

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica

**Entre o irremediável mal e o completo bem-estar:
Da relação entre Psicanálise e Saúde**

Renata Rosa da Costa

Rio de Janeiro
2019

**Entre o irremediável mal e o completo bem-estar:
Da relação entre Psicanálise e Saúde**

Renata Rosa da Costa

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.
Orientadora: Andréa Martello

Rio de Janeiro

2019

**Entre o irremediável mal e o completo bem- estar:
Da relação entre psicanálise e saúde**

Renata Rosa da Costa

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Andréa Martello – Orientadora
Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO

Prof. Dr. Amandio de Jesus Gomes
Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ

Prof^a. Dr^a. Dóris Luz Rinaldi
Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ

Rio de Janeiro
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C837 Costa, Renata Rosa da.
Entre o irremediável mal e o completo bem-estar: da
relação entre psicanálise e saúde / Renata Rosa da
Costa. Rio de Janeiro, 2019.
82 f.

Orientadora: Andréa Martello.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-
Graduação em Teoria Psicanalítica, 2019.

1. Psicanálise. 2. Saúde. 3. Cura. I. Martello, Andréa. II.
Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de
Psicologia.

CDD: 150.195

AGRADECIMENTOS

À Andréa Martello, pela presença, a generosidade e as necessárias intervenções; por encarar o desafio de estar com a psicanálise na universidade, lugar através do qual o legado freudiano me afetou pela primeira vez.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelo apoio financeiro fundamental para a realização da pesquisa.

À Doris Rinaldi e ao Amandio Gomes, por gentilmente aceitarem participar das bancas de qualificação e de defesa; pelas preciosas contribuições.

A todos e todas que, direta e indiretamente, contribuem para a manutenção da Universidade Federal do Rio de Janeiro, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e do Hospital Universitário Pedro Ernesto como espaços de educação e assistência pública de qualidade.

A minha família, por todo amor e suporte.

À Isabella, Manoela, ao Miguel e à Rafaela, pelo necessário brincar.

Aos meus amigos, que me acolheram e motivaram ao longo deste percurso que não foi sem inibição, sintoma e angústia.

Aos que escutei até aqui; e aos analistas e supervisores para os quais falei, por enriquecerem minha formação; por impulsionarem meu amar, meu trabalhar.

RESUMO

Na presente dissertação, investigamos a relação entre psicanálise e saúde a partir de três perguntas centrais: Convém falar de saúde em psicanálise? Há uma concepção de saúde implícita no texto freudiano? Qual o lugar da psicanálise no sistema de saúde? Os termos *saúde* e *cura* foram historicamente associados a saberes e práticas de cunho moral, aspecto que torna problemática qualquer menção indiscriminada a eles. As especificidades da abordagem psicanalítica dessas noções foram, portanto, evidenciadas, assim como quais fatores levaram Freud a fundar um novo campo de saber, afastando-se da medicina. A pesquisa apontou-nos que, com a tese do *inconsciente* e da *psicopatologia da vida cotidiana*, o criador da psicanálise subverteu a fronteira entre o normal e o patológico. Apesar de sua obra apresentar indícios de uma possível concepção de saúde, frequentemente adverte-nos quanto aos limites de uma normalidade sem falhas, de um completo bem-estar. Indicamos, assim, que convém falar de saúde em psicanálise, mas convém, sobretudo, atentarmos para as especificidades de sua teoria – erigida a partir de impasses recolhidos de uma prática clínica; impasses como a dimensão pulsional da *resistência* à saúde e o mal estar inerente à civilização. A partir dessa discussão, a qual culmina na interlocução com a definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde, e com algumas diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde brasileiro, defendemos que a psicanálise tem muito a contribuir no campo da saúde.

Palavras-chave: psicanálise, saúde, cura, normalidade, clínica

ABSTRACT

From irremediable evil to complete well-being: About the relationship between psychoanalysis and health

In the present dissertation, the relationship between psychoanalysis and health is investigated from three central questions: Is it appropriate to talk about health in psychoanalysis? Is there an implicit conception of health in the Freudian text? What is the place of psychoanalysis in the health system? The terms health and healing have historically been associated with moral knowledge and practices, which makes problematic any indiscriminate mention of them. The specificities of the psychoanalytic approach of these notions were therefore evidenced, as well as what factors led Freud to found a new field of knowledge, setting apart from medicine. The research indicated that, with the unconscious thesis and the psychopathology of daily life, the creator of psychoanalysis subverted the border between normal and pathological. Although his work presents indications of a possible conception of health, it often warns us about the limits of normality without flaws, of complete well-being. Thus, it is convenient to speak of health in psychoanalysis, but, above all, pay closer attention to the specificities of its theory - erected from impasses collected from practice; impasses such as the instinctive dimension of resistance to health and the malaise inherent in civilization. Based on this discussion, which culminates in the interlocution with the definition of health proposed by the World Health Organization, and with some guidelines established by the Brazilian Unified Health System, It is argued that psychoanalysis has much to contribute in the health field.

Key words: psychoanalysis, health, cure, normality, clinic

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I: CONVÉM FALAR DE SAÚDE EM PSICANÁLISE?.....	13
A recusa dos termos saúde e cura.....	13
Medicina moderna e psicanálise	17
Do neurologista ao psicanalista.....	23
CAPÍTULO II: O NORMAL, A SAÚDE E O PATOLÓGICO EM FREUD	30
O inconsciente e a barreira entre o normal e o patológico	30
A Castração como norma	35
O pai e a castração na neurose e no totemismo.....	38
Psicose, narcisismo e ideal do Eu	40
O Supereu como representante da lei.....	44
Supereu e pulsão de morte	46
Castração e subjetivação	48
2.3 Saúde e adoecer em Freud.....	51
CAPÍTULO III: O LUGAR DA PSICANÁLISE NA SAÚDE	59
Quanto ao completo bem-estar biopsicossocial	59
O lugar da psicanálise na medicina	65
E quanto à inserção nas instituições?	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

*“Então escrever é o modo de quem tem a palavra como isca:
a palavra pescando o que não é palavra.
Quando essa não-palavra — a entrelinha — morde a isca,
alguma coisa se escreveu”*

Clarice Lispector

INTRODUÇÃO

A problemática apresentada no presente trabalho foi recolhida de minha inserção como residente de psicologia em enfermarias e ambulatórios do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE/ UERJ) e da decorrente relação que estabeleci, naquela ocasião, com o saber e fazer médicos. Nas instituições de saúde, somos convocados a ocupar o lugar de *profissional da saúde*. Estar referida à psicanálise, durante esta experiência, suscitou-me inúmeras questões, dentre elas: podemos formalizar uma concepção psicanalítica de saúde? A partir desta pergunta, outras foram levantadas até que as reduzíssemos a três questões centrais: Convém falar de saúde em psicanálise? Há uma concepção de saúde implícita no texto freudiano? Qual o lugar da psicanálise no sistema de saúde?

A pesquisa teve como referência textos de Freud, bem como algumas passagens da obra de Lacan, além de trabalhos de psicanalistas dedicados ao legado de ambos. Ao inaugurar a Psicanálise, um novo campo de saber, Freud exerceu influência em outros campos e, de modo geral, na cultura ocidental, através da disseminação de seus conceitos. A leitura feita por Lacan da obra freudiana, por sua vez, trouxe à cena um rico pensamento, repleto de precisões conceituais e provocações. Rinaldi (1996) sublinha que a importância de ambos os autores se deve, ademais, à articulação de suas formulações com outros campos, tais como biologia, religião, filosofia, história, arte, física e matemática.

A psicanálise orienta a prática de diversos profissionais no Brasil, e tem no Estado do Rio de Janeiro um importante espaço de inserção e reinvenção. Sua inserção nos mais diversos serviços de saúde é certamente um desafio, uma vez que esse campo é definido pela medicina e por estatísticas (ASKOFARÉ, 2015).

Nas instituições de saúde, o psicanalista compõe uma equipe e encontra-se em relação com outros saberes os quais o fazem apelos e com os quais deve se relacionar. É preciso, pois, estar advertido em relação à direção do tratamento que ofertará, perguntando-se a respeito da espécie de *saúde* que há de interessar. O trabalho volta-se para essa pergunta, discutindo inicialmente a relação da psicanálise com o termo *saúde* e também com o termo *cura*, a partir da presença destes nos textos freudianos. Os termos

saúde e cura são historicamente associados a saberes e práticas de cunho moral, e por isso geralmente a menção a eles vem acompanhada de ressalvas em espaços de discussão da teoria e da prática psicanalíticas. As especificidades da incidência dessas noções no texto freudiano foram, portanto, evidenciadas, assim como quais fatores levaram Freud a fundar um novo campo de saber, afastando-se da medicina.

Num segundo tempo do trabalho, nos dedicamos a analisar como se apresenta a problemática do normal e do patológico em Freud – problemática que perpassa a questão da saúde. A pesquisa mostrou-nos que a tese do *inconsciente* e da *psicopatologia da vida cotidiana*, do criador da psicanálise, subverteu a fronteira entre o normal e o patológico ao demonstrar que os sintomas neuróticos, os sonhos da vida cotidiana e as alucinações de psicóticos testemunham a inevitável ingerência do inconsciente em nosso psiquismo.

Defendemos, com Askofaré (2015), que a castração aparece como norma na teoria freudiana – norma a partir da qual surgem diferentes normalidades: neuróticos, psicóticos, perversos. A partir desta perspectiva, percorremos algumas das principais passagens da obra freudiana buscando evidenciar que nela o conflito impulsionado pela castração está intimamente vinculado ao processo de subjetivação.

Depois de nos determos a essa discussão, do normal e da norma na obra freudiana, promovemos uma discussão acerca da noção de saúde e de patologia implícitas nos escritos de Freud. Diante do caráter irremediável do conflito entre as pulsões e o mundo externo – de onde se origina a ameaça de castração – e do conflito entre as próprias pulsões – de vida e de morte – o fundador da psicanálise considerou que um mal estar se impõe ao mundo civilizado, mesmo em pessoas que alcancem um nível de saúde, compreendido como a capacidade de amar, trabalhar e decidir quando ceder ou não aos impulsos pulsionais.

Dito de outro modo, apesar de a obra freudiana apresentar indícios de uma possível concepção de saúde, frequentemente adverte-nos quanto aos limites de uma normalidade sem falhas, de um completo bem-estar. Indicamos, nessa direção, que convém falar de saúde em psicanálise, mas convém, sobretudo, atentarmos para as especificidades de sua teoria – erigida a partir de impasses recolhidos de uma prática que abarca diferentes dimensões – clínica, psicoterápica e de cura –, impasses como a *resistência* à saúde e o mal estar inerente ao preço pago pela adesão ao pacto civilizatório.

Apoiando-nos nestas considerações, buscamos realizar uma interlocução entre os pressupostos psicanalíticos, sobretudo entre a tese emblemática do mal-estar, e a definição

de saúde como completo bem-estar biopsicossocial, proposta pela Organização Mundial de Saúde. Apresentamos, ainda, algumas das indicações dadas por Lacan em sua participação no Colóquio “Psicanálise e medicina” presidido por Jenny Aubry em 1966. O psicanalista francês afirmou, naquela ocasião, que o lugar da psicanálise na medicina é marginal e extraterritorial. Propondo uma discussão em torno do estatuto do corpo, declarou que “o corpo é feito para gozar”, retomando e levando às últimas consequências o conflito pulsional freudiano.

Lacan (1966) destacou que esta dimensão é excluída da relação entre a medicina e o corpo, bem como o desejo inconsciente vinculado à demanda do doente. Exclusão promovida pelos avanços da ciência, que tendem a neutralizar tanto o corpo, interessando-se pelo organismo – corpo morto, que se deixa radiografar –, quanto os médicos, os quais estão suscetíveis a serem reduzidos a distribuidores de produtos caso não se atentem para esses elementos marginalizados pela dicotomia cartesiana e recuperados pela abordagem freudiana.

Por fim, levantamos uma reflexão acerca da inserção do psicanalista nas instituições de saúde, onde predomina um discurso universalizante. Buscamos demonstrar que a psicanálise pode encontrar no campo da saúde um interessante lugar, escutando, fazendo falar e dando lugar ao que é posto entre parênteses nas instituições, mas não deixa de nelas circular.

CAPÍTULO I: CONVÉM FALAR DE SAÚDE EM PSICANÁLISE?

Neste primeiro momento, o trabalho pretende abordar a relação entre a teoria psicanalítica e os termos *saúde* e *cura*. O modo como se deu essa filiação e a cautela, que muitas vezes resulta numa recusa por parte dos psicanalistas, em relação ao uso destes mesmos termos, será abordada na discussão, a qual culmina no ponto de partida da separação entre psicanálise e medicina.

A recusa dos termos *saúde* e *cura*

Nesta primeira parte do capítulo I, abordaremos a relação da psicanálise com as noções de *saúde* e *cura*. Concordamos com Askofaré (2015), psicanalista e professor universitário francês, quanto à necessidade de, ao chamar a psicanálise para um debate sobre *saúde*, reservarmos espaço de reflexão acerca dessa relação. Optamos por falar de ambas as noções, e não somente da que nomeia o trabalho, pelo fato de Freud, ao abordar questões concernentes ao patológico e ao sadio, ter geralmente apresentado inferências sobre a finalidade da prática psicanalítica. Ou seja, a partir de uma estimativa quanto a um saudável funcionamento do aparelho psíquico, o fundador do dispositivo psicanalítico comumente estimava qual seria então a direção da *cura*.

Dunker (2011) sugere que as traduções dos textos freudianos foram atravessadas por uma recusa em relação a termos como *saúde* e *cura*. É bastante recente o trabalho de tradução direta do texto original de Freud em alemão para o português. Até bem pouco tempo, as traduções brasileiras foram todas realizadas não a partir do original, mas da versão inglesa. No entanto, não são questionáveis somente as escolhas feitas pelos tradutores da obra freudiana, mas também dos textos de Jacques Lacan, o que aponta para além de uma questão de tradução. Dunker (2011) destaca a tradução do relevante texto *Direction de La Cure* (1958) presente nos *Escritos* (1998) de Lacan, pelo fato de terem optado, em português e em inglês, por intitularem-no como *A direção do tratamento* ao invés de recorrerem ao uso da palavra *cura*. Chama atenção, assim, para o fato de Lacan ter empregado a expressão *cura* e, ao mesmo tempo, para a desconsideração por parte dos tradutores em relação ao termo. Nas palavras do autor, é:

curioso que o texto mais importante e mais sistemático de Lacan sobre a clínica psicanalítica chame-se justamente *A direção do Tratamento e os princípios de*

seu poder. Em francês trata-se de *Direction de La Cure*, assim como em *Variantes da cura padrão*, trata-se de *cure*. A tradução brasileira realiza uma escolha involuntária, mas não sem conseqüências, ao traduzir *cure* por *tratamento* (DUNKER, 2011, p.49).

A expressão *tratamento (traitement)* é empregada por Lacan em *Du Traitement Possible de la Psychose* (1957-1958). Tratamento [Traitement] possível seria diferente de cura [cure]? Questões como esta ficam neutralizadas quando os termos são suprimidos. De toda forma, conclui Dunker (2011): “se *tratamento* soa mais palatável ao público brasileiro e também ao anglo-saxônico (Bruce Fink escolhe *treatment* na tradução dos Escritos para o inglês) é porque na ideia de cura há algo de potencialmente crítico a ser recuperado” (DUNKER, 2011, p.49).

As supressões realizadas ao longo das traduções dos textos freudianos camuflaram as ambiguidades neles contidas. Dunker (2011) constatou que: quando Freud descreve a psicanálise como uma psicoterapia, a expressão recorrente para designar seus fins é *Genesung*; quando a psicanálise é abordada como um método clínico de tratamento, a expressão que encontramos privilegiadamente nos escritos freudianos é *Heilung*. O termo *Genesung* pode ser traduzido por retorno a um estado anterior de saúde (*Gesundheit*)– o que equivaleria à concepção de cura como resultado, coincidindo com o termo francês *guerison*. *Heilung*, por sua vez, pode ser transposto para o português como restabelecimento, refere-se ao processo e aos meios de tratamento – o que coincidiria com a expressão *cure*, em francês. Além disso, Dunker (2011) identificou que quando a psicanálise é descrita através do termo *Kur*, seus fins podem ser entendidos “tanto por *cuidar de*, quanto *preocupar-se com* e ainda por *tratar de*”, englobando as demais acepções. O autor assinala que essa negligenciada ideia de cuidado pode ser expressa pelo termo *sorge*, em alemão, e inclui a importância da passagem do tempo:

tal como se verifica no fabrico do queijo e do vinho, que devem aguardar um tempo de “cura” até que o processo se complete”. Implica, assim, não apenas a cura como retorno à saúde, mas a experiência legada por seu processo. Dito de outro modo, há uma diferença entre a cura como substantivo e a cura como atividade (DUNKER, 2015, p.32-33).

A título de ilustração, apresentaremos três passagens onde estas palavras, e alguns termos ligados a elas, comparecem na obra freudiana. A primeira foi extraída do texto *Uma dificuldade da psicanálise* (1917b), versão da Companhia das Letras, estabelecida a partir do alemão. Nela, Freud afirma: “é essencial, para a plena saúde [Gesundheit] da pessoa,

que sua libido não perca a mobilidade plena” (FREUD, 1917, p.244) ¹ . A segunda, recolhemos do texto *Caminhos da terapia psicanalítica* (1919), versão estabelecida pela editora Autêntica, também direta do alemão:

Durante o tratamento [Kur]², os senhores podem observar que cada melhora de seu estado de sofrimento retarda a velocidade do restabelecimento [Heilung] e diminui a força motriz que impele para a cura [Heilungsabsicht]. Mas não podemos renunciar a essa força motriz, uma diminuição dela é perigosa para a nossa intenção de cura [Heilungsabsicht] (FREUD, 1919, p.196) ³ .

A terceira passagem encontra-se em *Além do Princípio do Prazer* (1920), extraída da versão proposta pela Companhia das Letras com tradução direta do alemão:

Aceitar como óbvio que o sonho noturno devolve à situação causadora da doença é compreender mal a natureza dos sonhos. Seria mais próprio dela que o doente visse imagens do tempo em que era são [Gesundheit] ou da cura [Genesung] pela qual anseia (FREUD, 1920a; 1920b, p.170)⁴.

No segundo exemplo, percebemos que os tradutores diferenciaram Kur e Heilung. No entanto, em algumas edições brasileiras há a tradução direta de *Kur* para *cura*, a qual suplanta a incidência, nos artigos freudianos, dos dois termos originalmente distintos (*Kur* e *Heilung*), os quais foram comprimidos também pela edição francesa e pela inglesa, na mesma expressão. Dunker (2011) sublinha que Freud não lançou mão destes termos ao acaso. Em suma, as nuances encontradas nas elaborações freudianas testemunham que a prática psicanalítica e os efeitos por ela promovidos englobam diferentes dimensões. Ou seja, que a psicanálise não somente é uma clínica, mas também uma psicoterapia e uma forma de cura, um tratamento que abarca certa heterogeneidade em seu conjunto (DUNKER, 2011).

Podemos vislumbrar as nuances dessa heterogeneidade na passagem que expomos anteriormente, do texto *Caminhos da terapia psicanalítica*. Após aquele trecho, Freud escreveu:

¹ Expressões alemãs obtidas em: http://Freud-online.de/Texte/PDF/Freud_werke_bd12.pdf, p.6

² Na coleção “Obras incompletas de Sigmund Freud”, da editora Autêntica, foram registradas, através do uso de colchetes, as expressões originalmente utilizadas por Freud, em alemão. Acrescentamos a este trecho, que fora extraído da coleção, colchetes ao lado de termos pertinentes ao recorte feito pela pesquisa.

³ Expressões alemãs obtidas em: http://Freud-online.de/Texte/PDF/Freud_werke_bd12.pdf, p.188

⁴ Expressões alemãs obtidas em: http://Freud-online.de/Texte/PDF/Freud_werke_bd13.pdf, p.10- 11

Temos de – por mais cruel que isso possa parecer – cuidar para que o sofrimento, de algum modo eficaz, do paciente não termine antes da hora. Se pela decomposição e desvalorização dos sintomas ele foi reduzido, em algum outro lugar precisamos reerguê-lo como uma privação sensível, senão corremos o risco de nunca alcançarmos nada além de melhoras modestas e insustentáveis. (...) Ele se serve da grandiosidade da libido parcialmente liberada para investir com libido as mais variadas atividades, preferências, costumes, também os que já existiam antes, elevando-os, assim, a satisfações substitutivas. (...) através das quais escoam a energia necessária para a manutenção do tratamento (...). Mas o semicurado pode também trilhar caminhos menos inofensivos, (...). Diga-se de passagem que um casamento infeliz e o sofrimento corporal são as manifestações mais comuns da neurose. Elas satisfazem em especial a consciência de culpa (necessidade de punição), que faz com que muitos doentes se apeguem tenazmente a sua neurose (Freud, 1919, p.196-197).

Freud (1919) seguiu pontuando que o paciente procura a satisfação substitutiva no próprio tratamento, na relação com o analista, e indicou a necessária manutenção da privação das satisfações urgentes. O que nos interessa, por ora, nesse trecho do escrito, é sublinhar aquilo que a teoria freudiana aponta no que tange os efeitos promovidos pelo dispositivo – a redução do sofrimento, a decomposição dos sintomas –, e a necessidade de um manejo desses efeitos. Necessidade que aponta para um trabalho que está para além da atenuação do sofrimento e da extirpação de sintomas, mas que também evidencia que estes são efeitos acarretados pelo processo de análise, efeitos que poderíamos chamar de terapêuticos, considerando que o psicoterapêutico configura seu objeto em torno da noção de sofrimento; e o tratamento clínico em termos de sintomas. Já a dimensão da cura, em psicanálise, estaria atrelada ao mal-estar (Dunker, 2011) decorrente da necessidade de punição, do sentimento de culpa.

Nos textos contemporâneos de psicanálise, a expressão “clínica psicanalítica” é predominante, noção que possibilita uma esquivada da associação direta e automática com a ideia de resultado trazida pelo termo cura (Dunker, 2011), o qual dá margem ao entendimento de que a prática é ortopédica ou adaptativa. Os vocábulos *saúde* e *cura* remetem a concepções difundidas através da tradição médica, tais como a ideia de saúde como silêncio dos órgãos, estabelecida na década de trinta, e cura como completa remoção de sintomas, retorno a um estado anterior, ou recuperação do silêncio interrompido. Além da fácil associação ao campo médico, os termos estão associados à psicoterapêutica de compromisso moral, mágico ou cunho religioso, a todo universo pré-moderno da cura. Podemos vislumbrar esta proximidade se pensamos na discussão em torno da “cura gay”, por exemplo, ou das ofertas de “cura e libertação” apresentadas no âmbito das instituições religiosas cristãs. A noção de terapia carrega o significado cristão de salvação que impregna na origem a ideia de saúde.

Gomes e Melo (2017) baseando-se na leitura feita por Heidegger (2007 *apud* GOMES E MELO) sobre a revolução científica e o colapso da instituição religiosa, evidenciam que a ideia de salvação, a qual norteava o mundo medieval, não foi inteiramente abandonada após o advento da ciência moderna, mas reconfigurada, tornando-se compatível com o universo científico. Os autores demonstram que há uma continuidade da *salvação* tanto na língua alemã quanto na fundamentação de toda terapêutica; e que essa continuidade se faz notar através do termo *geheilt* (cura), que provém do verbo *heilen*, ligando-se ao adjetivo *Heile* (são). Gomes e Melo (2007) sublinham que *Geheilt* apresenta-se como uma significação moderna para *Heil* (salvação, bem aventurança). Deste modo, defendem que é possível localizar nos ideais *são* (*Heile*) e *saudável* (*Gesund*) o germe da ideia de salvação, ideais estes que estariam na base da promessa terapêutica de equilíbrio entre o normal e o patológico; de uma melhora na capacidade de lidar com a finitude humana.

Estes aspectos nos mostram que é preciso, a cada vez que se abordar noções como cura e saúde, assinalar como elas são entendidas a partir da ótica psicanalítica. Isso porque Freud fez importantes e decisivos deslocamentos em relação à medicina, sua formação primeira. Podemos afirmar que a esquivia em relação aos termos *saúde* e *cura* sinaliza para a tensão existente entre a psicanálise e as práticas e saberes que precederam sua constituição como espécies de adubos, a partir dos quais ela pôde brotar e também crescer, dentre eles: os dispositivos terapêuticos e de cura pré-modernos, a teologia, os debates filosóficos, a medicina, a literatura. Nesta pesquisa, privilegiaremos a emergência e desenvolvimento da psicanálise a partir de sua relação com a medicina, pelo fato da questão aqui lançada dizer respeito ao campo da saúde, onde o saber médico é prevalente.

Medicina moderna e psicanálise

Saúde, clínica, sintoma, cura, tratamento: não por acaso estes termos apresentam-se dentre outros que compõem o repertório psicanalítico desde Freud. Antes de ser psicanalista, Freud foi médico. O modelo da medicina, e mais, os ideais da medicina, participaram da formação do primeiro psicanalista. Roudinesco (1944) considera a constituição de um saber psiquiátrico como uma das condições para a implantação das

ideias freudianas e para a formação de um movimento psicanalítico. Freud (1924a) localiza essa implantação em seu texto “Resumo da Psicanálise”:

A psicanálise nasceu com o século XX, por assim dizer. A publicação com que se apresentou ao mundo como algo novo, minha *Interpretação dos sonhos*, tem a data de 1900.(...) A psicanálise cresceu num terreno bem delimitado. Seu objetivo, originalmente, era apenas conhecer algo sobre a natureza das doenças nervosas denominadas “funcionais”, a fim de superar a impotência médica no tratamento de tais doenças (FREUD, 1924a, p.223).

O surgimento da Psiquiatria implicou na emergência da concepção de doença mental em detrimento da ideia de possessão espiritual (ROUDINESCO, 1944), emergência possibilitada pela evolução do pensamento científico e o declínio da idade pré-moderna, onde prevalecia o teocentrismo medieval, os problemas metafísicos e religiosos (LOPES & SANTOS, 2013). O saber psiquiátrico, por sua vez, se estabeleceu a partir da medicina moderna que, para Foucault (1963/2004), nasceu a partir do campo da finitude; do campo da finitude e da dicotomia entre o normal e o patológico.

O filósofo francês sublinhou a passagem do imperativo da salvação para o imperativo da cura – passagem que transportou a histórica da fogueira da inquisição e dos confessionários para enfermarias e consultórios médicos (CLAVREU, 1983) –, identificando na mesma, o surgimento da medicina e da psicanálise: “A importância de Bichat, de Jackson e de Freud na cultura europeia não prova que eles eram tanto filósofos quanto médicos, mas que nesta cultura o pensamento médico implica de pleno direito o estatuto filosófico do homem” (FOUCAULT, 1963 /2004, p.218).

Foucault (1963/2004) defendia a importância da medicina para a constituição das ciências humanas, pelo fato de o homem ter sido tomado como objeto de saber pelo discurso médico. Nesse sentido, as “ciências do homem”, conforme chamava, teriam importado conceitos da biologia, classificando condutas e realizações individuais e sociais a partir dos critérios do normal e do patológico.

Quando se falar da vida dos grupos e das sociedades, da vida da raça, ou mesmo da “vida psicológica”, não se pensará apenas na estrutura interna do ser organizado, mas na bipolaridade média do normal e do patológico. A consciência vive, na medida em que pode ser alterada, amputada, afastada de seu curso, paralisada; as sociedades vivem, na medida em que existem algumas, doentes, que se estiolam, e outras, sadias, em plena expansão; a raça é um ser vivo que degenera; como também as civilizações, de que tantas vezes se pôde constatar a morte. Se as ciências do homem apareceram no prolongamento das ciências da vida, é talvez porque o estavam biologicamente fundadas, mas é também porque o estavam medicamente (FOUCAULT, 1963/2004, p.39).

De acordo com o autor, até o fim do século XVIII, a medicina referia-se mais à saúde, mais especificamente às condições de sua perda, do que à normalidade:

Não se apoiava na análise de um funcionamento “regular” do organismo para procurar onde se desviou, o que lhe causa distúrbio, como se pode restabelecê-lo; referia-se mais a qualidade de vigor, flexibilidade e fluidez que a doença faria perder e que se deveria restaurar (FOUCAULT, 1963/2004, p.38).

Quadro que se reverteu quando os conceitos passaram a se organizar de modo a responder à oposição entre o sadio e o mórbido; e a medicina, a partir das categorias de normal, anormal e patológico, passou a intervir promovendo uma espécie de medicalização do espaço social.

Começa-se a conceber uma presença generalizada dos médicos, cujos olhares cruzados formam uma rede e exercem em todos os lugares do espaço e em todos os momentos do tempo, uma vigilância constante, móvel, diferenciada (...) deseja-se um controle estatístico da saúde (FOUCAULT, 1963/2004, p.33).

Foucault (1972) analisou como se configurou e se legitimou o discurso próprio à psiquiatria, mostrando-nos que esta foi fundada a partir da transformação da loucura em alienação mental, de sua medicalização, e da constituição de um espaço terapêutico para curá-la – o asilo. O filósofo apontou que o enunciado de uma disciplina que daria o saber sobre a loucura e que pressupunha uma transformação desta, implicou um longo percurso histórico, iniciado na Idade Clássica, quando a loucura foi sendo progressivamente desqualificada no seu potencial de dizer a verdade. Desqualificação a qual implicou o triunfo, na tradição ocidental, do registro da razão sobre o da desrazão.

A loucura foi ativamente excluída da cena social, sendo lançada nos hospitais gerais, instituições constituídas no alvorecer do século XVII. Antes disso, a experiência da loucura se inscrevia nos rituais comunitários, estabelecendo um rico diálogo com o mundo. A loucura era um espaço oracular de enunciação da verdade. Tudo isso constituiu o que Foucault (1972) chamou de *experiência trágica* da loucura, a qual foi progressivamente desqualificada com o surgimento da *experiência crítica* da loucura, que constituiu paulatinamente outra tradição, a saber: a da razão como o operador fundamental contra a desrazão.

O apagamento da loucura como positividade existencial e produção enunciativa, causado pelos caminhos tecnológicos e instrumentais do saber psicofarmacológico e das neurociências, provocou um silenciamento do louco. Foi nesse contexto que se inscreveu inicialmente a psicanálise no percurso crítico foucaultiano: enquanto enunciado de um saber sobre a loucura, a psicanálise se inscreveria inevitavelmente na dita tradição crítica. Nessa direção, o dispositivo inventado por Freud, estaria em continuidade com o dispositivo do tratamento moral, construído pela tradição do alienismo do século XIX. Em

ambos, a desalienação da loucura pela transformação da desordem da desrazão em ordem da razão é que estaria em causa (BIRMAN, 2000).

Para Foucault (1972), a psicologia nasce como indício de que a loucura passou a ser isolada de sua verdade. Em sua concepção, o dispositivo inaugurado por Freud não se acrescentava à lista dos tratamentos psicológicos da loucura, mas reconstituía, no pensamento médico, a possibilidade de um diálogo com o desatino. “Na Psicanálise, o que está em jogo não é a Psicologia, mas, exatamente, uma experiência do desatino que a Psicologia no mundo moderno teve por sentido ocultar” (FOUCAULT, 1972, p.375).

No entanto, de acordo com a interpretação foucaultiana, apesar de Freud ter desmistificado as estruturas do asilo, abolindo o silêncio e fazendo frente às instâncias da condenação, a sua proposta de intervenção explorou a figura do médico, ampliando-a. Nessa perspectiva, Freud teria concentrado em si o poder dividido entre enfermeiros, guardas e alienistas na existência coletiva do asilo, oferecendo-se como “espelho no qual a loucura, num movimento quase imóvel, se enamora e se afasta de si mesma” (FOUCAULT, 1972, p.554).

Para Foucault (1972), Freud libertou o doente da existência asilar na qual o tinham alienado, mas não o libertou daquilo que havia de essencial nessa existência, pois fez deslizar na direção do médico todas as estruturas do internamento. Em suas palavras: “Criou a situação psicanalítica, onde, por um curto-circuito genial, a alienação torna-se desalienante porque, no médico, ela se torna sujeito. O médico, figura alienante, continua a ser a chave da psicanálise” (1972, p.554). O texto foucaultiano chamou atenção para a dimensão adaptativa presente na psicologia e na própria psicanálise, buscando denunciar a alienação social decorrente da ambição terapêutica encontrada nestes campos de saber. Na ótica foucaultiana, haveria continuidade entre o discurso da medicina, como prática de normatização, e o discurso psicanalítico.

Talvez seja porque ela não suprimiu essa estrutura última, e por ter conduzido a ela todas as outras, que a psicanálise não pode e não poderá ouvir as vozes do desatino, nem decifrar em si mesmos os signos do insensato. A psicanálise pode desfazer algumas das formas da loucura; mesmo assim, ela permanece estranha ao trabalho soberano do desatino. Ela não pode nem libertar nem transcrever e, com razão ainda maior, nem explicar o que há de essencial nesse trabalho (FOUCAULT, 1972, p.554).

Importante ressaltar que Lacan muito criticou o rumo tomado pela psicanálise a ele contemporânea por meio de expressões como “moralismo otimista”, “higiene do amor”, “ambição analítica”, “técnica do desmascaramento”, “ortopedia” (LACAN, 1959-1960, p.15). Lacan problematizou alguns dos ideais os quais orientavam a prática psicanalítica,

destacando dentre eles “o ideal do amor humano”; o “ideal da autenticidade”; “o ideal de não dependência (LACAN, 1959-1960, p.19-22).

Será possível lembrarmos, para tornar inteligível a importância dessa questão, a figura do Führer e os fenômenos coletivos que deram a esse texto [Psicologia das massas e análise do Eu] seu peso de vidência no cerne da civilização? – Sim, sem dúvida, já que, por uma cômica inversão daquilo que Freud quis trazer de remédio para o mal-estar dela, foi na comunidade à qual ele legou cuidado com este, que a síntese de um Eu forte se enunciou como palavra de ordem, no cerne de uma técnica em que o praticante se concebe como surtindo efeito por encarnar ele mesmo, esse Ideal (LACAN, 1960, p.684).

A participação dos ideais do analista na direção do tratamento foi igualmente problematizada inclusive por Freud, como é possível observar no seguinte trecho do artigo *Caminhos da teoria psicanalítica*:

Recusamos enfaticamente transformar o paciente, que se entrega em nossas mãos buscando ajuda, em nossa propriedade, formar o seu destino para ele, impor-lhe os nossos ideais, e, com a altivez do Criador, a formá-lo à nossa semelhança, para nossa satisfação. Ainda hoje insisto nessa recusa (...). Porque pude ajudar pessoas com as quais não tinha qualquer laço de raça, educação, posição social ou visão de mundo, sem incomodá-las em suas peculiaridades. (...) Não podemos aceitar a exigência de que a psicanálise se coloque como uma visão de mundo filosófica e que a imponhamos ao paciente (...). Quero dizer que isso é apenas violência, mesmo que encoberta pelas mais nobres intenções” (FREUD, 1919, p.198-199).

No segundo capítulo do trabalho, veremos como a problemática do normal e do patológico é esboçada na teoria freudiana e como nela se tornou complexa a discussão sobre os processos de normatização.

Dando seguimento aos comentários feitos por Foucault quanto ao *nascimento da clínica* e da psicanálise, destacamos a noção de clínica como prática singularizante nas suas operações diagnóstica e terapêutica. Foucault (1963/2004) defendeu a tese de que a medicina moderna como clínica, ou seja, como um saber sobre a singularidade, seria a matriz constitutiva da psicanálise. Nessa perspectiva, a relação entre a figura do médico e a pessoa do enfermo seria sempre perpassada pelo colóquio singular, sendo este um traço constitutivo da moderna clínica enquanto tal (BIRMAN, 2000).

Foucault (1963/2004) apresentou um outro ponto de intercessão entre psicanálise e medicina moderna a partir de considerações feitas a respeito do *método anátomo-clínico*. Tal método é tomado como um marco através do qual a doença, percebida com relação à morte, tornou-se legível, aberta à dissecação da linguagem e do olhar. Ele consistia na dissecação de cadáveres como forma de conhecer a natureza das lesões. Nele, a lesão anatômica corresponderia à morte de um tecido; e a enfermidade, a uma morte parcial.

É, sem dúvida, decisivo para a nossa cultura que o primeiro discurso científico enunciado por ela sobre o indivíduo tenha tido que passar por este momento da morte. É que o homem ocidental só pôde se constituir, a seus próprios olhos como objeto de ciência, só se colocou no interior de sua linguagem, e só se deu nela e por ela, uma existência discursiva por referência a sua própria destruição: da experiência da Desrazão nasceram todas as psicologias e a possibilidade mesma- da psicologia; da colocação da morte no pensamento médico nasceu uma medicina que se dá como ciência do indivíduo. E de modo geral, a experiência da individualidade na cultura moderna está talvez ligada a da morte: dos cadáveres abertos de Bichat ao homem freudiano, uma relação obstinada com a morte prescreve ao universal sua face singular e da à palavra de cada um o poder de ser indefinidamente ouvida; o indivíduo lhe deve um sentido que nele não se detém. A divisão que ela traça e a finitude, cuja marca ela impõe, ligam paradoxalmente a universalidade da linguagem à forma precária e insubstituível do indivíduo (FOUCAULT, 1963/2004, p.217).

O filósofo argumentou, em *O nascimento da clínica* (1963/2004), que a morte adquiriu um valor fundamental a partir do olhar da anatomia patológica. A doença, neste contexto, passou a ser considerada uma forma patológica de vida; e a vida, definida como um conjunto de forças que lutam contra a morte. Ressaltou, ainda, que esta problemática, da finitude por excelência, se materializou na psicanálise através do conflito entre *pulsão de vida e pulsão de morte*. Em *História da loucura na idade clássica*, Foucault (1972) também teceu comentários acerca da teoria pulsional freudiana, associando-o à experiência trágica da loucura:

Sob a consciência crítica da loucura e suas formas filosóficas ou científicas, morais ou médicas, uma abafada consciência trágica não deixou de ficar em vigília. (...) É sem dúvida ela que Freud, no ponto mais extremo de sua trajetória, começou a pressentir: são seus grandes dilaceramentos que ele quis simbolizar através da luta mitológica entre a libido e o instinto de morte (FOUCAULT, 1972, p.34-35).

Freud reinventou a noção de que a experiência humana é atravessada por um conflito entre vida e morte. Para ele, o conflito não seria efeito do surgimento de um fator patológico a ser combatido pelo organismo. Pelo contrário, veremos, mais adiante, que na perspectiva freudiana, o conflito estabelecido entre pulsões de vida e pulsões de morte – e entre a pulsão e a moral civilizada –, está na base da subjetivação. Com a hipótese da pulsão de morte, elaborada através de avanços e recuos teóricos – feitos ao longo de seu percurso de dedicação à investigação dos mecanismos inconscientes –, Freud constatou que o psiquismo humano pode muitas vezes resistir à cura, à saúde, à vida. A seguir, apresentaremos alguns dos aspectos que estiveram em jogo no advento da psicanálise, na passagem do Freud neurologista ao psicanalista.

Do neurologista ao psicanalista

Talvez se possa dizer que a teoria da psicanálise é uma tentativa de explicar dois fatos surpreendentes e inesperados que se observam sempre que se tenta remontar os sintomas de um neurótico a suas fontes no passado: a transferência e a resistência.
Sigmund Freud

Na tradição médica do século XVIII, o sintoma se fazia conhecer sob a forma das queixas trazidas pelos doentes e ouvidas pelos praticantes da medicina. No século XIX, com o advento do método *anátomo-clínico* e a nova organização da medicina, o princípio da visibilidade tornou-se regra. A orientação do trabalho voltava-se então para a seguinte direção: desvelar o órgão para explicar a origem de seu mal. A morte e tudo que outrora se mantinha invisível, tornou-se passível de observação clínica. (FOUCAULT, 1963/2004)

No âmbito da medicina moderna, o médico precisava escutar fazendo uma seleção, não retendo senão o que é utilizável para o diagnóstico e o tratamento. Nesse sentido, era preciso, sobretudo, que ele se protegesse do erro, aquele no qual a fala do doente poderia fazê-lo cair. Interessava-lhe a dimensão objetiva, o olhar atento que, a partir do visível, alcançasse a invisibilidade da morte e da lesão.

Freud esteve em Paris em 1886, como neurologista, após obter uma bolsa de estudos ofertada pela Universidade de Viena. Na ocasião, elegeu o Hospital da Salpêtrière como primeiro local a ser visitado e levou consigo o interesse por investigar a anatomia do sistema nervoso – mais especificamente, atrofia e degenerações em cérebros de crianças. O contato com Charcot, importante neurologista francês, que por muito tempo havia se dedicado a pesquisar a base anatomopatológica de doenças nervosas crônicas, influenciou radicalmente os interesses científicos do jovem médico austríaco. Ao relatar essa experiência, Freud (1886) afirma que Charcot alegava que a investigação da anatomia das doenças orgânicas nervosas podia ser dada por concluída, e que as neuroses careciam de atenção. O cientista francês tomou a hipnose e a histeria como objetos de estudos e foi responsável por importantes avanços nesse domínio. Freud, por sua vez, a partir da estadia em Paris, passou a dedicar-se aos problemas da histeria e do hipnotismo, voltando-se para a psicopatologia (FREUD, 1886).

O Freud psicanalista formou-se a partir do encontro com a histeria, com os intrigantes sintomas físicos cujas causas não eram orgânicas. Isso porque, a partir daí, passou a escutar a queixa, a ocupar-se daquilo que se apresentava como um impasse ao saber médico.

A histeria não deixou de ser reconhecida pelo que ela representa em relação ao saber médico. Ou seja, que a histeria pode parecer todas as doenças sem nunca ser uma delas, escapando por essa via ao saber constituído. Por esse motivo, a histérica, com seus sintomas denominados no discurso médico de migratórios, ludibria o saber médico, colocando-o num impasse. (...) O papel do doente, a histérica não desempenha bem, na medida em que seus sintomas são passíveis de regredirem sem qualquer intervenção médica ou, por outro lado, de se mostrarem inarredáveis mesmo após terem sido esgotados todos os recursos “mais modernos” da medicina. Justamente por isso a histérica é acusada de simular os sintomas, termo que remete diretamente ao contexto teatral e seu jogo. (...) recusando-se a coadjuvar na *opereta* que lhe apresentam, será, então, seu *drama* que não será ouvido (CLAVREUL, 1983, p.12).

Freud deparou-se com o fato de que para avançar em seus estudos sobre a histeria, precisaria escutar esse drama, ocupar-se do erro, tomando-o como fio condutor de seu trabalho. Esse não foi um movimento de oposição às ciências positivas, mas de resgate de um campo que foi delas excluído e que antes fora fadado a crenças e superstições (MOURA, 2000). O inventor da psicanálise mostrou que esses erros e impasses não ocorrem de qualquer modo, mas segundo leis muito referenciáveis (CLAVREUL, 1983). Sua originalidade consistiu em demonstrar que “o Eu não é senhor em sua própria casa” (FREUD, 1917b, p.251); que “lá onde o sujeito duvida, o psicanalista tem certeza do sujeito, isto é, do desejo inconsciente” (LOPES & SANTOS, 2013, p. 9-10).

No início de sua empreitada, buscou remover aquilo que provocava sofrimento a seus pacientes, transitando entre métodos como o tratamento elétrico, proibições feitas sob estado de hipnose, a regressão e catarse, descritos pelo próprio autor em *História do movimento psicanalítico* (1914). A terapêutica consistia em levar os pacientes a recordar e reproduzir experiências traumáticas num estado de hipnose (método catártico). Apostava-se na ideia de que uma vez trazida à consciência lembranças desta espécie, elas deixariam de produzir os sintomas histéricos.

A partir de suas investigações e de contribuições como as de Charcot e também de Breuer⁵, médico austríaco, Freud elaborou e aprimorou hipóteses as quais foram cruciais para a constituição da teoria e prática psicanalíticas. Dentre elas, estava a concepção de que algumas lembranças não poderiam ser acessadas voluntariamente em consequência de seu conteúdo ser insuportável à consciência. Freud passou a defender a tese da divisão psíquica

⁵Josef Breuer inventou o método catártico para o tratamento da histeria, redigiu com Freud a importante obra “Estudos sobre a histeria”, e foi médico de Bertha Pappenheim que, sob o nome de Anna O., tornou-se o caso princeps da psicanálise.

e encarava-a como efeito de um processo de repulsão que mais tarde chamou de *Verdrängung*, termo traduzido em português como recalque/repressão.

[...] pude repetidas vezes demonstrar que *a divisão do conteúdo da consciência resulta de um ato voluntário do paciente*; ou seja, é promovida por um esforço de vontade cujo motivo pode ser especificado. Com isso, é claro, não pretendo dizer que o paciente tencione provocar uma divisão da sua consciência. A intenção dele é outra, mas, em vez de alcançar seu objetivo, produz uma divisão da consciência (FREUD, 1896/2006, p.26).

Durante seu percurso, Freud observou que havia uma *resistência* por parte dos pacientes a qual se opunha ao processo de cura. Constatou, ainda, que a resistência levava seus pacientes a alegarem falha de memória, e a criarem o que chamou de “lembranças encobridoras”. O uso da hipnose ocultava tal resistência e, por isso, não evidenciava o mecanismo responsável pela defesa do psiquismo e, conseqüentemente, por sua divisão. De acordo com Freud (1914), a história da psicanálise propriamente dita só inicia com a técnica que dispensou a hipnose.

Nesta nova técnica, a da associação livre, haveria do lado do psicanalista a *atenção flutuante* – a renúncia à atividade de destacar um fator determinado e determinante na história do paciente – e, de outro, a *associação livre* do paciente, convidado a dizer o que lhe vem à mente sem se censurar. Nesta perspectiva, caberia ao analista reconhecer as resistências que surgem nas associações de seus pacientes, ajudando-os na tarefa de reconhecê-las (FREUD, 1914, p.195).

Dentre as resistências observadas ao longo da experiência freudiana, a *transferência* ganhou destaque como “a mais forte resistência ao tratamento” (FREUD, 1912). Freud (1912) concluiu que todo ser humano adquire um modo característico de conduzir a vida, resultando em *clichês* que regularmente são repetidos de acordo com as circunstâncias. Nesta direção, a *transferência* foi o conceito criado para explicar o fato de o psicanalista ser incluído numa das séries, dos clichês que o paciente formou ao longo de sua história. De acordo com Freud (1912), os impulsos do paciente sob transferência excedem o que se justificaria em termos racionais, devido ao fato de não só as expectativas conscientes, mas também as inconscientes produzirem essa transferência. “Os impulsos inconscientes não querem ser lembrados como a terapia o deseja, procurando, isto sim, reproduzir-se” (FREUD, 1912, p.145).

Por considerar a dimensão inconsciente dos processos psíquicos, Freud propôs que o analista escutasse para além do conteúdo manifesto daquilo que se diz, caracterizando o Eu, organização que se apresenta e se queixa, como um suporte da fala e não um agente

dela (MORETTO, 2002, p.38). Quando abandona o método da hipnose, Freud toma para si esta problemática. Na hipnose, assim como o é na medicina de modo geral, o saber sobre o sintoma não era apropriado pelo paciente, mas pelo hipnotizador. Ao inaugurar o método da associação livre, Freud passa a supor que há algum saber do lado do analisando. (Elia, 2004) Nesse sentido, podemos afirmar que “o analista escuta para que o outro se escute” (Moura, apud Carvalho, 2012).

Darriba et al (2009) sublinham que foi diante dos obstáculos enfrentados, das dificuldades identificadas e nomeadas ao longo de seu percurso, que Freud reformulou de tempo em tempo sua teoria e método. A particularidade da clínica inventada por Freud relaciona-se, pois, com o fato dela não visar o aprimoramento do método no intuito de domar seu objeto, mas de representar um “ceder ao objeto” (p.172).

Quarenta anos após o decisivo encontro com a histeria na Salpêtrière, Freud (1926) escreveu o texto *A questão da análise leiga*. Naquele momento, estava em vigor um debate circunscrito pela seguinte questão: o exercício da psicanálise deveria ser um direito exclusivo de médicos? Freud, para sustentar seu argumento de que leigos, ou seja, não médicos, poderiam praticar a psicanálise, apresentou interessantes observações quanto aos diferentes elementos que estão em jogo na formação de um médico e de um psicanalista.

O médico recebeu uma formação que é mais ou menos o oposto do que ele necessitava como preparação para a psicanálise. Sua atenção foi dirigida para fatos objetivamente verificáveis de anatomia, fisiologia e química; o sucesso da prática médica depende da exata compreensão e adequada modificação deles. (...) E o neurótico é uma complicação indesejável, um embaraço tanto para a medicina quanto para a Justiça e o serviço militar (FREUD, 1926, p.190-192).

Neste artigo, Freud (1926) comentou: “Ênfase a exigência de que não deve exercer a psicanálise quem não tenha adquirido o direito de fazê-lo, mediante uma formação específica. Se essa pessoa é ou não médico parece-me secundário” (FREUD, 1926, p.195). E explicou o que era preconizado nos institutos dedicados ao ensino da psicanálise: a análise pessoal do candidato à psicanalista, a instrução teórica, e a supervisão de analistas mais experientes. O inventor da psicanálise assinalou que, a partir disso, se aprenderia a “difícil técnica da psicanálise, a arte da interpretação, o combate às resistências e o manejo da transferência”. Ele discutiu sobre esses aspectos da teoria e prática ao longo do texto.

Apontou que o paciente *transfere* para o analista atitudes psíquicas que se acham prontas dentro dele, e estão intimamente ligadas à origem de sua neurose. E ainda, que o que ele nos mostra é o âmago de sua história íntima, a qual *reproduz de forma palpável*,

como algo presente, em vez de recordá-lo (p.185). Em sua concepção: “A tentativa de evitar as dificuldades, suprimindo ou negligenciando a transferência, seria algo absurdo. Não importando o que mais se fizesse, não mereceria o nome de análise”. (FREUD, 1926, p.185) Na teoria e prática da psicanálise, a transferência ganhou lugar central e papel decisivo no estabelecimento de hipóteses diagnósticas.

O surgimento da transferência sob forma francamente sexual - seja de afeição ou de hostilidade -, no tratamento das neuroses, apesar de não ser desejado ou induzido pelo médico nem pelo paciente, sempre me pareceu a prova mais irrefutável de que a origem das forças impulsionadoras da neurose está na vida sexual (FREUD, 1914b/ 2006, p.7).

Freud (1914c, 1915) chegou a agrupar a histeria e a neurose obsessiva chamando-as de *neuroses de pura transferência* e distinguindo-as das *afecções narcísicas* ou psicoses (esquizofrenia, paranóia, melancolia). Em sua concepção, o diagnóstico seria, pois, intimamente vinculado à relação transferencial.

Não se discute que controlar os fenômenos da transferência representa para o psicanalista as maiores dificuldades; mas não se deve esquecer que são precisamente eles que nos prestam o inestimável serviço de tornar imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente (FREUD, 1912a/ 2006 p.65).

Ensinou-nos, assim, que o diagnóstico em psicanálise não tem como função primordial a classificação (MORETTO, 2017). A análise das posições subjetivas na relação com o analista – análise da transferência – permite a construção de um diagnóstico, que por sua vez orienta o trabalho. Isso fica claro quando, diante do texto freudiano, nos deparamos com afirmações como esta: “quando a capacidade de transferência torna-se essencialmente negativa, como é o caso dos psicóticos, deixa de haver qualquer possibilidade de influência ou cura” (FREUD, 1912a/ 2006, p.145).

A transferência é um fenômeno que se dá na relação entre médico e paciente, entre o doente e a instituição onde recebe cuidados (FREUD, 1912a). No entanto, o médico ou mesmo as equipes atuantes em instituições de saúde, não a reconhecem como elemento interno e essencial ao manejo do tratamento (MORETTO, 2017).

Freud (1926), em *A questão da análise leiga*, abordou não somente a *transferência*, mas o tema da *resistência* em suas diferentes dimensões, incluindo todas as forças que se opõem ao trabalho da cura, e indicando que “a luta contra todas essas resistências é nosso principal trabalho no curso do tratamento analítico” (p.181). Retomou a hipótese do *inconsciente* para explicar o mecanismo do adoecimento neurótico e também o entendimento de que a doença é utilizada como uma autopunição, além de apresentar uma

espécie de ganho secundário: “É certo que o doente quer se curar, mas também não quer. Seu Eu perdeu a unidade, por isso ele também não mostra uma vontade una. Ele não seria um neurótico se fosse diferente” (p.177). Considerações através das quais anunciava as particularidades das concepções psicanalíticas em detrimento do que quer que se possa aprender num curso de medicina. No próximo capítulo, comentaremos mais detalhadamente essas teses freudianas.

Freud (1926), naquele mesmo escrito, apresentou recomendações referentes à direção do tratamento. A problemática do saber emergiu no debate, uma vez que o autor assinalou, de certo modo, que o não saber, por parte daquele que busca um psicanalista, é um não querer saber. Além disso, sinalizou que o analista não possui um saber prévio que será aplicado de modo a conduzir o paciente.

Ele [o paciente] lhe diz algo que inicialmente nada significa, tanto para você como para ele. Você terá que se decidir a considerar de uma maneira muito especial o material que ele, obedecendo à regra [associação livre], lhe fornece.(...) Com a hipótese de que as informações e ideias espontâneas do paciente são apenas deformações do que é procurado, como que alusões a partir das quais você tem que adivinhar o que se acha escondido atrás. Numa palavra, primeiramente você tem que interpretar esse material, seja ele recordações, pensamentos espontâneos ou sonhos. Isso ocorre, naturalmente, levando em conta as expectativas que em você se formaram enquanto escutava, graças a seu conhecimento especializado. (...) Quando tiver adquirido certa disciplina e dispuser de determinados conhecimentos, suas interpretações não serão influenciadas por suas peculiaridades e resultarão corretas. (...) A isto se relaciona a obrigação de o analista fazer-se apto, mediante profunda análise própria, a acolher sem “pré-conceito” o material analítico. (...) Depois que você acha as interpretações certas, outra tarefa se impõe. Você tem de aguardar o momento certo de comunicar ao paciente sua interpretação, com perspectiva de êxito. (...) Você comete um grave erro quando, talvez num esforço para encurtar a análise, joga suas interpretações no rosto do paciente tão logo as encontra. Assim provoca nele manifestações de resistência, rejeição, indignação, e não consegue que seu Eu se apodere do material reprimido. A prescrição é esperar até que ele se aproxime deste a ponto de, orientado pela interpretação que você sugere, precisar apenas dar alguns passos mais (FREUD, 1926, p.174-176).

Ao apresentar toda a complexidade dos pressupostos psicanalíticos, Freud (1926) acentuou que “o emprego da psicanálise na terapia das neuroses é apenas uma de suas aplicações” (p.215), destacando que ela seria, antes, um instrumento de pesquisa e uma teoria rigorosamente sistematizada – a teoria do inconsciente psíquico. O autor rebateu, definitivamente, a possibilidade de a psicanálise ser assimilada pela medicina: “Não nos parece desejável, de forma nenhuma, que a psicanálise seja engolida pela medicina e venha ter sua morada definitiva nos manuais de psiquiatria, na seção sobre terapias” (FREUD, 1926, p.214).

Não é possível, pois, resumir a psicanálise a um tipo de terapia, assim como não é concebível reduzir o processo de uma análise aos seus efeitos terapêuticos. Conforme vimos, ainda que Freud tenha considerado a dimensão da saúde e da cura no dispositivo por ele criado, a questão ganhou novos contornos a partir de sua abordagem. Convém falar de saúde em psicanálise, pelo fato de esta dimensão estar incluída tanto em sua teoria quanto em sua prática. Mas convém, sobretudo, atentarmos para o que está em jogo quando se fala em cura e em saúde, no âmbito da psicanálise. Desta forma, as especificidades dos pressupostos psicanalíticos não se pulverizarão diante dos imperativos que fundaram as instituições de saúde e as mobilizam.

CAPÍTULO II: O NORMAL, A SAÚDE E O PATOLÓGICO EM FREUD

Assim como Kant nos advertiu para não desprezarmos o fato de que as nossas percepções estão subjetivamente condicionadas, assim também a psicanálise nos adverte para não estabelecermos uma equivalência entre as percepções adquiridas por meio da consciência e os processos mentais inconscientes.

Sigmund Freud

Neste capítulo, discutiremos como a tese freudiana acerca do *inconsciente* e da *psicopatologia da vida cotidiana*, subverteu a fronteira entre o *normal* e o *patológico*. Entendemos, em concordância com Askofaré (2015), que a castração, na teoria freudiana, apresenta-se como *norma* a partir da qual surgem variações individuais, *normalidades*. Evidenciaremos, por isso, o vínculo indissociável entre defesa – contra a castração – e subjetivação. Encontramos, em Freud, apontamentos quanto a uma possível definição de saúde. Veremos, no entanto, que tais apontamentos são geralmente acompanhados de observações quanto aos limites impostos, sobretudo, pelos conflitos inerentes à entrada na cultura e à dimensão pulsional da vivência humana.

O inconsciente e a barreira entre o normal e o patológico

É evidente que os sonhos têm de ser realizações de desejos, uma vez que nada senão o desejo pode colocar nosso aparelho anímico em ação.
Sigmund Freud

Askofaré (2015) acentua que a discussão em torno do par conceitual *normal* e *patológico* não é uma razão freudiana, visto que o criador do dispositivo psicanalítico não se dedicou a definir rigorosamente tais conceitos. O autor sinaliza, no entanto, que a presença de noções como *patológico*, *sadio* e *normalidade*, em Freud, deflagra a problemática do *normal* e do *patológico* em sua teoria. Concordamos com Askofaré (2015) quanto à conclusão de que o *inconsciente*, tal como conceituado pela psicanálise, reconfigura as coordenadas dessa problemática.

Para Freud (1915), a suposição a respeito do inconsciente fez-se necessária pelo fato de a consciência apresentar “um número muito grande de lacunas tanto nas pessoas sadias como nas doentes” (p.192). Essa tese, ele apresentou de modo contundente em *Psicopatologia da vida cotidiana* (1901), onde demonstrou que os processos normais – próprios da vida cotidiana, como atos falhos e lapsos de memória – e os considerados patológicos – como a sintomatologia histérica e as alucinações psicóticas – seguem as mesmas regras. Vejamos como Freud (1901) teorizou a respeito disso:

Compilei um grande número desses atos casuais em mim mesmo e em outras pessoas e, depois de examinar de perto os diferentes exemplos, cheguei à conclusão de que mais merecem o nome de *atos sintomáticos*. Eles expressam algo de que o próprio agente não suspeita neles e que, em regra geral, não pretende comunicar, e sim guardar para si. Assim, exatamente como todos os outros fenômenos que consideramos até agora, desempenham o papel de sintomas. O estoque mais rico desses atos sintomáticos ou casuais é obtido, na verdade, no tratamento psicanalítico do neurótico. (...) No entanto, menciono esses atos por acreditar que eles tenham, nas pessoas normais, o mesmo sentido que têm em meus pacientes (FREUD, 1901, p.193-196).

Freud (1900) identificou que os sonhos – atividade corriqueira, referente ao âmbito da normalidade –, muitas vezes considerados absurdos e ilógicos, davam notícias do funcionamento do inconsciente e dos mecanismos através dos quais a consciência busca censurá-lo. O autor concebeu a interpretação dos sonhos como “via real para o conhecimento das atividades inconscientes” (p.550).

Ao analisar inúmeras produções oníricas, observando o modo com que elas se apresentavam – com conteúdo deformado e vestígios das vivências dos sonhadores –, Freud (1900) concluiu que os processos *inconscientes* corresponderiam a *processos primários*, resquícios de uma fase de desenvolvimento em que constituíam a única espécie de processos psíquicos (FREUD, 1911b). Além disso, concebeu que tais processos estariam sujeitos a um princípio, ao *Princípio do prazer*, o qual impeliria o psiquismo à busca pelo prazer, pela regulação – viabilizada pela descarga de excitação interna – do prazer–desprazer, entendidos como diminuição e aumento da tensão interna, respectivamente. Foram elencadas como características próprias dos processos *inconscientes*: o empenho na obtenção de prazer; a isenção de contradição mútua; a atemporalidade; os processos de deslocamento e condensação de representações e catexias; a substituição da realidade externa pela psíquica. Já os processos estabelecidos no consciente – os *processos secundários* – viriam inibir e sobrepor-se aos primários.

Em consequência do aparecimento tardio dos processos secundários, o âmago de nosso ser, que consiste em moções de desejo inconscientes, permanece inacessível à compreensão e à inibição pelo pré-consciente; o papel desempenhado por este restringe-se para sempre a direcionar pelas vias mais convenientes as moções de desejo vindas do inconsciente. Esses desejos inconscientes exercem uma força compulsiva sobre todas as tendências anímicas posteriores, uma força com que essas tendências são obrigadas a aquiescer, ou que talvez possam esforçar-se por desviar e dirigir para objetivos mais elevados (FREUD, 1900, p.547).

Na concepção freudiana, os sonhos, bem como os sintomas e as alucinações, expressariam desejos inconscientes que buscam por realização. Freud (1900) conceituou o

desejo – *Wunsch*⁶, em alemão – no texto sobre *A Interpretação dos sonhos*, remontando-o aos primórdios da vida psíquica:

a princípio, os esforços do aparelho tinham o sentido de mantê-lo tão livre de estímulos quanto possível; conseqüentemente, sua primeira estrutura seguia o projeto de um aparelho reflexo, de modo que qualquer excitação sensorial que incidisse nele podia ser prontamente descarregada por uma via motora. (...) As exigências da vida confrontam-no, primeiramente, sob a forma das grandes necessidades somáticas. As excitações produzidas pelas necessidades internas buscam descarga no movimento, que pode ser descrito como uma “modificação interna” ou uma “expressão emocional”. O bebê faminto grita ou dá pontapés, inerte. Mas a situação permanece inalterada, pois a excitação proveniente de uma necessidade interna não se deve a uma força que produza um impacto *momentâneo*, mas a uma força que está continuamente em ação. Só pode haver mudança quando, de uma maneira ou de outra (no caso do bebê, através do auxílio externo), chega-se a uma “vivência de satisfação” que põe fim ao estímulo interno. Um componente essencial dessa vivência de satisfação é uma percepção específica (a da nutrição, em nosso exemplo) cuja imagem mnêmica fica associada, daí por diante, ao traço mnêmico da excitação produzida pela necessidade. Em decorrência do vínculo assim estabelecido, na próxima vez em que essa necessidade for despertada, surgirá de imediato uma moção psíquica que procurará recatexizar a imagem mnêmica da percepção e reevocar a própria percepção, isto é, restabelecer a situação da satisfação original. Uma moção dessa espécie é o que chamamos de desejo (FREUD, 1900, p.515-516).

Freud (1900) presumiu que tenha havido um estado primitivo do aparelho psíquico em que o desejo terminava em uma revivência alucinatória da satisfação. Atividade que precisou ser abandonada por não extinguir a necessidade (FREUD, 1900, p.516). Em *Formulações sobre os dois princípios de funcionamento psíquico*, Freud (1911b) explicou que o *Princípio de prazer*, anteriormente mencionado, é substituído pelo *Princípio de realidade* quando a ausência da satisfação esperada acarreta no aparelho psíquico o abandono da tentativa de satisfação por meio alucinatório. O Princípio de realidade levaria, deste modo, a um adiamento da satisfação baseado nas circunstâncias do mundo exterior e no empenho em sua transformação. Para Freud (1911b), se por um lado o princípio de realidade acarretaria adaptações do aparelho psíquico – uma sofisticação de sua relação com a realidade externa, pautada no estabelecimento de funções como a *atenção*, a *memória*, o *pensamento*, a *consciência*; por outro, dissociaria um tipo de atividade de pensamento a qual se mantém livre do teste da realidade, submetida somente ao princípio do prazer. Quanto a essa dissociação, Freud (1900) comentou:

6 No texto freudiano, *Wunsch* vincula-se a palavras do campo representacional – fantasias, pensamentos, sonhos –, dirigindo-se ao que é almejado – distante e idealizado. O termo diferencia-se da concepção de um desejo mais imediato, que estaria mais próximo da noção de vontade ou querer (HANNS, 1996).

Entre essas moções de desejo provenientes da infância, que não podem ser destruídas nem inibidas, há algumas cuja realização seria uma contradição das representações-meta do pensamento secundário. A realização desses desejos não mais geraria um afeto de prazer, mas sim de desprazer; e *é precisamente essa transformação do afeto que constitui a essência daquilo a que chamamos “recalcamento”* (FREUD, 1900, p.547).

Após o recalcamento, as atividades apartadas da consciência seguem suas próprias leis, estabelecidas pelos processos primários, de modo que se torna indistinguível o que é da ordem das fantasias inconscientes ou das lembranças tornadas inconscientes. Freud (1917a) considerou que os sonhos serviam de “protótipo das perturbações mentais”, por revelarem os efeitos do recalcamento, processo de defesa que estaria em jogo também nas formações sintomáticas (1917a, p.275). Na perspectiva freudiana, após esse processo, de supressão dos desejos, “o suprimido continua a existir tanto nas pessoas normais, quanto nas doentes e permanece capaz de funcionamento psíquico” (FREUD, 1900, p.550).

Os sintomas neuróticos, sob esta ótica, corresponderiam a um compromisso o qual ameniza o conflito entre o desejo recalcado e a consciência – responsável pela repressão. Por um lado, canalizariam a excitação proveniente do inconsciente fornecendo-lhe uma espécie de descarga, por outro, possibilitariam a censura e o controle do inconsciente em alguma medida. Freud (1900) relatou o caso de uma paciente cujos vômitos histéricos foram associados à realização de uma fantasia inconsciente datada da puberdade – a fantasia de estar continuamente grávida e ter inúmeros filhos –, acrescida de outro desejo que surgiu posteriormente – o de tê-los com tantos homens quanto possível. Eis sua interpretação: os vômitos freqüentes remetiam aos sintomas de uma gestação e, concomitantemente, levavam a paciente a perder sua boa aparência. Deste modo, o sintoma apresentou-se como aceitável tanto para a fantasia inconsciente quanto para a cadeia de pensamentos críticos e punitivos. Sendo permitido por ambos os lados, pôde emergir. Haveria, assim: o desejo inconsciente; um impulso defensivo contra esse desejo; e o sintoma como expressão desse conflito (FREUD, 1900).

Na concepção freudiana, haveria proximidade também entre os sonhos e as alucinações. Nessa perspectiva, a diferença primordial residiria no fato de o *sonho* ser possibilitado pelo estado de sono e conseqüente relaxamento da consciência, ao passo que a *alucinação* eclode na vigília, influenciando a relação direta com o mundo externo. As atividades alucinatórias foram compreendidas por Freud como resultantes de uma redução patológica da censura e uma intensificação igualmente patológica das excitações inconscientes. Freud (1900) remontou a alucinação aos métodos primitivos de

funcionamento do aparelho psíquico (FREUD, 1900/ 2006, p.151). Isso porque desde cedo considerou como tendência primeira do organismo a revivência de uma experiência prazerosa de modo alucinatório, conforme demonstramos anteriormente. Freud inicialmente apresentou as alucinações psicóticas como manifestações de partes do conteúdo recalçado. Posteriormente, indagou-se acerca do processo que estaria em jogo nestes casos (FREUD, 1915).

A repressão, processo de defesa contra as representações inconscientes, foi considerada a pedra angular da teoria psicanalítica (FREUD, 1914b). O paradigma do recalque, e do retorno do recalçado, foi adotado por Freud como modelo elucidativo dos fenômenos da vida cotidiana, das neuroses e das psicoses por um longo período de sua obra. Os desejos inconscientes, as leis próprias ao inconsciente, a busca por realização destes mesmos desejos e em contrapartida, a instância crítica, repressora, que incide sobre estes desejos, foram elementos nos quais Freud se apoiou para explicar o adoecimento psíquico e os fenômenos enigmáticos da vida cotidiana. Mostrou que há uma dimensão inconsciente no psiquismo, seja ele considerado saudável ou adoecido; que os desejos inconscientes clamam por realização e que esta realização é censurada por não ser tolerada pela consciência.

Os termos *censura*, *defesa*, *recalcamento/ recalque/ repressão (Verdrängung)*, *rejeição (Verwerfung)* e *recusa (Verleugnung)*, foram muitas vezes empregados de forma indiferenciada na abordagem destas temáticas, ainda que tenham sido definidos de maneira mais específica em algumas passagens. Desde o início de suas formulações, Freud indicava que na psicose – por vezes chamada de esquizofrenia, demência precoce, parafrenia – haveria uma espécie de defesa mais específica e mais radical. Hanns (1996) assinala que foi Lacan quem buscou ressaltar as diferenças no emprego freudiano desses conceitos, esclarecendo que:

Verwerfung seria um tipo de “negação” pertinente à psicose. Consistiria em rejeitar ao nível do processo primário algo que deveria ser simbolizado. A *Verleugnung* pertenceria ao processo de “negação” que ocorre na perversão e consistiria em negar a evidência da percepção. Ambos os processos se referem fundamentalmente à negação da castração. A *Verdrängung* seria a defesa preponderante na neurose (HANNIS, 1996, p.374).

Miller (2010), no texto *Efeito do retorno à psicose ordinária*, ao problematizar a clínica baseada no binário *neurose e psicose*, afirmou que é possível extrair, dos textos de Freud e Lacan, o entendimento de que a neurose é a normalidade, de que “uma pessoa supostamente normal é um neurótico que não sofre de sua neurose ou que não sofre muito

de sua neurose, ou ainda que não trata sua neurose pela análise, que trata sua neurose vivendo-a” (MILLER, 2010, p.7). O autor defendeu que em Freud e em Lacan, o Complexo de Édipo conecta neurose e normalidade, assim como fundamenta a realidade.

Tal leitura contrasta com a de Askofaré (2015). Este recorre à teoria de Canguilhem – filósofo, epistemólogo e médico francês – para situar a ambigüidade do termo *normal*, que designa ora um fato capaz de descrição por censo estatístico, ora um ideal, no sentido de protótipo de forma perfeita. Para Askofaré (2015), na teoria freudiana, a castração opera como um processo de normatização que engendra tipos de normalidade. Em suas palavras:

A questão a se perguntar a partir da psicanálise não é se existe ou não uma normalidade e uma norma psíquica, mas aquela a que se reporta a instituição de tais normas e por qual processo de ‘normatização’ o sujeito está em conformidade ou não. Conhecemos a resposta freudiana e sabemos que é invariável: o complexo de Édipo e o de castração, cujo princípio comum é o pai, a função paterna, que é normativa. Digamos, para ser radical, que para Freud a norma é a castração. (...) Na concepção freudiana, a castração, na verdade, engendra geralmente tipos de normalidade. Estes correspondem às diferentes posições que a estrutura permite identificar na localização da castração: recalque, desmentido, foraclusão/ rejeição (...) no lugar de castração, não há posição ideal que seja de pleno reconhecimento – um reconhecimento sem negação – e de assunção integral. A castração como norma é, paradoxalmente, o que introduz na ordem psíquica a anomalia, se entendemos por anomalia, com Canguilhem (1966/1979, p.85), “a variação individual” (ASKOFARÉ, 2015, p.56-57).

A seguir, abordaremos alguns aspectos da abordagem freudiana do *Complexo de Édipo* e da *castração* de modo a buscarmos, em consonância com Askofaré, evidenciar como a castração equivale a uma norma no âmbito da teoria psicanalítica.

A Castração como norma

Porque tal insatisfação, que resulta da substituição do princípio do prazer pelo da realidade, é ela mesmo parte da realidade.

Sigmund Freud

Ao longo de sua vasta pesquisa, Freud aprofundou a noção de conflito, inicialmente esboçada entre os desejos inconscientes e a censura do consciente. No decorrer de suas publicações, tornou-se cada vez mais complexa a consideração pelos conflitos inerentes ao contato com o mundo externo – do qual parte a ameaça de castração –, e ao próprio funcionamento do psiquismo.

Ao analisar os traços característicos dos casos de neuroses – histeria, neurose obsessiva, fobia – e de psicoses – paranóia, esquizofrenia e melancolia –, Freud realizou

uma associação entre defesa – contra a castração e conseqüentemente contra o mundo externo – e subjetivação, por diferentes ângulos. A histeria permitiu-lhe construir a tese a respeito da divisão psíquica, do processo do recalque e da pulsão sexual. Em *Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade*, Freud (1905) evidenciou qual seria o teor dos desejos propulsores dos sonhos e dos sintomas. Neste texto, afirmou que “a neurose é o negativo da perversão⁷” (FREUD, 1905, p.157), indicando que os desejos mantidos no inconsciente do neurótico equivalem aos atos praticados pelos perversos.

A partir dos desvios relacionados ao objetivo e ao objeto sexual humano – a reprodução, os genitais – presentes na sexualidade da vida cotidiana, o autor ressaltou a não coincidência entre sexualidade e reprodução. Tais desvios levaram Freud a abordar o tema referindo-se não a noção de instinto, mas ao termo *pulsão*, descrita como:

o representante psíquico de uma fonte endossomática de estimulação que flui continuamente, para diferenciá-la do estímulo, que é produzido por excitações isoladas vindas de fora. Pulsão, portanto, é um dos conceitos da delimitação entre o anímico e o físico. (...) ela não possui qualidade alguma, devendo apenas ser considerada como uma medida da exigência de trabalho feita à vida anímica. (...) A fonte da pulsão é um processo excitatório num órgão, e seu alvo imediato consiste na supressão desse estímulo orgânico (FREUD, 1905, p.159).

O termo *pulsão* foi traduzido do alemão *Trieb*. Hanns (1996) sublinhou que apesar de a teoria pulsional ter sofrido reformulações ao longo da pesquisa freudiana, o conceito manteve-se próximo dos aspectos denotativos e conotativos da palavra alemã, que abarca:

Um princípio maior que rege os seres vivos e que se manifesta como força que coloca em ação os seres de cada espécie; que aparece fisiologicamente “no” corpo somático do sujeito como se brotasse dele e o agulhoasse; e, por fim, que se manifesta “para” o sujeito, fazendo-se representar ao nível interno e íntimo, como se fosse sua vontade ou imperativo pessoal (HANNIS, 1996, p.338).

Freud (1905) constatou que a *pulsão* sexual humana teria uma disposição originária e universal para as perversões. Encontrou nas manifestações da *sexualidade infantil* a pulsão sexual por excelência, em sua plasticidade. A estimulação provocada pelo ato de mamar, pela entrada do fluxo de leite na cavidade oral do recém nascido, foi considerada por Freud (1905) como a origem da sensação prazerosa. Nessa concepção, inicialmente, a

7 Em meados do século XIX, o saber psiquiátrico incluía entre as perversões práticas como o incesto, a homossexualidade, o fetichismo, o sadomasoquismo, o narcisismo, o auto-erotismo, o exibicionismo e as mutilações sexuais. A partir de 1987, a palavra perversão foi substituída, na terminologia psiquiátrica mundial, por parafilia, que abrange práticas sexuais nas quais o parceiro ora é um sujeito reduzido a um fetiche – pedofilia, sadomasoquismo –, ora o próprio corpo de quem se entrega à parafilia – travestismo, exibicionismo –, ora um animal ou um objeto – zoofilia, fetichismo (ROUDINESCO, 1998).

atividade sexual se apoiaria em funções que atendem à finalidade de autopreservação, como o instinto de nutrição, e, mais tarde, se tornaria independente destas.

As manifestações corporais da histeria – dormências, cegueiras, paralisias – levaram Freud a indagar-se a respeito da relação entre corpo e psiquismo. O autor concluiu que o corpo é tomado como objeto da pulsão sexual, tomado como uma cidade formada por *zonas erógenas* através das quais a pulsão passeia, escoa, satisfaz-se. As fases da sexualidade infantil – autoerotismo, fase oral, fase sádico-anal, fase fálica – diriam respeito à preponderância de algumas zonas erógenas e a relação destas com pulsões parciais. Fases que se sobrepõem com a maturação sexual e para as quais pode haver uma *regressão*.

Tendo em vista a relação estabelecida entre a criança e a figura da qual recebe os primeiros cuidados, bem como as consequências dela decorrentes, Freud estabeleceu a teoria do *Complexo de Édipo*, fazendo alusão à tragédia e mitologia grega de Édipo, personagem destinado a matar o pai e casar-se com a mãe. Para Freud (1905), o respeito à barreira do incesto seria, acima de tudo, uma exigência cultural. Nesse sentido, à criança são transmitidos os valores culturais e o registro de que entrar na cultura equivale a renunciar suas inclinações primeiras – tomar a mãe como objeto sexual e rivalizar com o pai. A vergonha, o asco e a compaixão seriam construções sociais, tais como a moral e a autoridade, que buscam restringir a orientação da pulsão sexual, mantendo-a limitada ao que foi socialmente compactuado como normal. A pulsão sexual, no entanto, como exigência de trabalho, luta contra tais forças as quais funcionam como resistências. (FREUD, 1905, p.97)

Freud advertiu numa nota de rodapé, acrescida aos *Ensaio sobre a sexualidade*, em 1920: “cada ser humano confronta-se com a tarefa de dominar o complexo de Édipo, e aquele que não consegue realizá-la sucumbe à neurose”(FREUD, 1905, p.224). Nesse sentido, a neurose refere-se, pois, a algum ponto mal elaborado na travessia do Complexo de Édipo; na tarefa de abrir mão das aspirações infantis. O neurótico transforma atos censuráveis, proibidos pela cultura, em desejos ou fantasias inconscientes. Nesse sentido é que Freud tomou a neurose como negativo da perversão, concebendo o sintoma neurótico como uma expressão convertida de pulsões que seriam designadas de perversas, caso fossem expressas diretamente. Os sintomas, nessa concepção, são substitutos de uma série de desejos investidos de afeto; extraem sua força da pulsão sexual. Os neuróticos preservam o estado infantil de sua sexualidade ou foram transportados para ele. As zonas erógenas, deste modo, atuariam como aparelhos acessórios e substitutos da genitália. Entre

a premência da pulsão e o antagonismo da castração imposta pela entrada no mundo civilizado, haveria a saída para a doença (FREUD, 1905).

O pai e a castração na neurose e no totemismo

Em *Totem e Tabu* (1913b), Freud corroborou a tese presente em *Três Ensaio*s, concluindo que “o fato característico da neurose é a preponderância dos elementos sexuais sobre os elementos instintivos sociais” (FREUD, 1913/2006 p.56). Através de um estudo sobre o *totemismo* – sistema religioso e social de povos australianos considerados como os mais primitivos na escala da civilização – o autor atestou que a civilização se estabeleceu a partir de dois tabus os quais incidem sobre a agressividade e a sexualidade humana.

De acordo com a investigação freudiana (1913b), grande parte de costumes e práticas presentes tanto em sociedades antigas quanto em modernas apresentam-se como remanescentes do totemismo. Este sistema é formado por clãs cujos ancestrais são de espécie animal. Dentre as regras norteadoras dos clãs estão: a proibição de comer ou matar seus próprios animais totêmicos, isto é, seus ancestrais; e a proibição de relações sexuais dos membros entre si. A teoria freudiana sublinhou que à lei cabe proibir o que não é proibido por sua natureza. O tabu acerca do incesto testemunharia, assim, a favor da suposição de que os desejos incestuosos tratar-se-iam de uma inclinação humana; assim como a proibição quanto à morte do animal totêmico estaria associada ao elemento hostil direcionado à figura paterna. Na concepção freudiana, a atitude ambivalente frente ao pai se dá na medida em que este aparece como um objeto estimado pela mãe: ao pai é atribuído o castigo da castração (FREUD, 1913b/ 2006 p.94).

Na interpretação dada por Freud ao totemismo, o totem, ou animal totêmico representa a figura paterna, e as duas principais regras do sistema – não matar o totem e não ter relações sexuais com membros de seu próprio clã –, estão intimamente ligadas aos dois crimes de Édipo, a saber, o assassinato do pai e o casamento com a mãe, assim como os dois desejos primários infantis (FREUD, 1913b/ 2006, p.95). Freud lançou luz sobre a espécie de fuga cometida pelo neurótico: fuga para um mundo mais agradável, o da fantasia, onde nem a sexualidade – *perverso polimorfa* –, nem a agressividade são reprimidas. Concluiu que, em toda neurose, “o que determina a formação dos sintomas é a realidade, não da experiência, mas da fantasia” (FREUD, 1913b, p.109).

Freud (1913b) remontou à organização dos povos primitivos e às teorias

darwinianas do estado primitivo da humanidade, para propor uma compreensão da fundação da cultura e da neurose. Na horda primeva proposta por Darwin, haveria um pai ciumento e violento o qual guardava todas as fêmeas para si, expulsando os filhos à medida que amadurecessem. (FREUD, 1913b, p.101-102) De acordo com a teoria freudiana, em determinado momento o pai tirânico é confrontado e assassinado após o grupo de filhos exilados ganhar força. Assassinato seguido do ato de devorar o pai, através do qual os filhos realizariam uma identificação com ele, adquirindo parte de sua força.

Nessa direção, a refeição totêmica, ritual onde há matança do totem que também é devorado e em seguida pranteado, equivaleria à repetição e comemoração desse marco memorável e criminoso, que, segundo Freud (1913b), foi o primeiro dos inúmeros passos dados pelo homem na direção da civilização com toda sua organização social, suas restrições morais e religiões. O autor demarcou a atitude emocional ambivalente dos primitivos para com esse animal totêmico. Embora sua morte seja proibida, sua matança é permitida de tempo em tempo, em ocasião festiva, assim como é seguida de lamentação. Nesse sentido, associou o pai mítico da horda primeva, que além de odiado, por apresentar-se como um obstáculo ao anseio de poder e aos desejos sexuais, foi o pai também amado e admirado por representar uma figura poderosa e desejada.

Segundo Freud (1913b), depois de satisfeito o ódio, a afeição recalcada estava fadada a fazer-se sentir sob a forma de remorso. O pai morto tornou-se mais forte do que o fora vivo – o que era interdito por sua existência real foi doravante proibido pelos filhos. Estes anularam o próprio ato, proibindo a morte do totem, o substituto do pai; e renunciaram à reivindicação das mulheres que agora tinham sido libertadas. Criaram assim, do sentimento de culpa filial, os dois tabus fundamentais do totemismo, que correspondem aos dois desejos reprimidos do complexo de Édipo. Estes dois tabus, para a teoria freudiana, seriam os precursores da moralidade humana (FREUD, 1913b, p.102).

Na concepção freudiana, os impulsos infantis, agressivos e incestuosos, são necessariamente censurados, em ocasião da entrada na cultura. No caso da neurose, tais impulsos seriam (re) despertados ou insuficientemente recalcados. Nesse sentido, o adoecimento tratar-se-ia de uma saída para o conflito estabelecido entre a pulsão e a castração, a renúncia à sexualidade infantil (FREUD, 1905, 1913b). A figura paterna aparece, pois, como um elemento traumático, representante dos tabus e das leis, de modo que aquele que não se curva às leis com o auxílio dessa figura, está fadado à neurose. Nestes casos, a tentação do incesto mantém-se nos pensamentos inconscientes. A barreira

ao incesto é então transgredida nas fantasias. Os sonhos e os sintomas dariam notícias destas fantasias, desta fixação incestuosa da libido, entendida como energia da pulsão sexual. (FREUD, 1905, p.223)

Psicose, narcisismo e ideal do Eu

O Complexo de Édipo, na visada freudiana, está intimamente relacionado com a natureza e a origem da consciência e do senso de culpa. O surgimento das religiões, da moral, da sociedade e das artes convergiria para o Complexo de Édipo. Nesse contexto, a arte foi considerada por Freud (1913) como único campo da civilização onde a onipotência das fantasias tem lugar após a inibição da ação. Em suma, estabelece-se, pois, um paralelo entre a satisfação a que a civilização precisou renunciar – já que, na ausência das leis, a luta entre desejos contraditórios instalaria o caos – e a satisfação a que o neurótico precisou igualmente renunciar. Freud apontou que na psicose haveria uma peculiaridade justamente no momento em que deveria haver essa renúncia.

As teorizações encontradas em *Três Ensaio e Totem e Tabu*, respondiam aos problemas levantados pela neurose. O abandono da hipnose permitiu a Freud conjecturar sobre o assunto. Ao passar a palavra para a histérica no intuito de levá-la a (re) conhecer os desejos latentes associados a seus manifestos sintomas, observou que havia uma resistência ao reconhecimento destes desejos pelo fato de causarem repulsa à consciência, moldada a partir da adesão às exigências sociais. Ao analisar casos de esquizofrenia, paranóia, megalomania, Freud (1914) constatou que nesses quadros as fantasias não ocupavam o mesmo lugar que ocupam na neurose.

Freud (1912) situou como pré-condição de todo adoecimento neurótico a introversão da libido, ou seja, a diminuição da energia da pulsão sexual disponível à consciência e voltada para realidade, e seu conseqüente aumento no inconsciente. A libido, afastada do mundo externo, alimentaria fantasias e reanimaria imagens infantis que a partir de uma realidade psíquica determina a construção dos sintomas nas neuroses. Nisso consistiria a máxima da neurose como negativo da perversão. Em *Introdução ao Narcisismo*, Freud (1914) diferencia *libido do eu* de *libido de objeto*, mostrando que a introversão da libido, na neurose, diz respeito a uma libido que está ligada ao objeto, à representação inconsciente de objeto. O inventor da Psicanálise verificou que os neuróticos retiram do

mundo sua libido, mas mantém relação erótica com pessoas e coisas na fantasia, diferente do que ocorreria na psicose. (FREUD, 1914c)

Um paciente que sofre de histeria ou de neurose obsessiva, enquanto sua doença persiste, também desiste de sua relação com a realidade. Mas a análise demonstra que ele de modo algum corta suas relações eróticas com as pessoas e as coisas. Ainda as retém na fantasia, isto é, ele substitui, por um lado, os objetos imaginários de sua memória por objetos reais, ou mistura os primeiros com os segundos, e, por outro, renuncia à iniciação das atividades motoras para a obtenção de seus objetivos relacionados àqueles objetos. [...] Com o parafrênico [psicótico] a situação é diferente. Ele parece realmente ter retirado sua libido de pessoas e coisas do mundo externo, sem substituí-las por outras na fantasia. Quando *realmente* as substitui, o processo parece ser secundário e constituir parte de uma tentativa de recuperação, destinada a conduzir a libido de volta a objetos (FREUD, 1914c, p.46).

A libido retirada do mundo externo pelo psicótico não seria, pois, investida na fantasia, mas retida no *Eu*. A megalomania apareceria neste contexto como uma espécie de elaboração interna desta libido. Ela representa um domínio psíquico sobre essa montante de libido, ou seja, uma introversão para o delírio de grandeza. Do fracasso desta realização, nasceria a hipocondria da psicose e um represamento libidinal patogênico no *Eu*, o qual incita o processo e as marcantes manifestações da doença. (FREUD, 1914c/2006, p.53)

Freud (1914) explicou que o momento crucial do adoecimento, na psicose, diria respeito ao desprendimento da libido em relação ao mundo externo, sendo extremamente silencioso. Nessa concepção, o emergir dos delírios e todos os fenômenos observáveis, diriam respeito a uma tentativa de cura, tentativa de retomada da relação com as pessoas e o mundo, ainda que de maneira intensa e muitas das vezes hostil. (FREUD, 1911a, p.43-45)

A concepção do delírio psicótico como tentativa de cura foi apresentada no estudo do caso Schreber, em 1911. No entanto, no texto sobre o narcisismo (1914) e no artigo sobre o inconsciente (1915), a teoria ganha maior densidade a partir da noção de que há uma retração da libido a qual não se volta para um objeto fantasiado, mas para o *Eu*. Pelo fato de interessar-nos tanto a perspectiva de uma tentativa de cura, como o incremento do mecanismo da *repressão* e da defesa empreendida na psicose, abordaremos brevemente como o assunto foi abordado por Freud nesse período.

Em *O inconsciente*, Freud (1915) esclareceu que a *repressão* inibe um impulso pulsional, impedindo-o de se transformar numa manifestação de afeto, numa alteração interna do corpo. Nesse sentido, além de suprimir o afeto – processo de descarga cujas manifestações finais são percebidas como sentimentos –, cerceando seu desenvolvimento

por meio da repressão, o consciente controlaria também a motilidade. O controle sobre a motilidade voluntária, no entanto, se daria com menos dificuldade do que o controle sobre a afetividade, disputado com o inconsciente e seus impulsos pulsionais. Ocorreria, assim, “misturas entre as forças operativas” (FREUD 1915, p.205).

A *repressão* promove uma ruptura entre o afeto e a ideia a ele vinculada, levando-os a passarem, posteriormente, por vicissitudes isoladas. Um impulso pulsional, por exemplo, pode encontrar uma ideia substitutiva na consciência, e o afeto pode assim ser desenvolvido associando-se a essa ideia. Na psicose, de acordo com as formulações freudianas, a libido não se vincularia a um novo objeto, mas refugiar-se-ia no Eu, restabelecendo uma condição de “narcisismo de ausência de objeto” (FREUD, 1915, p.225). Freud observou que muito do que é expresso conscientemente na psicose, na neurose só pode revelar sua presença no inconsciente através da psicanálise. Observou, enfim, que a formação de substitutos na esquizofrenia diverge do que ocorre nas neuroses.

Na concepção freudiana, a representação – a ideia separada do afeto pela repressão – possuiria duas dimensões: a *apresentação coisa* e *apresentação palavra*. A primeira refere-se aos traços de memória da coisa, a segunda, ao aspecto verbal, necessário para tomada de consciência. A *repressão*, nessa perspectiva, nega a tradução em palavras, mas a *apresentação coisa*, os traços, mantém-se no inconsciente. A análise operaria, assim, ligando *apresentação coisa* e *apresentação palavra*, levando em consideração a localização do afeto a elas associado.

Freud (1915) inferiu que o psicótico não mantém relação inconsciente com a apresentação coisa, com as primeiras catexiais objetais. A catexia da *apresentação da palavra*, nestes casos, representaria uma tentativa de cura, tentativa de recuperação do objeto perdido – relação com as pessoas e as coisas – através de sua dimensão verbal, o que implicaria em tratar coisas concretas como se fossem abstratas. No texto sobre *o inconsciente*, Freud sugeriu que o processo de *repressão* não seria apropriado para explicar os mecanismos da psicose, onde é retirado o investimento libidinal da apresentação inconsciente do objeto, *apresentação coisa*. Conforme mencionamos anteriormente, em sua retomada da obra freudiana, Lacan sistematizou a diferença entre os mecanismos presentes nos quadros de neurose e de psicose. O autor resgatou o termo *verwerfung*,

presente em alguns textos de Freud⁸, para associá-lo à modalidade mais radical de negação da castração, própria da psicose, e posteriormente propôs traduzi-lo para a expressão *foraclusão*, oferecendo uma nova leitura (ROUDINESCO, 1998; HANNS, 19996).

Freud, diante da necessária suposição da retração da libido para o eu, denominada *libido do eu*, em detrimento da *libido do objeto*, incrementou sua teoria pulsional, considerando o *narcisismo* como uma fase do desenvolvimento libidinal, fase a qual se sobrepõe ao autoerotismo, dando uma unidade ao eu, tornando o eu um objeto privilegiado de investimento libidinal.

A conduta narcísica, comum aos casos de psicose, foi tomada por Freud como secundária em relação à existência de um originário investimento libidinal do Eu, silencioso, ligado à constituição corporal, denominado *narcisismo primário*, o qual posteriormente é cedido aos objetos. Na ótica freudiana, os pais revivem seu narcisismo no trato com seus filhos, transformando-o em amor objetal através do ideal. Dessa forma, agem como se em seus filhos fossem concretizar seus sonhos não realizados (FREUD, 1914c, p.56). Nesse cenário, a criança encontra-se inicialmente inflada deste narcisismo secundário dos pais (que busca restituir uma condição anterior de satisfação narcísica), e que constituirá um solo por onde poderá se desenvolver seu narcisismo primário. Assim se constitui uma estrutura que responde à estrutura edípica, onde a criança se esforça por corresponder ao desejo parental em nome do amor, com medo da perda de amor.

Nos casos de psicose essa operação não se realiza e o narcisismo encontrado nos delírios de grandeza ou na megalomania é uma reconstituição em nível de narcisismo secundário (projetado no campo do outro) de uma condição ligada ao narcisismo primário onde o eu é dotado ele mesmo das qualidades de perfeição. O que se encontra no delírio é uma tentativa de restituir secundariamente uma formação narcísica primária que diz respeito à constituição do corpo e do eu no nível da linguagem. Desta forma é que a psicose nos dá notícias do que está em jogo na formação primitiva do eu.

A partir da hipótese do narcisismo, o inventor da psicanálise chegou à tese sobre o *ideal do eu*, diante da qual refinou a teoria acerca do mecanismo de repressão e incrementou o modelo de funcionamento do aparelho psíquico, esclarecendo como a instância social se apresenta na mente.

8 O termo aparece de forma indiscriminada em alguns textos freudianos; em outros, como em *História de uma neurose infantil* (1914-1918), Freud busca particularizá-lo, diferenciando repressão (Verdrängung) de rejeição (Verwerfung).

O que ocorre é que o narcisismo infantil encontrará um limite à sua onipotência, à onipotência de seus desejos, no Complexo de Édipo. Nesse sentido o Complexo de Édipo está relacionado a uma certa ferida narcísica imposta pela castração. No entanto, no caso da neurose em paralelo às feridas narcísicas, há o reconhecimento dos valores morais e culturais. Há um assentimento em relação à norma social. O falante elege-os como ideais, identificando-se e devotando-se a eles. Desloca-se, assim, o narcisismo infantil para um ideal – movimento que possibilita a repressão das inclinações agressivas e incestuosas (FREUD, 1914c).

Esse ego ideal é agora o alvo do amor de si mesmo (*self-love*) desfrutado na infância pelo ego real. O narcisismo do indivíduo surge deslocado em direção a esse novo ego ideal, o qual, como o ego infantil, se acha possuído de toda perfeição de valor. Como acontece sempre que a libido está envolvida, mais uma vez aqui o homem se mostra incapaz de abrir mão de uma satisfação de que outrora desfrutou. Ele não está disposto a renunciar à perfeição narcísica de sua infância; e quando, ao crescer, se vê perturbado pelas admoestações de terceiros e pelo despertar de seu próprio julgamento crítico, de modo a não mais poder reter aquela perfeição, procura recuperá-la sob a nova forma de um ego ideal. O que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o seu próprio ideal. (FREUD, 1914c, p. 57-58)

Nesse sentido, a satisfação narcísica será alcançada a partir do ideal do Eu e para isso, o Eu passa a ser mensurado – deve estar à altura das exigências do ideal. A consciência moral aparece como uma instância cujo propósito é atualizar estas exigências. Sua instituição é entendida por Freud como uma “corporificação da crítica dos pais, educadores e da sociedade de modo geral” (FREUD, 1914c, p.58).

O delírio de ser perseguido apresentaria esta instância de forma regressiva – não como uma consciência moral, mas como mandamentos vindos do mundo externo. Na psicose, não há investimento no ideal, ou seja, um deslocamento do narcisismo infantil para o ideal. Pelo contrário, a libido é retirada de toda e qualquer uma de suas influências externas. Desta forma, a consciência moral aparece como vinda de fora, comparece regressivamente como outro hostil, que vigia e persegue (FREUD, 1914c).

O Supereu como representante da lei

Em *O Eu e o Id*, Freud (1923) elucidou que a identificação é o modo de constituição do *Eu* e da instância diferenciada do *Eu*, o *Supereu*. Naquele escrito, este mecanismo foi compreendido como um modo de defesa do *Eu*, uma forma de domínio das pulsões. A partir de desdobramentos da teoria sobre o narcisismo, Freud (1923) concluiu

que o investimento objetal é substituído pela identificação. Ou seja, concluiu que o *Eu* se insinua como objeto para a libido a partir dos investimentos externos.

Freud (1923) sublinhou a identificação como condição sob a qual o *Eu* abandona seus objetos infantis. E chegou à concepção de que o “caráter do *Eu* é um precipitado dos investimentos objetais abandonados, de que contém a história dessas escolhas de objeto” (FREUD, 1923, p. 36). Essa transformação, de uma escolha erótica de objeto numa alteração do *Eu*, apresenta-se como uma via pela qual o *Eu* pode controlar o inconsciente que, a partir do referido texto de 1923, é denominado de *Id*. A dimensão inconsciente do psiquismo foi ampliada a partir das reformulações propostas em *O Eu e o Id: o inconsciente não se restringiria mais ao recalcado*; o *Supereu*, a consciência moral, seria uma diferenciação do *Eu*, mas não teria relação estreita com a consciência, comportando-se como o persistente *inconsciente reprimido*. O *Eu*, por sua vez, é apresentado como a porção do *Id* modificada pela influência direta do mundo externo – “o *Eu* é, sobretudo corporal, não é apenas uma entidade superficial, mas ele mesmo a projeção de uma superfície” (FREUD, 1923, p.32).

Freud (1923) destacou o *Eu* assume os traços dos objetos oferecendo-se ao *Id* como objeto de amor, procurando compensá-lo de sua perda. Assinalou, ainda, que serão gerais e duradouros os efeitos das identificações iniciais, sucedidas na idade mais tenra. O autor considerou que o *Supereu* equivale ao resíduo das primitivas escolhas objetais abandonadas do *Id* as quais são convertidas em identificações; assim como também representa uma formação reativa contra essas escolhas. Em relação a essa discussão, explicou:

Mas o Super-eu não é simplesmente um resíduo das primeiras escolhas objetais do *Id*; possui igualmente o sentido de uma enérgica formação reativa a este. Sua relação com o *Eu* não se esgota na advertência: "Assim (como o pai) você deve ser"; ela compreende também a proibição: "Assim (como o pai) você não pode ser, isto é, não pode fazer tudo o que ele faz; há coisas que continuam reservadas a ele". Essa dupla face do ideal do *Eu* deriva do fato de ele haver se empenhado na repressão do complexo de Édipo, de até mesmo dever sua existência a essa grande reviravolta. (...) Como os pais, em especial o pai, foram percebidos como obstáculo à realização dos desejos edípicos, o *Eu* infantil fortificou-se para essa obra de repressão, estabelecendo o mesmo obstáculo dentro de si. Em certa medida tomou emprestada ao pai a força para isso, e esse empréstimo é um ato pleno de consequências. O Super-eu conservará o caráter do pai, e quanto mais forte foi o complexo de Édipo tanto mais rapidamente (sob influência de autoridade, ensino religioso, escola, leituras) ocorreu sua repressão, tanto mais severamente o Super-eu terá domínio sobre o *Eu* como consciência moral, talvez como inconsciente sentimento de culpa (FREUD, 1923, p.43).

Freud (1923) considerou que o *Supereu* assume o lugar de representante da lei, equivalendo a uma espécie de pacto com o pai, tal como se configuram os tabus e rituais totêmicos. O *Supereu* se apresentaria, assim, como um ordenador social, uma vez que a identificação com os valores culturais regula a sexualidade e a agressividade. O inventor da psicanálise pontuou, no entanto, que o *Supereu* possui uma face cruel e sádica, impondo-se ao Eu severamente.

Supereu e pulsão de morte

A auto-recriminação e o auto-envilecimento presentes nos quadros de melancolia, bem como a feroz autocrítica exibida nas neuroses obsessivas, levaram Freud a uma investigação minuciosa da consciência crítica e do sentimento de culpa tão preponderante nesses quadros.

Em 1920, após a constatação de que havia uma espécie de repetição a qual contrariava o princípio do prazer, por não gerar satisfação para nenhuma instância, nem consciente nem inconsciente, o autor havia apresentado sua tese sobre o *além do princípio do prazer*, propondo uma segunda espécie de pulsões – as pulsões de morte –; e um novo dualismo pulsional – entre pulsões de vida e pulsões de morte. Os principais elementos analisados nessa discussão foram os sonhos traumáticos das neuroses de guerra, caracterizados não pelo desejo de cura, mas pela devastação; a repetitiva brincadeira infantil de seu neto, assentada na repetição de uma vivência desprazerosa; e um traço demoníaco na vivência do neurótico, que o atrela a seu sintoma, fazendo-o não somente resistir à cura, mas adoecer ainda mais após dela se aproximar. O *Supereu* foi formulado para elucidar este último problema. Através da conceituação dessa instância, Freud mostrou-nos como a pulsão de morte atua no psiquismo.

As reformulações de 1920 trouxeram as pulsões de vida como as pulsões mais visíveis e acessíveis ao conhecimento, compreendendo a pulsão sexual desinibida, os impulsos pulsionais inibidos na meta e a pulsão de autoconservação, anteriormente discriminada das pulsões sexuais. Já as pulsões de morte, compreenderiam as forças as quais buscam reconduzir o organismo ao estado inanimado, sendo tratadas de várias maneiras: em parte tornadas inofensivas pela mistura com componentes eróticos, em parte desviadas para fora como agressão, e em larga medida prosseguem desimpedidas em seu trabalho no mundo interior.

De acordo com a teoria freudiana, quase nunca lidamos com as pulsões isoladas, mas amalgamadas em diferentes proporções (FREUD, 1926b). Encontraríamos no componente sádico da pulsão sexual, um exemplo de mescla instintual; e no sadismo independente, um exemplo de disjunção. As pulsões sexuais, sob a forma de necessidades, de exigência de trabalho, mantêm o nível de tensão interno. Quando há uma diminuição da tensão, pela satisfação, ou pela dessexualização da libido – mudança de meta –, a pulsão de morte fica livre para realizar seus objetivos, a saber, a anulação de toda e qualquer tensão.

Para Freud (1923), toda identificação teria o caráter de uma dessexualização da pulsão, que acarreta, por conseguinte, uma disjunção pulsional onde o componente erótico não mais tem a força de vincular a destrutividade a ele combinada, e esta é liberada como pendor à agressão e à destruição. Vimos que o Supereu nasce de uma identificação. O fato novo é que ele nasce também de uma disjunção pulsional. O Eu, tendo controlado a libido por meio da identificação, receberia em troca a punição do Supereu, através da agressividade da pulsão de morte. Freud evidenciou que quanto mais alguém controla sua agressividade, mais aumenta a inclinação agressiva do Supereu ante o Eu. O autor atribuiu ao Supereu um caráter pulsional: “tal como a criança esteve um dia sob a compulsão de obedecer aos pais, assim o ego se submete ao imperativo categórico do seu superego” (FREUD, 1923, p.64). O Supereu teria, pois, origem também no que foi ouvido (palavras, conceitos, abstrações), mas sua energia viria do interior do Id. A teoria freudiana articulou, assim, lei e pulsão, lançando luz sobre o sentimento de culpa, a necessidade de punição.

Para o Eu, é tão importante estar em harmonia com o Super-eu quanto com o Id. Desavenças entre Eu e Super-eu têm grande relevância para a vida psíquica. Você já adivinha que o Super-eu é o portador do fenômeno que chamamos “consciência moral”. Para a saúde psíquica interessa muito que o Super-eu tenha se desenvolvido normalmente, isto é, que tenha se tornado impessoal o bastante. Justamente isso não acontece no neurótico, cujo complexo de Édipo não experimentou a transformação correta. Seu Super-eu ainda confronta o Eu tal como um pai severo faz com o filho, e sua moralidade consiste, de modo primitivo, em o Eu ser castigado pelo Super-eu. A doença é utilizada como meio para essa “autopunição” (FREUD, 1926b, p.180).

A partir destas formulações, Freud explicou o mecanismo em jogo na *reação terapêutica negativa*, diferenciando-a do ganho secundário da doença.

Analisando essa resistência da maneira habitual, e tirando-lhe a atitude de rebeldia com o médico, a fixação nas formas de benefício a partir da doença, sobra ainda a maior parte, e isto se revela o mais forte obstáculo ao restabelecimento, mais forte do que a inacessibilidade narcísica, a atitude negativa ante o médico e o apego ao benefício da doença, já nossos conhecidos. Afinal chegamos a perceber que se trata de um fator "moral", digamos, de um

sentimento de culpa que encontra satisfação no fato de estar doente e não deseja renunciar ao castigo de sofrer. (Freud, 1923, p.61-62)

Além disso, especificou e descreveu os diferentes tipos de resistência à cura:

Um exame mais aprofundado revela que temos de combater cinco tipos de resistência, que provêm de três lados: do Eu, do Id e do Super-eu — sendo que o Eu é a fonte de três formas, cada qual diferente em sua dinâmica. A primeira dessas três resistências do Eu é a resistência da repressão, (...). Dela se distingue a resistência da transferência, que é da mesma natureza, mas que na análise se manifesta de modos diferentes e bem mais nítidos, pois consegue estabelecer uma relação com a situação analítica ou com a pessoa do analista, assim revivendo uma repressão que deveria ser apenas lembrada. É também resistência do Eu, mas completamente de outra natureza, aquela que procede do benefício da doença e que se baseia na assimilação do sintoma ao Eu. Ela corresponde à revolta contra a renúncia a uma satisfação ou alívio. O quarto tipo de resistência — o do Id — é o que vimos como responsável pela necessidade da elaboração. A quinta resistência, a do Super-eu, reconhecida por último, a mais obscura, mas nem sempre mais fraca, parece originar-se da consciência de culpa ou necessidade de castigo; ela desafia todo êxito, e, portanto, também a cura pela análise (FREUD, 1926a, p.107-108).

No artigo *O problema econômico do masoquismo*, Freud (1924) associou a repressão promovida pela cultura com o sadismo do Supereu e o masoquismo do Eu:

A volta do sadismo contra a própria pessoa acontece regularmente na *repressão cultural dos instintos*, que impede que boa parte dos componentes instintuais destrutivos da pessoa tenham aplicação na vida. Pode-se imaginar que esta porção refreada do instinto de destruição surja no eu como uma intensificação do masoquismo. Mas os fenômenos da consciência [moral] levam a supor que a destrutividade que retorna do mundo exterior também é acolhida pelo Supereu sem tal transformação e eleva o sadismo deste para com o Eu. O sadismo do Supereu e o masoquismo do Eu complementam um ao outro e se juntam para produzir as mesmas conseqüências. (FREUD, 1924c, p.201).

O autor explicou, assim, como a repressão das pulsões resulta num sentimento inconsciente de culpa.

Castração e subjetivação

Em *Inibição, sintoma e angústia*, Freud (1926b) apresentou o complexo de castração como o motor da defesa, e as tendências do complexo de Édipo como alvo. Nesse sentido, o ponto de partida da formação de sintomas seria a destruição do complexo de Édipo e o medo da castração seria o motor da oposição do Eu. O castigo do supereu, por sua vez, seria um prosseguimento do castigo da castração. Neste texto, Freud (1926b) abordou a angústia como sinal afetivo do perigo da castração ou de um perigo que é dela derivado, constituindo a reação a uma perda, a uma separação (FREUD, 1926b, p.70).

Freud (1926b) considerou que o conteúdo da situação de perigo altera-se, passando pelo desamparo e dependência inicial do bebê o qual acarreta o medo da perda da mãe como objeto; pelo perigo da perda do genital, decorrente do desenvolvimento da sexualidade; e pela ameaça do Supereu, após a constituição do aparelho mental.

Os progressos no desenvolvimento da criança, sua crescente independência, a mais clara diferenciação de seu aparelho psíquico em várias instâncias, o surgimento de novas necessidades, não podem deixar de influir sobre o conteúdo da situação de perigo. Acompanhamos a mudança desta, da perda do objeto materno à castração, e vemos que o passo seguinte é ocasionado pelo poder do Super-eu. Com a impessoalização da instância parental, da qual se temia a castração, o perigo se torna mais indeterminado. A angústia da castração evolui para angústia de consciência, angústia social. Agora já não é tão fácil dizer o que a angústia teme. A fórmula “separação, exclusão da horda” diz respeito somente àquela porção ulterior do Super-eu que se desenvolveu apoiando-se em modelos sociais, não ao núcleo do Super-eu, que corresponde à instância parental introjetada. Expresso de maneira mais geral, é a raiva, o castigo do Super-eu, a perda do amor deste, que o Eu avalia como perigo e a que responde com o sinal de angústia. Pareceu-me que a variante final dessa angústia ante o Super-eu é a angústia diante da morte (pela vida), o medo da projeção do Super-eu nos poderes do destino (FREUD, 1926b, p.81-82).

Freud (1926b) elucidou que a defesa é uma condição da subjetivação. Associou a etiologia da neurose a características biológicas, filogenéticas e psicológicas da existência humana: o desamparo e dependência inicial; as conseqüências de sua descontínua maturação sexual e o funcionamento de seu aparato psíquico, dividido em instâncias.

O segundo fator, o filogenético, é apenas inferido por nós; um fato notável do desenvolvimento da libido nos leva a supô-lo. Vemos que a vida sexual do ser humano não se desenvolve de maneira contínua do início até a maturação, (...), mas que, após um primeiro florescimento que dura até os cinco anos de idade, sofre uma enérgica interrupção, para depois começar novamente na puberdade, retomando os germens infantis. (...) A significação patogênica desse fator é demonstrada pelo fato de as exigências instintuais dessa sexualidade infantil serem, na maioria, tratadas como perigo pelo Eu e rechaçadas, de modo que os posteriores impulsos sexuais da puberdade, que deveriam ser conformes ao Eu, correm o perigo de sucumbir à atração dos modelos infantis originais e acompanhá-los na repressão. (...) É digno de nota que o primeiro contato com as exigências da sexualidade tenha, sobre o Eu, efeito semelhante ao do prematuro encontro com o mundo exterior. (...) O terceiro fator, o psicológico, deve ser buscado numa imperfeição de nosso aparelho psíquico relacionada justamente à sua diferenciação em um Eu e um Id, ou seja, também remonta, em última instância, à influência do mundo exterior. Atentando para os perigos da realidade, o Eu é obrigado a pôr-se em defesa contra certos impulsos instintuais do Id, a tratá-los como perigos. Mas o Eu não pode proteger-se de perigos instintuais internos de modo tão eficaz como de uma porção da realidade que lhe é alheia. Sendo ele mesmo ligado intimamente ao Id, pode rechaçar o perigo instintual somente restringindo sua própria organização e admitindo a formação de sintomas em compensação por prejudicar o instinto (FREUD, 1926b, 101-103).

Freud (1926b) esclareceu que na neurose obsessiva podemos constatar isso mais nitidamente do que “em casos normais e histéricos” (p.50). Nela, o período de latência da sexualidade, caracterizado pela dissolução do complexo de Édipo, pela criação ou consolidação do Supereu e pelo estabelecimento de barreiras éticas e estéticas no Eu, é acompanhado da degradação regressiva da libido. Ou seja, a organização genital da libido se revela fraca e pouco resistente. Quando o Eu dá início a seu empenho defensivo, o primeiro resultado obtido é que a organização genital (da fase fálica) é recuada, totalmente ou em parte, ao anterior estágio sádico-anal. Há, pois, uma disjunção de instintos, um afastamento dos componentes eróticos que com o início da fase genital haviam se agregado aos investimentos destrutivos da fase sádica. O Supereu torna-se, por isso, rigoroso e o Eu desenvolve, em obediência a ele, elevadas formações substitutivas. As *formações reativas* no *Eu* (conscienciosidade, compaixão, asseio) operam, nesse caso, como um novo mecanismo de defesa, paralelo à *regressão* e à *repressão* (FREUD, 1926b, p.49-51).

Freud (1926b) sublinhou que o contato com o mundo externo traz consigo uma ameaça e que posteriormente, após a formação do Eu, os próprios impulsos internos são percebidos como ameaças. O autor destacou que na histeria o medo da perda do amor estaria em primeiro plano; na fobia, o medo da castração; e na neurose obsessiva, o medo do castigo do supereu.

Agora vemos que não há o perigo de considerarmos o medo da castração o único motor dos processos defensivos que conduzem à neurose. Expus, em outro ensaio, como o desenvolvimento da menina é guiado para o investimento afetivo do objeto pelo complexo da castração. Precisamente na mulher a situação de perigo que consiste na perda do objeto parece ter permanecido a mais efetiva. É lícito fazermos, em sua condição para a angústia, a pequena modificação de que já não se trata da falta ou da perda real do objeto, mas da perda do amor do objeto. Como é indubitável que a histeria tem maior afinidade com as mulheres, assim como a neurose obsessiva tem com os homens, cabe supor que a condição para a angústia que é a perda do amor desempenha na histeria um papel semelhante à ameaça de castração nas fobias e à angústia ante o Super-eu na neurose obsessiva. (FREUD, 1926b, p.86-87)

Veremos, a seguir, como Freud estabeleceu uma relação entre saúde e reconciliação com a realidade da qual, conforme exploramos, provém a castração e os perigos dela derivados.

2.3 Saúde e adoecer em Freud

*Não esqueçamos que a relação analítica se baseia no amor à verdade,
no reconhecimento da realidade*

Sigmund Freud

Podemos destacar, dentre as condições retratadas pelo texto freudiano como próprias de um processo de adoecimento psíquico, o represamento da energia psíquica (libido) no Eu cujo efeito é a perda da capacidade de amar, de investir energia para fora de si (FREUD, 1914c):

A banalidade desse fato não justifica que deixemos de traduzi-lo nos termos da teoria da libido. Devemos então dizer: o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego, e as põe para fora novamente quando se recupera. ‘Concentrada está a sua alma’, diz Wilhelm Busch a respeito do poeta que sofre de dor de dentes, ‘no estreito orifício do molar’. (FREUD, 1914, p.25-26)

Freud explicou-nos que a introversão da libido decorre de um repúdio feito à realidade. A perda do contato com a realidade, resultante desse repúdio, se apresenta como um dos indicadores de adoecimento psíquico em sua teoria: “o que todos nós podemos saber por experiência: que toda neurose perturba de algum modo a relação do doente com a realidade, que é um meio para ele retirar-se desta, e, em suas formas graves, significa diretamente uma fuga da vida real” (1924b, p.215).

A frustração, experimentada a partir do contato com o mundo externo, induz a uma incapacidade de remodelá-lo, de realizar um trabalho no sentido de efetuar alguma alteração na realidade contestada.

Torna-se louco alguém que, a maioria das vezes, não encontra ninguém para ajudá-lo a tornar real o seu delírio. Afirma-se, contudo, que cada um de nós se comporta, sob determinado aspecto, como um paranóico, corrige algum aspecto do mundo que lhe é insuportável pela elaboração de um desejo e introduz esse delírio na realidade. (FREUD, 1930, p.100)

A intensificação dos impulsos inconscientes seguida da submissão a estes foi outro fator elencado pela teoria freudiana como característico dos quadros patológicos: “tanto a neurose como a psicose são expressão da rebeldia do Id contra o mundo externo, de seu desprazer ou, se quiserem, de sua incapacidade de adequar-se” (FREUD, 1924b, p.217) Vimos que a formação de um elevado *ideal* também se destacou como elemento desencadeador de patologias (FREUD, 1923). Introversão da libido, perda do interesse pelo mundo externo, incapacidade de domar as pulsões: fatores intimamente associados e que remontam aos conflitos descritos por Freud ao longo de seus escritos. Conflitos entre

as pulsões e as exigências da civilização; entre o Eu, identificado com os valores culturais, e as pulsões; e entre as próprias pulsões e suas diferentes tendências, já que na concepção freudiana, a vida seria feita da luta e do compromisso entre as tendências das pulsões de vida e das pulsões de morte (FREUD, 1923).

Freud alertou-nos que, em meio a essa constelação, o destino acaba por ser traçado pelas inclinações inconscientes; torna-se delas refém. O sofrimento acarretado pela repetição de algumas saídas sintomáticas e inibições – renúncias a funções como a nutrição, a locomoção e o trabalho profissional (FREUD, 1926b) –, bem como o apego a eles em razão da necessidade de autopunição, ilustram bem esse caráter profético das inclinações inconscientes. Vejamos como Freud abordou essa questão ao referir-se ao masoquismo do Eu o qual busca se unir e conciliar com o sadismo do Supereu ao perceber que não se encontra à altura das exigências por ele determinadas:

o masoquismo gera a tentação de atos "pecadores", que então devem ser expiados mediante os reproches da consciência sádica (...) ou o disciplinamento imposto pela grande autoridade parental do Destino. A fim de provocar o castigo por este representante dos pais, o masoquista tem de fazer coisas inadequadas, de agir contra seus próprios interesses, arruinando as perspectivas que para ele se abrem no mundo real e, eventualmente, destruindo a sua própria existência real (FREUD, 1924c, p.200).

No texto sobre *a interpretação dos sonhos*, Freud (1900), ao contestar o misticismo atribuído aos sonhos e seus significados, referiu-se a esse caráter profético que nossos pensamentos inconscientes podem assumir.

E quanto ao valor dos sonhos para nos dar conhecimento do futuro? Naturalmente, isso está fora de cogitação. Mais certo seria dizer, em vez disso, que eles nos dão conhecimento do passado, pois os sonhos se originam do passado em todos os sentidos. Não obstante, a antiga crença de que os sonhos prevêm o futuro não é inteiramente desprovida de verdade. Afinal, ao retratarem nossos desejos como realizados, os sonhos decerto nos transportam para o futuro. Mas esse futuro, que o sonhador representa como presente, foi moldado por seu desejo indestrutível à imagem e semelhança do passado (FREUD, 1900, p.561).

O autor considerou que a resposta frente aos desejos e pulsões, o mecanismo através do qual o psiquismo se defendeu, cria uma espécie de padrão regular o qual pode gerar um infantilismo que compromete as vivências posteriores. O Eu falsifica a percepção interior, dando-nos um conhecimento falho e distorcido do nosso inconsciente, fica paralisado em suas relações com o Id ou cegados por seus erros (FREUD, 1937a).

Evidentemente uma pessoa não usa todos os mecanismos de defesa possíveis mas apenas alguns selecionados, mas estes irão se fixar no Eu, transformando-se em formas de reação regulares do caráter, que serão repetidas por toda a vida, sempre que uma situação semelhante à original retornar. Com isso, transformam-se em infantilismos, compartilham do destino de tantas instituições, que buscam se manter para além do tempo de sua utilidade. “Razão vira tolice, o bem-estar vira flagelo”, como diz a queixa do poeta. O Eu fortalecido⁹ do adulto continua a se defender de perigos, que na realidade não existem mais; chega a se sentir pressionado a buscar aquelas situações da realidade que poderiam substituir aproximadamente o perigo original, para poder justificar, a partir delas, a manutenção das suas formas de reação usuais (FREUD, 1937a, p.342-343).

O inventor da Psicanálise indicou que “a suprema realização do eu” seria a capacidade de decidir quando controlar o *Id*, obedecendo então à realidade; e quando optar pelas paixões, opondo-se ao mundo externo. Em suma: “*poder intervir de maneira transformadora no mundo exterior, nele produzindo intencionalmente as condições que possibilitam a satisfação*” (FREUD, 1926, p.149).

Askofaré (2015), ao abordar o tema da saúde em sua relação com a psicanálise, apresentou a interessante teoria de Canguilhem acerca do que caracterizaria o patológico, expresso como aquilo que se opõe à saúde: “*implica pathos, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida frustrada*” (CANGUILHEM, 1966/1979, p.86 *apud* ASKOFARÉ, p. 57). Essa definição coaduna com a ideia de que o acirramento do conflito entre as pulsões e o mundo externo, onde um ou outro se sobrepõe predominantemente, pode fazer-se sentir através de um destino do qual o sujeito se ressentente.

O modo como Canguilhem (1990) descreve a saúde – como um “*guia regulador das possibilidades de reação*” – mostra-se igualmente interessante para pensarmos a concepção de saúde esboçada nos textos freudianos. O epistemólogo francês defendeu que estar com boa saúde é “*poder cair doente e se recuperar*”, ao contrário da doença, cuja característica consistiria em uma redução da margem de tolerância às infidelidades do meio, infidelidades referentes às alterações dos valores sociais ou mesmo da maneira com que o homem dinamiza sua relação com o mundo (CANGUILHEM, 1966/1990, p.160). Ele salientou:

Ora, a partir do momento que a humanidade ampliou tecnicamente seus meios de locomoção, saber que certas atividades nos são vedadas faz com que nos sintamos anormais, pois essas atividades se tornaram, para a espécie humana, ao

9 Nesta passagem, é possível observarmos que Freud não equivale Eu fortalecido a um Eu que possui domínio sobre o mundo interno.

mesmo tempo uma necessidade e um ideal. Portanto, só se compreende bem que, nos meios próprios do homem, o mesmo homem seja, em momentos diferentes, normal ou anormal, tendo os mesmos órgãos, se compreendermos como a vitalidade orgânica se desenvolve em plasticidade técnica e em ânsia de dominar o meio (CANGUILHEM, 1966/ 1990, p.162).

Sabemos que Freud (1911a, 1914, 1915) descreveu o delírio como tentativa de recuperação, como um remendo posto na fenda estabelecida entre o *Eu* e o mundo externo e não como expressão da doença. (FREUD, 1924a). A alteridade e a relação com o meio externo ocupam um lugar central nas formulações freudianas. O criador da psicanálise apresentou, baseando-se nos mecanismos presentes na neurose e na psicose, a tese de que em condições de saúde, há um remodelamento da relação com a realidade, após um prejuízo inicial, causado ao *Id* ou ao *Eu* em decorrência da inicial reação ao perigo – perigo trazido pela exigência pulsional em razão de sua satisfação acarretar um perigo externo (FREUD, 1926b). Para Freud (1924b), em condições de saúde a relação com o mundo externo é resguardada e junto dela a possibilidade de realizar um trabalho de alteração da realidade, decidindo quando ceder ou não aos impulsos pulsionais. Em suas palavras:

A neurose não repudia a realidade, apenas a ignora; a psicose a repudia e tenta substituí-la. Chamamos um comportamento de ‘normal’ ou ‘sadio’ se ele combina certas características de ambas as reações – se repudia a realidade tão pouco quanto uma neurose, mas se depois se esforça, como faz uma psicose, por efetuar uma alteração dessa realidade. Naturalmente, esse comportamento conveniente e normal conduz à realidade do trabalho no mundo externo; ele não se detém, como na psicose, em efetuar mudanças internas (FREUD, 1924b, p.218).

Canguilhem (1966/1990) apresentou uma interessante teoria sobre o curar, entendido não como retorno a um estado anterior, mas como um processo o qual implica a instalação de uma nova ordem:

Pode-se compreender o quanto é importante reencontrar uma ordem durante a cura se atentarmos para o fato de que o organismo parece, antes de tudo, querer conservar ou adquirir certas peculiaridades que lhe permitirão construir essa nova ordem. É o mesmo que dizer que o organismo parece visar, antes de tudo, à obtenção de novas constantes. Não temos o direito de tentar modificar essas constantes, só criá-las, assim, uma nova desordem. Aprendemos a nem sempre lutar contra a febre, mas a considerar eventualmente a elevação térmica como uma dessas constantes que são necessárias para obter a cura. Podemos agir do mesmo modo diante de pressão sanguínea elevada ou de certas alterações no psiquismo. Existem muitas outras constantes modificadas desse modo que ainda hoje temos tendência a suprimir como nocivas, quando agiríamos melhor se as respeitássemos (CANGUILHEM, 1966/ 1990, p.156-157).

Concordamos com Barreto e Iannini (2017) quando destacam que nas abordagens de Canguilhem e de Freud, a doença não é vista como resultado de uma má adaptação do organismo ao meio. Ao contrário, muitas vezes, a doença é o resultado de uma adaptação

bem sucedida, em que qualquer variação do meio é traduzida em sofrimento. (BARRETO & IANNINI, 2017, p.5)

Vimos que o sintoma, na teoria freudiana, tem um caráter adaptativo. Apresenta-se como uma tentativa de conciliação entre tendências opostas; uma formação de compromisso – representa, assim, uma ordem. O Eu busca eliminar sua estranheza e o isolamento do sintoma, utilizando todas as possibilidades de vinculá-lo a si. Além disso, ao ocasionar impedimentos na vida, o sintoma pode atenuar as exigências do Supereu ou rejeitar uma demanda do mundo externo, trazendo ganhos secundários. O sintoma representa importantes interesses, adquire valor para a afirmação de si, entrelaça-se intimamente com o Eu (FREUD, 1926b, p.30). Os ressentimentos e queixas aparecem quando esse arranjo, essa ordem, sofre modificações em suas constantes, devido às exigências do mundo interno e do externo.

No artigo *A questão da análise leiga*, considerou que em condições de saúde, o Eu teria acesso irrestrito ao Id.

Sim, a coisa vai bem quando o Eu está de posse de toda a sua organização e capacidade de funcionamento, tem acesso a todas as partes do Id e pode influenciá-las. Não existe oposição natural entre o Eu e o Id; eles formam um conjunto e praticamente não se distinguem um do outro, em caso de saúde (FREUD, 1926, p.149).

Nessa direção, a psicanálise operaria como um instrumento que capacita o Eu a conseguir uma progressiva conquista do id (FREUD, 1923, p.72). A ideia de fortalecer o Eu é patente em alguns textos freudianos. No entanto, é de extrema relevância perguntarmos que espécie de fortalecimento do Eu estaria em jogo no trabalho analítico, já que o “não querer saber” sobre o desejo desarmônico é próprio dessa instância psíquica. Ou seja, que espécie de fortalecimento do Eu traria a possibilidade daquele que padece de seus sintomas desvincular-se da impotência forjada pela repetição de clichês desenhados ao longo da história? Ou do masoquismo alimentado pela pulsão da morte a qual traça seu destino?

Freud indicou que o Eu precisa tolerar deformações em sua unidade em nome da saúde (FREUD, 1924a).

Gostaríamos de saber em que circunstâncias e por quais meios o Eu consegue sair, sem adoecer, de tais conflitos que sempre se acham presentes. Eis um novo âmbito de pesquisa, no qual certamente os mais diversos fatores se apresentarão para serem examinados. Dois deles podem ser imediatamente ressaltados. O resultado de todas essas situações dependerá, não há dúvidas, da constelação econômica, das grandezas relativas das tendências em luta. E para o Eu será possível evitar a ruptura em qualquer direção, ao deformar a si mesmo, permitir danos a sua unidade, eventualmente até se dividir ou partir. Desse modo as incoerências, excentricidades e loucuras dos homens apareceriam numa luz semelhante a de suas perversões sexuais, cuja aceitação lhes permite poupar a si mesmos de repressões (FREUD, 1924a, 182-183).

Sinalizou, assim, para um tipo de fortalecimento que não diz de um total controle em relação ao Id e ao Supereu; de uma unidade sem falhas, da total soberania dos processos secundários.

Em *A análise infinita e a finita*, Freud (1937) advertiu-nos quanto à impossibilidade de eliminar o conflito entre o Eu e a pulsão.

Na pessoa saudável, a experiência cotidiana nos ensina que toda decisão de um conflito pulsional só vale para uma determinada força pulsional, ou, dito de modo mais correto, só vale em meio a uma determinada relação entre a força da pulsão e a força do Eu. Se a força do Eu diminuir, devido a doença, esgotamento ou assemelhados, todas as pulsões até então domadas com sucesso poderão voltar a anunciar as suas exigências, almejando satisfações substitutivas através de caminhos anormais. Quem nos fornece a comprovação irrefutável dessa afirmação é o sonho noturno, que reage à preparação do Eu para o sono com o despertar das exigências pulsionais (FREUD, 1937, p.327).

Os critérios do fim da análise seriam, pois, relativos e não absolutos. Se algumas de suas coordenadas são terapêuticas é devido ao fim que elas põem à dimensão patológica. Parar de sofrer dos sintomas não equivale necessariamente a deixar de tê-los, mas a uma modificação da relação com eles.

Será que a nossa teoria justamente não advoga produzir um estado que nunca está presente espontaneamente no Eu e cuja criação perfaz a diferença essencial entre a pessoa analisada e a não analisada? Vejamos em que se baseia essa interpelação. (...) Em relação a esses recalques infantis pode ser válido o que afirmamos de modo geral, ou seja, que eles dependem plena e totalmente da relação de forças relativas e que não resistem a uma intensificação da força pulsional. No entanto, a análise permite que o Eu amadurecido e fortalecido possa proceder a uma revisão desses recalques antigos; alguns serão desmontados, outros serão reconhecidos, mas reconstruídos com material mais sólido. Esses novos diques têm uma durabilidade totalmente diferente dos antigos; podemos confiar que diante da maré alta da intensificação pulsional eles não cederão facilmente. A correção posterior do processo original de recalque, que coloca um fim na supremacia do fator quantitativo, seria, portanto, a verdadeira contribuição da terapia analítica (FREUD, 1937, p.329).

Neste trabalho, Freud (1937) apontou que um limite se impõe ao processo de amadurecimento do Eu:

No caso de uma força pulsional excessivamente grande, o Eu amadurecido e apoiado pela análise não consegue realizar a tarefa, de modo semelhante ao que acontecia anteriormente com o Eu desamparado; o domínio da pulsão melhora, mas permanece imperfeito, porque a transformação no mecanismo de defesa é apenas incompleta. Não há nisso nada de espantoso, pois a análise não trabalha com recursos de poder ilimitados, mas com recursos limitados, e o resultado final depende sempre das relações de forças relativas das instâncias em combate mútuo (FREUD, 1937, p.332-333)

Do início ao final de seus escritos, durante décadas de estudo e prática, Freud apontou de diferentes formas para uma dimensão incurável do conflito psíquico. Seja através das considerações acerca do caráter indomável das pulsões ou dos conflitos erigidos entre estas e os valores culturais. Em *Psicoterapia da Histeria* (1895), concluiu que um médico não pode atribuir-se a tarefa de alterar uma constituição como a histeria. “Deve contentar-se em eliminar os problemas a que tal constituição está inclinada”. (p.278) Em 1900, apontou para uma dimensão que escapava ao trabalho psicanalítico de interpretação do material onírico. No final do texto *Psicoterapia da histeria*, de 1895, ao se perguntar sobre a finalidade do tratamento, declarou:

Quando prometo a meus pacientes ajuda ou melhora por meio de um tratamento catártico, muitas vezes me defronto com a seguinte objeção: “Ora, o senhor mesmo me diz que minha doença provavelmente está relacionada com as circunstâncias e os acontecimentos de minha vida. O senhor, de qualquer maneira, não pode alterá-los. Como se propõe ajudar-me, então?” E tem-me sido possível dar esta resposta: “Sem dúvida o destino acharia mais fácil do que eu aliviá-lo de sua doença. Mas você poderá convencer-se de que haverá muito a ganhar se conseguirmos transformar seu sofrimento histérico numa infelicidade comum. Com uma vida mental restituída à saúde, você estará mais bem armado contra essa infelicidade. (Freud, 1895)

Desde o início indicou que diante da demanda de felicidade, que geralmente vem implicada na demanda de atendimento, poderia oferecer a infelicidade comum, que inclui a possibilidade de amar, realizar um trabalho no mundo externo, e de não sucumbir aos ditames das inclinações inconscientes como quem está fadado aos próprios clichês. Em *Mal estar na civilização*, Freud (1930) apresentou a tese sobre um irremediável mal estar o qual não cede mesmo quando se alcança essas máximas realizações: amar e trabalhar. De acordo com o autor, nossas fontes de mal-estar impossibilitariam a realização de um completo bem estar. A bordaremos mais detalhadamente essa problemática no terceiro capítulo do trabalho.

Em *Análise finita e a infinita*, Freud (1937) salientou a importância das construções feitas a partir das interpretações e também da elaboração da resistência. Castilho (2003) sublinha que onde há resistência, há abertura para o trabalho, e não o contrário. Freud considerou que a elaboração “é a parte do trabalho que tem o maior efeito modificador sobre o paciente” (FREUD, 1914a, p.209) e também a parte mais árdua.

Nomear a resistência não pode conduzir a sua imediata cessação. É preciso dar tempo ao paciente para que ele se enfronte na resistência agora conhecida, para que a elabore, para que a supere, prosseguindo o trabalho apesar dela, conforme a regra fundamental. Somente no auge da resistência podemos, em trabalho comum com o analisando, descobrir os impulsos instintuais que a estão nutrindo,

de cuja existência e poder o doente é convencido mediante essa vivência (FREUD, 1914, p.207-208).

Os trabalhos de elaboração e de construção se ordenam justamente em relação aos limites impostos pelo infinito trabalho da cadeia associativa e pela incidência da pulsão. Freud (1937b), no texto *Construções em análise*, indicou o efeito de convicção promovido pela construção.

O caminho que começa com a construção do analista deveria terminar com a recordação do paciente; nem sempre ele vai tão longe. Inúmeras vezes não conseguimos levar o paciente à recordação do recalado. Em vez disso, se executarmos a análise de forma correta, conseguimos que ele tenha uma convicção segura da verdade da construção, que do ponto de vista terapêutico, tem o mesmo efeito de uma recordação recuperada (FREUD, 1937b, p.377).

Vimos que os sintomas e as inibições funcionam como substitutos daquilo que se buscou, defensivamente, esquecer. O objetivo da análise seria substituí-los por outras reações, não tão paralisantes. Para isso, precisa passar pela retomada do que foi esquecido a partir de um trabalho de reconstrução, que conta com os indícios trazidos pelos sonhos, com as alusões que emergem na associação livre, e com a análise da relação transferencial a qual favorece a conexão entre os afetos e vivências esquecidas (FREUD, 1937b, p.367). Freud (1937b) realizou um paralelo entre as formações delirantes dos psicóticos e as construções elaboradas pelos neuróticos ao longo do processo psicanalítico, ambos referidos a uma tentativa de explicação e de reconstituição (FREUD, 1937b, p.379).

Buscaremos, a seguir, promover uma discussão em torno da seguinte questão: em que medida as teses psicanalíticas exploradas pelo presente trabalho podem embasar uma reflexão em torno da definição de saúde preconizada pela Organização Mundial de Saúde? No capítulo seguinte visamos sustentar a pergunta pelo lugar da psicanálise na saúde – no âmbito da conceituação e também da prática institucional.

CAPÍTULO III: O LUGAR DA PSICANÁLISE NA SAÚDE

*Apenas uma teoria como a psicanálise poderia mostrar
como as clivagens da vida psíquica aparecem também como
a expressão mais profunda da capacidade de resistência à sujeição social.*
Vladimir Safatle

Neste terceiro tempo do trabalho, abordaremos a questão da inserção da psicanálise no contexto das instituições de saúde. Teceremos, inicialmente, comentários em torno da noção de saúde estabelecida pela Organização Mundial da Saúde, propondo uma reflexão pautada nos pressupostos psicanalíticos que tangenciam a discussão. Num segundo momento, abordaremos alguns aspectos da Conferência “O Lugar da Psicanálise na medicina”, de Lacan. Por fim, levantaremos uma discussão acerca da inserção do psicanalista nos serviços de saúde.

Quanto ao completo bem-estar biopsicossocial

*tudo, tudo, tudo,
não passa de caricatura
de você, minha amargura
de ver que viver não tem cura*
Paulo Leminski

No início do século XX, o mundo sofria as consequências das grandes epidemias sem antibióticos, sem vacinas, sem o conhecimento da microbiologia. Os cientistas voltavam-se, naquele momento, para a doença, atendendo as necessidades mais prementes do contexto histórico e social. Foi somente a partir da década de 30 que surgiram os primeiros conceitos de saúde, dentre os quais se destacou o proposto pelo cientista francês Leriche (1931 *apud* CANGUILHEM): “saúde é a vida no silêncio dos órgãos”. O conceito de saúde, no entanto, passou por importantes mudanças, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) e as consequências por ela trazidas (BUSS, 2000).

A Guerra, como acontecimento traumático, deixou marcas profundas. Um grande número de pessoas desenvolveu comportamentos tais como crises de tremores, dores intensas, e insônia, ainda que seus órgãos estivessem aparentemente saudáveis. Tal panorama levou a Organização Mundial da Saúde – agência fundada em abril de 1948 e subordinada à Organização das Nações Unidas – a elaborar o conceito de saúde que se tornou oficial e reconhecido até hoje: “Saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Definição que expressa a necessidade

de afirmar, naquele momento, que a saúde não mais poderia ser medida através de uma concepção organicista (BUSS, 2000).

Apesar de ser inovador na ocasião do pós-guerra, pelo fato de considerar o bem estar como referência não só ao organismo, este conceito sofreu e sofre críticas devido à expressão “completo bem estar”. Seria possível alcançar um completo bem estar? Em resposta a questionamentos como esse, surgiram conceitos alternativos, tais como o elaborado por Dubos (1965 *apud* PIREZ), a saber: “saúde é o resultado do equilíbrio dinâmico entre o indivíduo e o seu meio ambiente”.

A teoria freudiana certamente trouxe importantes elementos para pensarmos sobre as barreiras que se levantam diante de uma pretensão de completo bem-estar. Na concepção freudiana, a tentativa de anulação do mal-estar estaria na base dos critérios éticos os quais não estariam fundados na razão, mas no desejo de felicidade. O fundador da Psicanálise interessava-se por investigar o tema da felicidade e mais, de sua inacessibilidade. Considerou que “o programa de tornar-se feliz” seria imposto pelo princípio do prazer. Ressaltava, no entanto, que não poderia fazer àqueles que o procurassem, qualquer promessa de felicidade ou oferta de consolo.

não tenho coragem de me erguer diante de meus semelhantes como um profeta; curvo-me à sua censura de que não lhes posso oferecer consolo algum, pois, no fundo, é isso que todos estão exigindo, e os mais arrebatados revolucionários não menos apaixonadamente do que os mais virtuosos crentes. (FREUD, 1930, p.111)

Para Freud, o supracitado programa mostrava-se impossível. Nessa direção, sugeriu a troca da neurose pela infelicidade comum. Darriba et al. (2009) consideram que Freud oferta a troca do sofrimento por algo que se apresentaria a partir do impossível da felicidade, nomeado infelicidade comum.

No célebre trabalho intitulado *O mal-estar na civilização* (1930), Freud retomou o tema da felicidade. Nele, considerou que, associado ao princípio do prazer, o propósito de ser feliz seria um programa o qual se encontraria “em desacordo com o mundo inteiro, tanto com o macrocosmo quanto com o microcosmo” (Freud, 1930 [1929], p.94). Freud indicou, no entanto, que, se o programa de tornar-se feliz não pode ser realizado, “não podemos abandonar nossos esforços de aproximá-lo da consecução, de uma maneira ou de outra” (ibidem, p.102).

Darriba et al. (2009) acreditam que essa discussão elucidada a última passagem de *A psicoterapia da histeria*, na qual a elaboração freudiana recorre à ideia de uma infelicidade

comum. Entendem encontrar, nessa passagem, a indicação do que fundamenta “a posição de exceção, irreduzível, da psicanálise no campo da clínica já em 1895 e a qualquer tempo: a direção ao impossível, ao incurável” (p.179). Os autores reconhecem um posicionamento ético de Freud lá onde ele inclui o limite em seu trabalho, cedendo ao objeto de seus estudos e intervenções.

Lacan (1959-60) sublinhou a originalidade freudiana quanto a seu posicionamento ético e quanto ao deslizamento em relação à questão moral como tal. Sublinhou que, em Freud, a necessidade da moral estaria inscrita na própria constituição psíquica, em sua forma específica de obter satisfação. Em *Mal estar na civilização* (1930), encontramos considerações acerca das conseqüências da condição de desamparo associada à inatingível felicidade humana. Neste artigo, Freud destaca dentre nossas principais fontes de sofrimento, o relacionamento inter-humano.

Até agora, nossa investigação sobre a felicidade não nos ensinou quase nada que já não pertença ao conhecimento comum. E, mesmo que passemos dela para o problema de saber por que é tão difícil para o homem ser feliz, parece que não há maior perspectiva de aprender algo novo. Já demos a resposta, (...) pela indicação das três fontes de que nosso sofrimento provém: o poder superior da natureza, a fragilidade de nossos próprios corpos e a inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, no Estado e na sociedade. (...) Quanto à terceira fonte, a fonte social de sofrimento, nossa atitude é diferente. Não a admitimos de modo algum; não podemos perceber por que os regulamentos estabelecidos por nós mesmos não representam, ao contrário, proteção e benefício para cada um de nós. Contudo, quando consideramos o quanto fomos mal sucedidos exatamente nesse campo de prevenção do sofrimento, surge em nós a suspeita de que também aqui é possível fazer, por trás desse fato, uma parcela de natureza inconquistável – dessa vez, uma parcela de nossa própria constituição psíquica (Freud, 1930, p.105).

Na abordagem freudiana, “o mandamento ‘ama a teu próximo como a ti mesmo’ constitui a defesa mais forte contra a agressividade humana” (FREUD, 1930, p.168). As relações amorosas estariam, pois, carregadas de hostilidade, nem sempre perceptível devido ao recalçamento. Nesse contexto, a agressividade internalizada – manifestada sob a forma de sentimento de culpa inconsciente –, constitui-se como o característico mal estar no mundo civilizado.

Conforme visto anteriormente, a teoria freudiana apontou que deveria existir algo mais “além do princípio de prazer”, demonstrando que o sujeito humano estaria longe de buscar somente seu próprio bem. Em 1930, Freud deu ênfase à face visível da pulsão de morte, que é a agressividade humana, concebida como disposição inata, inclinação original do homem para a crueldade e para o mal (RINALDI, 1996). Deste modo, não

atribuiu unicamente à moral a responsabilidade pela não satisfação das pulsões. Para além deste conflito, haveria algo próprio de nossa constituição psíquica.

Para Lacan (1959-60), a análise traria esclarecimentos sobre o ódio de si. Diferentes abordagens foram, são e serão feitas em torno do “ódio de si”, da não adesão a projetos que incluem o alcance de um completo bem-estar. Eis a crítica lacaniana:

A perspectiva teórica e prática de nossa ação deve reduzir-se ao ideal de uma harmonização psicológica? Devemos, na esperança de fazer nossos pacientes aceder à possibilidade de uma felicidade sem sombras, pensar que a redução pode ser total da antinomia que o próprio Freud articulou tão poderosamente? Falo do que ele enuncia no *Mal-estar na civilização*, quando formula que a forma sob a qual a instância moral se inscreve concretamente no homem, e que absolutamente não deixa de ser racional em seu dizer, essa forma que ele chamou de supereu, é de uma economia tal que se torna tanto mais exigente quanto mais sacrifícios se lhe prestam (LACAN, 1959-1960, p.354-355).

Lacan (1959-60, p.30) propôs uma ética vinculada ao imperativo original da emergência do desejo. Na concepção lacaniana, a psicanálise não deveria prontamente buscar amenizar o sentimento de culpa, na tentativa de amenizar o mal estar, por estar advertida em relação ao desejo.

O fato é que a análise é a experiência que voltou a favorecer, no mais alto grau, a função fecunda do desejo como tal. A ponto de se poder dizer que, em suma, na articulação teórica de Freud, a gênese da dimensão moral não se enraíza em outro lugar senão no próprio desejo. É da energia do desejo que se depreende a instância do que se apresentará no término de sua elaboração como censura (LACAN, 1959-1960, p.13).

No reconhecimento do próximo, seja como objeto ou como força auxiliar, haveria a Coisa, que escapa ao juízo, e que aparece como estranho ou mesmo hostil. Esta é a via explorada por Lacan para falar de uma ética da Psicanálise: Das Ding, a Coisa, causa do desejo (RINALDI, 1996, p.48-69). Em torno de *das Ding*, a teoria lacaniana articulou a proposta de uma ética psicanalítica que considere a ação humana como orientada por uma referência ao que escapa, ao não simbolizável (fora do significado).

A Coisa estaria na origem da instituição da Lei – lei da palavra. Rinaldi (1996), em concordância com Assoun, considera que na via da elaboração freudiana, o laço social institui-se não pela disputa ou partilha de algum objeto social, mas se alimenta justamente da falta de objeto (ibidem, p.49). E a função do princípio de prazer, segundo Lacan, seria “ fazer com que o homem busque sempre aquilo que ele deve reencontrar, mas que não poderá atingir” (Lacan, 1959-1960, p.85).

O que encontramos na lei do incesto situa-se como tal no nível da relação inconsciente com *das Ding*, a Coisa. O desejo pela mãe não poderia ser satisfeito pois ele é o fim, o término, a abolição do mundo inteiro da demanda, que é o que estrutura mais profundamente o inconsciente do homem. É na própria medida em que a função do princípio do prazer é fazer com que o homem busque sempre aquilo que deve reencontrar, mas que não poderá atingir, que nesse ponto reside o essencial, esse móvel, essa relação que se chama a lei da interdição do incesto (LACAN, 1959-1960, p.85-87).

Das Ding, nesse sentido, seria aquilo que se trata de reencontrar. “Reencontramo-lo no máximo como saudade. Não é ele que reencontramos, mas suas coordenadas de prazer”, diz Lacan (1959-1960, p.68). Na visada lacaniana, a distinção entre princípio de prazer e princípio de realidade seria da ordem da experiência propriamente ética. Lacan acentua que Freud não identifica a adequação à realidade a um bem (1959-1960, p.46). Acentua a especificidade da concepção de realidade para a Psicanálise: “o princípio de realidade funcionaria como que isolando o sujeito da realidade” (*ibidem*, p.61). Em outra passagem, declara: “O homem lida com peças escolhidas da realidade” (*ibidem*, p.62).

Freud considerava que nossas fontes de mal-estar: o corpo perecível, o incontrolável mundo externo e a necessidade de nos relacionarmos com outros humanos, operariam como permanentes obstáculos que impediriam a realização do programa de imposto pelo princípio de prazer. O campo da psicanálise é, pois, desde seu nascimento, aquele que se funda pelo recolhimento do fracasso de qualquer pretensão de alcance de um completo sobre bem-estar (COSTA-MOURA, 2015). Não por acaso, num contexto como o da saúde, permeado pela demanda de adaptação às regras instituídas e pela oferta de explicações e soluções biopsicossociais, a morte da psicanálise de tempo em tempo é anunciada:

No alvo, sua ineficácia para lidar com o sofrimento humano, seu fracasso em atender à demanda de harmonização e adaptação do sujeito. A psicanálise, naturalmente, assim como aquele que a procura, falha realmente a esse tipo de propósito. Mas é importante notar que tais objeções não chegam a considerar aquilo que de fato a psicanálise propõe como experiência clínica. Longe de ser uma simples terapêutica ortopédica, (...) que visaria um “bom termo” entre o sujeito e o seu meio, a psicanálise vem recolher e dar lugar ao que emerge desse impasse contemporâneo; ao que fica de fora dessa lógica de adequação, e não cessa de se fazer presente sob a forma de um mal-estar persistente” (COSTA- MOURA, 2015, p.344-345).

Salientamos, no entanto, que reconhecer os limites impostos ao domínio do mal-estar não equivale a afirmar que nada é possível fazer frente a ele. Maurano (2010) assinala que a expressão brasileira “cair na real” “é primorosa na indicação da queda de ilusões que decorre da confrontação com esses limites. Assinala, ainda, que negar sua

existência, na promessa de que pelas forças da mente ou do que quer que seja poderemos apreender o inapreensível, intensificará, por consequência, nossas fragilidades.

O dispositivo de tratar a pulsão pela palavra amortece as incidências da pulsão de morte ressentidas pelo sujeito como mal-estar. Além disso, ao interrogar algumas das leituras feitas pelo sujeito acerca de sua própria trajetória, o analista pode torná-lo menos refém das próprias fantasias, além de levá-lo a inventar novas saídas diante dos ditames da pulsão. Concordamos com Elia (2006) sobre a possibilidade do trabalho psicanalítico promover efeitos que são da ordem de um *melhor estar*.

Quanto à incidência dos efeitos terapêuticos, a saúde e cura possíveis e impossíveis no âmbito do dispositivo psicanalítico, Dunker (2011) sugere:

O sintoma exige tratamento (*Behandlung*), o sofrimento pede por alívio (*Genesung*) e o mal estar demanda cuidado (*Sorge*). O sintoma pode ser curado (*Heilung*) e o sofrimento pode ser mitigado. Quanto ao mal estar não podemos prometer o restabelecimento do sujeito (*Heilung*), entendido como um estado que substitua a miséria neurótica por um estado grandioso de felicidade e bem estar sem oscilações. Neste quesito, Freud contentava-se em propor alternativas como a possibilidade de amar, criar e trabalhar, no quadro da infelicidade comum (DUNKER, 2011, p.41).

O autor, faz, no entanto, a seguinte ressalva:

Todo sintoma exprime uma forma de mal estar, mas nem toda forma de mal estar é um sintoma. Talvez o mal estar exprima a verdade incurável de um sintoma. Mais ainda, nem todo sintoma expressa uma forma de sofrimento para o próprio sujeito. Há sofrimentos impercebidos, há sintomas inomeados. Ainda que o sofrimento expresse um saber sobre o sintoma, nem sempre este saber é reconhecível ou subjetivável pelo que sofre. (...) Complexa é também a tarefa de separar sintoma e sofrimento do que pertence à “dor de existir”: a precariedade do corpo, a contingência do amor, os desencontros do desejo, a solidão, a devastação, a angústia do que ainda não tem nome (DUNKER, 2011, p.40-41).

Além da problemática noção de um completo bem-estar, podemos também, neste contexto, nos indagarmos a respeito da expressão biopsicossocial. Segre e Ferraz (1997) sustentaram que o conceito “biopsicossocial” mostra-se ultrapassado pelo conceito de pulsão. Isso porque, a noção de pulsão, além de integrar corpo e psiquismo, remete-nos às dimensões socioculturais da existência de cada um, priorizando o modo singular pelo qual uma pessoa estabelece relações com o mundo e com os outros como elemento essencial para a caracterização de sua saúde (MORETTO, 2017, p.195).

A pesquisa freudiana mostrou-nos que o órgão não se restringe a uma função puramente biológica. Quando constatou que as manifestações somáticas das histéricas não poderiam ser explicadas a partir da neurologia, e a partir daí chegou à elaboração de

sua teoria pulsional, diferenciou definitivamente o corpo do organismo.

A constatação da diferença entre o organismo que se oferece às intervenções médicas e o corpo pulsional, recoberto por fantasias e palavras, que se oferece à escuta, coincide com a própria elaboração dos conceitos psicanalíticos. Não é verdade que só os psicanalistas de hoje estão começando a se preocupar com as questões referentes ao corpo. É no cerne mesmo desta questão que a Psicanálise surge (MORETTO, 2006, p.104).

O incômodo e estranhamento que podemos experimentar quando temos notícias do organismo, da carne, nos indica que o corpo humano está vivo e saudável quando sua carne está morta (MORETTO, 2017). Ou seja, quando equivale à unidade forjada pelo Eu.

Em suma, a definição de saúde estabelecida pela OMS abre espaço para a reflexão em torno das condições que caracterizam a saúde psíquica. No entanto, a tese sobre o irremediável mal-estar na civilização, à qual Freud chegou após anos dedicando-se ao estudo dos conflitos em jogo nas neuroses, legitima a concepção de que se apresenta como utópico o completo bem-estar preconizado pela OMS. Além disso, a psicanálise pode, diante do termo “biopsicossocial”, contribuir para um debate acerca dessa espécie de somatório de diferentes fatores, lançando luz sobre a incidência da pulsão.

O lugar da psicanálise na medicina

Um corpo é algo feito para gozar, gozar de si mesmo.

Jacques Lacan

Jacques Lacan, assíduo leitor de Freud, buscou precisar e levar até as últimas conseqüências o que havia extraído da leitura do texto freudiano. Em 1966, tomou a palavra no mesmo hospital em que Freud esteve setenta anos antes, no Colégio de Medicina, na La Salpetriere, em Paris. Na ocasião, participou da conferência *O lugar da Psicanálise na medicina*, parte do Colóquio “Psicanálise e medicina”, presidido por Jenny Aubry. Esta chefiava como pediatra, e psicanalista, uma enfermaria no pavilhão pediátrico

da Pitié-Salpêtrière; e pretendida levantar uma reflexão sobre aquilo que causava os maiores problemas à sua equipe: a relação com os médicos das outras enfermarias do hospital. Por um lado, os médicos queixavam-se por não saberem “quem” ou “como”

encaminhar à enfermaria de Aubry; por outro, a enfermaria ressentia-se por receber inúmeras demandas excessivamente técnicas, como as que incluíam pedidos de psicodiagnóstico, além de perceberem que havia um uso dos encaminhamentos como modo de desembaraçar-se de “pacientes difíceis” (VIEIRA, 2002).

Na Conferência, Lacan interagiu com outros médicos. Dentre eles, Royer e Klotz. O primeiro, pediatra, interessou-se por investigar a natureza do efeito provocado pela presença de uma psicóloga, enviada por Aubry, em sua enfermaria. Eis a pergunta que dirige a Lacan: “É possível que a psicanálise seja objeto de estudos científicos que comprovem a sua eficácia e que a partir daí possamos expandir seu raio de ação?”. Já o segundo, humanista, formula a seguinte questão: “O senhor considera que a psicanálise deve ser obrigatoriamente elitista? Como torná-la mais acessível para que nos beneficiemos desta técnica a mais para cuidar do homem e completar o arsenal terapêutico de que dispomos?” (VIEIRA, 2002).

Vieira (2002) constatou que as duas posições exprimem as tentativas de demonstração de eficácia da psicanálise; de enquadrá-la numa ciência experimental; de simplificá-la, seja para torná-la acessível ou para que seja absorvida pela medicina. O autor assinalou que estas posições seriam bastante atuais no campo da saúde mental. Podemos afirmar, mais de cinquenta anos após a conferência de Lacan (1966), e mais de dez anos depois do estudo feito por Vieira (2002), que elas se atualizam a cada vez que um psicanalista ou uma equipe que trabalhe a partir da perspectiva psicanalítica, se insere numa instituição de saúde. Moretto (2017) ressalta o quanto é crucial analisarmos as demandas feitas pelas equipes médicas, de enfermagem e de outros tantos profissionais com os quais nos relacionamos em uma instituição de saúde.

Clavreul, em “A ordem médica” (1983), fala sobre o psicanalista ser incessantemente solicitado pela medicina no sentido de trazer uma técnica complementar ao tratamento médico, de modo a colocar um tanto de ordem no “esfumado fator psíquico” o qual não é negligenciável nos quadros diagnósticos repertoriados pela medicina e pelas equipes de saúde de um modo geral. O autor sublinhou que a medicina pode tornar-se suporte ou alvo da Psicanálise, apontando que Lacan, seguindo a via indicada por Freud, reconheceu nos impasses históricos outra coisa que não um desafio ao saber médico, bastando apenas que fossem reduzidos.

Pela medicina, o psicanalista geralmente é chamado a intervir a partir de impasses. Esses impasses referem-se em grande parte ao modo singular como o paciente

ou a família responde às prescrições e normas de conduta instituídas. Nesse contexto, surgem então falas como: “explicamos a gravidade do quadro, mas a mãe ainda assim não fica no hospital” ou “já orientamos várias vezes, mas esta mãe se recusa a alimentar o filho pela gastrostomia”.

Muitas vezes, a demanda é mais ou menos a mesma: que o analista ponha em ordem aquilo que, ao escapar à ordem médica, gera um campo de incertezas por vezes angustiante. Nesse contexto, um pedido de avaliação pode estar relacionado também com a demanda de ajuda por parte da equipe, para lidar com dificuldades que não são as explícitas no pedido (MORETTO, 2017).

Retornemos, pois, à Conferência. Nela, Lacan (1966), logo no início de sua fala, afirmou que o lugar da psicanálise na medicina é *marginal e extraterritorial*. Vejamos sua argumentação:

Esse lugar atualmente é marginal e, como já escrevi em várias ocasiões, extra-territorial. Ele é marginal por conta da posição da medicina com relação à psicanálise – ela admite-a como uma espécie de ajuda exterior, comparável àquela dos psicólogos e dos outros distintos assistentes terapêuticos. Ele é extra-territorial por conta dos psicanalistas, que provavelmente têm suas razões para querer conservar esta extra-territorialidade (LACAN, 1966, p.8).

Naquela conferência, diante das questões levantadas, Lacan (1966), retomando o legado freudiano, optou por abordar a transformação do lugar do médico, operada pelos avanços da ciência, para, a partir daí, sugerir qual seria o lugar da psicanálise na medicina. Para isso, apoiou-se em duas balizas fundamentais: a resposta à demanda do paciente e o estatuto do corpo. O psicanalista francês alertou seus auditores, afirmando que o doente põe o médico a prova de tirá-lo de sua condição de doente, estando muitas vezes preso à idéia de conservá-la.

Quando o doente é enviado ao médico ou quando o aborda, não digam que ele espera pura e simplesmente a cura. Ele põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que é totalmente diferente, pois isto pode implicar que ele está totalmente preso à idéia de conservá-la. Ele vem às vezes nos pedir para autenticá-lo como doente. (...) Isto é de experiência banal, só o evoco para lembrar-lhes a significação da demanda, a dimensão em que se exerce a função média propriamente dita e para introduzir aquilo que parece fácil de abordar e que entretanto só foi seriamente interrogado em minha Escola: a estrutura da

falha que existe entre a demanda e o desejo. (...) no momento em que qualquer um, seja macho ou fêmea, pede-nos, demanda alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja (LACAN, 1966, p.10).

Vimos que Freud (1926a) ensinou-nos que o ganho secundário do sintoma e o sentimento inconsciente de culpa são fortes razões para não pressupormos que o paciente de partida contribuirá para livrar-se da condição da qual se queixa. Lacan (1966) ratificou o conceito freudiano de pulsão de morte, promovendo uma ruptura com a ideia de um corpo harmonioso concebido para a vida. Com o termo gozo, traduziu a pulsão freudiana, associando da mesma forma, sexo e morte (VIEIRA, 2002). O psicanalista francês denunciou que, apesar dos progressos científicos e aumento do repertório de intervenções no que concerne às mazelas sofridas pelo corpo humano, há um registro que fica excluído dessas intervenções. O domínio científico sobre o corpo o reduz a uma máquina.

Lacan (1966) chamou de falha epistemo-somática o efeito do progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo.

(...) Isto porque aquilo que é excluído da relação epistemo-somática é justamente aquilo que o corpo em seu registro purificado vai propor à medicina. Isto que se apresenta desta forma apresenta-se como pobre na festa em que o corpo irradiava ainda há pouco por ser inteiramente fotografado, radiografado, calibrado, diagramado (...). No entanto, talvez este pobre traga de longe, do exílio em que a dicotomia cartesiana lhe proscreeu o corpo, entre pensamento e extensão, uma chance. Esta dicotomia deixa completamente fora de sua apreensão aquilo de que se trata, não do corpo que ela imagina, mas no corpo verdadeiro em sua natureza. Este corpo não é simplesmente caracterizado pela dimensão da extensão. Um corpo é algo feito para gozar, gozar de si mesmo (LACAN, 1966, p.11).

O autor retomou a análise foucaultiana, a qual demonstra que foi preciso tomar o corpo como cadáver para que a clínica se estabelecesse, e assinalou os efeitos resultantes dessa redução: a exclusão da dimensão do gozo do corpo e do desejo atrelado à demanda. O psicanalista francês definiu, naquela conferência, que o gozo é “é sempre da ordem da tensão, do forçamento, do gasto” (LACAN, 1966, p.12), apresentando o prazer – excitação mínima – como uma barreira a esta tensão. Quanto ao desejo, define-o como um ponto de compromisso por permitir “levar mais longe o nível da barreira do prazer”, além de remetê-lo ao resto deixado pela linguagem.

Existe um desejo porque existe algo de inconsciente, ou seja algo da linguagem que escapa ao sujeito em sua estrutura e seus efeitos e que há sempre no nível da linguagem alguma coisa que está além da consciência. É aí que pode se situar a função do desejo (LACAN, 1966, p.12).

Lacan conclui sua fala com a seguinte declaração: “se o médico deve continuar a ser alguma coisa que não a herança de sua função antiga, que era uma função sagrada, é a meu ver, prosseguir em sua própria vida a descoberta de Freud” (1966, p.14).

E quanto à inserção nas instituições?

No âmbito do discurso psicanalítico, a palavra é livremente dada ao analisando, porque se reconhece que somente ele pode falar como um mestre sobre os destinos dados a sua pulsão.

Jacques Lacan

Atualmente, é significativo o número de profissionais *psis* que trabalham a partir do referencial psicanalítico no campo da saúde no Brasil. O conceito de saúde vigente, que inclui, dentre seus determinantes, uma dimensão *psi*, ainda que tenhamos ressalvas quanto ao seu caráter utópico, abre espaço para essa inserção. Soma-se a isso, a importância, cada vez maior, dada ao trabalho interdisciplinar – que supõe a superação das fronteiras disciplinares e intensidade de trocas – para a qualidade da atenção em saúde (BRASIL, 2012). Neste contexto, torna-se relevante atentarmos para as possibilidades de contribuição da psicanálise nesse campo.

A questão que deu início a presente pesquisa nasceu de minha inserção num hospital geral – em enfermarias e em ambulatórios. Destacamos que as considerações as quais serão aqui realizadas, referem-se a problemáticas emergentes de uma prática a qual se deu em serviços que englobam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade.

No contexto hospitalar, a visão universalizante e normativa da política institucional, bem como a busca pela univocidade, pode promover um recalçamento da subjetividade dos pacientes e também dos membros de cada equipe profissional (CLAVREUL, 1983). O fato mesmo de estar numa equipe de uma instituição promove uma espécie de “nós” forjado pela identificação com ideais em comum – a cura, a saúde, a vida, o bem-estar.

Diante de ambulatórios e enfermarias especializados – enfermaria pediátrica, enfermaria de adolescentes, ambulatório de obesidade, ambulatórios voltados para atenção de idosos, dentre outros tantos – precisamos sustentar a posição na qual cada caso aparta o saber adquirido dos casos precedentes. Desta maneira, abdicamos do título de especialistas e possibilitamos a abertura para um trabalho pautado na psicanálise, visto que o marco inaugural do movimento psicanalítico vincula-se ao fato de Freud não ter se ocupado tanto

da histeria, mas da histérica. De modo contrário, nossa conduta termina enquadrada pela teoria ou experiência obtida.

O paciente hospitalizado encontra-se especialmente exposto às três fontes de mal-estar definidas por Freud em 1930, seja através da relação com os familiares, com a equipe, com o sistema de saúde, seja por meio da relação com o corpo adoecido – o corpo projetado no Eu – corpo do qual o Eu é superfície – e o corpo-organismo, corpo-natureza. O adoecimento, nesse contexto, pode se configurar como uma situação traumática, se levarmos em conta, com Freud (1926b) que esta se constitui pela admissão de nosso desamparo em relação à grandeza de um perigo.

Ora, constitui um importante progresso em nossa autopreservação que tal situação traumática de desamparo não seja simplesmente aguardada, mas prevista, esperada. A situação que inclui a condição para tal expectativa pode ser chamada situação de perigo, e nela é dado o sinal para a angústia. Esse quer dizer: “estou esperando uma situação de desamparo”, ou “a situação atual me lembra uma das vivências traumáticas já sofridas. Por isso antecipo esse trauma, vou me comportar como se ele já tivesse chegado, enquanto ainda há tempo para afastá-lo”. Portanto, a angústia é, de um lado, expectativa do trauma, e, de outro lado, repetição atenuada do mesmo. As duas características que nos chamaram a atenção na angústia têm origens diversas, portanto. Sua relação com a expectativa se liga à situação de perigo, sua indeterminação e ausência de objeto, à situação traumática de desamparo, que é antecipada na situação de perigo. Tomando a sequência “angústia-perigo-desamparo (trauma)”, podemos agora fazer o seguinte resumo. A situação de perigo é a reconhecida, recordada, esperada situação de desamparo. A angústia é a original reação ao desamparo no trauma, que depois é reproduzida na situação de perigo como sinal para ajuda. O Eu, que viveu passivamente o trauma, repete ativamente uma reprodução atenuada do mesmo, na esperança de poder ele próprio dirigir seu curso. Sabemos que a criança se comporta dessa maneira com todas as impressões que lhe são penosas, reproduzindo-as na brincadeira; ao assim mudar da passividade para a atividade, ela busca dominar psiquicamente as impressões de sua vida (FREUD, 1926^a, p.70).

Moura (2000, p.7) considera o hospital como um espaço onde nos deparamos com situações de perda, seja de pessoas queridas, ou da condição de sadio, as quais se caracterizam por rupturas e descontinuidades. Neste contexto, as demandas normalmente têm caráter emergencial. Entram em cena situações extremas, onde “diante da urgência orgânica surge também uma urgência psíquica” (GRANHA, 2000, p.83) que lança o paciente num estado de desamparo.

Alberti (2008) situa como primeira contribuição do analista “a de lembrar à medicina que os pacientes ali não são objeto de intervenção clínica, mas sujeitos – com toda divisão que este termo comporta em psicanálise” (p.157). Falar em subjetividade na psicanálise significa falar daquilo que está latente, não manifesto na fala do consciente. Ao se inserir numa equipe, o analista indica que a partir da psicanálise não aplicamos uma

técnica que universaliza o objeto; que o não saber possibilita uma construção por parte do paciente e a partir de seus próprios indícios.

O sujeito, na instituição de saúde, é identificado pelo seu diagnóstico médico, pelo número do prontuário, número do CID, número da enfermaria, número do leito. Ou circula na instituição sendo identificado como visitante ou acompanhante de determinado paciente. No entanto, as fantasias inconscientes não são barradas na entrada da instituição. E, ainda que fossem, sabemos que o impedimento não impossibilitaria sua expressão – na relação com os membros das equipes, com os pacientes dos leitos vizinhos, na relação com o adoecer.

No lugar de apresentarmos ao médico a nossa avaliação sobre as condições psicológicas de um paciente, apresentamos o modo pelo qual ele próprio, o paciente, avalia a proposta a ele apresentada, incluindo aí os seus conflitos, expectativas, seu ponto de vista sobre a sua condição singular de enfrentar a situação, de lidar com as perdas e de se responsabilizar por suas próprias decisões, deixando claro que decidir o que quer que seja não é a mesma coisa que agir sem ambigüidade (MORETTO, 2017).

Na instituição de saúde, o paciente muitas vezes é encaminhado por um profissional de outra área, como da equipe de medicina ou de assistência social. O encaminhamento é realizado após o profissional ter concluído que seria necessária uma abordagem psicológica do caso. Quando recebemos um paciente a partir de um pedido, acolhemos demandas as quais envolvem certas expectativas. Um paciente pode ser encaminhado, por exemplo, por não aderir ao tratamento prescrito, por comer demais, por não comer, mentir, ser agressivo, ter um desempenho escolar insatisfatório, ter vivido uma situação traumática. Há assim, para cada queixa relatada, um resultado esperado da intervenção que o psicólogo irá realizar.

Moura (2014, p.18) chama atenção para o fato de que “aceitar estas demandas, colocando um tempo de interrogação sobre elas, parece fundamental à construção da possibilidade de entrada de uma escuta psicanalítica junto às equipes”. Neste sentido, podemos também identificar de que modo o caso afeta aquele profissional que o encaminhou. Freud (1912b) recomendou que não presumíssemos, pois “em geral escutamos coisas cujo significado será conhecido apenas posteriormente” (ibidem, p.150).

A equipe médica, de enfermagem, ou de qualquer outra especialidade, é colocada pelo paciente num determinado lugar que vai falar sobre sua dinâmica psíquica. O analista é aquele que escutará tanto a equipe, quanto os usuários da instituição onde atua, levando isto em conta e fazendo uso disso. As nuances da relação que cada paciente vai estabelecer com os profissionais que o acompanham tornam-se flagrantes nas enfermarias, bem como

nas UTIs, onde os cuidados são mais frequentes, e a relação intensificada. Na enfermaria pediátrica é comum a equipe se afeiçoar mais a algumas crianças que a outras, além de apresentar dificuldades na relação com alguns de seus acompanhantes.

Sol, mãe de uma paciente da Pediatria, era motivo de inúmeras queixas por parte da equipe. Isso porque ela monitorava ininterruptamente a filha, questionando frequentemente médicos e enfermeiros acerca dos procedimentos que vinham adotando em relação às internações da menina. Sol queria participar do cuidado. E, mais que isso, mantinha uma atitude de desconfiança em relação ao saber médico. “Quem mais sabe sobre minha filha, sou eu”, costumava repetir. Comumente, residentes e professores de medicina mostravam-se irritados com a postura desta mãe.

Este caso não foi encaminhado pela equipe médica ou de enfermagem. Costumavam chamar esta mãe de “chata”, mas não identificavam nisso um motivo para convocar a psicologia. Isso porque ela respondia ao que se esperava de uma mãe, cuidando de sua filha, mantendo-se presente na enfermaria. Chegaram até mesmo a perguntar se alguém da psicologia a escutava, mas nestes termos: “quem é a coitada da psicóloga que atende ela”? Consideramos de modo diferente, que ela precisava de uma escuta. Alguma coisa naquela relação soava engessada e, ao mesmo tempo, vertiginosa. Durante a longa internação da criança, a acompanhante começou a se questionar em relação a alguns cuidados excessivos, além de queixar-se em de esgotamento físico. Com o tempo, Sol pôde situar, ao ser escutada regularmente na enfermaria, que não estabelecia por acaso aquela relação com a equipe, sustentando a posição de quem deve direcionar o tratamento da filha.

Ao escutar, por outro lado, um membro da equipe médica, o incômodo causado por essa mãe foi associado ao fato de que para ela, os médicos não detinham o saber sobre o tratamento de sua filha. O profissional acabou por afirmar que essa mãe colocava em evidência algumas coisas com as quais os médicos não queriam se deparar: o limite de seu saber, o limite da possibilidade de intervir.

Os casos de não adesão ao tratamento escancaram esse limite. Em minha inserção no ambulatório de Doenças Infecto-parasitárias (DIP), mais especificamente no ambulatório voltado para pessoas vivendo com HIV, de tempo em tempo era apresentada a um caso de não adesão ao tratamento, não adesão às prescrições. O problema da não adesão ao tratamento, nesse contexto do ambulatório da DIP, provocou o surgimento de perguntas as quais foram moldando, de interrogação em interrogação, o tema desta pesquisa. Como atuar diante de um caso onde o paciente associa a não adesão a se deixar

morrer? Se não escutamos e intervimos no intuito de promover a adequação às normas e prescrições institucionais, não atuamos no intuito de possibilitar a adesão? A não adesão poderia ser tomada como um elemento patológico, apresentando-se como um motivo para ofertarmos uma escuta pautada na psicanálise? Se saúde implica a capacidade de decidir por ceder ou não aos impulsos pulsionais, devemos então escutar em que proporção se encontra as forças em jogo na decisão pela não adesão?

Moretto (2017) sugere que encaremos a não adesão como um problema sobredeterminado. Ela indica que, nestes casos, um caminho interessante é aquele onde o tratamento surge como conseqüência possível de uma decisão compartilhada que pode ter como efeito a suspensão do esforço de doutrinação por parte da equipe.

O analista, ao insistir que somente o paciente pode saber o que seu impasse revela, indica que “o sujeito diz mais do que pensa dizer” (LACAN, 1953-1954, p.77). Uma escuta orientada por essa máxima se apresenta como uma escuta potente num espaço em que diversas vozes se unem para silenciar o “não” que insiste contra a adesão ao discurso promotor de saúde, de vida. Se o psicanalista opta por não dizer ao paciente o melhor a ser feito, não silenciando prontamente este não, é porque está advertido quanto à função que um sintoma pode empenhar. Algumas falas, disparadas com as melhores das intenções, como “você precisa se cuidar para cuidar de seus filhos” podem acabar por reforçar o sentimento de culpa e a necessidade de castigo, alimentando um ideal já inflado. Somente aquele que recorreu a um sintoma poderá indicar por quais caminhos pode dele se desvincular. Podemos pensar o mesmo a respeito da não adesão, que convoca à escuta do “não” e também das aberturas que indicam por onde a pulsão de vida passa.

A conquista do acesso ao tratamento e a ampliação da oferta do diagnóstico do HIV possibilitaram a diminuição nas taxas da transmissão vertical do vírus, a redução da morbimortalidade e o aumento da expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV e aids. São visíveis os progressos terapêuticos e medicamentosos no tratamento disponibilizado às PVHA (pessoas vivendo com HIV/ aids). Muitos foram os avanços quanto à prevenção e combate ao vírus desde o primeiro caso detectado no Brasil em 1980. O processo para a aquisição e distribuição gratuita dos antirretrovirais (1991), e o início da produção do coquetel (AZT) no Brasil (1993) são alguns deles. Foi fixado o direito ao recebimento de medicação gratuita para tratamento da AIDS e os medicamentos são disponibilizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

No entanto, ainda que o paciente tenha acesso a essas terapêuticas, e sua boa adesão proporcione um controle da ação do vírus, ele não pode ser eliminado e volta a ganhar força em caso de algum descuido. O vírus permanece ali como caroço, como resto, assim como o preconceito que não foi desconstruído com estes avanços. Desde a sua descoberta, a AIDS foi e ainda é uma doença estigmatizada. Tal condição coloca um desafio para a busca de um atendimento integral, universal e equânime, tal como preconiza o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012, p.12).

O documento *Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/AIDS*, do Ministério da Saúde, ao apresentar o princípio da integralidade,¹⁰ um dos princípios fundamentais do SUS, chama atenção para a normatização preconizada pelo paradigma hegemônico nas práticas de saúde.

Esse referencial compreende o processo de saúde e doença a partir da diferenciação entre o normal e o patológico, centrando as práticas de saúde nos cuidados e controle da parte “doente” dos sujeitos, de forma isolada. O resultado é a normatização. Porém, não existe um jeito único de produzir saúde; o princípio da integralidade nos aponta a necessidade de compreender os sujeitos em todas as suas dimensões, sem separar ou focar apenas a parte doente (...) não raro, a busca pelo controle da doença colide com os projetos pessoais dos usuários (BRASIL, 2012, p.24-25).

E, em determinado momento, indaga: “onde fica a autonomia do usuário quando ele decide de forma contrária ao prescrito pela assistência” (BRASIL, 2012 p.25)? Este mesmo documento orienta que “as tecnologias da relação devem estar a serviço do exercício de cidadania, do aumento da autonomia, de uma maior corresponsabilização e da reconstrução de projetos de vida, nunca em função de um êxito terapêutico que desconsidere o desejo do usuário e sua história” (p.26). Há, ainda, a consideração de que, dentre outras coisas, o cuidado em saúde “carateriza-se pela escuta do que o outro deseja” (p.26). Tais considerações deste documento interessam-nos por evidenciarem o quanto a psicanálise de fato pode oferecer-se como uma ferramenta potente no âmbito da saúde.

Levando em conta a pulsão de morte, o caráter desarmônico do desejo, o psicanalista poderá, ao escutar, questionar-se sobre aquilo que se apresenta para além de uma dificuldade de aceitar determinado diagnóstico, ou de aceitar tomar determinada medicação; para o desejo que se apresenta nas descontinuidades que promovem estranhamentos.

¹⁰ A integralidade é um dos princípios fundamentais do SUS. Supõe a compreensão biopsicosocial de cada caso e refere-se à garantia de oferta de todo acompanhamento – preventivo, curativo, individual, coletivo – possível frente ao que é exigido pelo problema do usuário (BRASIL, 2012).

A posição do psicanalista não se une a do médico e do doente no intuito de recolocar em linha reta, a da normalidade, o que a patologia constituiu como anomalia (CLAVREUL, 1983, p.36). Por vezes, é preciso de algum modo trabalhar essa diferença com o paciente. A respeito disso, Figueiredo (1997) indica:

Alguma coisa que o analista diz ou faz: um comentário, uma indagação, e mesmo um convite explícito a pensar sobre o que é dito deve atingir o sujeito. Algo que se reconheça ou até se estranhe, mas que, de algum modo, lhe seja familiar, diga algo a seu respeito, que aponte para um deciframento, transformando sua queixa em questão (FIGUEIREDO, 1997, p.125).

É preciso acolher o sujeito sem pretensão de poder oferecer, quanto ao real que o acossa, alívio, tratamento ou supressão (COSTA-MOURA, 2015, p.351). De modo diferente, corremos o risco de cometer um deslizamento ético, seduzidos pela demanda de completo bem-estar. Lacan disse, certa vez, que a psicoterapia leva ao pior (1974, p.21). Elia (2006) esclarece-nos que o pior é o resultado da operação segundo a qual o destinatário da demanda do paciente se põe em posição de responder a ela de modo provedor, impedindo, definitivamente que o sujeito faça a experiência de sua castração.

Seja qual for o paradigma de normalidade que uma equipe de saúde adota para orientar os seus trabalhos, o psicanalista perderia o seu lugar se tomasse como critério de normalidade a adaptação dos pacientes às regras instituídas. Nosso desafio é elaborar, com as equipes, estratégias de atenção que possam considerar outra concepção de saúde (MORETTO, 2017) que inclua, de algum modo, o inconsciente e a pulsão e problematize os ideais que circulam como conteúdos por vezes latentes nos corredores das instituições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*O sol e o verso repõem tudo mais ou menos
no começo*
Marcos Siscar

O verbo “convém”, expresso na pergunta que intitula o primeiro capítulo deste trabalho, denuncia a suposição inicial de que poderia haver algo da ordem do inconveniente na referência ao termo saúde em psicanálise. O verbo encabeçaria igualmente bem uma questão sobre a psicanálise na universidade. Realizar um trabalho acadêmico pautado na teoria psicanalítica é uma empreitada e tanto. Como sustentar a tensão entre a generalização teórica e a irreducibilidade do objeto em psicanálise? Essa tensão nos acompanhou ao longo do estudo e da escrita. Ora tendemos a um lado da balança, ora ao outro. Até que chegamos aqui, com a tarefa de colocar ponto final sem concluir.

Voltemos à pergunta do capítulo inaugural. Com Dunker (2011), constatamos que há de fato uma espécie de recusa frente ao termo saúde, no âmbito da teoria psicanalítica, pelo fato dele agregar significados que remetem a ideais destacados pela cultura – ideais de felicidade e de salvação.

Vimos que Freud se referiu ao termo em sua pesquisa, por vezes dando indicações do que entendia como um estado de saúde mental. Vimos, ainda, que a construção de uma noção saúde e também de noções de cura, psicoterapia, tratamento, clínica, sintoma, análise finita e infinita, não somente dava pistas da formação inicial de Freud – em medicina –, como também evidenciava o caráter multifacetado da prática por ele inventada.

Os diferentes efeitos promovidos pelo dispositivo psicanalítico permitem-nos refletir acerca da possibilidade de inserção da psicanálise nas instituições de saúde, onde o tempo, em geral, não permite a cura psicanalítica e todo trabalho de elaboração e construção que esta exige.

Se nos colocamos diante de alguém hospitalizado dando-lhe a chance de associar livremente, optando por falar ou não a respeito de seu adoecimento, damos, em consequência, a chance de estar num para além do corpo objetificado. Abrem-se, a partir daí, as mais diversas possibilidades, como o atravessamento do estranhamento de si e a inclusão da experiência vivida no hospital.

Em tempos de medicalização e psicopatologização da vida cotidiana, visitar e revisitar as discussões levantadas pelo fundador da psicanálise pode se apresentar como um importante exercício. Sabemos que Lacan não cessou de visitá-lo e revisitá-lo, num esforço de retomar o percurso freudiano e sinalizar, a partir de sua leitura, para o que não cabe em descrições de traços observáveis de comportamento, em manuais de classificação; para o

que resiste aos esforços de supressão e neutralização do mal-estar. “O idealismo consiste em dizer que somos nós que damos a medida da realidade, e que não se deve buscar para além disso. É uma posição reconfortante. A de Freud, aliás, como a de todo homem sensato, é coisa bem diferente” – palavras enunciadas por Lacan em seu seminário sobre a ética (1959-1960, p.42).

Extraímos da experiência freudiana que ainda que haja um para além do princípio do prazer, o princípio do prazer atua diligentemente. Sempre há de haver um tipo de rechaço frente às ameaças que se insinuam. Nossa tarefa, nesse sentido, é escutar levando em conta a radical particularidade do rechaço que cada um fez, faz e tende a refazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASKOFARÉ, S. *Anormalidade, anomalia, patologia e bem-estar: a saúde e suas políticas à prova da psicanálise*. In: Manso, R e Darriba, V. (org) *Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015.

BARRETO, F. IANNINI, G. *Introdução à psicopatologia lacaniana*. In: TEIXEIRA, A. CALDAS, H. (Org.). *Psicopatologia lacaniana (vol.1: semiologia)* Belo Horizonte: Autentica, 2017.

CASTILHO, G. *Sobre o trabalho de elaboração e a construção em uma análise*. In: *O desejo do analista*. Revista da letra freudiana, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. *Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-cria>

BUSS, P. *Promoção da saúde e qualidade de vida*. Rev. Ciência & Saúde Coletiva (2000). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf> Acesso em: 03 de janeiro de 2019

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. (1966) Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CLAVREU, J.A ordem médica. Poder e impotência do discurso médico. (1983) São Paulo: Editora Brasiliense

COSTA-MOURA, F. *Medicalizar...ou suportar o fracasso normal da psicanálise*. In: Manso, R. e Darriba, V. (org) *Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015.

DARRIBA, V. BENCKE, A. CARDIM, E. CARVALHO, P. LIMA, D. PESTANA, G. OLIVEIRA, D. *Algumas evidências da fundação ética da psicanálise em 'A psicoterapia da histeria'* (2009) Disponível em: <http://www.cbp.org.br/psicoterapiahisteria.pdf>

DUNKER, C. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume, 2011.

ELIA, L. *O começo da análise não pode fazer com que a neurose comece a cessar*. In: *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. ALBERTI, S. e FIGUEIREDO, A.C. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

- FREUD, S. *Interpretação dos sonhos* (1900) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol.5
- _____. *Sobre a Psicopatologia da vida cotidiana* (1901). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol.6
- _____. *Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. 7.
- _____. *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia* (“O caso Schreber”). (1911a). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. 12
- _____. *Formulações sobre os dois princípios de funcionamento psíquico* (1911b). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol.12
- _____. *A dinâmica da transferência.* (1912a) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol.12
- _____. *Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise.* (1912b) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. 12
- _____. *Sobre o início do tratamento.* (1913a) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol.12
- _____. *Totem e Tabu.* (1913b) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol.13
- _____. *O interesse científico da Psicanálise.* (1913c) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. 13
- _____. *Recordar, repetir e elaborar.* (1914a) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol.12
- _____. *A história do movimento psicanalítico.* (1914b) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. 14
- _____. *Sobre o narcisismo: Uma introdução.*(1914c) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. 14
- _____. *O inconsciente.* (1915) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. 14
- _____. *Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos.* (1917a) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. Vol. 14

_____. *Uma dificuldade da psicanálise*. (1917b) In: História de uma neurose infantil (O homem dos lobos), Além do Princípio do prazer e outros escritos. Obras Completas, volume 14. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

_____. Eine schwierigkeit der psychoanalyse. In: Gesammelte werke (1917-1920), XII. Disponível em: http://freud-online.de/Texte/PDF/freud_werke_bd12.pdf. Acesso em: 7 de novembro de 2018.

_____. *Caminhos da terapia psicanalítica* (1919). In: Fundamentos da clínica. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. (Obras incompletas de Sigmund Freud; v. 6)

_____. Wege der psychoanalytischen Therapie In: Gesammelte werke (1917-1920), XII. Disponível em: http://freud-online.de/Texte/PDF/freud_werke_bd12.pdf. Acesso em: 7 de novembro de 2018.

_____. *Além do Princípio do Prazer*. In: História de uma neurose infantil (O homem dos lobos), Além do Princípio do prazer e outros escritos. Obras Completas, volume 14. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

_____. Jenseits des Lustprinzips. In: Gesammelte werke XIII. Disponível em: http://freud-online.de/Texte/PDF/freud_werke_bd13.pdf. Acesso em: 7 de novembro de 2018.

_____. *O Eu e O Id*. In: O Eu e o Id, “autobiografia” e outros escritos. Obras Completas, volume 16. São Paulo: Companhia das letras, 2011.

_____. *Resumo da Psicanálise*. (1924a) In: O Eu e o Id, “autobiografia” e outros escritos. Obras Completas, volume 16. São Paulo: Companhia das letras, 2011.

_____. *Neurose e Psicose* (1924b) In: O Eu e o Id, “autobiografia” e outros escritos. Obras Completas, volume 16. São Paulo: Companhia das letras, 2011.

_____. *Perda da realidade na neurose e na psicose* (1924c) In: O Eu e o Id, “autobiografia” e outros escritos. Obras Completas, volume 16. São Paulo: Companhia das letras, 2011.

_____. *O problema econômico do masoquismo* (1924d). In: O Eu e o Id, “autobiografia” e outros escritos. Obras Completas, volume 16. São Paulo: Companhia das letras, 2011.

_____. *A questão da análise leiga: diálogo com um interlocutor imparcial* (1926) In: Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos. Obras Completas. volume 17. São Paulo: Companhia das letras, 2014.

_____. *Inibição, sintoma e angústia* (1926b) In: Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos. Obras Completas. volume 17. São Paulo: Companhia das letras, 2014.

_____. *O mal-estar na civilização* (1930 [1929]) Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas.(ESB) v. XXI. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1988.

- _____. *A análise finita e a infinita*(1937a) In: Fundamentos da clínica. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. (Obras incompletas de Sigmund Freud; v. 6)
- _____. *Construções em análise.* (1937b) In: Fundamentos da clínica. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. (Obras incompletas de Sigmund Freud; v. 6)
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica.* (1963) Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- _____. *História da loucura na idade clássica.* (1972). São Paulo: Perspectiva, 1978.
- GOMES, A. MELO, A. *Terapia e psicanálise: da herança do sagrado à pesquisa científica.* In: SANTOS, T. MALCHER, F. (org) *Psicanálise no século XXI: ideologias políticas, subjetividade, laços sociais e intervenções psicanalíticas.* Curitiba: CRV, 2017.
- GRANHA, M. *Reflexões sobre a prática do analista no hospital geral.* (2000) In: *Psicanálise e Hospital.* Rio de Janeiro: Editora Revinter.
- HANNS, Luiz Alberto. *Dicionário comentado do alemão de Freud.* Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- LACAN, J. (1959-1960) *Seminário, livro 7: a ética da psicanálise;* texto estabelecido por Jacques- Alain Miller; [versão brasileira Antônio Quinet]. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- _____. *O lugar da Psicanálise na medicina* (1966/ 2001) In: *Opção Lacaniana: revista psicanalítica brasileira internacional, nº32.* São Paulo: Eolia, dezembro.
- LOPES, R. SANTOS, T. *O advento da Ciência moderna.* Psicanálise, Ciência e Discurso. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2013.
- MAURANO. *Pra que serve a psicanálise?*(2003). Coleção Passo-a-passo; v.21. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010
- MILLER, J. *Efeito do retorno à psicose ordinária.* Opção lacaniana online nova série. Ano 1. Número 3, 2010.
- MORETTO, Maria Livia Tourinho. *O que pode um analista no hospital?* (2001) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____. *A presença do pensamento freudiano no campo da saúde.* In: *Por que Freud hoje?*Org. Daniel Kupermann. São Paulo: Zagodoni, 2017.
- MOURA, M.D. *Psicanálise e urgência subjetiva.* In: *Psicanálise e Hospital.* Org: Marisa Decat de Moura. Rio de Janeiro: Revinter, 2000
- PIRES, T. *Saúde e doença em novo foco.* Disponível em: [file:///C:/Users/DOCTOR%20OF%20PC/Desktop/Nova%20pasta/Nova%20pasta%20\(2\)/Saúde%20e%20doença%20em%20novo%20foco.pdf](file:///C:/Users/DOCTOR%20OF%20PC/Desktop/Nova%20pasta/Nova%20pasta%20(2)/Saúde%20e%20doença%20em%20novo%20foco.pdf)
- RINALDI, D. (1996) *Ética da diferença.* Rio de Janeiro: EdUERJ: Jorge Zahar Ed.,1996

ROUDINESCO, E. *História da psicanálise*. (1944) In: Dicionário de Psicanálise Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p.342-345.

SANTOS, T.C.; OLIVEIRA, F.L.G.. *Teoria e clínica psicanalítica da psicose em Freud e Lacan. Psicol. estud.* [online]. 2012, vol.17, n.1, pp. 73-82. ISSN 1413-7372. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000100009>. Acesso em: 13 de junho de 2018

SEGRE, M. FERRAZ, M. *O conceito de saúde*. Rev. Saúde Pública, 31 (5): 538-42, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf> Acesso em: 20 de dezembro de 2018

VIEIRA, M.A. “O lugar da psicanálise na medicina – introdução a uma conferência de Jacques Lacan”, Cadernos do IPUB, vol. VIII, n.21 (Ciência e saber no campo da saúde mental), ago/set 2002, pp.115-114