que caía bem na circulação do "já esperado". Um texto que estava dentro das "exigências" e expectativas que percorrem o cenário psicanalítico, fundamentalmente os grupos ditos lacanianos. Certamente seria aceito por uns e criticado por outros. Mas ele estava numa certa *conformidade* com o que circula por aqui e ali.

Era um texto que se poderia dizer "psicanaliticamente correto". Da mesma forma que se diz "politicamente correto" de alguma coi-

sa que está inserido no encaminhamento de uma norma.

Essa conformidade é, muitas vezes, a maneira pela qual perpassa uma comunicação cifrada, que é uma linguagem velada entre analistas e que impede a emergência de uma possível enunciação, de algo mais elaborado e, portanto, mais simbolizado. Há, aí, algo como uma cumplicidade. É o que mortifica e adormece os efeitos do discurso analítico, que, porventura, possam marcar sua presença neste ou naquele texto. Não vou me ater a este ponto agora, mas posso afirmar tratar-se de algo fundamental.

Ocorreu-me perguntar: de que lugar eu enunciava o que se presentificava no texto já es-

tabelecido? E, mais ainda: para quem ele se dirigia? A que Outro eu o endereçava ao redigi-lo? A que público era dirigido? E qual a razão de tal desenvolvimento? E neste retorno, torna-se importante a seguinte pergunta: *de que lugar eu enunciava tal escrito?* De uma *experiência em curso*, de onde eu posso hoje pensar e retirar algumas conseqüências. O que me levou a desenvolver esse escrito foram determinadas situações que eu vivenciei ao longo de meus trinta e três anos de experiência de clínica e de teoria. Algumas situações complexas, difíceis de serem abordadas. Erros e acertos! Apego a posições dogmáticas que me levaram, às vezes, a responder de uma posição totalmente alienada a esse ou aquele discurso. Posições fechadas, portanto, sem nenhuma abertura para que pudessem emergir questionamentos.

O que se diria também de um percurso que passou por sérias transformações, verdadeiras mutações que forjaram uma passagem da psiquiatria à psicanálise. Discursos radicalmente distintos e antinômicos, sim, porém podendo ser franqueados pelo discurso psicanalítico. Este franqueamento traz consigo uma demarcação clara e explícita da antinomia entre o lugar que o psicanalista irá ocupar, na direção de uma cura, e aquele a que se propõe o psiquiatra frente ao seu paciente. Esta passagem, fundada no exílio de uma privação, estabelece uma dissimetria que é irredutível, sem retorno. Ela foi construída com sofrimento e algumas turbulências. Não é fácil abrir mão da posição tranquilizadora que o poder conferido ao discurso médico nos oferece. Com algum conhecimento de causa, pude optar por uma saída: deixar o conforto de uma alienação e

navegar num tratamento psicanalítico, sem saber muito bem para onde isso ia dar. A busca de uma psicanálise como tratamento me desconcertava. Tropeços e surpresas, era assim que tudo começava. Minha relação com as perdas sofridas e não vividas com dignidade seriam agora escritas numa nova página da minha vida. Era o luto que batia à minha porta cobrando o que lhe era devido. O compromisso ao princípio do prazer deixa o sujeito cego e ensurdecido às batidas do real. Longas e demoradas construções em torno de um vazio. As vivências de um luto, que foram experimentadas ao longo de muitos anos, me encorajavam a encarar mais de perto as conseqüências que daí emergiram. Deixar o estabelecido!

No início, só psiquiatria. O discurso analítico era persecutório. Todos os sintomas que eram trazidos pelos pacientes e que chegavam a mim, qualquer que fosse a dor ali presente, a resposta que eu dava era sempre medicamentosa. Somente drogas, remédios! Logicamente que oferecia algumas poucas palavras que, certamente, nada tinham a ver com o que era dito pelo sujeito, posto que, o que era escutado se estabelecia como um texto pautado na ordem médica, ditada pelo discurso psiquiátrico que eu trazia dentro de mim. Quando estamos identificados a um discurso, escutamos e respondemos a partir de um traço específico, dominante, ao qual o sujeito está alienado. O que se pode inferir é que a vigência do discurso da ciência concilia um pacto alienante entre as partes interessadas, conferindo um silêncio que cala e anula a voz de uma subjetividade tanto do médico como do paciente. A virulência discursiva, que é própria do humano, agora cede lugar a um fora do discurso, sem lugar

de fala, não muito distante da própria pertinência estrutural que constitui o cenário de uma psicose: sabemos que os sujeitos que têm psicose, ainda que concernidos na linguagem, estão condenados a seguir uma vida fora do discurso.

Uma mudança se processa com o início de minha psicanálise pessoal, quando eu dava os meus primeiros passos em direção a uma "formação" psicanalítica. Nessa época, o que os pacientes diziam começava a me incomodar. As queixas, que já se esboçavam em palavras, migravam e iam se postando no dispositivo de que eu me via fazendo parte. Nascia uma implicação naquilo que chegava e se transmutava numa escuta, abrindo as portas de uma outra cena por onde um novo texto era dado a ler. O que os pacientes traziam de suas queixas dizia algo em mim. Isso que *dizia em mim* não era ainda formulado em um *dizer-se*. Mas já era alguma coisa! O que eles diziam se tornava passador de uma questão minha. Em outro lugar, na minha análise pessoal, eu já conseguia *me* formular como sintoma, constituindo, portanto, uma verdadeira demanda: aqui eu já podia vislumbrar os traços de minha patologia totalmente comprometida e articulada numa transferência. As queixas, os delírios, as certezas irredutíveis, tudo que os pacientes diziam, ou eram ditos por meio deles me concernia. Eu era atravessado e franqueado pela loucura que é a subjetividade humana. A melhor maneira de expressar este momento não será outro: eu era vazado pelas questões trazidas pelos pacientes, sem saber muito bem quem era quem. Parecia que o estado de inocência se esmaecia, me abandonava, e eu ainda não estava pronto para deixá-lo, permitir que ele sentisse falta de

mim. Algo me tomava e insistia, latente em meu corpo. Momento estranho aquele, de perplexidade! Eu ainda não sabia nomear o que se processava, mas logo pressenti que enveredava por uma terra estrangeira. Algumas migalhas de saber inconsciente brotavam daí, mas era pouco. Não havia aqui a presença efetiva do saber inconsciente que escreve a literalidade pautada no real. O que se formulava era muito mais um conhecimento sendo colocado em questionamento... Aqui a presença ou a ausência de um conhecimento paranóico já me fazia questão, e as interrogações não cessavam de me despertar. Eu passei a carregar algumas palavras dos pacientes, que continuavam gestando no meu ser, à espera de um endereçamento mais eficaz. Como se uma barreira, um divisor, um muro protetor tivesse desmoronado. Começava a me implicar naquilo que eles diziam. Mais: passei a me incomodar mais com o que eles traziam sem estar tão armado e protegido de ordens estabelecidas. O uso e o abuso da prescrição medicamentosa, implícita na minha prática psiquiátrica, tem o seu declínio. Um franqueamento necessário.

Interessante: nessa época, eu constatava que colegas psiquiatras que iniciavam um processo analítico, e *entravam* em análise, deixavam de ser psiquiatras. Com exceção de alguns que seguiam a carreira acadêmica, eram poucos os que continuavam operando também como psiquiatras, medicando pacientes com remédios. Este exercício era simplesmente uma questão de tempo, algo passageiro, e, portanto, pontual. Por quê?

Outro fato observável, que acompanhei com meus próprios olhos, é que muitos psiquiatras, que fizeram uma formação psicanalítica,

ca "oficial", continuaram na posição de psiquiatras. É certo e seguro que não houve uma *entrada* em análise! Eles até frequentaram o consultório de um analista, mas não se *apresentaram* à psicanálise a partir de um desejo decidido, num estado de puro desejo, ou seja, não conseguiram construir a abertura necessária que levasse, um por um, a crer no inconsciente. Pode-se conjecturar que o gesto analítico que se demarca no assentimento ao inconsciente não se realizou. Aqui não se verificou a incidência do ato psicanalítico na abertura necessária de um sujeito que pudesse se pautar num pensar justo ali onde ele não é. Ou seja, o sujeito aqui em questão não realizou a prova efetiva que o inconsciente requer de um postulante à psicanálise. O que se pode dizer é que este sujeito, ele próprio, permaneceu no registro de um ser consistente não esburcado pelas intervenções do psicanalista, mantendo sua existência de vida pessoal e profissional regida por uma certeza egóica cada vez mais apta a não se deixar tomar por qualquer elemento da ordem da surpresa. Não se separaram do discurso ao qual eles estavam formados. Foram em direção a uma psicanálise com uma carta na manga. Fizeram uma escolha preferencial que se traduz no próprio mal-estar da civilização: optaram tão-somente pelo objeto remédio, consistindo num sendo universal, não permitindo nenhuma abertura para o pensar analítico. Por isso mesmo não houve o deslocamento necessário do sujeito para uma posição nova e distinta daquela que se estabelecia anteriormente. O discurso analítico funda um novo tipo de liame social, e o que se verifica é que não haverá mais uma separação possível entre uma vida privada e uma vida

psicanalisante. O processo psicanalítico será regido por uma lógica que não responde a nenhuma dicotomia, pelo contrário, irá fazer prevalecer a assim chamada estrutura moebiana, onde não há um dentro e fora, uma vida psicanalisante e uma vida privada... Confesso que a ausência de uma linha divisória que separasse essas duas vertentes, não somente me intrigava, como era vivida por mim com uma dose de angústia. Eu estava doutrinado numa lógica clássica, onde tudo seria passível de uma delimitação, que caminhava sob a égide de uma dicotomia. O certo e o errado, o bom e o mau. Eu até acreditava saber o que os pacientes "tinham", e o que era melhor para eles. Caminhos firmes e seguros! A entrada da psicanálise na minha vida desorganizou tudo, retirou as certezas que me serviam como âncoras. Agora, eu me via trilhando um caminho novo, onde não mais poderia encontrar suporte nos balizamentos anteriores, e as referências passaram a ser procuradas em outro lugar. O sujeito estará sob o jugo dos efeitos de uma nova ordem, a ordem particular de seu inconsciente.

Observei que esses psiquiatras não conseguiram construir o luto necessário desta passagem, permanecendo no patamar de um conhecimento analítico sem a efetividade de um corte delineado pelo saber inconsciente. Pode-se dizer que nestes casos a incidência de uma interpretação não produziu uma transformação real na vida do sujeito, ele não franqueou o plano das identificações no sentido de uma abertura possível por onde se dá a construção da estrutura de uma destituição subjetiva. Uma psicanálise avança em direção ao seu final, ou seja, na constituição de um psicanalista,

se esta destituição subjetiva se processa como estrutura. Esta será uma abertura possível para que o desejo do psicanalista cesse de não se escrever na contingência do ato psicanalítico que funda o tornar-se psicanalista e sua autorização. Por alguma razão, que é particular de cada um, estes postulantes não puderam avançar. Por isso mesmo o desejo do analista não emergiu. Encontraram como saída uma relação de vizinhança com a psicanálise, desconectados do ato psicanalítico.

Um psiquiatra, quando se analisa, torna-se psicanalista. Sim, esta será uma afirmação aceitável. Testemunhei e acompanhei de perto o movimento de alguns colegas que até saíram com diploma de psicanalista. Mas não se tornaram analistas. Mas, como isso é possível? Burocracia! O que se verifica é que os psicanalistas que têm dado provas como tais, jamais imaginaram a idéia de um diploma de psicanalista. É certo que alguns até mudaram sua posição frente a seus pacientes. Operavam como psiquiatras numa abordagem que incluía psicoterapia. Passaram a levar em conta tanto os elementos da sua subjetividade quanto da de seu paciente também.

O que já me intrigava, nessa época, era o seguinte: por que é que um psiquiatra quase sempre deixava a psiquiatria logo após ter se tornado psicanalista? Mesmo tendo constatado tratar-se de discursos distintos, eu não via nenhuma incompatibilidade operacional. Sabia haver algo a mais que precipitava um franqueamento que produzia o deslocamento do discurso psiquiátrico neste alguém que se encaminhava para uma formação analítica. O que seria? A resposta

estava no fato de que esse alguém que se apresenta para uma "formação" psicanalítica coloca a sua doença mental em análise. Ele se reconhece nesta e a desloca para o tratamento, na direção de uma cura. Trata-se de alguém que toma a doença mental para si, enquanto o psiquiatra concebe a patologia mental tão-somente *no* paciente. Sua formação é fruto de um aprendizado universitário que é inscrito no discurso médico. Aqui não está em questão nada que diga respeito a sua subjetividade. Seria uma loucura qualquer exigência que contrariasse a norma que designa a ordem médica. O que caracteriza o discurso psiquiátrico é esta maneira de conceber a doença mental somente no outro, do lado do paciente. Um psiquiatra dificilmente se coloca em questão na relação com seu paciente. Muito menos ele irá criar as condições para que o paciente se questione. Sabemos que a abertura inicial para que se estabeleça uma cura está no fato de que o sujeito se coloque em questionamento. Ele acredita que o simples curso universitário, esse que o inscreve no discurso da ciência, irá bastar para que ele possa conduzir um tratamento!

O só-depois me colocou frente a uma realidade em andamento. Para mim e para tantos outros o anúncio de um deslocamento da "boa" psiquiatria, da assim chamada *psiquiatria clássica*, foi vivido como alguma coisa da ordem do traumático. Tive que construir e realizar um luto dos mais dolorosos, na medida em que não sabia como lidar simbolicamente com o que transitava de uma dívida para com meus três grandes mestres: Nobre de Melo, Leme Lopes e Portela Nunes. O discurso de uma neurociência tomou o lu-

gar da psiquiatria clínica e, com isso, desmoronou todos os alicerces criados desta com a psicanálise. Sonhos que foram por terra. Eles estavam postados e arquitetados numa psiquiatria clássica, dinâmica, aberta a um diálogo maior com a psicanálise e com tantos outros campos do saber. O próprio Freud havia preconizado que a psicanálise poderia dar à psiquiatria a base e a sustentação de que esta carece. A psicanálise poderia oferecer à psiquiatria um suporte "psicológico". Muitos psiquiatras se deixaram seduzir pelas novas descobertas das neurociências, pela "vitória" de uma nova ordem médica e a conseqüente morte da psiquiatria. Caíram no canto de uma sereia de onde emana a promessa de felicidade. Facilitação! No berço de uma alienação, que se inscreve como o próprio princípio do prazer, alguns psiquiatras assimilaram o autêntico *desejo de submissão*. Passaram a caminhar numa mão única, sem nenhum questionamento, para não perturbar a ordem estabelecida! Sabemos que esta ordem médica é feita para ser obedecida. Ela não admite nenhuma interlocução com os outros discursos. A esperança tem sido colocada nos psiquiatras que seguem o caminho doutrinal e acadêmico em algumas universidades. Eles disseram não a este esquarteramento que a neurociência impôs à psiquiatria, e, a partir de uma dignidade sem limites, resistiram e têm insistido num retorno da psiquiatria clássica. Essa passagem que se processou em mim, no seu início, será marcada pelo recebimento de pacientes de psicanalistas para, em algum momento, serem medicados. Eu já observava as enormes dificuldades no tocante à transferência nesses momentos. Um pa-

ciente que não tem uma psicose, estando em análise com um analista, quando é encaminhado para um psiquiatra para ser medicado, pode presentificar, aí, o que já estava presente: uma má-formação transferencial; um desvio, uma divisão, ou, melhor, um desmembramento da transferência. Mas essa experiência, ou seja, a de poder me deslocar entre a psicanálise e a psiquiatria, ocupando lugares distintos, me levava a demarcar com nitidez as variantes discursivas e, com isso, percorrer o campo das resistências. Muitas coisas eu aprendi. Ensinaamentos que não estavam nos livros, e que, portanto, eu teria que me virar ali na situação de trabalho: ora como psicanalista, ora como psiquiatra.

Cheguei muito cedo à conclusão de que medicar um paciente que esteja no processo analítico era uma das questões mais *relativas* nessa área, sem nenhum apoio a regras estabelecidas, sem qualquer regência deste ou daquele paradigma. O que irá depender tanto do analista como do psiquiatra. Do *analista*, na direção do tratamento: o lugar em que ele se encontra na sua relação com a psicanálise, contando, com isso, seu percurso de psicanálise pessoal, sua formação "permanente", sua experiência clínica. Do *psiquiatra*: sua formação acadêmica, levando-se em conta o grau de seu envolvimento com as neurociências, sua crença ou não na eficácia de uma psicanálise, o teor de rivalidade que aí comparece. Aqui poderíamos adiantar que este "relativo" irá depender muito mais de dois aspectos referidos ao analista: do ponto a que ele chegou em sua psicanálise pessoal, ou seja, até onde conseguiu se colocar e analisar sua doença

mental e sua capacidade de formular corretamente um diagnóstico em psicanálise. Testemunhei e pude concluir que muitas indicações de medicalização eram mais para "acalmar" o analista em suas preocupações. As situações que estavam em jogo se traduziam numa "*fragilidade temerosa*" que é própria e estrutural de um principiante. Esse processo se assemelha àquele em que o analista em percurso, na condução de uma psicanálise, coloca, de saída, um supervisor em cena, porque ele não se autoriza por si mesmo. Ele precisa de um suporte, uma garantia. Qual analista iniciante não se embarçou nos seus primeiros atendimentos? A entrada de uma medicalização, em algumas situações, pode vir em suplência de um Outro, ainda consistente, de que o analista em formação não se desvencilhou.

Nessa época, um fato observável. Em dada ocasião, um colega encaminha-me uma série de pacientes, que estavam em análise com ele, para serem medicados. Em nenhum dos "casos", porém, eu via a necessidade da entrada da medicação. Não mediquei nenhum. Sabia do constrangimento que essa medida causaria para mim, para ele e, fundamentalmente, para o paciente. Cheguei a pensar se não se tratava de um sofrimento de tal analista, pois sabemos que todos estamos sujeitos a crises: somos seres humanos. O problema é que alguns têm consciência, outros não. Pensei mesmo que aquele a precisar de ajuda era o analista. O que veio se confirmar pouco tempo depois. Outro fato: não faz muito tempo, fui procurado por uma família para atender uma jovem que acabara de fazer uma grave crise.

Ela havia deixado o emprego que mal acabara de assumir numa cidade pouco distante de onde residia com os seus familiares. Tratava-se de um cargo de importância dentro da sua profissão e que lhe daria um ótimo salário. Não conseguiu continuar mais do que uma semana de trabalho em função de seu estado emocional conturbado. Ao recebê-la em meu consultório constatei que a paciente estava transtornada, apresentando um quadro dentro daquilo que classicamente chamamos de "surto". Eu não estava certo: tratava-se de uma psicose? Havia dúvidas de que ela *tivesse* uma psicose. Sua desagregação era acompanhada de um estado depressivo grave, irrupções de crises psicomotoras, idéias ruins e de suicídio e, ao lado, corria o desenrolar de um campo de idéias persecutórias e de auto-referência. Em razão de uma intensa agressividade dirigida ao pai, e do receio de uma possível passagem ao ato que a levaria ao suicídio, a família queria a todo custo interná-la. Não aceitaram meu ponto de vista de que o "quadro" ainda não estava claro e que, por isso mesmo, eu era contra a internação. Consegui "negociar" com a família a entrada de um psiquiatra, que era o que eles queriam desde o início. Encaminhei-a para um renomado profissional. Por telefone, ele me deu sua posição diagnóstica: uma *psicose paranóica*. "Nazar, é psicose mesmo!" A descrição da sintomatologia era perfeita. Já me era familiar aquele discurso, próprio da clínica de observação. Eu mesmo já o trilhara com muita mestria. A prescrição clássica: antipsicóticos e tranqüilizantes (de última geração). Minha preocupação dizia respeito ao que se observa no só-depois de um procedimento

inicial, e que se revela no andamento de um tratamento: quando damos um diagnóstico de uma psicose de forma rápida e precipitada, acompanhado de uma conduta terapêutica decorrente deste, podemos levar um paciente a trilhar o caminho de uma completa alienação para o resto da vida. Uma vez selado o diagnóstico de psicose, fatalmente teremos ali um "psicótico" para sempre! O paciente *será* um psicótico. É o que poderá determinar os rumos da vida desse sujeito. Não resta a menor dúvida que nós, psicanalistas ou psiquiatras, muitas vezes nos antecipamos nesta conduta porque ela nos tranqüiliza frente a um ponto de angústia e impasse. No caso dessa jovem, faltava um elemento que pode designar se alguém tem uma psicose: a *certeza*. Aquilo tudo ficou em instância na minha cabeça. Não conseguia pensar em outra coisa. À noite, interrompo meu seminário por algum tempo, peço licença ao público e vou até uma outra sala ligar para a paciente. Peço a ela que não inicie a medicação naquela noite e aguarde a sessão no outro dia pela manhã, para vermos melhor as coisas. No só-depois, o quadro se estabilizou. Ela elabora e conclui que o desencadeamento da crise deveu-se ao seguinte fato: justo quando ela inicia seus primeiros passos rumo a um belíssimo sucesso profissional (o que se comprovou após alguns anos), o seu pai, uma figura tão amada, querida e idealizada por ela, caminha para um estado de falência, para um fracasso profissional e da sua vida financeira. Ela pôde elaborar esse ponto, por onde tenta salvar o pai, pela via de uma identificação imaginária, ou seja, oferecendo-se numa posição sacrificial, mortificando-se e abolin-

do seu sucesso.

Outras situações poderiam ser esboçadas aqui para ilustrar como é tênue e sensível esta questão da entrada da medicalização num tratamento psicanalítico, ou no que se refere a pacientes que estão no início de um tratamento, que ainda não entraram em análise. Como, também, verificamos situações em que uma onipotência por parte do analista não permitiu que uma psicanálise caminhasse a bom termo: onde seria esperada a entrada de uma medicação, houve recusa por parte do analista. Às vezes, observamos que em situações de risco ou de uma crise emocional grave, uma medicação permite uma estabilização do quadro, no sentido de uma abertura à transferência. Há situações onde uma primeira amarração transferencial somente se dará se aceitarmos a entrada de uma medicalização. Nesse sentido, temos constatado erros graves de nossa parte como de alguns psicanalistas, ao não abrirem portas para um trabalho conjunto com psiquiatras. Sabemos, de longa data, que ao abordarmos pacientes que têm psicoses, ou outros transtornos psíquicos, dificilmente conseguimos estabelecer um viés analítico sem a concorrência de uma medicação psiquiátrica. São momentos delicados e é necessária uma prudência seletiva. Veremos que proporção toma este feito.

Medicalização da dor, o que é isto? O que é que se medica quando medicamos alguém que esteja no processo analítico? O que nos leva a formular: quem, no processo psicanalítico, é medicado, quando uma medicalização se faz aí presente? A medicalização está identificada a uma presença efetiva do me-

dicamento: remédios, pílulas, drogas! Mas isso tudo se inscreve como significantes, não é mesmo? Mas poderíamos dar um passo a mais e arriscar dizendo: uma medicalização pode também comparecer quando, na direção da cura, o analista resiste e responde a uma demanda específica do analisante. Fundamentalmente quando o analista cai para uma "posição" de médico, respondendo não mais a partir do discurso do analista, mas do discurso do mestre.

Vejamos de perto como se constitui o cenário por onde transita a tessitura da medicalização da dor. A entrada da medicalização: em se tratando de um medicamento, o que viria a ser da ordem do necessário? Um quadro de psicose, uma depressão, insônia rebelde, crises de angústia? Ponto delicado demais, tênue! Por quê? A psicanálise veio nos ensinar uma coisa difícil de se perceber, assimilar e aceitar. E, em se tratando de psicanalistas, cabe falar de uma *aceitação inconsciente*, pois estamos apontando algo da ordem do traumático. É que não há uma fronteira clara e nítida entre o normal e o patológico, o louco e o não-louco. Por isso mesmo é que a mente humana não se deixa reger por uma lógica comum, em que se possam demarcar os limites do certo e do errado. É de uma outra lógica que se trata. Portanto, aceitemos o paradoxal, o absurdo, o não-senso. Mais: além de tudo, nada da ordem do antecipável. O passo construtivo do campo psicanalítico sustenta-se na lógica do só-depois.

Este cenário, que não seria de um semblante, não cessa de se mostrar como sendo novo, sempre novo! Como, quando, e a partir de que elemento da cura preconiza-se

uma entrada da medicalização? Sem contar o problema da saída, ou seja, a retirada de um medicamento num paciente em análise. A medicalização, quando encontra sua porta de entrada numa psicanálise em andamento, não será abandonada tão facilmente pelo paciente. O lugar de sua inserção poderá se inscrever de uma forma cristalizada, como ancoramento de um ponto sensível de suposição de saber. Sabemos que pode acontecer que um psicanalista "se acostume" a psicanalisar... Mesmo porque é comum que o *automaton*, que vige nas entranhas do encontro entre psicanalisante e analista, produza um certo adormecimento nisso que poderia se constituir como a incidência do *desejo do analista* na direção de uma cura. O retorno freqüente à realização das sessões analíticas faz nascer, aí, uma *inércia subliminar* que é tecida e articulada pelos desígnios alienantes da força de um hábito. E não é por menos, pois a matéria-prima que funda e constitui o não-cessar desse encontro é nada menos que as palavras nascidas de uma *causa* que se inscreve como um buraco real, que irá estabelecer o trilhamento de uma subjetividade que se demarca nas relações do sujeito com o Outro.

Portanto, podemos dizer que o movimento de um paciente às sessões de uma análise justifica-se num transtorno psíquico que está sob a ingerência de um encontro faltoso do real. O sofrimento humano advém de uma falta ou hiância estrutural. É a causa ou, se quisermos, uma não inscrição da relação sexual, a saber, a relação sexual que não se escreve. Este fato, traumático na sua essência, pede medicalização. Um paciente é

aquele que sofre, traz em si uma dor e, por isso mesmo, pede, demanda! Cada um, na sua particularidade, saberá, no só-depois, a razão e a veracidade de sua dor. O que o paciente demanda do analista suscita uma resposta que não lhe convém. Há uma dissimetria entre aquilo que ele pede e o que ele recebe de volta. Não existem duas dores iguais. Cada dor é uma dor. Como também não há duas psicanálises iguais. Por isso mesmo, ninguém poderá afirmar: "Nós fazemos análise com o mesmo analista". Não, ninguém, a não ser eu mesmo, faz análise com o "meu" analista! Um analista jamais será o analista de duas pessoas. Que resposta dará o analista na medicalização da dor?

O psicanalisante *procede* de uma insistência no trabalho que se orienta pela necessidade de um *dizer-se*. Ele buscará *dizer-se* no desdobramento de sua subjetividade desejante que o conduz ao exercício de uma produção de boas palavras. É onde se delineiam os parâmetros de uma ética que, segundo Lacan, está "centrada no real": ela irá inscrever a psicanálise operando pela via de uma clínica que se diria etiológica, que se fundamenta na *clínica da causa*, e que se desvela na *ética do bem-dizer*. Nesta clínica Lacan irá preconizar a importância de um "discernimento" onde o que se procura, a cada intervenção, é distinguir os elementos que habitam os alicerces da constituição dos impasses do desejo, do sintoma como resultado. Esta clínica da causa é tributária da falta de um significante na estrutura da linguagem, que se escreve a partir do matema $S(A)$, o significante da falta no campo do Outro. Uma falta a ser bordejada, seduzida,

para que ela possa colocar suas mangas de fora: serão os efeitos do sujeito do inconsciente.

Esta falta estrutural não está à espera de um conhecimento analítico ou um saber construído, como prescritivo, nessa ou naquela direção. Nada de tamponamentos. A medicalização da dor não se a identifica tão-somente a um remédio, a um comprimido. Pode, também, comparecer como uma intervenção, inapropriada, apaziguadora, como, por exemplo, um sentido antecipável, dado pelo analista. O horror está presente na direção da cura. Até mesmo um adormecimento pelo lado do analista. Analista não dorme! Será? Veremos mais adiante, pois há situações das mais exuberantes sobre isso.

O analista não precisa estar ali, roncando, para estar dormindo. Existem muitas formas de se *estar* dormindo. Ainda mais que o campo psicanalítico é propício às metáforas, não é mesmo?

Uma psicanálise sempre deve buscar alguma coisa, e essa alguma coisa, que não se sabe de saída o que é, diz respeito ao sujeito. Ou, mais propriamente, os efeitos de sujeito. *O sujeito do inconsciente é o objeto de uma cura analítica*. Portanto, o que se instaura desde o início deste processo é um movimento, um movimento calcado num despertar, em direção à inscrição de um puro desejo.

No início de um tratamento o que temos é um sujeito indeterminado, aprisionado, afixiado gozosamente na demanda. No só-depois de um tratamento analítico, ao final de uma análise, teremos um sujeito determinado e referido na relação com a verdade de seu desejo. Ele está totalmente limpo do pe-

dir, do demandar, das malhas do amor. Este sujeito da experiência analítica não estará mais desconectado e disperso na trama que é inerente aos impasses de seu desejo, nisso em que se constitui o campo da demanda.

Os quadros clínicos se constituem conforme a resposta que cada sujeito dá à castração do Outro, ao gozo do Outro. O sujeito poderá se ofertar como um objeto e constituir, como resposta, uma perversão. Poderá responder com um significante constituindo esta ou aquela neurose. Ou poderá responder com o seu próprio corpo, na produção de uma identificação imaginária, maciça, no estabelecimento de uma psicose. É isso aí. Cada paciente irá lidar com o seu desejo de uma maneira específica, limitada e contornada pelo sintoma que se evidencia nessa ou naquela estrutura clínica. A razão de uma clínica psicanalítica está na dependência de uma tessitura traumática do desejo, posto que este sempre estará implicado num gozo que é cernido pela estrutura. O que se verifica no início de qualquer tratamento, e isto é um fato de extrema importância, é que o sujeito não quer aquilo que deseja. Ao final do percurso analítico, quando se completa a operação analítica, o sujeito já pode querer aquilo que verdadeiramente deseja.

Há um princípio que se delineia no encaminhamento de uma psicanálise e que nenhum analista poderá deixar de segui-lo, sem correr o risco de criar um desvio com consequências sérias ao tratamento. Ele está na base da fundação do dispositivo analítico, como uma consequência direta do tornar-se analista e sua autorização: o psicanalista dirige o tratamento, mas não o paciente em

análise. Ele acompanha os passos de um sujeito em análise no sentido de que aí possa se inscrever uma singularidade. É isso mesmo: o analista não deve de modo algum dirigir o paciente! Esta é a tese inaugural do célebre escrito de Jacques Lacan, de 1958, "A direção da cura e os princípios do seu poder", onde ele denuncia, com a simplicidade que lhe era inerente, o fato observável: "... a impotência em sustentar autenticamente uma práxis reduz-se, como é comum na história dos homens, ao exercício de um poder". Estas afirmações fundadoras, que delineiam uma situação analítica encontrarão, no só-depois, uma consistência maior a partir da fundamentação do ato analítico e do aforismo lacaniano "... o psicanalista só se autoriza por si mesmo... e por alguns outros".

Todo e qualquer paciente, quando caminha em direção a uma análise, segue em busca daquilo que não conhece e que acredita poder encontrar no analista. É um "desconhecimento" daquilo que o faz sofrer. Isso que é para ele "tão" desconhecido, e que se dá a despeito dele mesmo, é o que o faz sofrer e que quase sempre o conduz ao consultório do psicanalista.

A questão que se coloca é: *como esse sofrimento irá se articular numa psicanálise?* Eis aí a verdadeira questão. Podemos dizer que as chances de que possa acontecer uma psicanálise estará na dependência de como esse sofrimento será dialetizado nesse momento inicial, de como o paciente se verá frente ao mesmo, como alguma coisa sua. O que se espera por parte do analista é que ele remeta o paciente a *se dizer* neste sofrimento, e que o mesmo possa encará-lo como alguma coisa que verdadeiramente o faz sofrer

e que ele quer tratar para se livrar dos tormentos que daí advêm.

Para que uma psicanálise possa se instalar e caminhar na sua perspectiva de uma reinvenção, pode-se dizer que as coordenadas serão dadas pelo analista. No cenário por onde se inscreve sua autoridade de analista, veremos despontar sua responsabilidade frente ao que se configura como *uma direção*. Como se inicia uma psicanálise? Certamente que estará na dependência daquilo que, de uma saída, já se prenuncia no início da partida, ou seja, a saída já anunciada na partida.

O psicanalista encontrará o seu lugar a partir da própria implicação que o paciente confere à sua queixa. Este ponto inicial, de onde será dado a ver a construção de uma demanda de análise, se inscreve como uma inflexão por onde se demarca o campo de uma modulação transferencial: *de que lugar?* No Seminário, livro II, os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, (1964), Lacan irá lançar o estatuto do nascimento de uma clínica psicanalítica: *de que lugar?* Ao se referir à relação do sujeito ao Outro, aqui, o analista, fazendo às vezes de um lugar de suposição de saber, dirá: "Quem, desse Sujeito-suposto-Saber pode sentir-se plenamente investido? Não é aí que está a questão. A questão é, primeiro, para cada sujeito, de onde se baliza para dirigir-se ao Sujeito-suposto-Saber?" O delineamento do lugar do analista numa direção da cura será recortado num ponto da construção de uma demanda de análise. O analista irá ocupar o *lugar do analista* que é ofertado na transferência do paciente. O paciente que se destaca como psicanalisante funda um analista.

É, sim, uma contingência, não sem uma certa arte e mestria desse um que já passou por esse processo e que agora pode ocupar o *lugar do analista*. É aqui que se introduz: *de que lugar?*

Mas, nem sempre isso se dá. O destacamento de uma abertura na constituição subjetiva, para que se possa encontrar o traço pelo qual se enuncia um questionamento, não é simples. Trata-se de uma tarefa difícil, pois ambos, analista e paciente, terão que pagar algo nessa empreitada. O ensinamento de Jacques Lacan restaura a descoberta freudiana ao enfatizar a importância do ponto que habita a divisão inaugural do sujeito humano: como esse sofrimento será recebido pelo analista e relançado para o paciente como questão. Uma questão verdadeira por onde se possa traduzir a fundação de um *lugar de trabalho* que se situe no dispositivo analítico. O analista terá de criar as condições iniciais desse trabalho, para que o futuro psicanalisante venha se colocar face ao seu sofrimento e que, a partir daí, possa, como num passe de mágica, implicar-se no mesmo. Fazer parte, se implicar nisso de que ele se queixa. No início ele imputava a causa ou a razão desse seu sofrimento a algo fora dele, exterior a ele, ou seja, se justificava a partir de um outro. Quando se estabelece o início do tratamento, a partir das entrevistas preliminares, o sujeito estará fazendo parte justo daquilo de que ele se queixa. Se antes era tudo-outro, menos ele mesmo, agora, já não será mais assim! Agora ele se vê participando daquilo do qual tanto se queixava. O sofrimento traduzido como uma queixa desta ou daquela dor será inserido na tessitura do dispositivo analítico somente

se o sujeito puder assentir-se a ele, incluindo-se, em formativa de questionamento, em razões causais, como implicado e "beneficiado" pelo mesmo. O paciente que leva a um analista o seu pacote de queixas traz uma carta na manga: um sujeito do inconsciente totalmente viciado no seu sofrimento, na dor, naquilo tudo do qual ele tanto se queixa e que afirma lhe fazer mal. Trata-se de um cenário complexo e paradoxal, na medida em que estas são as marcas que ele carrega com uma certa satisfação, e que comparecem numa repetição sintomática, por onde ele se reconhece e se vê amado pelo Outro. Este será o campo nomeado por Lacan de um "mais-além do princípio do prazer", a saber, o gozo. Quando se consegue criar as condições para que o paciente coloque em questão o seu sofrimento e se inclua nessa sua própria queixa, pode-se dizer que o passo inicial já está dado. É a fundação do sujeito da experiência freudiana, um sujeito, enfim, em questão no campo da linguagem. Não se trata de uma tarefa fácil. Fazer nascer aí, na sua queixa, uma verdadeira questão: será de onde o sujeito em análise poderá *dizer-se* deste lugar, *dizer-se* de um lugar por onde será delineado o plano das identificações. Única maneira de se sensibilizar a marcação de um gozo, por onde será detectada uma forma específica de um sujeito gozar, num fazer-se mal a si mesmo, não sem uma satisfação num sofrimento que se nos apresenta insensata. E é nesse colocar-se específico e singular de um sofrimento que o analista criará condições de uma leitura que tornará possível do sujeito se implicando, nesse início, levar o futuro psicanalisante a se delinear, nessas suas

formas de gozar. Nada de julgamento! Nada de dirigir o sujeito para esta ou aquela escolha! Ao dirigir a cura, o analista espera que se construa um saber sobre as relações tão íntimas de um sujeito com as suas formas de gozar. Paradoxal, nada mais que isso! Podemos afirmar que frente a esta insensatez, nós, analistas, resistimos. O sujeito só é humano porque é um viciado na sua condição de sofrimento, ou seja, daquilo que ele foi, como objeto, para o Outro. Uma posição sacrificial onde ele se vê como sendo reconhecido e amado.

É isso. Esta será uma vertente ética da psicanálise difícil de ser conduzida no que diz respeito às intervenções do psicanalista. Criar condições para que o sujeito em análise possa, por sua própria conta e risco, se responsabilizar pela tessitura de um trabalho de elaboração psicanalítica. O sujeito da experiência psicanalítica terá que se ver aí implicado. Implicado, em todos os sentidos! No sentido deste assentimento frente a ele mesmo, frente à sua divisão subjetiva, numa posição de procura de algo que lhe falta e que lhe concerne, algo que lhe toca de perto como sua própria falta-a-ser, de algo que lhe é estranhamente familiar. É a abertura de uma extimidade que aponta para uma verdadeira entrada em análise!

A função do psicanalista que se estabelece no início do tratamento é de vital importância. O ato psicanalítico funda o procedimento freudiano. Este fato inaugural se traduz no momento onde o psicanalista apresenta o inconsciente ao novo psicanalisante a surgir. Aqui será dado a ver a demarcação inicial de um sujeito em esquiva sintomática, onde a própria queixa geradora de uma de-

manda irá inscrever, na tessitura de uma divisão subjetiva, os elementos de uma possível lógica da cura. Caberá ao psicanalista conduzir o progresso de uma direção da cura, no sentido de testemunhar os movimentos de impasse na relação deste sujeito com seu desejo, deste paciente em sofrimento, nas suas mais variantes temáticas de uma dor, por onde se inscreverá o campo de inibição, sintoma e angústia. As mais variadas formas de traços que estabelecem as patologias psíquicas não cessarão de emergir nesse momento: são os verdadeiros tratados psicopatológicos que todos trazemos dentro de cada um de nós, as depressões, as manias, as ansiedades e angústias, os temores, as tristezas, as ansiedades persecutórias, as esquizoidias, tudo e um pouco mais! A arte e a mestria de cada psicanalista, sempre a partir de um estilo particular, será justamente criar as condições de cura frente a essas dores tão paradoxais. Colocar o paciente frente a suas próprias queixas, para que cada sujeito possa se perfilar no seu mais além. O psicanalista irá caminhar com ele no sentido de testemunhar a veracidade de suas implicações nisso que ele tanto afirma que o faz sofrer e do qual quer se libertar, mas que, ao mesmo tempo, o vemos tão apegado, tão comprometido, tão solícito, tão apaziguado nesse sofrimento. Isto é muito sutil, pois o paciente que se queixa de algo, sempre estará dividido frente ao que ele diz que o faz sofrer. Há ali um ponto onde ele se vê reconhecido e amado. Somente um psicanalista habita este território do humano: é o seu mais-além. Trata-se de uma vertente estrutural que contorna todo e qualquer ser humano. É ele, contra ele mesmo! O en-

lace transferencial fala bem desta nuance: uma transferência amodiosa estará sempre presente. Frente a estas coisas que o sujeito afirma estar sofrendo e não tem nenhum controle, explicita-se uma divisão subjetiva que jamais deverá ser tamponada. São situações mais fortes que ele mesmo e que ele vivencia contra si! Aqui o analista quase sempre será convidado a ceder, a ceder de seu desejo de analista. Este cedimento culposo pode dificultar o analisante a realizar o atravessamento do plano das identificações e, nesse sentido, retroagir aos efeitos alienantes e apaziguadores do discurso do mestre. São as portas de entrada das mazelas de uma medicalização.

A entrada de uma medicalização da dor está em perfeita consonância, neste momento, à equação: desejo de se fazer amar (psicanalista-em-resistência e psiquiatra) e desejo de submissão (paciente-medicalizado). Esta equação seria uma inferência daquilo que foi tão bem teorizado por Pierre Legendre no seu *Amor do Censor*, irá nos ensinar os trâmites sobre a grande obra do poder. Ao final do percurso analítico o psicanalisante irá encontrar algo muito distinto daquilo que idealizara de saída. O que ele irá encontrar não é nenhum bem, nenhum ideal. Nesse final, nada de uma felicidade. O sujeito de uma experiência analítica é aquele que, tendo sido analisado, não cessará de se reencontrar naquilo que se recorta como causa de desejo. Ele estará desconectado de qualquer possibilidade de demandar isto ou aquilo, pois aprendeu que o Outro nada mais é que um lugar. Ao final, o sujeito encontrará justamente aquilo que lhe falta. Isto é traumático por essência, posto que é de onde

se desvela o real da experiência analítica, ou seja, uma simbolização possível da castração. Por isso mesmo as análises levam muito tempo nas suas realizações; por isso mesmo muitas análises se interrompem; o são, porque os analistas sempre fazem parte das resistências. Não somente isto. Há resistências próprias ao sujeito. Junto do analista, o analisante se propõe a trabalhar a sua subjetividade desejante na produção de significantes que o demarcam na sua historicidade. A posição do analista estará na ordem de um não-saber: não-saber, numa direção que não se ignora. Justo porque ele mesmo, o analista, já passou por este processo e terá percorrido todo o caminho da estrutura, de uma posição lógica estrutural da relação do sujeito com o Outro. Nesse colocar-se dirigindo a cura, o analista deverá criar as condições necessárias "para que o paciente aplique a regra analítica, isto é, as diretrizes cuja presença não se pode desconhecer como princípio fundador do que comumente chamamos de uma situação analítica" (Lacan, 1958). Este movimento coloca o psicanalista na responsabilidade de trabalhar uma destituição subjetiva, que funda a proposição de uma operação analítica: o sujeito em análise irá escutar, naquilo que ele se diz, as modulações de um sentido que caminha no deciframento das suas palavras, a saber, os significantes que o representam e que denotam aquilo que ele terá sido, como objeto, frente ao desejo do Outro. O psicanalista opera na extimidade de uma escuta. Ele resstará nos desdobramentos e mutações do percurso da estrutura que demarcam as relações do sujeito com o seu gozo. A posição

ética exigível de um analista é justamente que ele se desloque nesse cenário no sentido de uma produção que é da ordem do saber inconsciente. Nada de conhecimento psicanalítico. Nada que se denote o assim chamado mundo das representações. Nada de uma medicalização. O saber inconsciente, como resultante lógica do trabalho analítico, emerge do real como o que se delinea no trilhamento de uma transmissão. O analista é aquele que pode *ler* daquilo que levou o sujeito em análise a se escutar nas suas palavras. Isso que se escreve poderá restabelecer o texto de uma nova vida do sujeito em análise. E não é para isso que alguém procura um analista? Extraí-se da estrutura do discurso analítico tudo aquilo que denota a marcação de uma lógica própria de cada cura. Nesta lógica em que o sujeito está inserido desde muito antes de seu advento, ele somente saberá ao final desta aventura tão enlouquecida. Lacan irá nos ensinar que o sujeito conquista, numa análise, sua "própria lei", e isto sempre à custa de uma modulação transferencial. Essa "lei", diz ele, "começou a se articular antes do sujeito, nas gerações precedentes" (1959). Essa lógica irá se inscrever no encaminhamento de uma direção da cura, e o sujeito não fará outra coisa na análise senão construir um saber de como ela se processa na condução de sua vida. Isto tudo será possível quando o analista introduz um corte radical no encaminhamento das demandas de alguém que inicia o processo analítico. Tal como uma criança, que necessita dos pais para viver os primeiros momentos de sua existência, o paciente inicial, este da *primeridade analítica*, terá o

suporte do analista para se encaminhar tão-somente na vertente de uma associação livre. Será neste encaminhamento que o paciente poderá conquistar o trilhamento de uma experiência analítica, em que ele irá assentir às primeiras mutações que demarcam o engajamento efetivo numa psicanálise. É nesse movimento particular que o sujeito da experiência aprende o que não se pode obter por meio da demanda. Trata-se de uma posição ética exemplar que introduz o que concerne ao que se tratará no seguimento de todo e qualquer trabalho analítico. Quando a demanda encontra lugar de insistência justo ali onde não seria mais cabível a sua inscrição, teremos a resistência do analista no seu mais alto esplendor. Uma resposta possível como o vir a ser de uma medicalização da dor. Pode-se supor a falta de uma intervenção, ou até mesmo de uma interpretação num tempo lógico justo. Ou a resposta gritante de um limite da estrutura psíquica do paciente. Como também um chamado para que o analista seja ressitado em sua localização transferencial, de fazer às vezes do Sujeito-suposto-Saber (SsS).

Sabemos que o fundamento da instalação do dispositivo psicanalítico está na dependência do analista, de como ele irá avaliar a colocação em cena do ato analítico. É nisto que pode se situar os limites abrangentes de uma estrutura da relação do sujeito em análise e o Outro. É como semblante de um *objeto pequeno a* que ele irá circular a estrutura subjetiva, demarcando os pontos de fixação do sujeito do inconsciente e o objeto pulsional. A introdução de um questionamento verdadeiro pode permitir ao sujeito vislumbrar a

sua posição desejante, no sentido de tecer uma efetiva inconsistência do Outro.

É importante enfatizar que quando ocorre uma resistência do psicanalista, esta tenderá a desencadear a profusão de uma resistência própria ao sujeito no seu acercamento de um encontro faltoso com o real. O trabalho psicanalítico quer que o inconsciente, que se estrutura como uma linguagem e que na direção da cura se articula como discurso, possa se escrever na fulgurância de uma literalidade.

O que se espera, e é o que muitas vezes acontece, é que, por parte do psicanalista, ocorra uma intervenção real do *desejo do psicanalista* no sentido de uma insistência constante de um despertar no processo que se instaura. Mas nem sempre é assim que isto se dá! Neste sentido, o psicanalista, como *presença do psicanalista*, ressentido-se como efeito de pontuação naquilo que o dispositivo analítico comporta de um encontro estrutural do desejo do paciente com o desejo do analista. Estes designios alienantes têm a ver com o ditame apaziguador de um amor de transferência que recobre o enodamento desse campo do desejo, que é traumático por essência, na medida em que é justamente aqui onde se vislumbram as implicações reais de um sujeito com o seu gozo. Sabemos que esse campo inercial imanta também o analista na proporção em que ele faz parte da economia psíquica do psicanalista. Reafirma, com isso, que numa situação psicanalítica não há exterioridade. O analista está imerso no campo habitado pelo desejo e pelo discurso que é, quase sempre, travestido pelo acalanto de um insidioso princípio do prazer.

Prestem atenção, pois estamos no campo de uma psicanálise e não no das psicoterapias. Mesmo se nos ativermos a um psicanalista dito "mais" experiente, ou a esse ou aquele com essas ou aquelas insígnias, dificilmente escapará das amarras de um imaginário, circunscrito à estrutura da situação analítica, que poderá reduzir a virulência do discurso analítico. De certo modo, os psicanalistas que trilharam uma formação permanente com uma maior seriedade, tanto numa psicanálise em intensão como numa psicanálise em extensão, irão se destacar um pouco mais desse imaginário ao se deslocarem no sentido de sofrerem menos os possíveis efeitos paralisantes dessas amarras que são as próprias resistências inerentes ao dispositivo analítico. Aqui não se trata de ser um analista mais experiente cujo imaginário social, e até mesmo alguns grupos analíticos desavisados, o nomeariam de mais "vacinado" e, portanto, "imune", pois dificilmente ele escapará das amarras desses efeitos alienantes que brotam frente ao real que habita este lugar ao qual todo psicanalista é instado a ocupar na direção de uma cura particular. A clínica psicanalítica, diz Lacan, é o real impossível de suportar. Sabemos, de longa data que, diante do real, *habituia-se*; habituia-se a responder desta ou daquela maneira. E não é justamente daí que nasceu o tão prolapado formalismo prático, que diz ao analista "técnico" o que deve ou não fazer? O que caracteriza uma psicanálise e rege o seu processo é a ordem temporal do inconsciente: o só-depois. Ela é radicalmente antinômica a toda e qualquer tentativa das tão conhecidas medidas antecipadas, preconizadas por esta ou aquela

manobra técnica. O psicanalista terá o seu lugar operacional determinado por uma estrutura lógica que o remete a um deslocamento constante de posição frente ao novo, ao inusitado, ao inédito. Este fato conjuntural é de extrema importância na direção de uma cura, pois é somente diante do inusitado do inconsciente que ele opera. A leitura que daí advém funda para uma psicanálise o caráter analítico, em que o novo é sempre novo.

Portanto, o que vemos nisso tudo é que há, no transcorrer de um processo analítico, resistências e mais resistências, e que, desde o início, Freud já preconizava uma atenção especial a este fenômeno, justamente no sentido de que estes também poderão tornar-se verdadeiros aliados do analista, se ele souber e puder, é lógico, bem utilizá-los na condução de uma análise. Jacques Lacan ao teorizar e formalizar estes momentos difíceis e, por que não dizer, insuportáveis que ocorrem em toda psicanálise, desvenda uma dissimetria existente entre a resistência própria ao sujeito psicanalisante e uma resistência do psicanalista: na especificidade do ato analítico, no que se demarca de um real insuportável, há o horror no que diz respeito ao saber inconsciente.

Pode acontecer também que um psicanalista venha a acreditar que a psicanálise ainda esteja afeita tão-somente àqueles casos clássicos de neuroses, em que o encaminhamento não será dos piores, desde que aí se criem as condições necessárias para a instalação do dispositivo analítico: você fala e eu escuto! Eis aí uma boa equação. Diante da demanda de um paciente neurótico, o psicanalista, sentado tão confortavelmente

em sua poltrona, permite que se estabeleça uma situação verdadeiramente analítica. Este "confortavelmente" pode parecer irônico para alguns, mas não o é, pois o lugar do analista é fruto de uma construção dolorosa, resultante de um trabalho de muitos anos de uma psicanálise pessoal atrelada a uma árdua pesquisa teórica e trabalhos de supervisão. Este exercício, que se inscreve como um *tornar-se analista e sua autorização*, irá depender em muito do que se pode construir de um trabalho de luto, o luto do analista. Ocupar este lugar, eis aí uma verdadeira arte! Trata-se de uma conquista, que se alcança no autorizar-se por si mesmo. Pode-se até dizer que são poucos os psicanalistas que se autorizam a ocupar esse lugar do analista de uma maneira confortável. Seria esta uma tarefa fácil? É lógico que não! Poucos são aqueles que conseguem estar à altura deste lugar e operar o trabalho analítico como "um divertimento sério" (Jean Allouch). Talvez seja este o ponto mais sensível e importante para fazer valer algo que possa colocar em andamento a direção de uma cura: basta empreender a arte da escuta, promovendo, em ato, o silêncio do analista como um dado de estrutura, situando-se adequadamente numa modulação transferencial, e daí intervir, não mais que intervir. É lógico que aqui ele não irá se esquecer do ódio, este elemento nascido das raízes do amor, que o sujeito psicanalisante carrega sorrateiramente e que corre pelas bordas do dispositivo que se instaura. Cabe ao analista poder situá-lo no âmbito do discurso analítico, no campo dialetizável pelas palavras, fundamentalmente no campo do simbólico que nesta experiência se constrói. É o ma-

peamento da presença do analista fazendo parte da economia psíquica do psicanalisante, o que deixa entrever melhor sua localização desse analista como semblante de um objeto pequeno *a*, causa de desejo, na estrutura que rege o destacamento da relação do sujeito com o Outro.

Um fato interessante a se salientar é que hoje, muito mais do que antes, com o advento de um certo lacanismo, o analista pouco ou quase já não interpreta mais; e chego a pensar que alguns dessa nova geração, talvez, nem mesmo saibam o que é uma interpretação, pois se acostumaram a se apegar à tão famosa frase de Lacan de que "o inconsciente já procedeu por interpretação, restando ao analista apenas sublinhá-la". Daí o analista lavar suas mãos e se colocar como verdadeiro morto, calado, fazendo às vezes de um velho artesão que acompanha a "cura" como se seguisse um féretro, tentando pontuar aqui, escandir ali e depois cortando as sessões. Esta seria uma tarefa fácil? Em absoluto!

É realmente isto: nós, analistas, muitas vezes encontramos-nos num certo esquecimento e chegamos mesmo a pensar que, pelo fato da psicanálise ter sido descoberta a partir das neuroses, ela seria uma espécie de reserva de mercado desse tipo de estrutura, ou seja, dos neuróticos! A amnésia, esta não é uma velha companheira de nós analistas? Não somente no sentido desses esquecimentos que advêm muitas vezes como uma resposta insípida frente ao acosso do real do trauma, mas também, e muito mais, a amnésia é própria à estrutura que rege o ato analítico. E não é mesmo num "fingir esquecer" o ato analítico que o constituiu que o ana-

lista opera uma cura? Muitas vezes, ao acolhermos demandas, explícitas ou não, de pacientes que apresentam outros quadros clínicos, somos pegos de surpresa e, não raro, somos acometidos pelo despertar que emerge rompendo esse *automaton*, e somos sacudidos num mal-estar, de tal maneira, que nos arrolamos num estado de aturdimento ensurdecador. Não se deve tomar este apontamento numa direção que encontraria uma resposta em qualquer solução que emanasse de uma razão lógico-positivista. Pois aqui estamos habitando o campo sensível de um discurso, o discurso analítico, de onde se esvaem todas as certezas, todos os certos e errados, tudo que se apreste ao dentro e ao fora: é um discurso do inconsciente, onde uma verdade só poderia se inscrever como não-toda, e, portanto, ela mente. Não se trata de nenhum discurso lógico-positivista, como diz Lacan, posto que este seria o discurso sempre afeito aos semblantes, e que, portanto, poria à prova uma "verdade que poderia ser decidida por um sim ou por um não". A ética freudiana vem nos ensinar que a posição verdadeiramente analítica está sob o efeito de uma irrupção intempestiva do inconsciente quando de uma interpretação analítica, esburacando os elos das cadeias significantes, veiculando a verdade mesma de um analisante: "... que o inconsciente diga sempre a verdade e que minta é de sua parte algo perfeitamente admissível" (1971), por isso mesmo o discurso analítico, ao colocar o saber em posição de verdade, não seria de um semblante possível.

Sabemos que isso pode acarretar consequências sérias na condução de um tratamento, sendo que, muitas vezes, o que temos é o

abortamento do laço ou do vínculo nascente de um possível enganchamento transfereencial. Hoje, mais do que nunca, observa-se o surgimento de demandas das mais variadas. Verificamos a presença do discurso analítico às voltas com questões ligadas a crianças, às psicoses, à dependência de drogas, ao alcoolismo e, até mesmo, demandas que partem do funcionamento de instituições tais como hospitais, escolas etc. Com isto verifica-se uma elasticidade maior da posição do analista, o que não quer dizer que ele irá romper com, ou se distanciar daquilo que comumente nomeamos como os parâmetros da ética da psicanálise. O que se nota é uma certa versatilidade da presença do *desejo do psicanalista*, desejo esse que lhe permitirá tomar cada caso na sua particularidade e avaliar, em alguns momentos clínicos ou situações de direção de cura, a necessidade ou não da "entrada" de outros elementos na condução do tratamento, sem desvirtuar, com isto, o enquadre do dispositivo analítico, naquilo que se escreve de uma pertinência do discurso analítico. Estou falando de situações clínicas que *ultrapassam* o dispositivo. Essas situações independem do quadro clínico ou nosográfico em questão, podendo mesmo ocorrer em alguns momentos específicos da análise de um paciente histérico, obsessivo ou fóbico. Hoje em dia, muito mais que em outros tempos, temos visto desvelar nos consultórios dos psicanalistas um número crescente de sintomas bulímicos e anoréxicos e, embora acreditemos que esses sintomas estejam apensos a uma determinada estrutura clínica, somos pegos de surpresa e relançados para outras patologias. São momentos extremamente delicados que, não raro, se insur-

gem em nossas clínicas quando somos desbancados do salto alto de uma posição defensiva e antecipada, e esperados responder de um outro lugar. Aqui se constata que o trabalho de associação livre está prejudicado pela irrupção de fortes emoções que levam o sujeito a extrapolar o enquadre analítico. Pode-se dizer de alguns momentos de verdadeiros tormentos em que ambos, psicanalista e psicanalisante, se estremecem e se estranham, não tendo onde se segurar neste ou naquele ponto de ancoramento. São situações muito difíceis de se contornar a partir da operacionalidade do discurso analítico, pois, não raro, dizem respeito a uma irrupção de crises intempestivas de angústia, sensações de morte iminente, insônia rebelde, agitação psicomotora, quadros de apatia generalizada. É freqüente brotarem tópicos compulsivos, com tendências lancinantes ao uso ou abuso de drogas, bebidas alcoólicas, ou seja, pontos que irrompem na subjetividade do paciente e que são traduzidos num vasto território de sofrimento e verbalizados ou não como uma verdadeira dor, que se diferencia em muito de outros momentos em que o sofrimento do sujeito é traduzido como uma queixa, assentados em boas palavras ou, até mesmo, bem articulados discursivamente. Estes tópicos emergem e nos pegam de surpresa. Nada de uma possível orientação, nada de uma possível segurança. Por mais que tentemos nos questionar e redirecionar a cura, a dor persiste e toma conta do cenário analítico. Essa dor insiste com uma duração que sufoca o sujeito de forma atroz e dilacerante, deixando-lhe órfão de sua linguagem antes tão bem articulada, órfão de seu latim.

Que momentos são esses? Qual lugar será oferecido ao analista? De que lugar o paciente passa a falar ou a vomitar suas emoções, à espera de um mínimo de acolhimento? Acolhimento, essa é uma boa palavra, não somente nestes momentos de um transtorno no andamento de um tratamento analítico, mas em toda uma psicanálise.

Estou falando daqueles momentos que todos nós, de uma forma ou de outra, já experimentamos ou vivenciamos no cotidiano de nossa prática, seja como psicanalistas, ou até mesmo como pacientes e, não raro, advêm daí conseqüências pontuais, como o surgimento de um *excesso* que leva a um desvio de rota e que, quase sempre, desemboca no aparecimento de formas destemperadas de um *acting out*, ou até mesmo de uma passagem ao ato. Quem não se lembra desses momentos? Momentos difíceis, não é mesmo? Ao mesmo tempo funcionam como verdadeira bússola.

De uma psicanálise sabe-se o seu início e o seu final. No começo está o Sujeito-suposto-Saber, graças à transferência do psicanalisante e, no final, está o des-ser. Mas há o transcorrer de uma análise, uma aventura desconhecida. Esse tempo intermediário entre o início e o final são verdadeiros momentos lógicos que emanam da estrutura particular de cada sujeito, são os efeitos de sujeito que só se sabe depois. Esses seriam os pontos vitais de todo e qualquer tratamento, por onde se elucida o corte que separa os efeitos pontuais de um sujeito do desejo e o campo de uma subjetividade humana. É aqui a morada das marcações das estruturas de linguagem, de um sujeito, da verdade de seu desejo. A irrupção de material inconsciente não segue nenhuma li-

nearidade. O tempo de uma psicanálise não é um tempo linear, é o tempo de uma asserção que engendra uma certeza antecipada. O analista tem que se virar com a emergência desses excessos. Sem julgamentos, sem preconceitos. O analista terá que acompanhar os passos do sujeito em análise. Não importa como ele se apresente. Bem-humorado ou de mau humor. Triste, alegre ou amargurado. Vestido adequadamente, ou maltrapilho. Não importa o "invólucro formal de seu sintoma!" Por isto mesmo Freud, no início de sua descoberta, aconselhava os analistas a tomarem cada caso na sua particularidade, como se fosse único. Ele insistia que esquecêssemos aquilo que já sabíamos para que pudesse advir algo de novo. Portanto, os argumentos analíticos são da ordem da surpresa. Esses pontos de intensa dor nada mais são do que uma avassaladora irrupção de material psíquico que sobrevém de forma desordenada, desconectada, esburacando os elos associativos. Por mais que o analista queira se antecipar a eles, sua intenção revela-se ser inútil, pois toda antecipação frente ao real que aí não cessa de não se escrever é infrutífera em qualquer que seja o seu propósito. Insisto novamente com a pergunta: qual analista não passou por tão amargas experiências? São momentos de dor, diante dos quais ocorre ao analista se perguntar se cabe aí a entrada de um medicamento, se não seria esse o bom momento de colocar esse paciente em sofrimento em contato também com uma ajuda psiquiátrica. Ajuda de um psiquiatra numa psicanálise, o que é isso? Sabemos tratar-se de um outro discurso, de uma ordem inteiramente distinta daquela que se inscreve a psicanálise. E aí? O que seria diferen-

te quando recebemos quadros de psicoses declaradas, onde todo e qualquer analista de bom senso introduz uma abordagem de ação conjunta, multidisciplinar. Aqui teremos a boa entrada dos neurolépticos e antidepressivos, acompanhamentos terapêuticos e até mesmo uma internação. Nessas situações a instalação de uma psicanálise se dará numa abordagem conectada à psiquiatria.

Em princípio, esta seria uma medida não muito complexa, mas quando nos perguntamos sobre suas conseqüências vemos como se trata de uma situação de impasse. Na verdade, este não é um ponto tão simples como a princípio pareceu ser. Pelo contrário, na maioria das vezes em que ocorre essa possibilidade, o analista demora a decidir sobre o que fazer e, além de se questionar profundamente, não raro procura a opinião de pares, pois sabe os riscos que essa decisão implica. Vale a pena, portanto, aprofundar a discussão, mas caberia adiantar, levantando a questão de como a entrada de medicamentos nesses momentos é extremamente complexa, podendo decidir os rumos do tratamento às vezes para uma direção determinada antecipadamente, e, portanto, dogmática. É fato, por exemplo, que a maioria dos psicanalistas de hoje não apresenta formação psiquiátrica. Diria, até mesmo, que alguns, de formação universitária as mais diversas, nem mesmo passaram por qualquer estágio em hospital psiquiátrico. Este fato constitui uma questão? Pode-se dizer que a formação psiquiátrica não se constitui como da ordem do necessário para um analista. Mas não se deve negar as enormes contribuições que ela pode trazer a um postulante a psicanálise. Um psicanalista irá enriquecer em muito sua formação ao se

confrontar sistematicamente com a questão das psicoses na sua inserção psiquiátrica. Conhecemos excelentes analistas que nunca frequentaram curso algum de psiquiatria. Alguns analistas nem mesmo passaram pela porta de uma clínica ou de um hospital psiquiátrico.

Outro ponto a ressaltar diz do lugar da transferência quando da entrada de medicação. Há situações em que o psicanalista traz consigo *também* uma formação psiquiátrica. Esse analista, ele mesmo, medicaria o "seu" paciente em análise? Esta polêmica não deriva do fato de o psicanalista ter ou não uma formação médico-psiquiátrica. Hoje, muito mais que ontem, constatamos que a maioria esmagadora dos psicanalistas não tem formação médica e, portanto, psiquiátrica. É uma questão por demais complexa. Aliás, uma questão polêmica, antiga e até hoje sem uma resposta convincente. Como responder a esta pergunta? A balança sempre pendeu para um lado, como uma afirmação corrente: o psicanalista não deve medicar o "seu" paciente. Tal argumentação irá dizer de uma suposta neutralidade do analista, ou seja, no intuito de preservar o *setting* analítico, a medicação deve estar sob o cuidado de um outro, um psiquiatra que não seja o próprio analista. O analista conduziria à cura e o psiquiatra à medicação. Essa conduta estaria a serviço de preservar a transferência. Com isso, o analista estaria mais "livre", isento dos embaraços imaginários que provêm da entrada de uma medicação. Pode-se dizer também que haveria "filtração" de uma modulação de transferência e o analista estaria sempre podendo ressituar o lugar de uma função, do Sujeito-suposto-Saber. Como se não bastasse, há

também toda uma problemática que reside do lado do psiquiatra. De forma resumida, pode-se dizer de uma preocupação em relação a este que medica: sua relação com a psicanálise, que vai desde um "medicar por medicar", quer dizer, fazer o seu papel, como também os graus e parâmetros de suportabilidade de ocupar o lugar de coadjuvante na condução daquele tratamento, sabendo o lugar que lhe será "reservado" no cenário da transferência. O psiquiatra aqui deve ser alguém que lide bem com a falta, com a castrição. Muitas vezes, este paciente que ele recebe de um psicanalista, não necessita ser medicado, como também, ele terá que saber o momento certo de finalizar o trabalho "conjunto" e poder sair de cena, ou seja, tombar desse lugar. A questão se encerraria por aí? Não. Há analistas que portam também uma formação psiquiátrica, que não caminham nesta direção. Eles conduzem o tratamento analítico e, quando necessário, eles mesmos medicam. Aqui brotam outros argumentos, às vezes até mesmo contrários aos colocados anteriormente. Eles medicam e isso não é questão. Acreditam que é possível trabalhar esse gesto no "interior" da própria análise, a partir da transferência e das fantasias que advêm nesses momentos, na medida em que essa medicação será, numa psicanálise, traduzida em significantes. Não há regras, normas e caminhos pré-fixados a se seguir. Aqui, como em todo encaminhamento de uma cura, deve-se tomar cada caso na sua particularidade, a partir dos efeitos contundentes do ato analítico engendrado pelo discurso analítico.

Medicalização da dor. Qual a resposta? Muitos argumentos serão postos à mesa. Como ficam as oscilações transferenciais nesses

casos? Este é o ponto nuclear que norteia esse contexto. Toda problemática reside na arte de abarcar as novas significações que emergem por conta da inclusão de uma medicação no cenário analítico. Uma coisa é certa e segura: a ajuda psiquiátrica a pacientes em análise traz conseqüências que chamam por novas interpretações na condução do tratamento. O analista deve estar atento ao lugar que ele irá ocupar e responder na transferência. O que requer uma certa versatilidade, um deslocamento maior da posição do analista na economia psíquica do paciente. Trata-se da intrusão de algo que é exterior à situação analítica, exterior ao desejo que nasce dos passos do sujeito da experiência analítica. É exigido do analista um trabalho por vezes específico, uma atenção maior aos engodos que se redobram na transmutação das séries significantes, que norteiam e esclarecem o ponto de fixação do sujeito a um objeto especial na sua historicidade. A intervenção do analista está na dependência do manejo da transferência, que bascula numa manobra entre o ponto em que o sujeito se vê amável, portanto, identificado a um objeto específico, e o ponto lógico onde ele se vê produzido como falta. A medicação caminha contra uma pontuação analítica. Ela é a-rolha tinta do princípio do prazer. A medicação obtura a abertura possível por onde emergiriam os efeitos de sujeito do inconsciente: ela eterniza uma ilusão que coloca a função do Sujeito-suposto-Saber a partir de uma onipotência irredutível. É o que irá dificultar a finalização de uma cura.

As conseqüências que advêm da entrada de uma medicação, como não poderiam deixar de ser, acometem a ambos, analista e ana-

lisante. Cada um de forma distinta e particular, trazendo à tona um fator conjuntural que se refere ao enlace transferencial, fundamentalmente no que se esclarece na modulação desejo do paciente e desejo do analista. Trata-se de um momento delicado demais, de uma abertura possível ao que diz do amor e do ódio de transferência: fator que se escreve como sendo da ordem de uma resistência. Do lado do analisante, ocorrerá uma certa inércia no trabalho de associação, com uma diminuição da produção significativa. A medicação será esse Outro idealizado e onipotente que irá trabalhar a subjetividade do paciente. Ela irá trabalhar pelo paciente, esta será uma fantasia presente. Esta é a perspectiva de um não querer saber de nada disso. O que se observa é um sujeito não se implicando em nada, que imputa a razão causal dos seus males a uma problemática cerebral. Ele irá carregar esse corpo estranho como um objeto interiorizado que irá polarizar todas as fantasias inconscientes demarcadas na história do sujeito. Algumas vezes a medicação entrou em cena como a única saída que o paciente encontrou para salvar o analista, ou seja, a resposta precisa a uma resistência do analista. Eis aí uma barreira de proteção que o paciente encontrou para derivar suas fantasias de ódio. Pelo lado do analista, um certo "pouco investimento" da energia própria à presença do analista. Quando o analista cede de seu desejo, não se poderá afirmar que o mesmo esteja tão presente testemunhando uma cura. Pode acontecer de uma diminuição da responsabilidade do analista.

Artigo recebido em dezembro de 2004

Aprovado para publicação em junho de 2005