

## RESUMO

O presente texto se propõe a investigar e a discriminar os elementos que norteiam o entendimento de demanda pelo tratamento psicanalítico. Antes de desenvolver o tema, faço primeiro uma distinção entre uma demanda inicial, que conduza a uma *entrada em análise* – e que fala da *qualidade* do sofrimento que leva alguém a buscar tratamento e do questionamento que a pessoa faz a este respeito – e uma outra demanda, que sustenta o próprio percurso analítico, uma demanda que vai sendo retificada e que conduza ao próprio término da análise. É como se houvesse uma demanda para ingressar em análise, e outra para concluí-la – ou talvez se trate da mesma demanda, em tempos distintos. A demanda, o ou recorte, que trago à baila é a primeira, aquela da qual a entrada em análise depende.

### A demanda por análise

Laerte de Paula

#### INTRODUÇÃO

Existe uma espécie de cálculo feito pelo analista, que visa avaliar se o discurso que o paciente traz nas primeiras sessões clínicas se configura em uma demanda mínima que permita o empreendimento analítico. Em outras palavras, questiono quais seriam os requisitos mínimos necessários neste momento. Não penso em uma anamnese, nem tampouco em um questionário lógico, que reduziriam o estabelecimento de um compromisso de análise a um interrogatório infértil, mas antes em uma assunção de responsabilidade por parte do analista que, de imediato, é convocado a posicionar-se diante desta demanda, seja esta de qual tipo for: por análise, psicoterapia, medicamento, aconselhamento, esoterismo, etc.

Em termos práticos, esta demanda pode estar mais ou menos delineada nos primeiros encontros, pode ainda ser desenvolvida ao longo dos primeiros meses de tratamento, ou pode jamais vir a se constituir dentro da relação analítica. Caberá ao analista manejar este aspecto em seu trabalho podendo, em alguns casos, inclusive recusar o atendimento ou encerrá-lo por entender que não há demanda – ou não o suficiente – para psicanálise. Em *Novas Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise*, Freud já orientava os psicanalistas a receberem seus pacientes inicialmente em caráter provisório, por algumas semanas, para que fosse realizada uma *sondagem* que pudesse identificar se o tratamento analítico é adequado ao caso.

Podemos formular o dilema, então, a partir da seguinte indagação, feita em dois tempos: *a pessoa que nos procura em nosso consultório tem demanda por uma psicanálise? Se não, até que ponto esta demanda pode ser construída?*

Porém, antes de falarmos mais sobre a demanda, é necessário entender que oferta a psicanálise disponibiliza, para averiguar posteriormente se a demanda é compatível.

## **A OFERTA ANALÍTICA**

O analista não é qualquer terapeuta. Assim como um dentista não desempenha o mesmo trabalho que um oftalmologista e um senador não faz o mesmo que um prefeito. Podemos tomar como legítima a dúvida de quem nos procura, mas cabe ao analista responsabilizar-se pelos limites de sua oferta.

Aquilo de principal que o analista tem a oferecer é um trabalho singular: uma escuta típica. Uma escuta do registro inconsciente do paciente. Esta ação é operada com vistas a um objetivo: que ela revele ao paciente conteúdos sobre si que este mesmo desconhecia e que têm relação com seu sintoma e sua subjetividade.

Se, além disso, um analista pode ou deve empatizar com o sofrimento do paciente, ser mais ou menos acolhedor diante de uma crise, lidar com questões de âmbito prático, flexibilizar um pedido ou outro dentro de seu *setting*, todos estes elementos podem ser absolutamente legítimos, porém orbitam em torno do objetivo principal já citado: investigar as pistas que indicam quais conflitos inconscientes encontram-se recalçados e se manifestam de forma cifrada, às custas do sofrimento do paciente. É este o método clínico freudiano.

Fico pensando em uma frase-chave que cristalice a indagação discreta que um analista faz ao paciente ao recebê-lo nos primeiros encontros: *como posso participar com você da investigação de sua história singular, de modo que você se dê conta da autonomia e da responsabilidade pelas escolhas que tem que enfrentar na vida?*

Revelar o objetivo terapêutico da análise desta forma talvez não explique o porquê da necessidade de se refletir sobre a demanda. É neste ponto que podemos avançar o texto e caminhar do outro lado, o da demanda do paciente.

## **A DEMANDA ANALÍTICA**

O paciente, acometido de suas dores e queixas, nem sempre busca um analista ciente de que tipo de trabalho consiste uma psicanálise. Em alguns casos, pouco importa se o profissional que o recebe é um psicólogo, psicanalista, analista comportamental, psiquiatra. Seu pedido é mais singelo: *Sofro, cure!* O que fica implícito nesta demanda, porém, é a esperança – quando não uma convicção – de que o terapeuta saiba qual é o sofrimento e saiba igualmente qual cura pode ser *oferecida*. Lacan chamava esta suposição de *sujeito suposto saber*. O paciente supõe que o analista saiba sobre a sua dor.

Diante deste pedido, o analista tem em suas mãos um cálculo a ser feito: *até que ponto a demanda do paciente e a oferta que o analista faz de sua escuta podem ser compatibilizados?* Pergunta indissociável da ética da profissão.

Para avaliar esta decisão, o analista busca prolongar esta comparação entre o que ambas as partes têm a oferecer, ou seja, ele próprio inicia um questionamento sobre o sintoma do paciente para que avaliem juntos se o empreendimento analítico tem razão de ser.

## A ANÁLISE E SUA ANTÍTESE

A discriminação que o analista faz nos primeiros encontros pretende cuidar para que a análise possa operar como uma escuta neutra – isto é, sem predisposições – e que não se contente com as respostas encerradas que o paciente elaborou ao longo de sua vida para dar sentido à sua dor.

Neste contexto, há pacientes cuja demanda é de uma análise, há outros cuja demanda é de uma anti-análise. Na verdade, poderíamos entender que esta ambiguidade está presente em todos nós: há um lado nosso que deseja crescer e se livrar do sofrimento, e outro que não está disposto a abrir mão dos ganhos secundários e disfarçados que o sofrimento traz. Faz todo sentido: se nosso lado que deseja a cura estivesse desimpedido, raramente precisaríamos de ajuda terapêutica. Contudo, o que interessa aqui é refletir sobre o ponto mais extremo, onde a demanda claramente *não é de análise*.

A suposição lógica que fazemos sobre quem busca apoio terapêutico é a procura por uma diminuição de sofrimento – a procura de felicidade, diriam alguns. Recorre-se a um profissional porque algo não vai bem na vida, e os recursos de que se dispõe passam a não dar conta de lidar com os acontecimentos do presente. As alternativas de mobilidade ficaram escassas, por um motivo ou por outro. O que vale notar é que, dentro de sua versão, o paciente resta como impotente, desesperado, ignorante de uma saída.

No caso de um suposto pedido para uma anti-análise, o paciente repete em seu pedido de ajuda uma cena condenada à repetição malfadada. Neste caso, o paciente busca alguém que o convença de que seu problema não tem solução, ou de que ele próprio não é responsável por sua queixa. Na prática, trata-se ou de *transferir* o problema para que o analista resolva – e quando não resolve, o processo corre o risco de ser interrompido e a psicanálise, acusada de ser inútil – ou de seduzir e convencer o analista a acreditar que, de fato, o sofrimento é imenso para ser carregado e que o paciente é, realmente, uma vítima incompreendida pelos outros.

Outra forma de propor uma anti-análise é a própria desculpabilização pela busca de tratamento. Por isso que é muito comum termos que desconstruir e retificar demandas capengas. Uma pessoa que busca análise por um decreto qualquer – *meu psiquiatra mandou, meu namorado diz que eu preciso, meus filhos acham que devo* – está, de cara, se desresponsabilizando pela questão central. Frequentemente um analista recusará esta justificativa de imediato. Afinal, o analista não atenderá nem o psiquiatra, nem o namorado, nem os filhos, senão o próprio sujeito que tenta pedir algo. É fato que a enorme maioria das falas de quem senta-se pela primeira vez em um consultório passam por estes mandatos, mas de qualquer forma trata-se de poder depurar as falas *por procuração* (em nome dos outros), para começar a dar voz à escolha pessoal de cada analisando. Às vezes, seu sintoma é

justamente esse: esqueceu-se de reconhecer seu desejo por algo, até mesmo pela cura de seu sofrimento. Só sabe repetir que algo dói. Esqueceu-se que é ele quem governa a própria vida.

Um outro aspecto é o discurso farmacêutico, que cristaliza esta dinâmica desimplicada. Eis alguns exemplos: *Estou aqui porque estou com depressão. Busco ajuda porque tenho síndrome do pânico. Quero terapia porque tenho TOC.* São falas que exemplificam a mesma questão, a que toca na implicação sobre a própria dor. Dito de outra forma, é como se fosse mais importante colocar o diagnóstico na frente da própria identidade do sujeito ou, melhor ainda, como se o diagnóstico se tornasse a própria identidade do sujeito! *Tenho depressão, trate dela! Comigo não há problema, meu problema é uma doença estranha a mim, remova-a.*

Ou seja, é como se eu fosse ao analista para que ele também confirme que sou inocente, uma vítima do mundo exterior, da má sorte, para que eu, de fato, possa ser desculpado pelo meu próprio sofrimento. Vou ao analista para que ele apenas repita o que eu já sei e me reconforte com sua complacência. E o risco é justamente esse: que se confunda acolhimento com complacência. Acolhimento pode ser reconhecer que o sujeito sofre, mas não que ele seja uma vítima impotente do mundo e de sua própria história pessoal.

Um analista está mais interessado na história singular do paciente, em saber o que ele pensa a seu próprio respeito e com relação ao seu próprio sofrimento, do que no título de uma 'doença'. Não que o sintoma seja irrelevante ou que o sofrimento causado por ele seja banal, mas porque a premissa em análise implica em investigar que relação o percurso singular de um paciente tem a ver com seu sofrimento. O sintoma denuncia um indivíduo assujeitado a algo que desconhece, mas que está dentro de si. Uma análise quer fazer esta dimensão desconhecida – o inconsciente – falar.

## **SOFRIMENTO E QUESTIONAMENTO**

Pedir a um paciente que esclareça melhor sua queixa (cena ilustrada no famoso jargão: *Fale mais sobre isso...*) tem justamente uma função de entendimento: *Como o paciente explica a sua queixa e a que a atribui? Que posição subjetiva o paciente ocupa dentro de sua história?* Para a psicanálise, a direção do tratamento deve necessariamente passar por uma maior autonomização do paciente em relação à sua vida.

Quando um paciente pede ajuda ao analista, este por sua vez deseja entender o seguinte: *Será que aquilo que posso oferecer (minha escuta técnica) pode levar ao fim que o paciente solicita? Será que o paciente entende a forma mediante a qual poderemos trabalhar juntos? Será que o paciente aceita estes termos: aceitar falar tudo o que lhe vem à mente?*

Ou seja, para que o tratamento se funde, é necessário tentar conduzir o paciente de um estado de sofrimento desimplicado, alienado, para um estado de profundo questionamento a respeito de sua própria queixa. O analista está ali para suscitar esta implicação do sujeito em seu próprio sofrimento. Em última instância, a aceitação ou a recusa desta demanda inicial configura-se por si só como ato analítico.

Esta primeira fase de tratamento, o psicanalista francês Jacques Lacan chamava de *instante de ver*. As outras duas seriam o *tempo para compreender* e o *momento de concluir*. Estes três estágios comporiam o processo de retificação subjetiva do qual o sujeito em análise participa ativamente, mas cujos desdobramentos não caberiam neste artigo. Ou seja, se para Lacan a análise inteira é um processo de demanda, aqui estamos focando o momento de criação, ou o reconhecimento dela.

## MANEJOS

Diante do desafio da demanda, a resposta do analista irá variar. Há analistas que optam por um ajuste de sua *oferta*, ou seja, consentem em oferecer psicoterapia ou psicanálise de acordo com a demanda do paciente. Outros fazem uma *aposta* na construção de uma demanda pelo tempo que for necessário, tentando conduzir um paciente para que entre em análise, mesmo que isto leve anos, ou contentando-se em realizar um tratamento psicoterapêutico que prescindia da retificação subjetiva da demanda. Como se o analista se dispusesse a, se não conseguir suscitar no paciente a demanda por análise (dando voz e espaço ao inconsciente), pelo menos buscar legitimar sua dor, acolher sua queixa, fortalecer seus recursos egóicos diante das agruras da vida. Não há condenação de um manejo em relação a outro, mas tão somente um esforço de clarificação no que tange à demanda. Isto equivale a esperar que o analista possa escolher seu manejo de forma consciente – e responsável – em vez de ser capturado por um jogo inconsciente que fuja da proposta de seu trabalho.

## CONCLUSÃO

Estas menções corroboram a ideia de que não se trata da existência de uma regra exclusiva e rígida para averiguação de demanda para um início de análise, mas sim de uma questão que ocupa o analista continuamente. Há muitos analistas que, brincando ou se queixando, apontam para o fato de que são raríssimos os pacientes que, de fato, fazem análise. Sem desejar abstrair demais diante do tema, significaria dizer que, entre aquilo que o psicanalista acredita estar oferecendo, e aquilo que o paciente acredita estar demandando, algo diferente ocorre na relação, que é analisado sempre à posteriori.

Ainda assim, apresentar uma demanda consistente de análise não é garantia definitiva de sucesso analítico. Não é raro que haja casos em que a demanda – ou a capacidade de questionamento – se apresenta como amadurecida, porém a resistência é igualmente acentuada. O que se espera, portanto, é que o analista tenha disponibilidade para refletir de forma crítica o processo que está se formando junto ao paciente.

Para finalizar, deixo uma digressão em aberto: muitas observações sociológicas, que articulam a função paterna (em presença ou ausência) e a crise de valores na pós-modernidade, talvez apontem esta dificuldade que alguns pacientes sentem ao se relacionar com seu próprio sofrimento. Para muitos deles, seu sofrimento é um absoluto estranho dentro deles. Mal conseguem enunciar sua dor. Talvez seja comum que uma pessoa saiba muito pouco de si porque frequentemente ela pode circular pelo mundo tomando emprestado objetos dos outros, mas com baixíssima consistência subjetiva. Acostumada a apenas consumir objetos

que a constituem – mercadorias e ideologias – sua subjetividade afigura-se como extremamente empobrecida e manca. Quando ela não sabe falar, é porque algo próprio dela não pôde ser dignificado até ali.