Psicanálise e uso de medicação: um ponto de vista

Gustavo Gil Alarcão[1]

Resumo: O artigo trata da relação entre psicanálise e medicação a partir da discussão de um caso clínico.
Palavras-chave: medicação e psicanálise; pacientes difíceis; intervenções não usuais.

Medicação, um fato atual

Hoje em dia a psicofarmacologia tornou-se, a despeito dela mesma, o estandarte de uma espécie de imperialismo (Roudinesco, 2000, p. 23).

Cada geração de analistas é convocada a pensar sobre as questões típicas de sua época. Cada época tem suas particularidades sociais e culturais que são, obviamente, indissociáveis das manifestações psicológicas de cada indivíduo: somos seres de nosso tempo, não há como escapar disso. Atualmente, é inegável a presença maciça do tema "medicação" na vida das pessoas, como também é inegável que fomos obrigados a pensar nas condições que ponderamos como ideais para o exercício da psicanálise.

A prescrição de psicotrópicos é uma particularidade de nosso tempo. Epidêmico, desmesurado, em larga escala, esse processo tem gerado fatos que podem ser foco de reflexão analítica. Esta prática, adotada pela medicina, e mais especificamente pela psiquiatria, é real e concreta. Está ancorada em uma enorme estrutura que percorre níveis clínicos, científicos, políticos, sociais e econômicos, além, é claro, de seu impacto sobre cada indivíduo. Roudinesco diz: "Receitados tanto por clínicos gerais quanto pelos especialistas em psicopatologia, os psicotrópicos têm o efeito de normalizar comportamentos e eliminar os sintomas mais dolorosos do sofrimento psíquico, sem lhes buscar significação" (2000, p. 21).

Sabemos historicamente das inúmeras questões que estão envolvidas na relação entre esses campos do conhecimento, mas acredito que uma fenda está aberta e pode ser mais bem

1 Membro filiado ao Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo SBPSP, psiquiatra do Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo HCFMUSP, membro da Sociedade Brasileira de Psicopatologia Fenômeno-Estrutural SBPFE.

explorada por nós, analistas, justamente no tocante ao pensar sobre o significado do uso de uma medicação.

"A princípio, a psicofarmacologia deu ao homem uma recuperação da liberdade" (Roudinesco, 2000, p. 22). Os medicamentos podem facilitar abordagens de situações clínicas difíceis – obviamente, quando bem utilizados. Fato social, o uso de medicação está inserido em uma cadeia mais complexa de sentidos e significados. De sua aplicação eminentemente clínica ao suporte político-ideológico de sua utilização, esta prática está no centro de discussões contemporâneas. Conversa-se sobre medicação, encaminha-se paciente para medicação, toma-se medicação psicotrópica. Entretanto, o debate acerca desses fatos acontece de forma talvez muito mais política do que necessariamente clínica.

Temos, então, situações reais nas quais precisamos nos posicionar. Este posicionamento está ancorado nas concepções éticas e críticas de cada analista. Além disso, existem aspectos práticos ligados ao repertório e à trajetória de cada profissional – dentre estes, o fato de ser médico pode ser destacado.

Colegas que se formaram na minha geração e que estão trabalhando clinicamente não podem escapar a este debate. Sobretudo as gerações mais jovens precisam encontrar insumo para esta discussão, porque a situação social está aí escancarada. Pacientes entram na Internet, pesquisam seus "sintomas", encontram seus "diagnósticos", encontram o que é "dito eficaz", encontram críticas a outros métodos que não são baseados no raciocínio médico, e nós temos dificuldades. Médicos de qualquer especialidade arvoram-se no tratamento de condições psíquicas, pois se sentem munidos com armas eficazes. Sabemos o trabalho que temos com esta "hipocondria psicofarmacológica", e como muitas pessoas se encarceram neste modo empobrecido de estar no mundo.

Como articular tais fatos com a proposta desta revista, pensando sobre as condições para analisar um paciente?

Como a clínica da subjetividade pode se servir das contribuições da prática da objetividade

O artigo aborda um tema que julgo polêmico. O intuito é pensar a respeito da relação entre o uso de medicação psicotrópica e as condições de análise de um paciente desde um ponto de vista psicanalítico. Esta perspectiva pode abarcar níveis clínico-conceituais e também níveis político-institucionais; meu objetivo é partir do nível clínico-conceitual para, quem sabe, atingir o nível mais amplo da política institucional. Isto porque me preocupo com a vitalidade da psicanálise, com seu desenvolvimento e com a realidade da clínica que vejo à minha volta.

Freud apontou para um futuro, no qual talvez pudéssemos agir com a ajuda de algumas substâncias químicas sobre as quantidades de energia e sua distribuição no aparelho psíquico.

> A psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em células e tecido. Não é fácil imaginar uma contradição entre essas duas espécies de estudo, sendo um a continuação do outro (Freud, 1916/2006, p. 262).

A história mostrou o contrário e o quão complicado tem sido articular esta relação.

Psicanálise e psiquiatria, e sobretudo a psicofarmacologia, são campos diferentes de pensamento e prática clínica. Ambas pretendem refletir sobre a condição humana, cada uma com seu olhar. Sabemos das inúmeras questões que dizem respeito a esta problemática, dos encontros, desencontros e intersecções. A realidade é que, como analistas, temos que lidar com esta situação. As fronteiras e definições dos campos de atuação estão cada vez mais complicadas, sobretudo se percebermos como o público em geral concebe estes campos.

A formação de um analista é tecida por pontos muito próprios do campo psicanalítico, mas também por saberes de outros campos do conhecimento. Estes estarão relacionados à trajetória de cada analista em particular. Há analistas que são psiquiatras. Qual a implicação dessa condição? O que pode ser considerado um recurso dentro da prática de cada analista? O que pode ser considerado um desvio dentro dela?

Para que nos aventuremos a pensar em situações difíceis, que fogem ou que exigem mudanças no padrão habitual, precisamos de coragem para expor aquilo que possa ser inusitado. Nem sempre é fácil expor-se a este exame; a voz da censura paira na atmosfera.

Imagino que cada analista vai constituindo sua clínica fazendo aquilo que considera o melhor possível, orientando-se sobre aqueles pressupostos que elegeu como os melhores para si. Certamente, usa seu repertório particular respeitando e pensando acerca dos limites de sua atividade. Não imagino que um analista que tenha conhecimentos filosóficos abra mão daquilo que saiba e que lhe pode ser útil na construção de sua prática. Como também não imagino que este analista deseje filosofar quando decide analisar um paciente.

Trago o debate com a psiquiatria, centrando-me na questão do tratamento medicamentoso, para pensar e propor que possamos olhar para esta relação da seguinte forma: a maneira psiquiátrica de olhar os problemas da condição humana tem como fim a objetividade e o pragmatismo; a maneira psicanalítica tem como fim o desenvolvimento da subjetividade, ancorada no suporte de uma metapsicologia inconsciente que se desenrolará no bojo da relação analítica, tendo como foco o exame da transferência. O pragmatismo e a objetividade fazem com que os esforços da psiquiatria se concentrem em potencializar estes pressupostos. Todo e qualquer recurso será usado para reforçar a objetividade. Em psicanálise, todo e qualquer recurso será usado para reforçar e garantir condições de subjetividade. São, portanto, caminhos e pressupostos bastante diferentes.

Dentro dessa perspectiva, quando um psiquiatra lança mão de determinado recurso – por exemplo, a própria entrevista com o paciente –, ele está focado na objetividade, e sobretudo quando utiliza uma medicação, está radicalmente pensando de modo objetivo; está interessado em fazer um diagnóstico psiquiátrico condizente com os padrões contemporâneos de classificação e prescrever medicações que normalizem o quadro identificado. Vida, questões ou dilemas são meras expressões secundárias do sintoma que devem ser tratadas ou normalizadas.

Um analista, por outro lado, ao empregar determinado recurso, como uma interpretação, visa à ampliação da subjetividade; quando sugere que seu paciente possa ser visto por um psiquiatra, ele também está mirando a subjetividade. Ele se serve de tais recursos pensando na perspectiva de um desenvolvimento psíquico que não quer normalizar ninguém, mas oferecer condições de desenvolvimento psicoemocional.

Esta proposta não visa a restringir as noções de objetividade e subjetividade nem associá-las exclusivamente à psiquiatria ou à psicanálise, e muito menos confinar os campos em questão

a estas caracterizações. Destaco estes pontos por julgar que são importantes e ilustrativos do que pretendo discutir. A generalização que é perigosamente feita na introdução do texto tem o intuito de sensibilizar o leitor e convidá-lo a pensar em sua prática. O caso clínico que se segue buscará ilustrar a hipótese lançada desde uma perspectiva particular, daquilo vivido com o outro.

Pensar a questão da medicação como uma modalidade de rearranjo da prática analítica em situações especiais

Retomo aqui as ideias de André Green, contidas em seu livro *Orientações para uma psicanálise contemporânea*, no debate que trava entre as concepções de psicanálise e psicoterapia psicanalítica, a fim de, paralelamente, pensar a respeito do que proponho.

> Repitamos, para não criar nenhum mal-entendido. Para nós, a psicanálise segue sendo o modelo; as psicoterapias resultam essencialmente da impossibilidade de pôr em prática uma situação que respeite as exigências do modelo. A psicanálise permanece como referência em todos os casos (Green, 2008, p. 107).

Gostaria de examinar a questão da medicação com base nessas considerações. Não proponho e não defendo alteração alguma no modelo de referência, mas pretendo analisar uma situação na qual este modelo mostrou-se insuficiente.

> A decisão de optar a favor ou contra o empreendimento de um tratamento psicanalítico ou de estabelecer a indicação de psicoterapia permanece aleatória e sujeita à apreciação do analista. Aqui intervém, para além de considerações ditas objetivas, a avaliação pelo analista das capacidades do paciente de enfrentar os perigos previsíveis do empreendimento (Green, 2008, p. 112).

Centro-me em uma questão de Green: "Em que consiste o rearranjo? Alguns dirão que mudando sua poltrona de orientação … em outros casos, o analista não permitirá que se instaure de maneira demasiado angustiante o silêncio" (2008, p. 115).

Pois bem, Green sinaliza para o fato de que, em algumas situações, rearranjos são necessários. Qual a dimensão e o impacto desses rearranjos? Há nesta apreciação a possibilidade de escutarmos o que aquele analista avaliou como necessário, confiando que estava agindo assim em prol tanto do paciente quanto de sua prática? Ao mesmo tempo, como criticar e apontar equívocos em uma prática pretensamente bem-intencionada? Tal debate ganha força se apresentamos situações da clínica real, da clínica de "carne e osso", e não apenas ensaios teóricos.

Penso que, na atualidade, podemos considerar a questão da medicação e as situações específicas e difíceis que encontramos na prática clínica a partir desse mesmo enfoque: como parte dos rearranjos necessários para viabilizar um empreendimento psicanalítico.

Condições ideais e condições possíveis quando surge a questão da medicação

O mais comum, ou geralmente o mais recomendado, é que havendo necessidade de uso de medicação deve-se encaminhar este paciente para um colega habilitado a prescrevê-la. Esta

recomendação é devida tanto a fatores intransponíveis (a necessidade de ser médico, preferencialmente psiquiatra, para prescrever um psicotrópico) como a fatores altamente desejáveis: a manutenção de espaços livres para que cada profissional possa exercer sua prática com a maior potência e com as melhores condições possíveis. Sabemos que a presença de outros fatores que não a relação analista-analisando na sala de análise podem ser complicadores, quando não inviabilizadores, de uma empreitada analítica (quem atende criança sabe do que falo).

Como dito acima, alguns psicanalistas são médicos de formação e poderiam prescrever psicotrópicos. Alguns, de fato, o fazem em determinadas circunstâncias. Este seria um ato nocivo que descaracterizaria uma análise? O que pensa a comunidade psicanalítica? Como considerar esta questão? Acredito que esta prática não seja tão incomum, embora pouco divulgada. Seria possível este tratamento, conduzido por um psicanalista, ancorado conceitualmente e pensado clinicamente como uma análise, mas no qual tenha sido usada medicação, ainda ser considerado uma análise? Da mesma forma, como se indaga Green, como considerar tratamentos que não se configuraram dentro dos padrões clássicos?

Ganharíamos se pudéssemos colocar todo o dispositivo psicanalítico a pensar sobre estas situações? Por dispositivo psicanalítico, penso na necessidade de análise pessoal do profissional, na necessidade de supervisão do atendimento e também no suporte teórico-conceitual que utilizará.

Ganharíamos ao realizar uma leitura psicanalítica dos fatos clínicos, construindo tratamentos que fossem orientados sobre uma plataforma psicanalítica, mas que por contingências da realidade (o paciente chega com uma medicação, recusa-se a abrir mão da medicação, tem indicação de uma medicação, não aceita procurar outro profissional) fizesse uso do remédio?

O remédio como um recurso acessório à análise, e não a análise como um recurso acessório ao medicamento

Não acho possível conceber um tratamento psíquico fora do campo psicanalítico. As ferramentas e o estofo teórico-conceituais da psicanálise me parecem insuperáveis quando falamos de possibilidades de desenvolvimento e construção de subjetividade. Nesse sentido, o acúmulo de conhecimento advindo, por exemplo, da psicofarmacologia tem uma função apenas complementar. Acredito que assim possa ser útil. Invertendo a ordem e a hierarquia da discussão, fazendo com que a medicação esteja submetida a uma linha de sentido e significado orientados pelo estofo psicanalítico, poderíamos construir uma clínica que se adequasse a algumas situações difíceis de nossa realidade cotidiana.

Não é o diagnóstico psiquiátrico atual, nem o fluxograma de condutas, e muito menos a prática psicofarmacológica (quem tem olhos e crítica sabe do que estou falando) que orientarão a prescrição nessas situações. É a análise, em seu trabalho minucioso e microscópico, que pode indicar o que porventura precise ou não ser enfrentado com medicação. Faz muito mais sentido.

Não precisamos dispor de algo que possamos usar (quando estamos habilitados e sabemos como fazer) nem submeter-nos ao modelo psicofarmacológico de pensar para que utilizemos as medicações, como um analista que tenha em seu repertório conhecimentos de outros campos não precisa se submeter e também não precisa prescindir daquele repertório.

Tenho assistido verdadeiros descaminhos quando colegas precisam recorrer a algum auxílio psiquiátrico e acontece de o psiquiatra não ser sensível e suficientemente informado sobre psicanálise. Pacientes são desencorajados, soluções aparentemente mais fáceis são oferecidas, uma série de ocorrências que dificultam muito o trabalho analítico. Isto são fatos, não hipóteses – realmente acontecem. "*Vou fazer terapia com aquele médico porque ele disse que posso ir uma vez por mês, ele me falou meu diagnóstico e, além do mais, também me prescreve o remédio que preciso*", diz uma paciente que fora encaminhada por uma colega a um psiquiatra.

O poder do *marketing* é avassalador. Sabemos que estamos na contracorrente das tendências atuais. Pergunto-me se não temos nada a ganhar incluindo estes casos complexos no rol de nosso olhar analítico, oferecendo-lhes a mesma consideração no tocante ao trabalho executado. Críticos e detratores da psicanálise usam este argumento: o de que a psicanálise seria contra o emprego dos avanços obtidos com estudos científicos que desenvolveram medicações. Vendem também a ideia de que as medicações são a solução para o sofrimento humano. A lógica do senso comum conclui que a psicanálise não é parceira no enfrentamento de tais questões. Um completo equívoco. Quantas vezes não escutei de residentes de psiquiatria opiniões equivocadas a respeito dessa questão, e quantas vezes estas opiniões não são também difundidas de forma equivocada e irresponsável a fim de associar a psicanálise a um campo retrógrado e rígido de pensamento!

Sabemos que a posição psicanalítica é crítica, não é ingênua e também não é melancólica nessa discussão. Ninguém nega os benefícios de um ato que se mostre útil para o outro, mas critica-se o excesso e a banalização de determinados atos que, vestindo a roupa de um tratamento psíquico, são na verdade formas de controle, de exercício de poder ou sequer isso – muitas vezes, não significam nada.

"O especialista"

F é uma mulher adulta. Recém-saída de uma longa internação psiquiátrica, resolveu procurar uma analista que lhe fora indicada por uma amiga de confiança, que recomendou muito bem a profissional: experiente, livre e de muita confiança.

Logo após as primeiras entrevistas de F, minha colega indicou-a para mim, para que fizesse o suporte medicamentoso do caso. A colega, uma experiente analista, observou um caso difícil pela frente, sobretudo no que dizia respeito à participação da psiquiatria e das medicações na vida da paciente. Ela já havia sido internada outras duas vezes por sua família, já havia sido tratada por psiquiatras, já havia tomado vários medicamentos, já havia recebido vários diagnósticos e já havia feito algumas terapias. Um típico caso difícil de nossa clínica contemporânea.

"*Dra. V me indicou você. Disse que é um especialista em medicação para transtorno bipolar*". Nosso primeiro encontro começou com esta frase. F é uma mulher bonita, bem-cuidada, inteligente, pensa rápido, responde rápido. O olhar é atento, porém muito desconfiado. Tem uma vida que poderíamos considerar difícil, do ponto de vista emocional. Suas relações interpessoais são em geral conturbadas; os projetos de trabalho são na maior parte frustrantes. Não se sente feliz com o que faz e não se sente ativa. Convive com uma dúvida persistente de ser ou não louca, e com uma pressão constante de ter que se vigiar para não sair da linha.

"Especialista? Você precisa de alguém em quem confie muito, não, F?", digo a ela.

"*Não, você não entendeu nada. Eu fiquei internada três meses; me deram o diagnóstico de bipolar; eu saí da clínica e fui procurar o papa do transtorno bipolar, mas eu não posso me tratar com alguém que conte tudo o que conversamos para meus pais*".

O primeiro encontro transcorreu bem, eu diria. Eu fora muito bem recomendado e me encaixara nesse lugar especial – "o especialista", o filtro aparentemente usado para permitir que alguém pudesse ajudá-la (especialista, papa etc). Acredito, como a colega que me encaminhou F, que ela precisava, sim, de medicação e análise, uma contribuição mútua. Discordei do diagnóstico dado a ela pela tal "clínica" e lhe disse que conversaríamos melhor sobre tudo – sobre o diagnóstico e também sobre o significado de se ter um diagnóstico; mais além, conversaríamos sobre os intuitos de um tratamento psíquico, incluindo as razões de se tomar ou não uma medicação. Ela concordou e iniciamos um trabalho que, *a priori*, tinha como objetivo dar suporte para sua análise.

Em nosso segundo encontro, duas semanas depois, F me conta que não irá mais voltar à analista. Diz que não se sentiu bem conversando com ela. "*Ela me disse para não me focar nos fatos da vida, e sim nos meus sentimentos. Não entendi. Achei que era para eu falar o que quisesse, e que eu estava sim falando dos meus sentimentos*". Ficou com raiva e se sentiu censurada, criticada. Não havia espaço para conversar e ponderar sobre significados possíveis do que havia escutado e de como poderia ser interpretado.

"*Decidi procurar um médico do Instituto de Psiquiatria que faz terapia para uso de maconha. Já conversei com ele uma vez e gostei*". Pego de surpresa, tentei estimulá-la a conversar com sua analista sobre estas questões, ao que ela relutantemente se negava. "*Eu já decidi*". No meio daquela situação, conhecedor desse contexto dos "especialistas em tratamento de maconha", propus-lhe que quem sabe ela pudesse vir conversar comigo, já que estava tomando medicação e eu também trabalhava como terapeuta. Naquele momento, fiquei com receio de que ela pudesse permanecer atrelada a um modelo psiquiátrico raso de atendimento, e me servi do local transferencial em que fora primeiramente colocado, o especialista. Ela aceitou, dizendo: "Ótimo, eu sempre achei estranho ter que ir em duas pessoas falar dos mesmos problemas".

Assim começou nosso tratamento. Embora utilize medicação, minha avaliação da situação era de que havia indicação e condições de análise – uma análise que deveria ser construída junto com a paciente, e que provavelmente não seguiria os padrões clássicos. F havia passado por três surtos psicóticos em que ficou muito desorganizada e precisou ser internada. Foram quadros dramáticos nos quais sua vida paralisou-se, ela rompeu com pessoas e com projetos que vinham sendo executados e mergulhou em uma situação de muita angústia.

Temos um horário semanal, e em alguns períodos foi possível atendê-la duas vezes por semana. Ela admite um "tanto" de ajuda, determinado por ela. Não falta, não se atrasa e tem se aproximado cada vez mais, aceitando minha ajuda, o que significa poder desenvolver recursos para enfrentar e compreender suas angústias. Passa a perceber-se responsável por seus sentimentos. Tem trocado a certeza da loucura pela curiosidade de saber o que se passa dentro dela. O mundo interno caótico e ameaçador está sendo investigado e reconstruído.

Filha de uma família superexigente, com pais muito bem-sucedidos, é devotada ao objetivo de encontrar um trabalho e ser reconhecida pelo que faz. Tem dificuldade em filtrar e fazer leituras sociais que possam ser relativizadas; suas intuições se impõem com muita

certeza e dificultam sua capacidade de pensar. É dura consigo e dura com os outros – ai de quem pisar em seu calo! Durante grande parte de nosso tratamento, tenho funcionado com uma espécie de esponja que pode ajudá-la a absorver sentimentos intoleráveis.

Mudanças significativas em sua capacidade de suportar estas situações têm acontecido. Recentemente, enfrentou uma situação que, segundo suas palavras, em outros momentos a teria "*nocauteado*". Sua melhor amiga morreu em uma circunstância de violência e muito drama. Ela foi capaz de enfrentar toda a história, estando presente, sentindo a dor da perda e elaborando os significados daquele momento em sua vida.

> *Eu me sinto mais segura, menos presa à opinião dos outros, mais confiante… Eu sempre fui muito insegura. No dia da morte dela, eu fui até lá e falei na Igreja, mesmo não sendo religiosa. Eu achei que seria importante. Para mim, foi uma despedida. Não sei como consegui.*

Ela tem como um de seus objetivos não usar mais medicações. Entretanto, acompanhando-a durante esse período, observo que é ajudada pela medicação, e há diferenças entre tomar e não tomar um remédio. Sem remédio, ela perde o sono, fica irritada e muito sensível a estímulos. Geralmente, não suporta situações que funcionem como faíscas para um núcleo paranoide persecutório, que pode ser exemplificado pela situação com os vizinhos do prédio: "*eles estão fazendo muito barulho. Isso me irrita muito. Eu vou até lá brigar com eles se for preciso. Eu não aguento, me perturba muito*". Fora desses períodos, não se queixa dos vizinhos. O nível de desorganização e desestruturação em que a paciente se encontra nos momentos nos quais não pode tolerar a realidade justificam, a meu ver, o uso de medicação.

Durante nosso tratamento, mantive-me dentro das circunstâncias que a paciente possibilitou. Ela se recusava a vir mais de uma vez por semana, salvo em situações nas quais estava muito angustiada. Por outro lado, o ambiente proporcionou condições de livre associação e uma escuta que pudesse estar atenta aos aspectos metapsicológicos da sessão. Perguntava-me, ao me criticar pela distância com relação ao que julgava condições ótimas para sua análise: estou sendo condescendente ou estou viabilizando esta relação terapêutica? Ela tecia duras críticas à psicanálise porque considerava que a primeira analista não soube escutá-la. Certo dia, perguntou-me se o que fazíamos era psicanálise, porque era uma conversa bem diferente daquela que ela imaginava: "*eu não sei, eu venho, eu converso, eu sinto falta. Você poderia falar mais, é fato, mas tudo bem, acho que é assim mesmo, né?*".

F escreveu um livro, e na dedicatória endereçada a mim, estava escrito: "para alguém que está me ajudando a juntar os pedaços". O livro trata de um personagem, um jovem homem que vai investigar sua história familiar, seus antepassados, suas origens, a partir de uma dúvida que tem ao ler um exame de sangue de seu pai.

F passou por momentos difíceis durante esse período, que conseguiram ser suavizados com seus próprios recursos e com nosso trabalho analítico. Um desses momentos aconteceu recentemente:

> *Eu estava em um surto, ou eu acho que era um, mas eu pensei que se pudesse me manter calma e não demonstrar para ninguém, ninguém perceberia. Eu precisava gastar energia então, ao invés de ficar pensando, prestando atenção nos olhares das pessoas. Resolvi desenhar.*

A descrição oferecida por ela revelou um momento dramático, de muita angústia, na qual ela esteve "por um fio". No período, não me disse diretamente o que se passava com ela, mas, intuindo um momento difícil, sugeri que viesse ao consultório todos os dias da semana. Era uma situação muito especial, porque eu entraria em férias e estava muito preocupado com sua condição. "*Tá, eu venho, mas vou encher linguiça*", disse-me à época.

Veio e não encheu linguiça. Estava realmente perturbada, muito perseguida e acuada. "*Estou com ódio do mundo, todas as pessoas são muito más*". Desenovelamos esta situação de forma que fosse possível atravessar uma grande turbulência. "*Não quero tomar mais remédio*". Pensei que seria um momento de nova ruptura. A melhor saída para a situação era a paciência de atravessar com ela esta tempestade. Não houve condições de traçar um caminho interpretativo que pudesse acalmá-la, e o silêncio ativo, interessado em saber o que se passava dentro dela, foi a minha escolha. Perguntava suavemente o que sentia, como estava, e aos poucos ela foi se abrindo.

Passado esse período, ela diz: "*estou envergonhada de não ter contado tudo que eu estava sentindo*". Fui reler o que havia escrito (ela havia preparado uma espécie de testamento para sua família): "é, eu estava muito louca mesmo, deixei tudo anotado, dar o que para quem". Digo a ela que, de alguma forma, ela aceitou minha sugestão de vir às sessões e encontrou uma maneira de enfrentar essa turbulência – maneira diferente das encontradas no passado, nas quais o rompimento e o isolamento eram suas escolhas. "*Você preservou o seu espaço, não teve sua liberdade retirada, e lidou com seus fantasmas*".

Discussão – É pertinente eleger critérios de analisabilidade?

Um analista experiente provavelmente terá condições de, retrospectivamente, indicar em quais casos e situações obteve maior ou menor sucesso. Sim, após anos de trabalho e experiência acumulada é possível propor algumas ideias que podem ser úteis para os demais. Como, por exemplo, as ideias da Dra. Zetzel sobre os critérios de analisabilidade:

> 1. A capacidade de manter a confiança básica em ausência de uma gratificação imediata;
> 2. A capacidade de manter a discriminação entre o objeto e o *self* na ausência do objeto necessitado;
> 3. A capacidade potencial de admitir as limitações da realidade (Zetzel, 1964, citada por Etchegoyen, 1987, p. 20).

Não tenho dúvidas de que tais informações são úteis. Entretanto, tenho muitas restrições em adotar tais critérios sem ter passado pela experiência com o outro e poder, a partir do que foi vivido, pensar e decidir. Estas informações não podem assumir um caráter de lei ou regra, porque assim estamos matando a possibilidade de criação de muitos analistas. Para mim, adotar tais pressupostos sem ter vivido experiências próprias equivaleria a uma tentativa de prever o futuro – "Olha, se você analisar tal pessoa com tais características irá ter problemas; faça isso, não faça aquilo". Será? Sabemos que cada caso é um caso, particular, singular e praticamente incomparável. Objetivar a questão dessa forma, a meu ver, é distanciar-se muito da proposta psicanalítica. É praticamente criar um modelo médico de indicações e contraindicações que guiará o trabalho dos outros. Onde fica a subjetividade? O inconsciente respeita essa objetividade de critérios?

Acumular experiências a partir do que é vivido, transmitir e discutir tais experiências é fundamental. Corremos o risco de criar um filtro ilusório e perigoso no qual teríamos a fantasia de prever se esta ou aquela análise irá ou não se desenvolver.

Entre o especialista, o terapeuta da maconha e aquele que ajudou a juntar os pedaços

No caso clínico, pude experimentar com F a criação de uma relação analítica. O rearranjo realizado facilitou nosso trabalho. Ousaria dizer que, nessa situação, o rearranjo fez mais do que facilitar – ele viabilizou o empreendimento analítico em um momento crítico de ruptura. A ruptura com a analista inicial gerou um movimento intenso e disruptivo de afastamento, crítica, desconfiança quanto ao método analítico, ou melhor, quanto a alguém que se apresentasse como analista. Os sentimentos de F não se restringiram à analista, mas se alastraram para um descrédito geral com relação à psicanálise. É claro que tais sentimentos podem ser interpretados à luz das dificuldades da paciente, que não são poucas, mas o fato vivido foi o de uma ruptura que deslocou a paciente para o movimento de "procurar o especialista em maconha".

O impacto provocado por este primeiro encontro, no qual não havia intermediários (maconha, bipolar, especialista), parece ter sido grande demais. Somada a este impacto, a possível confusão expressa pelo imperativo "não me fale dos fatos, mas dos seus sentimentos".

Movendo-me cuidadosamente e aceitando o local transferencial em que fora colocado, eu, o "especialista", pude acolhê-la sem me tornar um objeto perseguidor e crítico, "o analista que não escutou". Lentamente foi criado um espaço que tem se mostrado fundamental para F – "*eu sei que na terça-feira tenho minha sessão, não abro mão, não marco compromisso*"; um espaço de permanência que tem resistido às instabilidades e oscilações que promovem rupturas em sua vida e que é mantido a uma distância que tem se mostrado suficiente para que trabalhemos juntos.

No caso Dora, Freud ressente-se de não ter sido capaz de elucidar com sagacidade os aspectos transferenciais da relação analítica. Acredita que isto possa ter colaborado negativamente para o desfecho do tratamento.

> Fui obrigado a falar da transferência porque somente através desse fator pude esclarecer as particularidades da análise de Dora. O que constitui seu grande mérito e que a fez parecer adequada para uma primeira publicação introdutória, a saber, sua transparência incomum, está intimamente ligado a seu grande efeito, que levou a sua interrupção prematura. Não consegui dominar a tempo a transferência (Freud, 1905/2006, p. 113).

Quando afirmo que considero o tratamento de F um tratamento analítico, estou ancorado na observação de que foi criado um ambiente no qual tem se desenvolvido uma relação transferencial comigo, seu analista. Em casos difíceis, sabemos a importância de se entender com muita precisão a comunicação transferencial do paciente.

Há uma busca inicial de F por esta figura do "especialista". Este especialista que se reconfigura em um "alguém". Este especialista em transtorno bipolar e também em maconha, que se reconfigura naquele que "está ajudando a juntar os pedaços". Este especialista que, se

não acertar em cheio, não serve, como no caso da ruptura com a primeira analista e também como em sua resposta a minha primeira intervenção: "*você não entendeu nada*". Esta potente e instaurada idealização dá lugar, lentamente, à possibilidade de uma interação humana, com um outro, com um alguém – alguém que estivesse ali, que não criticasse, que não desmentisse e que esperasse. F estava em busca deste alguém. Ela foi procurar a primeira analista, ela decidiu me procurar, ela decidiu procurar o terapeuta da maconha. A demanda e a busca estão presentes, ao mesmo tempo que um crivo muito seletivo. Ela escolhe, ela vai, ela rompe, ela pouco escuta e pouco inclui o outro nessas situações. Ela não voltou para conversar com a primeira analista, e também não conversou com o papa do transtorno bipolar – foi embora. Descrevi uma situação na qual F aceitou minha sugestão de vir conversar em um momento dramático. Não houve uma ruptura, e sim uma aproximação. Ela assume, envergonhada, após relutar enraivecida ("*eu vou encher linguiça*"), que estava em um momento crítico e que precisava de muita ajuda.

Todo este movimento de integração e possibilidade de relação tem se desenvolvido. O uso de remédio ocupa lugar secundário em nossa relação. Embora ainda não tenha sido possível retirá-lo, não acredito que ele seja um fator nocivo. Não estamos depositando nossas crenças na magia da cura. Esse foi um processo longo no qual tive participação ativa como analista, oferecendo-lhe interpretações e comunicações que a ajudaram a redimensionar sua própria relação com a pretensa cura e controle dos medicamentos.

São quatro anos de trabalho que tem "juntado os pedaços". Uma personalidade frágil, que cinde em momentos de tensão, que tenta expulsar o mal-estar, que distorce a realidade para torná-la aceitável, está se ocupando de maneira diferente de sua loucura.

O dispositivo psicanalítico jogou a nosso favor. A objetividade do controle de sintomas, paupérrima forma de cuidado psíquico, não está direcionando nossos encontros. É um caso real, de uma clínica real. Eu poderia dizer que não aceitaria tais condições de trabalho, uma vez que não estão de acordo com o que é mais convencional. Optei por aceitar o desafio e não estou arrependido, como também não penso que a paciente esteja. Penso também que posso incluir este exemplo no rol do campo analítico sem receio, mas aberto ao diálogo. Acredito que se trata de uma exceção, mas que exceções podem ser respeitadas.

El psicoanálisis y el uso de medicamentos: un punto de vista

Resumen: *El artículo trata de la relación entre el psicoanálisis y el uso de medicamentos a partir de la discusión de un caso clínico.*
Palabras clave: *medicación y el psicoanálisis; pacientes difíciles; intervenciones no usuales.*

Psychoanalysis and the use of medication: a point of view

Abstract: *The article deals with the relationship between psychoanalysis and the use of medication through the discussion of a clinical case.*
Keywords: *medication and psychoanalysis; difficult patients; unusual interventions.*

Referências

Etchegoyen, R. H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica* (C. G. Fernandes, trad., pp. 19-25). Porto Alegre: Artes Médicas.

Freud, S. (2006). Fragmentos da análise de um caso de histeria. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Strachey, trad., Vol. 7, pp. 108-116). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).

Freud, S. (2006). Psicanálise e psiquiatria. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Strachey, trad., Vol. 16, pp. 251-264). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916).

Green, A. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea* (A. M. R. Rivarola et. al., trads.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 2002).

Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?* (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

[Recebido em 18.2.2013, aceito em 5.4.2013]

Gustavo Gil Alarcão

Rua Cristiano Viana, 441, cj. 66

05411-000 São Paulo, SP

Tel.: (11) 3062-1887

gustavogilalarcao@yahoo.com.br