

# AS IMPLICAÇÕES PSÍQUICAS DA CIRURGIA ESTÉTICA<sup>1</sup>

*Fernando de Amorim\**

*Tradução: Procopio Abreu\*\**

## RESUMO

Neste artigo o autor articula a técnica da psicanálise com o zen budismo. Se no zen o mestre não dirige o discípulo, na clínica psicanalítica, o psicanalista não dirige o paciente ou o psicanalisando, mas a cura. Na psicanálise o psicanalista está na posição de objeto, do objeto *a*, segundo a *práxis* de Jacques Lacan. O pensamento de Freud, nos diz Lacan, é perpetuamente aberto à revisão. O autor defende a idéia de que tanto Freud como Lacan eram finos especialistas na arte de desinchar o imaginário. Nossa modernidade, rica em aparências e em demandas, toma uma outra direção que a psicanálise. O autor, tomando como base sua experiência em medicina e em cirurgia plástica, refletirá sobre o que caracteriza a psicanálise, a saber, a ética do desejo.

Palavras-chave: demanda; psicanálise; medicina.

## ABSTRACT

### PSYCHIC IMPLICATIONS OF COSMETIC SURGERY

*In this article the author articulates psychoanalytic technique with Zen Buddhism. If, in the art of Zen, the master does not direct his disciple, in psychoanalytic clinic the psychoanalyst does not direct the patient, but the cure.*

---

\* Psicanalista em Paris; Diretor da consultação pública de psicanálise (Paris IX).

\*\* Tradutor; Professor de francês.

*In psychoanalysis the psychoanalyst exists as an object, object a, according to Lacan's praxis. Lacan tells us that Freudian thought is perpetually open to revision. The article's author defends the idea that both Freud and Lacan were fine specialists in the art of deflating the imaginary. Our modernity, rich in appearances and in demands, takes on a different direction than psychoanalysis. The author, using his experience in medicine and in plastic surgery, reflects upon what characterizes psychoanalysis, that is, the ethic of desire.*

*Keywords: demand; psychoanalysis; medicine.*

## INTRODUÇÃO

O zen é um movimento do pensamento budista implantado no Japão nos séculos XII e XIII que prega o ensino direto de mestre a aluno, a busca da iluminação interior do indivíduo, livre das ilusões sensíveis, dos excessos do racionalismo, na coincidência espontânea com a essência do ser através da meditação, de certas posturas corporais, do trabalho manual, da pobreza, e que teve um papel importante na civilização japonesa e extremo-oriental. O ensino do zen reside para além das palavras. Para os mestres zen, as atividades como beber, caminhar, praticar tiro com arco tornam-se ritos, isto é, meios capazes de ajudar a encontrar sua via.

## O ZEN NA OBRA DE LACAN

Em seu primeiro seminário, Lacan ([1953-1954] 1975) diz o seguinte:

O mestre interrompe o silêncio por qualquer coisa, um sarcasmo, um pontapé. É assim que procede na busca do sentido um mestre budista, segundo a técnica zen. São os próprios alunos que devem buscar a resposta às suas próprias questões. O mestre não ensina *ex cathedra* uma ciência pronta, ele traz a resposta quando os alunos estão a ponto de encontrá-la. Esse ensino é uma recusa de todo sistema. Ele descobre um pensamento em movimento – pron-

to no entanto para o sistema, pois necessariamente apresenta uma face dogmática (Lacan, [1953-1954] 1975: 7).

Aqui, Lacan deixa o zen para articular este último com seu mestre, o mestre de todos nós psicanalistas. Cito-o: “O pensamento de Freud está perpetuamente aberto à revisão. É um erro reduzi-lo a palavras usadas. Cada noção ali possui vida própria. É o que com precisão chamamos a dialética” (Lacan, [1953-1954] 1975: 7).

Importante notar, lá pelo fim da primeira aula, a seguinte frase escrita em itálico: “*A seqüência desta aula está incompleta, assim como todas as aulas do fim do ano de 1953*” (Lacan, [1953-1954] 1975: 10). O início dos seminários de Lacan começa com essa observação zen e o fim dessa primeira aula, como o resto de seu ensino do ano de 1953, ali está incompleto. Eis o que caracteriza a psicanálise: o desejo. Isso falta e cada um faz como pode. Em psicanálise, não há domesticação, nem cães, nem pessoas, só a possibilidade de inscrever-se de outra maneira na vida.

Na sessão de 8 de maio de 1963, Lacan diz: “Quero [hoje] tomar um viés, utilizar uma experiência, estilizar um encontro, que foi o meu, para abordar algo do campo daquilo que ainda pode viver das práticas budistas, e nomeadamente as do zen” (Lacan, [1963] 2004: 256-257). Lacan evoca o zen apoiando-se numa frase simples: “O desejo é ilusão” (Lacan, [1963] 2004: 257). O que isso quer dizer? E ele responde: “Ilusão só pode ser aqui referência ao registro da verdade. A verdade que está em questão não pode ser uma verdade última, pois, ao lado da ilusão, resta precisar a função do ser. Dizer que o desejo é ilusão é dizer que ele não tem suporte, que não tem saída, sequer visada, para nada” (Lacan, [1963] 2004: 257-258).

Não é do campo da ilusão querer mudar uma parte do corpo? Justamente, é nessa demanda que há algo verdadeiro. No entanto, é preciso saber encontrá-lo. E a psicanálise, como o zen, o encontra, pois ela não busca. Lacan prossegue:

vocês ouviram falar bastante, nem que seja em Freud, do Nirvana para saber que ele não se identifica com uma pura redução com

o nada. O uso da negação, que é corrente no Zen, por exemplo, pelo recurso do sinal *mol*, não pode enganar. Trata-se de uma negação bem particular, um não ter, o que, por si só, bastaria para nos deixar prevenidos. [...] O que está em questão, pelo menos na etapa mediana da relação com o Nirvana, sempre está articulado, de maneira difundida em toda formulação da verdade budista, no sentido de um não dualismo. Se há um objeto de teu desejo, não é nada senão tu mesmo (Lacan, [1963] 2004: 258).

Não espanta que Lacan seja atraído pelo zen; ele, como Freud, passou a vida a desfazer os semblantes, a esvaziar as ilusões. Eles buscavam reduzir o imaginário, mesmo quando esse imaginário tomava um aspecto materializado, num peito artificialmente volumoso ou numa pele esticada a ponto de lembrar um elástico.

A citação a seguir refere-se ao Seminário XIII (Lacan, 1965-1966). É muito importante notar que a primeira coisa para que chama a atenção o comentário de Lacan é o fato de que Jiun Sonja, o monge japonês ao qual ele vai se referir, começou seus estudos aos quinze anos e ficou até uma idade avançada num mosteiro. Nossa época exige de cirurgiões, médicos e psicanalistas uma terapêutica rápida. Não temos mais tempo para a construção de um desejo próprio. Alguns terapeutas respondem a essa demanda apressada. Os psicanalistas resistem ao canto e ao campo das sereias.

Lacan aborda o zen com escrúpulos, aproveitando para prevenir o auditório “de todas as bobagens que se empilham sob esse registro”, e acrescenta este comentário bem divertido: “mas afinal não mais que sobre a própria psicanálise” (Lacan, 1965-1966: inédito). Em seu seminário intitulado *Mais, ainda*, Lacan diz: “o que há de melhor no budismo é o zen, e o zen consiste nisso – em lhe responder por um latido, meu amiguinho” (Lacan, [1972-1973] 1975: 104). E ele continua: “É o que há de melhor quando se quer naturalmente sair desse assunto infernal, como dizia Freud” (Lacan, [1972-1973] 1975: 104). Qual é esse assunto infernal? Penso que ele faz referência ao gozo. É após essa pequena apresentação do zen na obra de Lacan, senhoras e senhores, que entramos no cerne de nosso assunto.

## A ENGAÇÃO DA DEMANDA

Interrogo-me: quando alguém vai consultar um cirurgião plástico, essa demanda não está carregada da fantasia de domínio do tempo, de uma tentativa de tornar mais lento o tempo que passa e que acentua suas marcas no organismo, na pele? Não há nessa demanda uma fantasia de imortalidade?

Ressaltar essas duas fantasias não visa aqui produzir um mal-estar qualquer entre aquelas e, agora cada vez mais, entre aqueles que apelam para os serviços do cirurgião plástico. Se os senhores interrogarem os candidatos à cirurgia estética, notarão que eles sempre têm um argumento para justificar sua demanda de cirurgia. Mas a visada essencial é que a vida de todos os dias vá melhor. Querem amor, conseguir um trabalho, ser reconhecidos pelo outro. E, para isso, numa conversa sustentada pelo imaginário, acham que a cirurgia estética é uma resposta à dificuldade que têm, dificuldade com o corpo ou uma parte do corpo, dificuldade na relação com o semelhante. Temos o direito de zombar de nós mesmos, de interpretar (de maneira selvagem) tal escolha? Não penso. Se buscam o cirurgião e se este último considera que a intervenção vai no sentido de sua competência e de seus interesses, não tenho palavra para dizer... já que não estava convidado para este colóquio (entre cirurgião e clientes – clientes porque, para o cirurgião, essas pessoas não são doentes).

Sempre podemos acusar a mídia e os médicos interessados pela importância dada ao “a favor” e “contra” a cirurgia plástica. Lembro aos senhores, no entanto, que essas pessoas (cirurgião e cliente) têm legalmente o direito de elaborar a oferta e a procura de intervenção cirúrgica. Aliás, a lei determina que nossa sociedade deve pagar para tratar o organismo doente (seguridade social), mas que, para cuidar do corpo, o interessado se responsabiliza financeiramente pelo tratamento, o que é em si uma interpretação muito refinada do ensino de Freud, a saber, a distinção entre organismo e corpo, e a prova de que vivemos numa sociedade onde ainda prima a justiça médico-social. A existência dos meios de comunicação, dos cirurgiões plásticos e

dos clientes faz parte de nossa modernidade. Entretanto, isso não deve nos impedir de estudar as implicações psíquicas da demanda e do desejo de modificar uma parte do corpo ou a imagem que a pessoa tem de seu corpo.

A intimidade de Lacan com o zen (ele praticou os textos taoístas e budistas, é ele quem diz na página 104 do Seminário XX) vem nos indicar o erro dos médicos e dos psicanalistas de não trabalharem juntos, pois a demanda sempre é demanda de outra coisa. É por essa razão que quando se demanda ao mestre zen este responde com um latido, até mesmo com um pontapé: “Não é sobre o outro ou sobre mim que você quer saber!”, parece dizer a resposta do mestre. Ou ainda: “Construa você mesmo a sua resposta!”. Ora, o psicanalista não responde à demanda, ele suporta a transferência, pois é preciso alguém para suportar o tempo necessário para que a resposta lá possa estar.

Ao trabalhar com cirurgiões, percebi que para eles a demanda de cirurgia basta amplamente para que a intervenção se faça. Responder à demanda é isso. Responder à demanda sem que um tempo seja exigido para esvaziar, desengordurar, desinchar essa mesma demanda.

Alguns cirurgiões tentam responder à dificuldade de responder à demanda de intervenção cirúrgica pela via daquilo que chamam uma “escuta da demanda”. Em si, “escutar a demanda” não quer dizer nada. É necessário, em compensação, saber fazer a distinção entre uma demanda afogada no imaginário e uma demanda sustentada pelo simbólico. A dificuldade para nós, clínicos em cirurgia ou em psicanálise, é que a primeira (a demanda imaginária) gira em círculos e que a segunda (a demanda simbólica) produz efeitos no real. Mas o mais embaraçoso é que não podemos afirmar que a primeira se distingue da segunda a não ser *a posteriori*. Por essa razão, aconselho aos cirurgiões que desconfiem dos clientes que encadeiam as demandas de intervenção cirúrgica.

Outros cirurgiões pedem aos pacientes que vejam primeiro um psiquiatra ou um psicólogo para se assegurar de que a demanda é

legítima. Como argumentei há alguns instantes, o cirurgião, mas também o psiquiatra e o psicólogo não sabem, em razão da formação, distinguir a demanda verdadeira da falsa. Alguns cirurgiões dão um tempo – cronológico – à reflexão do cliente antes da intervenção cirúrgica.

O que está em questão nessas tentativas de nossos colegas cirurgiões de resolverem o problema espinhoso da demanda? Trata-se de sutis tentativas de se livrarem das verdadeiras implicações da demanda? Não é a opinião de um suposto especialista do psiquismo (psiquiatra, psicoterapeuta ou psicólogo) que bastará para estabelecer se a demanda do cliente é justificada ou não, acabo de dizer. Tampouco o tempo cronológico assegurará que a demanda é verdadeira. O que, então, traz problema? No caso do envio ao psiquista, para que este último possa avaliar a demanda, falta a transferência necessária e a posição de psicanalisando para que possamos de fato verificar as implicações dessa demanda.

No caso do tempo (alguns prescrevem “25 sessões com um psiquiatra” ou uma terapia de “3 meses até mesmo um ano”), quero lembrar que não estamos às voltas com uma cronologia estabelecida pelos relógios, ainda que fossem fabricados na Suíça! Estamos às voltas com uma lógica em que o tempo é o do inconsciente.

## O DESEJO

Justamente, já que disso falamos. É disso que se trata, do inconsciente enquanto campo onde passeia o desejo. Para entender as implicações verdadeiras da demanda, sua legitimidade, é essencial que a demanda nasça no campo do inconsciente. Ora, a demanda nunca aparece no encontro, seja para o cliente, seja para o cirurgião, seja para qualquer ser falante, isto é, vocês e eu. Isso pela simples razão de que a demanda verdadeira não existe. O mestre zen, como o inconsciente, não faz pergunta, ele interpreta, com um latido, com aquilo que não é esperado. Ele interpreta o desejo ao reconhecer sua existência quando ele não é mais, quando acaba de passar. O desejo

é falta, mas essa falta deixa seu rastro, sua marca, e é nisso que reconhecemos que o desejo passou por aqui.

Eis um exemplo saído de minha prática: uma senhora veio se consultar com um de meus amigos, cirurgião, Rami Selinger, para que ele retire suas próteses mamárias. A razão era enigmática para o cirurgião, sobretudo porque o trabalho do primeiro cirurgião, o que colocou as próteses, estava perfeito, no dizer de meu amigo. Enviada ao psicanalista, ela chega à primeira sessão falando da relação com o marido. As sessões seguintes tratavam do mesmo assunto. Depois, ela conta que não está mais com esse homem e que era para responder a uma demanda dele que ela aceitara colocar as próteses mamárias. Já que não estava mais com ele, ela não via mais razão para ter seios artificiais, segundo ela.

Nós, vocês, eu, fazemos isso no cotidiano, respondemos à demanda do outro sem mesmo nos dar conta disso. Em seguida, porque a demanda não corresponde ao desejo, ficamos com diarreia, cefaléia, dor nos pés, medo de aranhas, sem mesmo nos interrogar sobre as razões desses sintomas. Todas as vezes que abandonamos nosso desejo pagamos o preço de nossa covardia. Sempre pagamos o preço de ceder em nosso desejo (tanto largando-o como realizando-o – isto é, querendo realizá-lo a qualquer preço, custe o que custar). No que se refere ao assunto que nos reuniu hoje, a questão é saber se a cirurgia plástica é procurada para plastificar o desejo, até mesmo para plasticá-lo<sup>2</sup>.

O ser humano não gosta do desejo. É preciso repetir que o desejo nasce da falta, de uma incapacidade estrutural de tocar o objeto. É dessa incapacidade de preencher que nasce o desejo. É isso a lição do zen que, como provam os textos, não escapou a Sócrates, a Freud, a Lacan, para citar alguns. Não estamos aqui na lógica das terapias que encontram sua razão de ser no adestramento. Estamos numa lógica em que “você é convidado a ir ao encontro – frustrante – que faz crescer o desejo”. O seu desejo está em algum lugar, preso, estruturado, amarrado ao desejo do Outro, o Outro que permitiu que você estivesse aqui, neste mundo, nesta sala, o Outro que o alimentou, limpou, vestiu.

Notem bem aonde os levo. Levo-os para o início de seus momentos primeiros, primários, pri-mães<sup>3</sup>. Momentos que não serão resolvidos com terapias de seis meses.

A psicanálise seria uma escroqueria? Façam-me cócegas, façam-me rir, senhores engraçadinhos. Varram a frente de sua microscópica visão cientificista, pois para ler a demanda não podemos dispensar a única ciência que maneja com facilidade as vias nem sempre penetráveis do inconsciente. O que veio após o nascimento da psicanálise são mercadores psicoterapistas de nossa modernidade (*psychotherapist* para os anglo-saxões). Muitos médicos e cirurgiões preferem as técnicas rápidas de psicoterapia à “longa”, “velha” e “custosa” psicanálise. Não me cabe censurar a escolha que fizeram. Quero apenas assinalar que a psicanálise começa quando há psicanalisando e psicanalista juntos, e que é o psicanalisando quem faz o psicanalista e não o contrário. Antes disso temos psicoterapia com psicoterapeuta, ou, ainda melhor, psicoterapia com psicanalista, enquanto a cliente ou o paciente decide desejar saber o outro nome da posição do psicanalisando.

E, no entanto, senhoras e senhores, já no momento desse encontro singular, há efeitos terapêuticos inegáveis que podemos tocar com o dedo quando, do lado do clínico, estamos às voltas com um psicanalista.

Podemos tocar com o dedo porque há um psicanalista no encontro. Há um psicanalista no encontro porque ele não cedeu em seu desejo, porque não escolheu ir na direção do mais fácil, do mais cômodo. Essa falsa facilidade das terapias de nossa modernidade nada diz sobre as implicações essenciais cobertas pela demanda em geral e pela demanda de intervenção cirúrgica em particular.

Senhoras e senhores, a medicina sempre sofreu do embaraço que podem viver aquelas e aqueles que a praticam, a saber, os médicos, diante do sofrimento do outro, do semelhante, do paciente. Para falar da obsessão e da perfeição, eu gostaria, se me permitem, de contar muito brevemente de onde vem a idéia de tratar as obsessões pela via cirúrgica conhecida como lobotomia. Trata-se de uma

operação aperfeiçoada pelo português Egas Moniz. Esse neurologista tinha partido da hipótese segundo a qual “as idéias mórbidas nascidas numa região do cérebro são intensificadas se não forem imediatamente refreadas e estimularem assim sem descanso as células nervosas. Logo, é preciso ‘desconectar essas idéias mórbidas de seus centros de ressonância’” (Thuillier, 1996: 150-151). Esse senhor recebeu o prêmio Nobel em 1949. Não sabemos se foi por ter inventado a arteriografia cerebral ou a lobotomia.

Essa pequena parte da história da medicina visa a sensibilizá-los para o fato de que às vezes os médicos estiveram confrontados com o sofrimento sem poder responder ao apelo ou à demanda de alívio do paciente. Da lobotomia às terapias cognitivas e comportamentais, estamos às voltas com praticantes que querem o bem do outro. O bem aqui diz respeito à perfeição na perspectiva moral. A perfeição como grau mais alto na perspectiva estética.

O que vai nos interessar nesse assunto é que, diante da demanda do paciente, alguns passam ao ato, por precipitação, por inconsciência. Outros esperam um pouco mais, por prudência, por rigor científico.

É muito delicada a posição do clínico. Pensemos em nosso neurologista português. Hoje temos meios menos invasores de tratar a obsessão.

Aliás, não é delirante acreditar que as idéias correm ou rolam pelas células nervosas? Esse neurologista escolheu passar ao ato. Era sua escolha. Tomemos outro neurologista, neurologista de formação, quero dizer, porque quem se torna psicanalista não pode mais voltar atrás, isto é, a pessoa perde o direito delirante de se achar também médico ou o que vocês quiserem. A posição do psicanalista se instala no discurso privado e inapreensível do paciente ou do psicanalizando. Só este último pode mostrar o que é uma psicanálise, pelo menos a sua.

Logo, como eu dizia há alguns instantes, Freud, no início neurologista, também estava confrontado com a doença obsessiva. Aliás, foi ele quem colocou as bases terapêuticas da obsessão, ainda que

alguns, tais como Pierre Janet, para só citar um, tenham reconhecido a sintomatologia. Mas reconhecer a sintomatologia não atende ao cotidiano do paciente.

Freud era, portanto, o primeiro a propor uma terapêutica àquela e àquele que sofrem de obsessões. Vejam, senhoras e senhores, nós somos freudianos sem saber, até os detratores da psicanálise são freudianos!

O elemento decisivo da relação diferente que se instalou entre Freud e seus pacientes é devido ao fato de que, em vez de passar ao ato, ele escolheu obedecer ao que diziam os pacientes, suas pacientes. A Sra. Emmy von N., por exemplo. Durante uma das sessões com essa paciente, nos confia Freud, “com os dedos crispados, encolhidos, ela faz um gesto com o braço como para me rechaçar exclamando com voz angustiada: ‘Não se mexa! Não diga nada! Não me toque!’” (Freud & Breuer, [1895] 1956: 36). Ela deve estar, nos diz Freud, sob a impressão de alguma assustadora visão iterativa e se serve dessa fórmula para evitar a intrusão desse elemento estranho. Estamos em 1889. É verdade o que Freud nos explica. Mas ressaltemos que ele não foi contra a paciente, contra seu sintoma. O Freud de antes dessa sessão colocava questões insistentes aos pacientes, ele os interrogava, os massageava. Depois dessa sessão em que a paciente lhe diz categoricamente “Não se mexa! Não diga nada! Não me toque!”, ele obedeceu tanto às indicações dessa paciente que fez disso a regra de ouro da psicanálise, a saber, a regra da associação livre. Exagero um pouco apenas.

Ele toma para si as notas da paciente e, em vez de representar o mestre, aquele que domina a vontade da paciente ou aquele que pode dobrar seu sintoma num jogo de poder sem saída, ele se cala. Ele escuta e observa que, quando se cala, a paciente responde às suas questões de pesquisador apressado.

O psicanalista não é obcecado por saber a origem do sintoma, como são hoje os herdeiros da tradição psiquiátrica francesa da encarceração, aquela mesma que foi sacudida por Jean-Baptiste

Pussin, ex-doente em Bicêtre que se tornou aquele que tomou Pinel pela mão para lhe ensinar a se tornar clínico diante dos alienados.

O sintoma, seja ele psíquico ou moebianamente corporal (levar um pedaço de papel e fazer a demonstração diante dos convivas<sup>4</sup>), vem nos indicar que o eu [*moi*] não encontrou sua via e que há um nó edipiano que o impede de viver, a partir de sua estrutura, de sua relação com o real. Quanto ao sintoma no órgão, representante de uma doença orgânica, cabe ao psicanalista, apoiado pela transferência, lá ir buscar o ser. Isso só pode ser feito com o apoio da conificação da transferência, ferramenta instalada pelo eu [*moi*], de acordo com a minha experiência freudo-lacianiana, para escrever um novo passo na medicina em que o médico não está mais só com o doente. O médico de hoje é convidado por nossa psicanálise, francesa, a levar em consideração dois elementos maiores da clínica: a existência do psicanalista como parceiro privilegiado e a existência do inconsciente. Qualquer sintoma tem uma função de ruptura da seqüência dos pensamentos. Ora, por que cortamos a corrente de nossos pensamentos? Para não sermos responsáveis por aquilo que pensamos, por aquilo que dizemos, por aquilo que fazemos. O sintoma afetivo ou significativo, como a angústia, a obsessão, a fobia, a conversão, tem a função de lembrar ao eu [*moi*] que ele não pode se livrar tão facilmente dos pensamentos que fazem parte do campo ao qual ele pertence, a saber, o aparelho psíquico.

## OBSESSÕES

Hoje, estou diante dos senhores para falar da obsessão de algumas pessoas na relação que têm com o corpo. Proponho-lhes, primeiramente, estudar a história da palavra obsessão e da palavra perfeição.

A palavra obsessão tem, em 1590, o sentido de sede de uma praça-forte; em 1690, o sentido de importunar sem cessar; em 1771, o sentido daquele que um demônio assedia; em 1799, o sentido de idéia, de imagem, de palavra que se impõe à mente de maneira repe-

tida e incoercível. Em 1900, a obsessão torna-se efetivamente uma terminologia psicopatológica, querendo designar uma representação acompanhada de estados emotivos penosos, que tende a monopolizar todo o campo da consciência. A obsessão é um sintoma caracterizado por um estado de ansiedade, pela penetração na consciência de um sentimento, de uma idéia, de uma tendência que para o doente parece em desacordo com sua personalidade e que persiste, apesar de todos os esforços para expulsá-la. A obsessão comporta a um só tempo repulsa e desejo.

Alguns autores falam de psicose obsessiva. Não acompanho essa via. A psicose nada tem a ver com a obsessão. Há, nesse exemplo, mais um embaraço do praticante em afinar seu diagnóstico estrutural. Os senhores notarão que, desde o início de minha intervenção, sempre falo de praticante e não de clínico.

Quanto à formação clínica, a neurose obsessiva tem estrutura própria, como a psicose. O que quer dizer que não invisto de valor efetivo as terminologias como “psicose histérica” ou “psicose obsessiva”. Desnecessário dizer que, na mesma linha, os estados-limites são, para mim, vias de estacionamento para o praticante apressado em dar um diagnóstico e em se livrar do encontro penoso com a transferência, no cotidiano, durante anos. Um diagnóstico estrutural se coloca, sob transferência. Não sou eu quem quer isso, não é a psicanálise, são as forças poderosas que se batem na arena do aparelho psíquico apoiadas pelo meu dizer.

A obsessão é a ponta do *iceberg*. Cortar a ponta do *iceberg* sempre faz subir outra ponta de gelo na superfície. Para os psicanalistas, o sintoma deve ser lido no contexto e não tratado como se fosse um elemento isolado que nada tem a ver com o ser que sofre. E a obsessão da perfeição faz sofrer. É o que mostram diariamente pacientes dos dois sexos.

Se a idéia obcecante, por sua insistência, perturba o eu [*moi*], sem nos desconectar da realidade da vida cotidiana, a idéia delirante incha tanto a leitura da vida cotidiana que o indivíduo está seguro e certo de ser o mais bonito ou a mais feia. Num sentido corrente, a

idéia fixa equivale à obsessão. O ser sente-se forçado de maneira compulsiva por afetos, por idéias ou condutas, em nosso estudo, a buscar a perfeição plástica. O que é uma demanda de melhora da plástica, já que aquela que ela ou ele tem não convém, torna-se uma demanda mais forte, exigente. Uma obsessão ou idéia fixa, para falar ainda como o psicólogo Pierre Janet.

### DISTINÇÃO ENTRE AS DEMANDAS

Uma coisa é fazer a demanda a um cirurgião para consertar o nariz, se consideramos que ele não convém. E isso sem entrar em considerações de ordem social, estética, cultural, moral ou subjetiva. Outra coisa é dar a essa demanda o estatuto de obsessão, a saber, um caráter forçado, compulsivo, recorrente. A demanda de intervenção cirúrgica compromete a responsabilidade clínica do médico, que é alguém que, a partir de sua competência e de seu engajamento ético, responde a uma demanda clara de seu paciente. Ora, as demandas são, para a maioria, obscuras. Nesses casos, é sempre da responsabilidade do cirurgião fazer apelo a um psicanalista de sua confiança para esclarecer a demanda de intervenção de perfeição corporal. Lembremos que alguém na posição de paciente tem o direito de pedir, mas um clínico não tem o direito de responder a qualquer pedido. Tem de distinguir entre uma demanda legítima, segundo o contexto clínico, e uma demanda contaminada demais pela fantasia, pela obsessão, pelo delírio.

O que chamo “demanda contaminada pela fantasia” diz respeito a essas demandas cirúrgicas que visam, por exemplo, nutrir uma imagem do corpo onde nenhum rastro do tempo é visível. Materializar essa fantasia pela cirurgia estética dá concretamente rostos sem expressão humana, pois o significante não está mais ali.

O que chamo “demanda contaminada pela obsessão” diz respeito ao paciente que crê que, após a intervenção cirúrgica, sua agressividade para com o outro vai desaparecer.

O que chamo “demanda contaminada pelo delírio” diz respeito ao paciente que quer mudar o nariz porque todos na rua o observam.

Se mais acima lhes falamos um pouco sobre os riscos de querer o bem do outro como perspectiva moral, a perfeição no domínio estético hoje não diz respeito a uma elevação filosófica, no sentido grego, antigo, evocado pelo não muito belo Sócrates. A estética de hoje tampouco diz respeito à perfeição mística da Idade Média ou intelectual do século XIX. Ela é de outro registro. Ela diz respeito à perfeição das formas, segundo a geografia, com uma tendência muito importante a se mundializar. A perfeição da pele negra hoje é ditada pela pele branca, os olhos perfeitos para as jovens japonesas são os olhos redondos. Elas esquecem a tradição e namoram outros horizontes. Está certo, está errado? É assim!

O que nos interessa hoje são as obsessões que abalam o equilíbrio pulsional e afetivo de nossa vida psíquica. Obcecadas pela idéia de perfeição, certas pessoas podem buscar nas atividades esportivas, até pela via cirúrgica, uma maneira de atenuar essa insistência mental de perfeição. Clinicamente, sempre podemos notar a dimensão da agressividade para com a própria imagem, o que denota a dimensão da culpa ligada a um supereu feroz e obsceno.

A questão das obsessões é um assunto extremamente complexo. A pessoa presa nesse circuito de pensamentos e atos está num desamparo muito importante. Dizem que os ideólogos cientificistas encontraram soluções rápidas. Se a isso chegam realmente, fico contente por eles, por esses técnicos comportamentalistas para nomeá-los! Entretanto, nós, clínicos, sabemos que obsessões não são tratadas tão facilmente assim. A dinâmica da vida daquelas e daqueles que sofrem de obsessões não se deixa abordar com facilidade. Um amigo, médico, me falava recentemente dos resultados adquiridos por outras disciplinas como a psicoterapia ou as técnicas de adestramento em que supressões dos sintomas funcionam, pois quando vemos que os pacientes, já nas primeiras consultas, não entram no protocolo, não os atendemos! Em conclusão, poderemos dizer que a

técnica dá suas provas porque havia selecionado os pacientes passíveis de a isso responder favoravelmente. É o argumento de um interno, não de um psicanalista!

No seio da psicanálise que pratico e que ensino na RPH [Rede para a Psicanálise nos Hospitais], na tradição freudo-lacanianiana, não nos esquivamos diante do sofrimento do paciente. Atendemos qualquer zé-ninguém. Adoro essa expressão. Pois são esses zés-ninguém que fazem que nações e dirigentes existam. Mas não se quer saber deles. A existência dos pobres é reconhecida quando entram em greve. Os senhores se dão conta de que existem pessoas que buzina para apressar os garis em pleno trabalho? Criei a consulta pública de psicanálise igualmente para essas pessoas. A neurose pode embaralhar a mente dos seres e tornar impossível viver a situação no seio de uma família ou da sociedade. Mas nossos políticos são surdos a nossos argumentos. Eles matam a fogo brando essa tradição francesa do hospitaleiro e do social. *E la nave va!* parecem nos dizer alguns. Recuso-me a seguir essa lógica. A consulta pública é a prova disso.

Em nossa consulta, não nos comprometemos com a doença. Nós nos comprometemos com o doente, com o paciente. Nossa visada é convidá-lo a se tornar psicanalisando, o outro nome do cidadão decidido (cidadania decidida é a fórmula de uma de minhas analisandas).

Comparemos o comparável. O ouro da psicanálise continua a não ser comparável ao cobre dos pretensos terapeutas. A fórmula de Freud diz respeito ao ouro da psicanálise em oposição ao cobre da sugestão (Freud, [1918] 1953). Penso que o desejo em cobre é encontrado naquelas e naqueles que sabotam o desejo de saber. Eis um exemplo: um psicanalista que deita com suas pacientes não é um psicanalista, ele se apropriou de uma posição cuja ética ele não respeita. Agora um exemplo oriundo da prática dos comportamentalistas: trata-se de uma jovem mulher que sofre de compulsões alimentares. Sua beleza é evidente, sua inteligência também. Nada espantoso que ela encontre um homem que queira se casar com ela. Ela conta que, diante de seu desejo de sair de suas compulsões e sem

conseguir isso, ela pede a seu médico que a interne entre os loucos. O médico recusa gentilmente e propõe um tratamento com uma equipe de comportamentalistas. Ela faz os exercícios, mas sente que aquilo não dá resultado. Ela se pergunta como aquilo vai acabar. A psiquista lhe diz que ela deve continuar a tomar certo remédio para sempre. Como vem a Paris, ela se preocupa com a hipótese de o remédio vir a faltar. Vai ver um médico que a envia a mim.

Estabelecemos três sessões por dia, quatro vezes por semana. Algumas semanas depois, ela constata a mudança em sua relação com seu corpo e com sua beleza. Beleza perfeita, desde sempre. A questão é que o pai se achava no direito de fazer parte daqueles que dela se aproveitavam. Não é um pai mau, ou perverso, é apenas um homem que não soube manter sua posição de pai. A menina desejou o pai, mas este último não soube dirigir esse amor de maneira paterna, isto é, confiando sua mão a um cavalheiro. Falo-lhes de cavalheiro porque na pequena história da menina havia esta canção:

Teresinha de Jesus de uma queda foi ao chão  
Acudiram três cavalheiros, todos três chapéu na mão.  
O primeiro foi seu pai, o segundo seu irmão,  
O terceiro foi aquele a quem Teresa deu a mão.

Ora, o ato de pedir a mão é um gesto que está longe de ser anódino. O pai aproveita, tão logo sua mulher, a mãe de nossa jovem paciente, se afasta, quando ela vai ao banheiro num restaurante, por exemplo, para lhe pedir a mão, para tocá-la e repetir de modo apaixonado seu prenome cortado, o que dá algo como: “Bea bea! Bea bea!”.

Se lhes conto isso, é para lhes demonstrar claramente que domesticar o sintoma, a compulsão alimentar, por novos condicionamentos, por um atendimento medicamentoso, está muito longe de poder tocar no cerne do assunto. São terapeutas com um desejo em cobre que recusam o ouro daquilo que nos ensina a psicanálise, esta até carregada por arautos da estatura de um Freud e de um Lacan. O

ouro, para lhe dar um nome, é o inconsciente estruturado como uma linguagem.

Atualmente, essa jovem pessoa diminuiu bastante a tomada de seu remédio e se prepara para se casar. Não é um fim feliz, é apenas uma vida possível, graças ao desejo decidido de saber sobre o desejo inconsciente do Outro.

Podemos identificar o impulso no comportamento de certas pessoas que sofrem de obsessões ligadas à perfeição. Esses impulsos visam proteger a pessoa contra a tendência a passar ao ato. Essas pessoas que querem ser operadas e buscam várias opiniões, que marcam e cancelam várias consultas com o cirurgião, essas pessoas nos indicam o conflito entre as forças psíquicas. A ansiedade é evidente.

Não podemos excluir de nossa reflexão a questão da angústia. Não a angústia existencial, mas a angústia clínica, aquela com a qual nos confrontamos no dia-a-dia e que, no fim das contas, é aquela que visa proteger o ser quando ele instala obsessões ou buscas neuróticas, psicóticas ou perversas para chegar à perfeição.

Em Freud, a angústia está ligada ao que temos em nós mesmos e que fazemos todo o possível para não reconhecer. Em 1919 (1985), Freud evocará a dimensão de inquietante estranheza, um estranho familiar que nos habita e do qual nada queremos saber. E, por essa mesma razão, podemos procurar ir no sentido oposto. Procurar a beleza a qualquer preço, a perfeição artificial, fazer uso até dos dispositivos de proteção, conforme nossa estrutura psíquica, para evitar o encontro com o enfraquecimento ou a decadência corporal que advém com a idade. Procurar a beleza, a perfeição, numa tentativa de rechaçar ou até de tentar evitar o encontro com a morte.

Após Freud, alguns psicanalistas, Karl Abraham por exemplo, abordaram a obsessão pela via dos estádios. Este último propôs, em 1924 (1965), uma leitura do estádio sádico-anal, estádio identificável mais ou menos pelo segundo ano da vida da criança e que se caracteriza pelo conflito do eu [*moi*] com o objeto. Esse conflito se articula pela relação ambivalente entre atividade e passividade, dominação e submissão, retenção e expulsão. Ele chegou à conclusão de que era

possível diferenciar duas fases no momento desse estágio. Na primeira fase sádico-anal, a expulsão das fezes supõe um auto-erotismo e uma relação de desafio para com o adulto. Na segunda fase, a visada é o domínio do objeto. Para Abraham, o estágio anal é determinante para delimitar a neurose da psicose.

## O TIRO COM ARCO

Os detratores da psicanálise ressaltam a questão da duração do tratamento para assinalar o quanto ela é inútil às pessoas! Aconselho aos senhores o livro do filósofo Herrigel (1970), que havia estudado o tiro com arco no Japão. Nesse documento, os senhores vão notar todo o esforço necessário para tirar o doente ou o paciente da fascinação que lhe é proporcionada pelo sintoma. Não é nada fácil tirar o sintoma da toca. Aos detratores da psicanálise, que estão evidentemente do lado dos doentes, dos pacientes, direi que lhes falta fôlego. Na inventividade cotidiana, é preciso segurar com paciência o cabo da cura.

Tenho em cura um neurótico que já conhece a resposta à sua questão sobre por que é infeliz. A resposta é que ele está colado à mãe. Ele conhece a resposta, mas não sabe como sair dessa relação mortífera. É por isso que lhe peço para vir seis vezes por semana. Isso já vem durando oito anos.

A psicanálise não vale nada e o psicanalista também, diz-me ele tão logo pode!

Um dia, de manhã cedo, o porteiro lhe pergunta por que razão ele vem ali todas as manhãs. “Porque tem um doutor que cuida de loucos feito eu”, ele responde, sem pestanejar. Fazem oito anos que ele ameaça se suicidar. Fazem oito anos não o largo. Aonde isso vai nos levar? A bom porto. É o desejo do psicanalista. O dele é que isso flua. Tudo exceto a castração, parece ser esta a sua divisa. Ele quer o impossível.

Quando veio consultar comigo pela primeira vez, ele estava desempregado. Atendo-o no quadro da consulta pública de psicaná-

lise, da qual sou diretor. Hoje, ele tem um trabalho que lhe permite ganhar bem a vida. Isso tem pouca importância para ele. Sua vida, segundo afirma, é uma merda. A psicanálise é uma merda, o psicanalista também, o mundo inteiro igualmente. E, no entanto, ele vem. Vem porque, à sua maneira, à sua maneira obsessiva, é alguém que deseja não saber. Cabe ao psicanalista transformar essa relação de domínio neurótico num desejo de saber. O desejo de nosso obsessivo está ali, mas em sua vertente negativa.

Como o mestre zen, o psicanalista mostra a resistência do neurótico a saber, ainda que mostre o quanto ele se esforça “conscientiosamente para ficar descontraído”. Cito textualmente Herrigel: “Um dia, quando eu lhe [ao mestre zen] observava o quanto eu me esforçava conscientiosamente para permanecer descontraído, este replicou: é justamente porque você se esforça para isso, porque você pensa nisso. Concentre-se exclusivamente na respiração, como se não tivesse nada para fazer!” (Herrigel, 1970: 42-43). Em psicanálise, o grande esforço é fazer o psicanalisando respeitar a regra da associação livre, sem pensar a todo momento em suas obsessões, em sua falta de perfeição.

Todos esses esforços conscientiosos são tentativas de enganar o mestre, aquele que sabe (Herrigel, 1970). O discípulo, preso na neurose, busca o confronto, até a morte, ainda que sua vida entre no jogo. Raros são aquelas e aqueles que querem saber, e para confortá-los em seu desejo mortífero inventam-se até tratamentos para reforçar-lhes a ignorância, tais como as técnicas terapêuticas de adestramento e de supressão do sintoma.

Falaram de declínio da psicanálise? Mas nem um pouco. Ela está vendendo saúde. Sou testemunha, diante dos senhores. De manhã até de noite, de segunda a sábado, minha sala de espera não esvazia. Há pessoas que desejam saber. É certo que de modo desajeitado, com ambigüidade certa, mas há desejo de saber em algum lugar. É meu trabalho pôr esse desejo de saber à luz do dia.

O psicanalista na poltrona está na posição de objeto pequeno *a*, objeto que, como a água, se adapta a tudo porque sofre tudo. Cito

aqui Lao-Tseu. O psicanalista é maltratado simbolicamente no cotidiano de sua clínica. É seu trabalho, ele é formado para isso.

Aquelas e aqueles que escolheram não levar a formação mais adiante têm para nós pouca importância aqui. Digamos simplesmente que eles se instalaram confortavelmente no lugar do psicoterapeuta, do psicólogo, do psiquiatra ou do psicanalista *standard*. Psicanalista *standard*, senhoras e senhores, isso existe. A clínica nos indica que ocupar essa posição não basta para alguém que visa trabalhar com os sofrimentos psíquicos. No cotidiano de minha clínica, também ocupo a posição de psicoterapeuta. Não porque escolhi, mas porque o doente ou o paciente ainda não pode ter acesso à posição de psicanalisando e, por conseguinte, de sujeito.

Nessa perspectiva, aceitar ocupar exclusivamente o lugar de psicoterapeuta é uma escroqueria. Psicoterapeuta como psicanalista são posições transferenciais e não lugares. Não se deve acomodar enquanto clínico, sob o risco de passar ao lado do essencial do discurso do paciente. É espantoso notar que, na preferência de Daisetz Teitaro Suzuki (1970)<sup>5</sup>, encontramos um reconhecimento sem ambigüidade do inconsciente.

É preciso primeiro que o mental se ponha no diapasão do inconsciente. [...] Se de fato queremos dominar uma arte, os conhecimentos técnicos não bastam. É preciso passar além da técnica, de tal modo que essa arte se torne “uma arte sem artifício”, que tenha suas raízes no inconsciente (Suzuki, 1970: 7-8).

Se no zen o discípulo tem acesso, no caso do tiro com arco, a um estado de não consciência “perfeitamente esvaziado e livre de seu ego” (Suzuki, 1970: 8), em psicanálise, para ter acesso à *Durcharbeitung*, à condição de sujeito, o psicanalisando aceita. Trata-se de uma posição ética; ele aceita desinchar seu eu [*moi*]. Quero acrescentar apenas uma pequena observação: Suzuki não é clínico, logo, ele não sabe que não é desejável esvaziar e livrar um ser de seu eu [*moi*], sob risco de jogar fora o bebê junto com a água do banho.

Assim, é incontestável que possamos encontrar pontos de encontro entre a prática do zen e a da psicanálise. As duas não visam nem a obsessão nem a perfeição, nem a perfeição nem a imperfeição, nem a prisão nem a liberdade, nem a infelicidade nem a felicidade, nem a ruptura nem a união, nem a verdade nem a mentira. O zen como a psicanálise visam fazer de modo que o ser dance com o real.

Os falsos profetas<sup>6</sup> de hoje anunciam tratamentos rápidos, numa lógica anglo-saxã digna de um jovem aprendiz de feiticeiro chamado Harry Potter. O assunto da psicanálise, como o do zen, está em outro lugar. Nada fantasmagórico, falsamente científico, mas de uma lógica implacável. O psicanalista como o mestre japonês do tiro com arco são as testemunhas impassíveis mas despertadas da luta do “arquero contra si mesmo” (Herrigel, 1970: 17).

O zenista, nos ensina Herrigel, “experimenta uma grande repugnância em dar uma espécie de guia da vida bem-aventurada” (Herrigel, 1970: 25). O psicanalista está na mesma disposição. Ele não diz o caminho a ser seguido porque não sabe, não sabe nada. É justamente isso, essa posição de nada, que incita o doente ou o paciente a se tornar psicanalisando. Logo, não há fórmulas preestabelecidas, não é destruição do que quer que seja, não há tempo para começar, não há tempo para acabar. Isto é, há um tempo, mas não um tempo determinado por um falso mestre, um falso profeta.

Para que um psicanalista funcione, para que minha psicanálise funcione, tive de aprender a falar. Pelo menos a recitar as três letras básicas de nosso alfabeto, a saber: o, b, i. Pelo menos na regra fundamental.

Não é óbvio para ninguém. Herrigel (1970) passou seis anos no Japão junto a um mestre zen e para mostrar sua seriedade ele disse ao mestre que este último poderia “tratá-lo à sua guisa” (Herrigel, 1970: 34). Isso era dito, mas no cotidiano a coisa se passou de modo diferente. É como em psicanálise, quando a paciente declara sua paixão ao psicanalista para melhor enganá-lo. É o que chamamos de resistência. Os senhores reclamam da duração de uma psicanálise? Saibam que a grande maioria do tempo da psicanálise – que durará

pelo menos dez anos – é empregada em livrá-lo de suas resistências relativas ao seu saber inconsciente. Nem a psicanálise nem o psicanalista nada têm a ver com o fato de que você resista. Em compensação, a responsabilidade do psicanalista é não ceder às suas queixas que a cura arrasta, por exemplo. Arrasta porque, como dizia Freud ([1925] 1951), temos cinco resistências: três do lado do eu [*moi*] (resistência de recalque, resistência de transferência e benefício da doença), mais uma resistência do lado do id e, enfim, uma resistência do lado do supereu.

Como na prática do tiro com arco, o arqueiro deve atirar conforme as regras. O mestre dizia a Herrigel: “Se você não pode [atirar da maneira prescrita], é porque não respira conforme as regras” (Herrigel, 1970: 39). Em psicanálise, também temos nossa regra, é a regra da associação livre.

Se na arte zen há alguém que ocupa a posição do mestre, em psicanálise, se o psicanalista arrisca ocupar tal posição, ele arrisca ser aspirado por uma espiral que não deixa prever nada de bom. O tiro com arco é uma arte, a psicanálise é uma ciência, com um método, uma técnica e com uma terapêutica específica. O psicanalista é confrontado com estruturas psíquicas diferentes e patologias graves. Ele não escolhe o paciente como o mestre escolhe seu discípulo. O psicanalista é escolhido pelo paciente. O paciente honra o psicanalista ao vir consultá-lo. O psicanalista na posição de objeto *a* não é um local de lixo, ele finge estar na posição da água, “que se adapta a tudo, porque sofre tudo”, segundo Lao-Tseu (citado por Herrigel, 1970: 46).

Por sua experiência clínica, o psicanalista sabe que a prova de força não serve para domesticar o sintoma, muito menos suprimi-lo. Aliás, suprimir um sintoma pode ter conseqüências desagradáveis para um ser. Alguns chegam a estar ainda entre nós graças ao sintoma. “Aquele ali fuma demais!”, “Ele tem medo de aranhas!”. Esses sintomas têm uma função subjetiva maior. Eliminá-los como simples parasitas pode ter conseqüências desastrosas. Viso aqui todas essas técnicas que querem se livrar do intruso que é o sintoma.

Lembro a elas que, para a psicanálise, aquela mesma que eles combatem com tanta ferocidade, o intruso no sintoma protege o que há de mais essencial no ser. O ditado francês “Jogar fora o bebê junto com a água do banho” não foi inventado por nada! Existem coisas nas quais não se deve tocar. Daí esse aviso essencial de Lacan de não responder à demanda. Isso quer dizer: “nada de precipitação!”, isso quer dizer: “prudência!”. Encontro a prudência entre os mestres do tiro com arco descritos pela experiência de Herrigel (1970). Não a encontro entre os técnicos da domesticação do sintoma.

Ainda que possamos constatar a presença de uma técnica no treinamento do tiro com arco visando ter acesso ao zen (“a iluminação interior do indivíduo, livre das ilusões sensíveis, dos excessos do racionalismo, na coincidência espontânea com a essência do ser”), esse objetivo não é alcançado por ordem do mestre. O mestre não é o mestre do aluno, ele é mestre da técnica. Enquanto mestre, ele assinala ao aluno por que este último não chega ao despertar. As razões são as seguintes: o aluno está preso pelo imaginário, ele acredita na fantasia, ele está preso no excesso de racionalismo.

Muitos detratores da psicanálise salientaram sua dimensão racionalista, intelectual. Havia também a crítica de que a psicanálise evitava os afetos e o corpo. Nada disso é verdadeiro. Nada disso é verdadeiro com Lacan. O afeto e o corpo fazem parte de sua teoria e de sua clínica. Teoria e clínica que ele reuniu na palavra *práxis*. O que é a *práxis* senão a atividade corporal e psíquica, ordenada a um resultado? O resultado é a busca do objetivo. O que é a *práxis* senão o conjunto das práticas pelas quais o homem transforma a natureza e o mundo? Numa palavra, ele é responsável pelo que lhe acontece. Na *práxis*, estratégia e tática dançam juntas, não estão em confronto.

A psicanálise de Freud visa desalojar o eu [*moi*] de sua crença arrogante de que ele é o mestre. A clínica de Lacan colocava isso em prática de maneira zen. O som gutural emitido por Lacan<sup>7</sup>, suas sessões-relâmpago, o pontapé no traseiro do psiquiatra arrogante demais. Sem falar da bela histérica que se queixava de não entender por que era sempre incomodada pelos homens. Lacan se levanta e

agarra com vigor seus seios que transbordavam pelo decote mais que generoso. Ela grita, ele a solta e lhe cobra o preço (caro) da sessão. Sem uma palavra, ele lhe indicava que era mais que tempo de não brincar com fogo.

Num momento de minha vida, eu devia fazer sete horas de estrada para ir a minhas sessões. Ao chegar, um dia, meu psicanalista me disse que eu me enganara de dia. Tentei convencê-lo de que havia feito sete horas de ônibus... Não houve jeito, ele não cedeu. Agradeço-lhe por isso ainda hoje. No total, quatorze horas de ônibus para nada...

É aqui que se situa a interpretação. Sete horas para chegar... nada... sete horas para voltar... nada. Fui ao encontro do nada. E o psicanalista não cedeu à minha sedução do pobre indivíduo. Ele não sabotou esse encontro essencial com uma das formas do objeto *a*. A arte verdadeira, exclamou o Mestre, “é sem objetivo, sem intenção” (Herrigel, 1970: 55). Qual é o objetivo de uma psicanálise? Tornar possível a dança do ser com o real, até o retorno do estado orgânico.

Nossa modernidade exige resultados imediatos. Após quatro anos de estudo, o mestre se autoriza a dizer a Herrigel: “Logo, espere pacientemente o que vem, e como vem!” (Herrigel, 1970: 88)<sup>8</sup>. No zen, o objetivo é o infinito, é o objetivo real, o objetivo interior.

Até o momento, em psicanálise, procuramos encontrar um pedaço de verdade inscrita no cerne do sintoma. O que nos ensina o tao é que a necessidade de encontrar uma via faz-se essencial para que o ser encontre um certo apaziguamento para continuar em sua relação com a vida. Essa noção de via não está excluída em psicanálise. É até conhecida em Freud ([1925] 1951) como o conceito de *Durcharbeitung*. A *Durcharbeitung* é um trabalho (*arbeit*) instalado em permanência na cura para “desfazer” os recalques. É como se tivéssemos nós e, para desfazê-los, fosse preciso esse trabalho, esse esforço, de desfazê-los. É preciso esse trabalho para desfazer as três resistências do eu [*moi*], a resistência do id e a do supereu.

Esse trabalho para desfazer nós parece-me aproximar-se da noção de via que encontramos no tao. A via não está adquirida uma

vez que o discípulo se torna mestre, ou que o psicanalisando se torna psicanalista. Trata-se de um trabalho diário para manter os nós desfeitos. É como se o homem, depois de ter atravessado a psicanálise, continuasse a fazer a sua vida; desta vez, ele caminha, pela via que ele pôde abrir, e a desfazer os nós que se refazem no cotidiano. A visada de uma psicanálise seria, portanto, uma vez desatado o nó górdio que levou o ser em sofrimento a vir encontrar o psicanalista, construir, pelo trabalho de desatamento dos nós que constituam seu sintoma, uma via possível de vida. Às vezes, não é desejável desfazer o nó, pois ele tem por função prender o ser à vida. É para isso, entre outras razões, que os psicanalistas tentam sensibilizar os cognitivistas e comportamentalistas. Mas para estes últimos pouco importa a estrutura, é preciso suprimir o sintoma sob o risco de perder o ser no açougue. Essa palavra não visa os açougueiros, essas pessoas que sabem o que fazem quando se trata de cortar como é preciso e onde é preciso. Essa palavra visa aqui todo ato de selvageria.

Em nossa consulta no IX<sup>o</sup> distrito de Paris, atendemos o zé-ninguém. O objetivo é remar com esse zé-ninguém na jangada que ele traz. O objetivo é permitir que essas pessoas (crianças, adultos, oriundos dos serviços hospitalares de medicina, cirurgia ou psiquiatria, por exemplo) encontrem sua via. Elas que giram em círculos ou que ficam na beira das estradas durante anos, sem evocar outros que não deveriam nem estar aqui, a saber, neste mundo, e que, porque encontraram um cirurgião prevenido, este não os opera sem levar em consideração as implicações inconscientes incubadas por essa demanda de arrombamento no organismo, no corpo e na imagem. E, por essas razões, ele os envia ao psicanalista antes do ato operatório. Nesse momento, talvez o pior seja evitado.

Para concluir, duas situações lamentáveis:

Uma mulher veio pedir ao cirurgião ajuda para salvar seu casamento (para preservar o marido, ela teria que mudar de nariz, “feio”, segundo ela). O cirurgião aceita o argumento e a opera. Tempos depois, descontente com o resultado, a cliente leva o caso à justiça. No tribunal, o cirurgião declara que respeitou o procedimento ci-

rúrgico, a saber, ele havia “ouvido a demanda” da cliente e, achando-a pertinente, a havia operado. Além disso, do ponto de vista da técnica, a intervenção e o resultado estavam perfeitos. O cirurgião deixa o tribunal absolvido, a paciente sofre nova intervenção com outro cirurgião para recuperar o nariz. É após essa segunda intervenção que ela vem consultar o psicanalista, deprimida. É em psicoterapia com psicanalista que a morte de seu recém-nascido esclareceu as implicações de sua demanda. Ela pedia ao cirurgião plástico, que para a cliente é um médico e merece, portanto, sua transferência, ainda que este último venha com as deformações plásticas habituais do discurso, para ajudá-la a fazer o luto da morte de seu filho. Evidentemente, não podemos dizer que o cirurgião cometeu um erro profissional, pois os psicanalistas ainda não são convidados nas faculdades de medicina e nos *staffs* semanais para sensibilizar os cirurgiões para as implicações inconscientes trazidas pela demanda.

Enquanto psicanalista, tento propor aos cirurgiões que não respondam imediatamente à demanda dos clientes, que proponham à cliente ir ver o psicanalista, que esperem, como o mestre zen, o momento de atirar a flecha.

Última situação: um cirurgião aceita operar um homem que queria se tornar mulher. Ele lhe amputa o pênis e faz dele uma bela vagina, segundo a expressão do colega. Meses mais tarde, a pessoa que se tornara mulher muda de opinião... Quer de novo ser chamada de senhor... Penso realmente que a medicina e, mais particularmente, a cirurgia plástica deste século não poderão dispensar a psicanálise.

Como prova de nossa preocupação, criamos *O observatório internacional do corpo transformado*, grupo de reflexão que se encontra todas as primeiras terças-feiras do mês no café La Bastille, na Bastilha. Ele se reúne sob a presidência de Ivo Pitanguy e em torno de Pierre Lunel, François Soulages, Vladimir Mitz, David Maladry, Paul Seknadje, Patrick Knipper, Rami Selinger, Sophia Bedar e eu mesmo, bem como filósofos, estudantes, sociólogos, médicos, cirurgiões, psiquistas e pessoas que se interessam pela questão do corpo sob

seus ângulos de leitura mais diversos. Os senhores são bem-vindos a esse encontro mensal.

Agradeço a todos pela atenção.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, K. (1924/1965). Esquisse d'une histoire du développement de la libido fondée sur la psychanalyse des troubles mentaux. Em *Oeuvres complètes II* (pp. 170-226). Paris: Payot.
- Allen, R. (2002). *Zen questions*. London: MQ Publications.
- Freud, S. & Breuer, J. (1895/1956). *Études sur l'hystérie*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1918/1953). *La technique psychanalytique*. Paris: PUF.
- . (1919/1985). *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris: Gallimard.
- . (1925/1951). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris: PUF.
- Herrigel, E. (1970). *Le zen dans l'art chevaleresque du tir à l'arc*. Paris: Dervy.
- Lacan, J. (1953-54/1975). *Le Séminaire, Livre I, Les écrits techniques de Freud*. Paris: Seuil.
- . (1965-66). *Le Séminaire, Livre XIII, L'objet de la psychanalyse*. Inédito.
- . (1963/2004). *Le Séminaire, Livre X, L'angoisse*. Paris: Seuil.
- . (1972-73/1975). *Le Séminaire, Livre XX, Encore*. Paris: Seuil.
- Suzuki, D. (1970). Prefácio. Em Herrigel, E. *Le zen dans l'art chevaleresque du tir à l'arc* (pp. 7-12). Paris: Dervy.
- Thuillier, J. (1996). *La folie, Histoire et dictionnaire*. Paris: Robert Laffont.

## NOTAS

- <sup>1</sup> Este artigo foi originalmente proferido como uma Conferência, realizada no dia 12 outubro de 2006, no *Colloque de la Société Française de Psychiatrie*, Palais de Congrès, Paris.

- <sup>2</sup> N.T.: Em francês, *plastiquer* tem o sentido de explodir com plástico.
- <sup>3</sup> N.T.: Jogo homofônico em francês: *primaires* [primários] e *pri-mères* [pri-mães].
- <sup>4</sup> Referência à banda de Moebius, figura geométrica na qual, se dermos uma meia-volta na fita de papel e se colarmos suas extremidades, notamos que passamos do exterior ao interior sem descolarmos o dedo do papel. Isso nos leva a dizer que é incorreto falar de psicossomático, pois o corpo e o psiquismo vivem juntos, sem que possamos indicar com exatidão onde fica a fronteira. Em compensação, podemos dizer que a linguagem e a fala, ou, numa palavra, o significante, é o meio mais seguro de ler suas expressões.
- <sup>5</sup> É a esse homem letrado que, em grande parte, devemos a difusão do pensamento zen no mundo ocidental.
- <sup>6</sup> Isto é, aqueles que pretendem difundir a palavra de Deus, ou segundo Mateus (capítulo 24, versículos 23-26): “Se, pois, alguém vos disser: eis aqui o Cristo! ou: ei-lo aí! não acrediteis; porque hão de surgir falsos cristos e falsos profetas, e farão grandes sinais e prodígios; de modo que, se possível fora, enganariam até os escolhidos. Eis que de antemão vo-lo tenho dito. Portanto, se vos disserem: eis que ele está no deserto; não saiais; ou: eis que ele está no interior da casa; não acrediteis”.
- <sup>7</sup> Numa preocupação de teorização da clínica psicanalítica, parece-me que esse som emitido pelo psicanalista vai no sentido do kwatsu. O kwatsu é como o rugido do leão. Trata-se de uma tática empregada pelos mestres zen e às vezes por seus discípulos. O kwatsu não é só um velho grito, nos diz Robert Allen (2002). A pessoa que emite o kwatsu deve pôr nele toda a sua energia. Dizem que um mestre pode avaliar o progresso de um discípulo só pela qualidade de seu rugido.
- <sup>8</sup> Situo o contexto: Herrigel (1970) trapaceia, pois utiliza seus conhecimentos intelectuais de tiro com fuzil para melhorar sua experiência com o tiro com arco. Ele atinge o objetivo esperado pelo mestre uma vez. Reconhece que acertou na mosca, na perspectiva zen, o mestre pede a prova de que ele ali está. Ele atira mais uma vez e o mestre reconhece a trapaça, avança na direção dele e, sem dizer uma palavra, tira de suas mãos o arco e “senta-se numa almofada, virando-me as costas. Compre-

endi o que isso queria dizer e me afastei” (Herrigel, 1970: 87). Deve-se acrescentar que nosso Herrigel se desculpará e que o mestre o aceitará de volta por insistência de um amigo (M. Komachiya). O mestre aceita contanto que Herrigel faça a promessa de nunca mais cometer “infração à Grande Doutrina”. Ele continua: “A atitude do mestre teria bastado para me curar se minha profunda confusão não o tivesse feito. Ele não fez menção alguma ao incidente, mas disse simplesmente estas palavras: ‘Veja o quanto é importante poder manter-se desprovido de intenção, no estado da tensão mais alta. Você não sabe nem continuar a estudar sem se perguntar sem cessar: mas conseguirei?... Logo, espere pacientemente o que vem, e como vem!’” (Herrigel, 1970: 88).

Recebido em 21 de maio de 2007

Aceito para publicação em 18 de junho de 2007