
ANGÚSTIA E DEMANDA DE ANÁLISE: REFLEXÕES SOBRE A PSICANÁLISE NO HOSPITAL¹

MARIA ANGÉLICA AUGUSTO DE MELLO PISETTA

Universidade Católica de Petrópolis e Hospital São Zacharias da Santa Casa de
Misericórdia do Rio de Janeiro

RESUMO

Refletimos aqui sobre a ocorrência da demanda de tratamento analítico dos pacientes que sofrem internação em hospitais. A partir de experiência hospitalar guiada pela psicanálise lacaniana, discutimos as relações entre os conceitos de demanda e angústia. Inicialmente encontramos um apelo de recuperação do equilíbrio psicológico perdido em virtude de um conflito atual, quando ofertamos um atendimento psicanalítico numa internação hospitalar ou a nível ambulatorial. Num segundo momento, oriundo da atuação do analista, percebemos que pode ocorrer um questionamento a respeito da responsabilidade na causação de seus males, por parte de um sujeito. Salientamos a angústia como mediadora desta mudança. Como ilustração, apresentamos extratos de um caso clínico em que um rapaz transitou das queixas iniciais para uma demanda de análise, demarcando que o hospital não é somente o local do abrandamento dos males físicos, mas também pode comportar um olhar para a subjetividade.

Palavras-chave: *Psicologia hospitalar, Psicanálise, demanda, angústia.*

ABSTRACT

ANGUISH AND THE DEMAND FOR ANALYSIS: REFLECTIONS ABOUT PSYCHOANALYSIS INTO THE HOSPITAL
In this paper we make some reflections about the appearance of the analytical treatment claims in patients that suffer internment in hospitals. From our hospital experience guided by Lacanians psychoanalysis we elaborate a discussion about the relationship between the concepts of claim and anguish. First there is an appeal of recovery of the psychological equilibrium lost by virtue of some current conflict, when we offer a psychoanalytical care during an internment in the hospital or ambulatory permanence. In a second moment, the person interrogates himself about his responsibilities in the production of his own pain, producing another point of view about his sufferings. We emphasize the anguish as the mediator of this change of perspective. As illustration, we present elements of a clinic case in which a boy moved himself from the first complaints to an analysis claim, emphasizing that hospital is not only the place for mitigating physical pains, but also has a concern towards the subjectivity.

Key words: *Hospital Psychology, Psychoanalysis, claim, anguish.*

¹ Artigo extraído de parte de nossa monografia de conclusão de especialização em Psicologia Clínico-institucional, modalidade Residência em Psicologia, realizada no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, de 1998 a 2000, orientado pela Profa. Dra. Sonia Alberti.

Interessa-nos neste artigo discutir como se efetua para um sujeito a passagem de uma posição onde há queixas em relação à angústia, para outra – que requer inclusive a presença da angústia para se efetivar – em que há uma determinada convivência com esta. Referimo-nos à análise da demanda que surge no interior de um hospital, onde as queixas somáticas são mais contundentes, em virtude de nosso trabalho efetivado durante dois anos num grande hospital da rede pública do Rio de Janeiro. Entendemos que os pacientes se encaminham aos hospitais para se libertarem de um sofrimento, mesmo o psíquico, reconhecido no exato momento, senão antes, em que eles adentram pelos consultórios e pedem ajuda. Muitas vezes lidamos ainda com a demanda de familiares (especialmente no caso de crianças e adolescentes), mães, professores, muitos outros, angustiados com aquele que apresentam.

As discussões em torno das questões que aqui serão apresentadas – a clínica psicanalítica no hospital, demanda e angústia – são de extrema relevância, tanto para o psicólogo clínico, que se dedica às aplicações da psicanálise no contexto hospitalar, quanto para os psicólogos e psicanalistas de modo geral, já que o artigo se dispõe a discutir conceitos fundamentais da clínica. As vinhetas clínicas que aqui apresentaremos se situam em diferentes contextos do âmbito hospitalar, já que nosso trabalho ali se desenvolveu tanto no âmbito ambulatorial – onde a demanda de tratamento psicológico era direta, quando muito em virtude de encaminhamento médico ou de outro profissional – quanto no âmbito da enfermaria, quando os pacientes, internados em virtude de um diagnóstico médico, eram convidados a falar sobre seus sofrimentos físicos ou psíquicos e a partir deste convite se construía ou não uma demanda específica pelo abrandamento dos males psíquicos. Nas enfermarias onde o trabalho da Psicologia estava presente, nos aproximávamos de todos os pacientes internados, com o convite de uma escuta diferenciada de seus males, a partir da qual eles poderiam levantar questões importantes sobre suas vidas, a respeito de suas internações ou até mesmo poder falar mais abertamente sobre as dificuldades decorrentes da doença e da internação. Cabe esclarecer que a recusa do atendimento era uma opção tanto quanto o interesse em receber a visita do profissional, que ocorria, em média, duas vezes por semana.

No ambulatório, por sua vez, a procura pelo profissional da Psicologia era realizada pelo paciente, tendo sido encaminhado por médicos do próprio ambulatório, ou durante uma internação ou ainda espontaneamente. Foi nessa multiplicidade de contextos que levantamos algumas questões iniciais, que buscamos dividir com o leitor, na tentativa de elucidá-las a partir do referencial psicanalítico. Citaremos alguns fragmentos clínicos colhidos no percurso de nossa experiência hospitalar, para ilustrar e discutir as afirmações teóricas deste artigo. Cabe esclarecer que todos os pacientes citados tiveram suas identidades preservadas. Para tanto, escolhemos nomes fictícios e ocultamos qualquer dado de identificação dos mesmos. Para pensarmos na primeira fase da demanda, destacamos a relação intrínseca entre angústia e ato, aqui compreendido como o ato da procura pelo tratamento.

Pretendemos discutir dois momentos na demanda de tratamento a partir das condições que esclarecemos acima. Um primeiro momento, em que uma angústia, com toda sua característica de indefinição e falta de objeto (Freud, 1926/1976), irrompe, exigindo uma ação, ainda que seja a busca de um tratamento. Como segundo momento propomos a retificação subjetiva, pela qual o sujeito pode questionar-se acerca de seus sintomas e de sua posição, ou como nos diz Miller (1997, p. 255),

pela qual o sujeito passa a “*queixar-se de si mesmo*”. Independente da circunstância em que encontrávamos os pacientes no hospital, pudemos perceber que estes dois momentos se faziam atuantes, desde que o paciente se questionasse e quisesse construir um saber sobre seu sofrimento.

A angústia faz com que o sujeito procure algo, se lance ao ato, para dela se libertar. Lacan (2005) não deixa de acentuar que a angústia empresta uma certeza ao ato. Nesse sentido, o ato comporta uma urgência, força tomada de empréstimo da angústia que o causa. Assim, vemos na busca inicial de tratamento um ato promovido pela presença da angústia. Muitas vezes essa busca é imperativa e quase sempre colorida pelos sintomas somáticos, que em muitos casos acompanham a emergência da angústia. Como Vicente, que diz na primeira entrevista no ambulatório, a partir de uma procura espontânea, que precisa se livrar dos tremores e da sudorese, excessivos e descontrolados, que surgem nos momentos em que ele tem de se mostrar seguro, quando dá aulas por exemplo, ou diante das mulheres. Ou ainda Ana, também paciente do ambulatório, encaminhada, por sua vez, pelo neurologista do ambulatório de adolescentes, que diz ter descoberto que só vindo ao psicólogo poderia deixar de ter tantas dores de cabeça, mal-estares e tonturas, já que estes sintomas aumentavam conforme se aborrecia.

Em relação à busca da liberação da angústia e do sofrimento, Freud adverte para a constatação de que a busca inicial se dá na tentativa de receber alívio da angústia e dos sintomas. Referindo-se ao problema da duração do tratamento, o autor diz que o paciente introduz, já de início, uma pergunta inoportuna: “*Quanto tempo durará o tratamento? De quanto tempo o senhor precisa para aliviar-me de meu problema?*” (Freud, 1913/1976, p. 169, grifos da autora). A busca de alívio da angústia se revelou profundamente atuante, ainda mais tendo em vista que a oferta de tratamento se situava no hospital, lugar onde a busca de alívio dos males é imperativa. Contudo, Freud adverte que é apenas, quando o sintoma, enquanto representante do conflito, vacila, não respondendo mais ao compromisso efetuado pelo *eu* com o recalcado, que a angústia irrompe. É um aviso de maus tempos para o *eu* (Freud, 1937/1976). Neste sentido, quando a angústia irrompe, mobilizando um pedido de alívio, esta irrupção demarca um conflito subjacente, ainda que o paciente não tenha consciência disso. O que nos pedem, no início, neste momento da procura do tratamento? Lacan nos responde: “*O que nos demandam, é preciso chamá-lo por uma palavra simples, é a felicidade*” (Lacan, 1988a, p. 350).

Em geral, não há lugar para a angústia neste paraíso imaginado por tantos no momento em que buscam um tratamento psicológico. Ela incomoda, tira o sono, faz perder a calma, dificulta o respirar. Como disse Samanta, que procurou tratamento ambulatorial por ter tido um episódio de “síndrome do pânico”, como diagnosticou o médico que a encaminhara: “Dá tremores e falta de ar. O coração dispara e a gente pensa que vai morrer”. Esse apelo de se livrar de uma sensação tão forte, de desconforto, no mínimo, além de corriqueiro é uma demanda, um pedido ao profissional, visto aqui como um Outro do saber, da cura e do poder. O conceito lacaniano “Outro” corresponde às referências lingüísticas, socialmente determinadas, que o sujeito encontra antes mesmo de seu nascimento. É, como diz o autor: “*o lugar da fala (parole), virtualmente, o lugar da verdade*” (Lacan, 1988b, p. 125). E é claro, trata-se de um Outro desprovido de falhas, capaz de satisfazer essa demanda de satisfação. De que demanda se trata e o que ela tem a ver com a angústia? Como comenta Silvestre (1991, p. 21): “*Não é a cura o que reclama aquele que vai a um analista pedir que o alivie do peso de seu sofrimento?*”.

DEMANDA, DEMANDAR ... APELAR AO OUTRO

“Demandar: o sujeito nunca fez outra coisa, só pôde viver por isso, e nós entramos na seqüência”
(Lacan, 1998b, p 623).

Inicialmente precisamos designar o que compreendemos por demanda. Demandar é pedir algo que não se tem, é exigir ou fazer uma reivindicação de alguma coisa que não temos. Muitas vezes o paciente vem se queixar de algum sofrimento, porque demanda uma satisfação que não encontra sozinho e espera que o psicólogo a encontre para ele. Contudo, a queixa não é o sofrimento. O paciente queixa-se para não sofrer, ou ainda, quer se libertar de um sofrimento. Em muitos casos, ele procura assim se proteger da antecipação de um sofrimento real, no caso de não se restabelecer. Ele vem se queixar para ser libertado de um sofrimento anunciado, quando este anúncio é já insuportável. Falamos aqui de um insuportável no *eu* que indica uma marca muito precisa: a marca da castração.

É, à medida que ela aparece no *eu*, se tornando ruidosa e incômoda, que promove um movimento no *eu* de novamente mascará-la (Freud, 1937/1976). Esta tarefa, primordialmente do sintoma, se rompeu com a busca de um tratamento. O paciente vem então se queixar, reclamar de sua castração, muitas vezes, até, identificando-a em outros, vistos como causadores de seus males. Como entendemos, esse é um primeiro momento da demanda, momento este em que algo deve ser dado ao profissional ali visto como aquele que vai poder restaurar um estado antigo de prazer, onde o conflito fora apaziguado pelo sintoma.

Muitas vezes, o que oferecem ao psicólogo é a esperança e a confiança de restabelecimento. O neurótico, assim, demanda que o Outro encontre suas respostas perdidas ou outras, que melhor disfarcem a angústia. Zbrun (1993, p. 18) afirma que: *“na experiência analítica, onde o procedimento determina a realidade, podemos dizer que a estrutura neurótica é uma doença de demanda”*, mostrando que o sujeito neurótico, que procura a análise, faz rodeios em torno da demanda para se afastar ao máximo de seu desejo. O que podemos notar aqui é que o acordo antigo estabelecido pelo *eu*, foi rompido por novas exigências de cumprimento do desejo.

Lacan (1998b) considera que o conceito de desejo em Freud é um conceito impreciso, vago, e por isso o analisa, comparativamente aos conceitos de necessidade e demanda. Não pretendemos aqui delimitar a incidência teórica destes três conceitos, demanda, desejo e necessidade. Porém, uma breve diferenciação nos fará prosseguir melhor no estudo da demanda.

NECESSIDADE, DESEJO, DEMANDA

Por necessidade entendemos aquilo que mais se aproximaria do fato fisiológico, ou seja, a necessidade seria necessidade de alguma coisa específica, que traria a satisfação. Como entendemos que o homem não se satisfaz, necessariamente, com algo pré-estabelecido, inferimos que o estado puro da necessidade não se produz nele. Nas redes da linguagem em que o homem se constitui, a

necessidade nunca está em estado puro, mas sempre perpassada pelo desejo e pela demanda. Assim, necessidade é algo que estaria, de início, fora dos domínios do humano. Só falamos dela, e de seu objeto, (aquele que, *apenas ele*, traria a satisfação), por inferência, porque o objeto que satisfaz o homem está investido por outras determinações, excluído da determinação instintiva (Freud, 1914/1976).

A demanda, diz Lacan (1988a), é sempre demanda de presença e de ausência, sendo assim, demanda de amor. É, portanto, sempre um apelo dirigido ao Outro. A demanda pode até se mascarar de necessidade, porém vai implicar um Outro na tentativa de satisfação e, por isso, já escapa às determinações instintivas. Nas primeiras relações do sujeito com o Outro, encarnado pela mãe, esta coexistência se mostra mais evidente, quando ao chorar pelo alimento – significação dada pela mãe – a criança pode receber o amor, além do alimento. Contudo, vemos o quanto aqui já podem haver discordâncias em relação ao que se demanda e ao que se recebe, especialmente porque esta interpretação já é dada pelo Outro. Muitas vezes, recebe-se o alimento, mas não o amor. E em outros casos, falta até o alimento, mas comparece-se com o amor.

Lacan vai mostrar que, diferentemente da necessidade, o desejo apenas se insinua na demanda:

“o que é o desejo? ... realizar seu desejo coloca-se sempre numa perspectiva de condição absoluta. É na medida em que a demanda está para além e para quem de si mesma, que, ao se articular com o significante, ela demanda sempre outra coisa, que, em toda satisfação da necessidade, ela exige outra coisa, que a satisfação formulada se estende e se enquadra nessa hiância, que o desejo se forma como o que suporta essa metonímia, ou seja, o que quer dizer a demanda para além do que ela formula” (Lacan, 1988a, p 353) .

O desejo do homem é o desejo de que o Outro reconheça seu desejo, o que demarcaria a alteridade. Como tal, o desejo é o que surge da operação da separação do sujeito de seu Outro radical e testemunha, por sua vez, uma diferenciação fundamental (Lacan, 1988b). Por esta última, o sujeito empreende uma travessia do que é para o Outro, buscando, a partir da responsabilização por seus significantes, sua máxima possibilidade de diferenciação. Como ressalta Soler (1995, p. 65): “A separação supõe uma vontade de sair, uma vontade de saber o que se é para além daquilo que o Outro possa dizer, para além daquilo inscrito no Outro”. Contudo, para descobrir seu desejo e poder nomeá-lo, o sujeito vai demandar ao analista que o faça, que lhe dê respostas e o alivie de seu sofrimento. Mas, se há um analista, não há resposta. Pelo menos não a resposta esperada, ou seja, aquela que aliviaria e traria a inexistência do incômodo da angústia.

A partir do exposto, pensamos que a angústia tem estreita relação com o desejo e é a partir disso que pretendemos situar sua função na clínica psicanalítica. Qual seja, nessa perspectiva, a de indicar a possibilidade da emergência de um desejo. Nesse sentido, nos questionamos: Seria a tarefa da análise a de fomentar a angústia? Qual a função específica deste afeto no tratamento analítico?

Entendemos que a angústia é o motor do tratamento analítico, já que, como foi indicado no início deste artigo, ela tem um lugar de primazia em relação aos demais afetos e promove sempre uma tentativa de liberação do incômodo que produz. Como motor, ela levará o sujeito a

se deslocar de suas posições, se “mover” para construir respostas às suas questões. Porém, cabe ao analista estar atento não somente ao “valor de instrumento” da angústia no percurso de um tratamento, mas sobretudo quanto à possibilidade de fomentá-la. Lacan (1962, apud Motta, 1989, p. 41) esclarece, também aqui:

“a angústia, em nossa experiência, é uma angústia que nos responde, que provocamos, e com a qual temos, dependendo do caso, uma relação determinante”.

A emergência da angústia, enquanto motor do tratamento é, obviamente, muito particular a cada sujeito, como podemos observar em qualquer casuística. No entanto, a queixa, que ocorre comumente no início do tratamento, diante da não-resposta esperada do analista, retorna como questão: “Por que sofro?”. Este retorno, possibilitado pela ausência de respostas totalitárias sobre o sofrimento é, para nós, compreendido como um segundo momento da demanda, onde um pedido de deixar de sofrer não é o único dirigido ao analista, mas, antes, uma demanda de deciframento, que retorna sempre mais ao sujeito que a formula (Lacan, 1998a). Essa questão sobre o sofrimento, que denominamos aqui “demanda de deciframento” é dirigida ao analista, mas pelo trabalho de remetimento das queixas ao saber inconsciente, retorna para o sujeito, implicando-o na própria produção de seu sofrimento.

Já que denominamos de fase inicial, caracterizada pelo apelo ao Outro, essa tentativa de desvelar os motivos do sofrimento não está explícita, só podendo se anunciar, à medida que não há respostas prontas do analista. Desse modo, a presença do analista demarca a castração, ou seja, demarca uma impossibilidade radical de tudo explicar, tudo curar, tudo entender. Nesse sentido, o trabalho do analista procura reduzir o tempo inicial da demanda em que as queixas são produzidas com vistas a uma resolução funcional.

Como podemos perceber, na psicanálise, falando estritamente, não se trata de satisfazer a demanda do sujeito, promovendo uma melhora sintomática, um alívio, pelo manejo, no mínimo pedagógico, da transferência. Pois, na realidade, não há como satisfazer esta demanda de felicidade, a não ser imaginariamente. Consideramos tratar-se aqui de levar o sujeito a endereçar uma demanda de desvencilhamento do sintoma, que já não aparece mais como mera queixa. Assim sendo, efetuar uma entrada em análise é certamente deparar-se com o desejo e a vacilação do sintoma e sobretudo com a angústia, esse afeto que marca o humano com a castração (Freud, 1926/1976).

Jurkiewicz (1993) mostra que há uma relação muito particular entre a entrada em análise e a incidência da angústia. É pela via do deciframento do estranho, e não apenas pela mudança na demanda, que podemos antever uma entrada em análise. As relações entre o afeto da angústia e a experiência do estranho são amplamente destacadas por Freud em 1919, em “*O estranho*”, onde revela que o surgimento de algo não familiar ao sujeito produz a angústia. Freud visava, com esta demarcação, relacionar a angústia ao processo do recalçamento, pelo qual algo familiar é recalçado e só pode retornar ao eu como uma percepção de estranhamento, da qual a angústia é a indicação (Freud, 1919/1976). Como isso se daria no decorrer do tratamento? Entendemos que o sujeito encontra

uma falta presentificada, que ele supunha poder remediar ao ir pedir ajuda, sempre que o analista indaga ou questiona sobre suas queixas, sem se responsabilizar por resolvê-las. Talvez seja porque esta falta se intensifique ou mesmo se instale definitivamente pelo ato analítico de não responder à demanda, que o sujeito possa ter que se haver com ela, questionando-a e a si mesmo. É uma hipótese que levantamos, movidos pelos textos freudianos e lacanianos com os quais nos defrontamos.

Embora seja o endereçamento de uma demanda de análise o momento mais esperado de uma análise, nem sempre ela se apresenta e especialmente em nossa experiência no hospital a ocorrência deste momento nem sempre foi possível. Alberti (1999) discute as relações existentes entre o discurso médico e o discurso analítico no âmbito de um trabalho articulado no hospital, procurando discernir qual o alcance da psicanálise no contexto hospitalar, reconhecidamente um lugar onde vige o discurso do mestre. Esclarece que nesse contexto, a psicanálise se torna possível à medida que uma oferta é feita em seu nome. E alerta para o fato de que, de todo modo, é no âmbito hospitalar, por excelência, que a verdade do sujeito aparece em virtude de sua busca da cura, movido pela aflição de um sintoma.

Todavia, a passagem de uma demanda de alívio sintomático para uma demanda de análise é um tanto sofrida, já que requer uma nova posição diante da dor que o sujeito já experimenta. Requer um interrogar sobre as posições assumidas até ali e a implicação no conflito do qual ele veio se queixar. Lacan mostra em “Intervenções sobre a transferência” que a genialidade de Freud está em interrogar Dora acerca da parte que lhe cabia no acordo velado entre seu pai e o Sr. K. (Lacan, 1998a), não evidente na queixa da moça. Podemos perceber aí que o neurótico não quer saber sobre as escolhas que faz comumente e quase sempre escolhe implicar alguém de seu mundo na origem de seus sofrimentos. É o sujeito quem precisa fazer essa passagem, pela qual ele pode atenuar suas queixas, a partir de um questionamento sobre seu desejo.

Esta passagem exige que nos detenhamos para indagar a diferença radical entre queixa e sofrimento. A diferença é “*radical porque oferece uma escolha ao analista – tratar a queixa ou questionar o sofrimento*” (Silvestre, 1991, p.22). Contudo, é a partir da queixa que podemos ouvir o sintoma, porta aberta à castração e à tentativa de velá-la. Esta não é uma tarefa fácil, já que o paciente se queixa de seu sintoma, para não se deparar com a castração. Num caminho inverso, a análise vai proporcionar um deparar-se com os conflitos e as respostas encontradas até então. É uma escolha do analista, como afirma Silvestre, tratar a queixa ou questionar o sintoma. Se o analista decide tratar a queixa, considera a vertente terapêutica do tratamento, onde o sintoma é deslocado e separado do sofrimento. Concordamos com Silvestre (1991, p.24), quando adverte que “*escutar a queixa do sujeito consiste em cantar-lhe uma canção de ninar. O risco é que ele próprio, o analista, também durma. ‘Escutar a queixa’, nesse sentido, revela uma posição em que o analista prioriza a queixa trazida pelo paciente nas entrevistas preliminares e toma sua resolução como o objetivo do processo analítico. Obviamente a recusa ao ‘escutar’ aqui referido não significa uma recusa de acolhimento, como pode parecer ‘à primeira vista’*”, mas uma não supervvalorização, por parte do analista, da queixa trazida a princípio.

A demanda se constitui como uma palavra endereçada ao analista e, em seu lugar, ao Outro. Ela é constante, ainda que o sujeito não se perceba demandando. Através desta o sujeito busca saber o que representa para o Outro. Por isso espera uma resposta, qualquer que seja. E, nesse sentido,

quanto mais afastado está de seu desejo, mais o sujeito demanda ao Outro, para receber respostas que poderiam lhe dizer acerca do que deseja. Por isso, as demandas são sempre regressivas, já que convocam um Outro que garanta que o sujeito deseja algo.

Quando falamos de uma não-resposta do analista às demandas regressivas do paciente, não pretendemos, com isso defender a idéia de uma psicanálise “embrutecida” ou mesmo desinteressada da possibilidade de realização pessoal daquele que nos procura. Pretendemos marcar com isso que ocorre uma distinção fundamental entre o que o paciente busca no início – a felicidade – e o que pode ser alcançado com o reconhecimento da castração, pelo processo de uma análise. É a partir do reconhecimento da castração que o desejo vai poder trilhar sua rota, o que implica uma responsabilidade ética para com as escolhas e propostas de um sujeito que sabe de sua castração. Lacan (1988a) fala deste propósito, definindo que a análise busca também, que o sujeito possa alcançar quantos “bens” estejam à sua disposição. Contudo *o Bem*, como indício de uma utopia, estará perdido para aquele que atenua sua busca da “felicidade”.

Lembremos que Lacan chama a atenção para o perigo de cairmos na tentação de satisfazer a demanda de felicidade de nossos pacientes. Trata-se de um engano, ou melhor, de uma armadilha narcísica. A esse respeito, em “*Análise terminável e interminável*”, Freud adverte que o que está no fim da análise é o rochedo da castração e a aspiração do paciente, frustrada desde sempre, de ser ou de ter o falo (Freud, 1937/1976). O analista sabe que esta é uma condição indissolúvel. Por outro lado, Lacan (1988a, p. 359-360) aponta que o desejo é o que o sujeito vai encontrar no processo de tratamento: “*ter levado uma análise a seu termo nada mais é do que ter encontrado esse limite onde toda a problemática do desejo se coloca*”.

CLÍNICA PSICANALÍTICA

Consideramos agora importante destacar as implicações destes conceitos na clínica. Enveredamos por este caminho, desde que consideramos uma dificuldade teórica e mesmo clínica, qual seja, a de entendermos como a angústia, afeto desorganizador, pode levar o sujeito a endereçar uma demanda de análise. Ou melhor, como ocorre a passagem de uma demanda de felicidade, de inexistência da angústia, à outra, esta de deciframento do sintoma, mediada pela angústia.

Se entendermos com Lacan (2005) que a angústia aparece, quando a alteridade se encontra ameaçada, ou melhor, quando a falta está prestes a faltar, estando o sujeito à mercê do gozo do Outro, na clínica podemos identificar este momento como aquele em que o sujeito vai buscar, desconstruindo suas respostas, uma nova possibilidade de ser, uma nova delimitação de suas próprias escolhas e limites. Trata-se aqui da indicação lacaniana do desejo, onde o sujeito pode se livrar de demandas regressivas, pelas quais o Outro é intimado a saber o que ele quer e é. Como nos diz Silvestre (1991, p. 143): “*No fundo, o analisante não demanda tanto ao analista que produza uma significação, mas que sancione alguma das que ele próprio propõe*”.

Assim, a angústia poderia indicar que o sujeito procura sua própria verdade. Vemos uma diferença radical entre o sinal de angústia, manejado pelo *eu* diante de uma situação de perigo inicial, pela qual o paciente chega ao tratamento e a angústia que surge durante o processo analítico, que indica um caminho de mudança e alteridade. Contudo, podemos ainda levantar uma última hipótese.

Não seria a demanda inicial de tratamento uma primeira possibilidade da manifestação da verdade da angústia em direção ao desejo? A singularidade de cada caso contém a resposta. No intuito de nos aproximarmos destas questões na clínica, introduziremos fragmentos de um caso clínico atendido na enfermaria de um hospital da rede pública do Rio de Janeiro a fim de ressaltar a importância do surgimento da angústia para a demanda de análise.

EXTRATOS DE UM CASO CLÍNICO: ANGÚSTIA E ANÁLISE

Cabe aqui esclarecer que, na enfermaria de adolescentes, oferecíamos o atendimento psicológico a todo adolescente internado por problemas orgânicos. Desta experiência colhemos múltiplos resultados. Alguns adolescentes, a partir deste oferecimento, tomavam a palavra e através disto encaminhavam uma demanda de tratamento. Neste caso, o tratamento se iniciava durante a internação, sendo o paciente então atendido, em média, duas vezes por semana. Com uma possível alta, o atendimento era transferido para o ambulatório, no qual também atendíamos, com uma frequência a ser definida a partir das novas condições impostas (possibilidade de locomoção devido a questões financeiras, distância do hospital em relação à casa do paciente, condições clínicas, etc.). Esta era nossa aposta quando nos dirigíamos a eles. Convém esclarecer, ainda, que isto também poderia não ocorrer, sendo a oferta dispensada, ou até mesmo, em alguns casos, utilizada para uma abordagem terapêutica do sofrimento oriundo da internação e da doença que levara o adolescente até o hospital. Em muitos casos também atendíamos a família, quase sempre a mãe do adolescente, que se encontrava disposta a falar sobre suas dificuldades decorrentes da doença do filho e o impacto da internação em suas vidas. A oferta de atendimento aos pais e acompanhantes, em geral, era eminentemente terapêutica, sempre em particular. Se houvesse a demanda por continuidade, a mãe ou o acompanhante era encaminhado para o ambulatório do hospital. No caso que ora apresentamos, a oferta produziu a demanda de análise e a angústia fez seu aparecimento a partir das questões levantadas, não somente referidas à internação e ao adoecimento.

Desta forma, dirigimo-nos a Pedro, como escolhemos nomeá-lo, um adolescente de 16 anos que se internou na enfermaria de adolescentes, com um diagnóstico de *anemia aplástica*. Esta doença acomete a medula óssea, paralisando a produção de componentes sanguíneos indispensáveis à vida, como as plaquetas. No caso de Pedro, a *anemia aplástica* já se evidenciou com gravidade, inicialmente lhe trazendo uma anemia profunda e a proibição de efetuar movimentos com o corpo, em função da possibilidade de sangramento iminente. Assim, o repouso absoluto foi recomendado logo após o diagnóstico, devendo ele permanecer restrito ao leito do hospital, não podendo se levantar, exceto para ir ao banheiro. Em seguida, sobreveio uma dor intensa e aguda na perna direita, para a qual Pedro teve de receber altas doses de analgésicos, que o faziam dormir o dia todo.

Contudo, tivemos a oportunidade de oferecer-lhe nossa escuta, antes da incidência da dor. A partir da oferta, Pedro começou a falar de todas as suas atividades, que evidenciavam uma vida muito agitada. O relato ganhava em riqueza de detalhes, pois Pedro dizia que falar, relatar, era como viver aquelas coisas, novamente. Assim, ele dizia que no intervalo entre os atendimentos de toda a equipe se imaginava nos lugares e compromissos em que estaria, caso não estivesse internado e, em sua

imaginação, tecia os diálogos e as brincadeiras que faria. Deste modo, Pedro mostrou o quanto os cortes produzidos em seu mundo pela internação se faziam notar em sua economia psíquica, exigindo uma representação em palavras, que servisse de barreira ao real da doença. O conceito lacaniano “real” é aqui empregado tal qual Lacan o compreende em (1988b), como o que faz barreira à simbolização, causando trauma ao psiquismo. A emergência do conceito de real é oriunda da constatação de um *sem sentido* radical, presente na linguagem.

Pedro contou dos passeios com os amigos, do curso secundário, dos planos de cursar uma faculdade de informática e se estabelecer nesta área. Falou ainda das aulas de inglês, dos desenhos que costumava fazer e das noitadas com os amigos.

Nas entrevistas que se seguiram, Pedro sempre se mostrou muito interessado, insistindo que voltássemos para falar, o que se tornou muito difícil devido à alternância entre as dores insuportáveis e a analgesia, que o fazia dormir. Sustentamos o atendimento, comparecendo ao leito e nos dirigindo a ele e a sua mãe, que o acompanhava durante toda a internação. As entrevistas com a mãe sempre aconteciam em momentos distintos, já que sempre nos encontrávamos com Pedro a sós. Durante um longo período da internação, Pedro permaneceu sedado, impossibilitando o atendimento.

Após este difícil período, menos acometido pela dor, Pedro retomou, lentamente a possibilidade de falar sobre o que lhe aconteceu. Mas algo novo se insinuou no atendimento. Relatando suas brigas com os irmãos e as algazaras na escola, ele vislumbrou um não-saber, que se manifestou com angústia. Pedro falou de coisas que lhe aconteceram, sem saber o porquê desta ocorrência. É esse remetimento a um não-saber que o angustia. Como, por exemplo, um evento de queda de bicicleta, que relataremos a seguir. Tais acontecimentos se sucediam, formando uma série e ele nos disse que eram muitos: “Acontecem coisas comigo das quais não sei nada. Eu simplesmente não sei porque elas acontecem”. É a uma convocação do inconsciente e das determinações que escampavam ao *eu* que o discurso de Pedro fazia apelo.

O não-saber nos indica a castração, que o determina como neurótico. Ele não dava conta de todos os seus atos, muitas vezes, contra sua própria vontade. Eis aí uma queixa, transformando-se em demanda de análise: “quero saber”.

Contou-nos, então, um desses acontecimentos, considerado por ele como o mais sério de todos. Passeava de bicicleta com seus amigos numa trilha perigosa, quando dois deles caíram e se machucaram. Ele, então, deixou um amigo com os outros dois e seguiu em busca de ajuda numa vila próxima. Com angústia ele relatou que, diante de uma curva, sabendo do perigo, não parou a bicicleta para arrumar o boné. Ele disse que este boné sempre era usado com a aba para trás, para não atrapalhar. Contudo, no momento em que os amigos caíram, sem saber o porquê, ele o virara para frente. Atrapalhado pela aba do boné, que ameaçava sair da cabeça, em virtude do vento forte, Pedro seguiu em frente. Na curva da estrada, levou uma das mãos à cabeça, desequilibrou-se e caiu. Na sessão, quando relatou o evento, ele riu e então disse que, quem teve de ser socorrido foi ele, já que havia fraturado seriamente o pulso.

O que disse Pedro? A angústia evidente no discurso aponta para uma castração que se apresenta indicando uma falta irremediável. A castração é parte fundamental da estruturação neurótica e querer tamponá-la faz surgir a angústia (Lacan, 2005). Pedro falou de uma impossibilidade de ser senhor de

todos os seus atos e pensamentos. Ele falhou e a falta irremediável surgiu. Contudo, na medida em que contou estes eventos e pôde se ver como aquele que não deu conta de controlar seus atos e se pôs em perigo, ele pôde também se questionar sobre os motivos desta “falha” e descobriu novas possibilidades de encontro com o seu desejo. O caminho, iniciado pela angústia pôde desembocar no desejo, na questão que surgiu: “por que não me controlo em determinados momentos”?

A oferta, diz Lacan (1998b) em *‘A direção do tratamento e os princípios de seu poder’*, suscita a demanda. Trata-se da oferta de dar a palavra ao sujeito. E movidos por esta proposta é que nos dirigimos a ele. Pedro pôde fazer uso desta escuta para dizer que não sabe o porquê de muitos acontecimentos em sua vida e quer elucidá-los, a partir da construção de um saber sobre suas contradições. Tendo tido alta hospitalar e, por morar em outro estado, não pudemos oferecer a Pedro a possibilidade de continuar a ouvi-lo. Contudo, em nossas últimas entrevistas, ele disse que sua internação não mudara sua vida apenas pela proximidade com a morte que a doença proporcionou. A oferta de tratamento psicanalítico também o levou a pensar sobre suas escolhas e um enigma sobre suas determinações lhe despertou o desejo de continuar o processo de construção de saber sobre si. Indicamos um caminho de análise e ofertamos uma indicação de tratamento em seu município. Não sabemos, contudo, se Pedro continuou seu trabalho de análise.

A castração surge no momento em que o sujeito se dirige ao analista para se desvencilhar de seu sintoma. E desse modo, a angústia que acompanha a castração surge também no trabalho que o analista realiza, de indagar o sujeito sobre suas posições subjetivas. É tarefa do analista intervir, para possibilitar que a resposta sintomática possa ser transformada em pergunta acerca do desejo.

Vemos então que a angústia se encontra num ponto essencial de confrontação do sujeito com o seu desejo. Não querer que a falta exista, negar a castração, tampona também o desejo pela via do sintoma (Lacan, 2005). Assim, o sujeito “faz de conta” que pode decidir sobre sua castração. É, só à medida que o sintoma vacila, que a castração pode surgir e tornar-se incômoda.

O tema “angústia na clínica” foi apreciado através das questões relativas à nossa clínica, na qual pudemos presenciar a marca da angústia como mediadora do tratamento ou, até mesmo, como causa da procura do tratamento. Entendemos que uma das condições para a entrada em análise é o desejo de se desvencilhar de um sintoma, de um sofrimento que paralisa o sujeito e o faz questionar-se acerca de si mesmo (Quinet, 1991). Discutimos estas questões traçando uma diferenciação inicial entre os conceitos de demanda, desejo e necessidade, para podermos estabelecer relações entre a demanda de tratamento e a demanda de análise, vistas como dois momentos distintos na procura de tratamento. Pretendemos apontar ainda, a título de ilustração, a singularidade de um sujeito na confrontação de sua angústia, num percurso próprio de análise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberti, S. (1999) Uma intersecção entre psicanálise e hospital. *Anais, 4. Fórum da Residência em Psicologia Clínico-Institucional: Práxis e formação: as várias modalidades de intervenção do psicólogo*. (pp. 13-23). Instituto de Psicologia / HUPE / Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

-
- Freud, S. (1976). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. X; pp. 5-128). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1909).
- Freud, S. (1976). Análise terminável e interminável. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. XXIII; pp. 247-290). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1937).
- Freud, S. (1976). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferências XXV e XXXIII. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. XV; pp. 457-523). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1916).
- Freud, S. (1976). Esboço de psicanálise. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. XXIII; pp. 168-246). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1940).
- Freud, S. (1976). Inibições, sintomas e ansiedade. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. XX; pp. 107-198). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicado em 1926).
- Freud, S. (1976). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXXIII. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. XXII ;pp. 216-228). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1932).
- Freud, S. (1976). O estranho. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. XVII; pp. 275-314). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1919).
- Freud, S. (1976). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. XII; pp. 163-187). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1913).
- Freud, S. (1976). Sobre o narcisismo: Uma introdução. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (Vol. XIV; pp. 89-122). Rio de Janeiro: Imago editora. (Original publicado em 1914).
- Jurkiewicz, R. (1993). A função da escuta no hospital geral. *Anais do Encontro Brasileiro do Campo Freudiano IV. Demanda e desejo na entrada em análise*. Belo Horizonte: Editora Tahl, 37-51.
- Lacan, J. (1988a). *O seminário. Livro 7: A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1988b). *O seminário. Livro 11: Os quatro conceitos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
-

- Lacan, J. (1998a). Intervenção sobre a transferência. In: J. Lacan, *Escritos*. (pp. 214-228). Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1998b). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: J. Lacan, *Escritos*. (pp. 591-652). Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (2005). *O seminário. Livro 10: A angústia*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Miller, J. (1997). *Lacan elucidado: Palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Motta, M. B. (Org.). (1989). *Clínica lacaniana. Casos clínicos do campo freudiano*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Quinet, A. (1991). *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Silvestre, M. (1991). *Amanhã, a psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Soler, C. (1995). *Variáveis do fim da análise*. Campinas: Papirus.
- Zbrun, M. (1993). Demanda de análise: Implicação entre objeto, causa e desejo. *Anais do Encontro Brasileiro do Campo Freudiano IV. Demanda e desejo na entrada em análise. Demanda e desejo na entrada em análise*. Belo Horizonte: Editora Tahl, 63-74.

Recebido em 25/06/07
Revisto em 8/09/08
Aceito em 12/09/08

Seja sócio da



e receba gratuitamente o
BOLETIM DE PSICOLOGIA

Se você já é psicólogo, será um sócio titular; se é estudante, um sócio aspirante. E, além de receber o Boletim de Psicologia e se manter atualizado com artigos na área de Psicologia, você poderá contar com descontos nos eventos e cursos realizados pela Associação.

As bibliotecas ou instituições e profissionais não psicólogos devem se inscrever como sócios institucionais.

Para maiores informações sobre como se associar consulte nossa Homepage:

<http://www.psicologiasp.org.br>

ou peça informações pelo telefone: 3091-1645.