

PSICANÁLISE: ADOECIMENTO E CURA...

PSYCHOANALYSIS: ILLNESS AND CURE...

Renata Flecha*

RESUMO

Este trabalho objetiva discutir a maneira como a psicanálise concebe o termo cura. O surgimento da psicanálise se atrela ao trabalho clínico e teórico de Freud com pacientes histéricas, inaugurando uma nova maneira de compreender esse adoecimento psíquico, pouco considerado pela medicina da época. Freud, então, a partir de parcerias iniciais com Breuer e Charcot dá vez e voz a essas mulheres, que apresentavam sintomas associados ao corpo, tais como afasias e paralisias. A partir, então, dessa prática clínica, Freud propõe que as causas da histeria estariam intrinsecamente associadas à sexualidade, e postula a presença de uma sexualidade infantil, o que lhe custa a parceria com Breuer, que discordava dessa posição. Assim, em seu percurso de trabalho, Freud elege como objeto de estudo o inconsciente, que diferentemente de outras concepções, é um sistema psíquico que possui uma forma própria de funcionamento e, para se dar a conhecer, manifesta-se nas lacunas do sistema consciente, por meio de atos falhos, chistes, sintomas etc. A proposição de Freud sobre o inconsciente remete à constituição da subjetividade marcada por um desamparo biológico e psíquico provocador de um constante mal-estar. As formas de mal-estar e/ou sofrimento psíquico variam em tempos e lugares, bem como as proposições sobre a cura. A psicanálise não compartilha com a ideia da existência de uma cura entendida como remissão completa de sintomas e sofrimento, como preconiza, por exemplo a medicina. Freud propõe que o trabalho da psicanálise deve ser na direção da transformação de um sofrimento neurótico em uma infelicidade comum.

PALAVRAS-CHAVE: psicanálise; inconsciente; adoecimentos psíquicos; sofrimento; cura.

ABSTRACT

This work aims to discuss the way in which psychoanalysis conceives the term cure. The emergence of psychoanalysis is linked to Freud's clinical and theoretical work with hysterical patients, inaugurating a new way of understanding this psychic illness, little considered by medicine at the time. Freud, then, from initial partnerships with Breuer and Charcot, gives time and voice to these women, who presented symptoms associated with the body, such as aphasia and paralysis. Based on this clinical practice, Freud proposes that the causes of this pathology are intrinsically associated with sexuality, and postulates the presence of an infantile sexuality, which costs him the partnership with Breuer, who disagreed with this position. Thus, in his work path, Freud chooses the unconscious as his object of study, which, unlike other conceptions, is a psychic system that has its own way of functioning and, to make itself known, it manifests itself in the gaps of the conscious system, through wrongdoings, jokes, symptoms, etc. Freud's proposition about the unconscious refers to the constitution of subjectivity marked by a biological and psychological helplessness that provokes a constant malaise. The forms of malaise and/or psychic suffering vary in times and places, as well as the propositions about the cure. Psychoanalysis does not share the idea of the existence of a cure understood as complete remission of symptoms and suffering, as advocated, for example, by medicine. Freud proposes that the work of psychoanalysis should be towards the transformation of neurotic suffering into common unhappiness.

KEYWORDS: psychoanalysis; unconscious; psychic illnesses; suffering; cure.

* Doutora em Educação (UFMG), psicanalista. Professora do Departamento de Filosofia da PUC Minas. E-mail: renataflecha@hotmail.com.

1 NASCIMENTO DA PSICANÁLISE

O surgimento e desenvolvimento da Psicanálise se localiza, cronologicamente, na última década do século XIX. Sigmund Freud, seu fundador, a partir do trabalho com a histeria, traz ao cenário médico uma nova forma de compreensão da psique e também dessa patologia. Por meio de suas observações no atendimento de pacientes histéricas (a maioria mulheres), Freud nos mostra a necessidade de entender as intrincadas relações existentes entre perturbações no corpo e seus determinantes psíquicos, apresentadas por essas primeiras pacientes.

No percurso inicial da Psicanálise, Freud estabelece importantes parcerias de trabalho, que influenciam em sua vida e obra, e aqui podemos destacar as figuras de Jean-Martin Charcot e Josef Breuer.

Em sua relação com Jean-Martin Charcot, no Salpêtrière, em Paris, Freud teve a oportunidade de trabalhar no campo da neurologia e também naquilo que vai definir seu destino profissional: a já citada histeria, que naquela época não era objeto de atenção da comunidade médica, sendo, inclusive, desprezada e considerada como um embuste.

Charcot tratava tal transtorno, a histeria, como não exclusivamente feminina, pois, por muito tempo, o termo histeria foi associado ao grego *hysteron*, que significa útero, e por isso compreendida como um tipo de desordem nervosa típica de mulheres. O médico francês também defendia a posição de que tal patologia não era apenas uma questão de fingimento, como muitos de seus colegas supunham.

Joseph Breuer, por sua vez, também médico em Viena, foi parceiro intelectual e profissional de Freud, bem como amigo e mecenas em certas ocasiões. Breuer também tratava, já há algum tempo, de pacientes histéricas e dentre elas podemos citar o caso de Bertha Pappenheim (Anna O.), uma paciente com severos e surpreendentes sintomas histéricos (por exemplo, perdia a capacidade de falar em sua língua materna, o alemão, e só conseguia se expressar-se em inglês; também padecia de hidrofobia, um medo que a impedia de beber água).

Os dois médicos, Freud e Breuer, por meio dos atendimentos e estudos de vários casos de histeria, como o de Anna O., e que são relatados nos *Estudos sobre a histeria* (1974a), chegaram à conclusão de que os transtornos histéricos não provinham de lesões orgânicas e também não eram um fingimento. Assim, sob o ponto de vista desses dois médicos, a histeria passa a ser vista como qualquer forma de neurose que tinha sua origem em conflitos psíquicos e que se exteriorizava sob a forma de sintomas dolorosos e desconcertantes.

Tais sintomas, à época de Freud, vão incidir prioritariamente sobre o corpo, sob a forma chamada de conversões (paralisias de membros, por exemplo), subvertendo os caminhos de

compreensão anátomo-fisiológicos disponíveis à comunidade científica de tal período e fazendo com que Freud afirmasse que a histeria é uma afecção que desconhece e não respeita a anatomia.

Contudo, a insistência nos fatores claramente sexuais, sobre os quais Freud começava a entrever a causa de tais conflitos psíquicos, acabou afastando-o de Breuer. Tal convicção, por parte de Freud, se encontrava na proposição por ele apresentada de que havia manifestações da sexualidade na primeira infância, o que despertou muitas reticências e resistências por parte da comunidade médica da época, bem como da sociedade vienense, de forma geral.

A novidade trazida por Freud, sobre a existência e manifestações da sexualidade na infância, coloca sob suspeita, de acordo com Neves (2018), a ideia de que existe um desenvolvimento normal da sexualidade na espécie humana. Assim, se estabelecem diferenças na compreensão sobre a sexualidade, que perduram até hoje. A primeira delas que podemos destacar, em primeiro lugar, que a pulsão¹, especificamente a pulsão sexual² para a psicanálise, é atuante desde os primeiros anos de vida do ser humano e não surge como um advento típico da puberdade/adolescência. A segunda das diferenças se relaciona com o objeto da pulsão sexual, que se caracteriza como algo de mais variável, impossibilitando, a priori, a determinação das escolhas de objetos sexuais posteriores; e, por último, que toda e qualquer atividade sexual encontra-se associada à obtenção sexual e não à cópula/reprodução como muito defende o senso comum. Assim,

A escolha de objeto sexual popularmente aceita como normal (heterossexual) deixa de receber o status de uma escolha de objeto predeterminada. O objeto pelo qual a pulsão consegue obter satisfação é um objeto contingente, sem nenhuma necessidade biológica que justifique sua predeterminação. (NEVES, 2018, p. 113).

¹ Freud faz uso em sua obra do termo alemão *Trieb*, que, diferentemente do instinto, define “um processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, fato de motricidade) que faz tender o organismo para um alvo. Segundo Freud, uma pulsão tem a sua fonte numa excitação corporal (estado de tensão); o seu alvo é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional); é no objeto ou graças a ele que a pulsão pode atingir seu alvo” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1983, p. 506).

² De acordo com Laplanche e Pontalis (1983, p. 518), a pulsão sexual “é uma pressão interna que para a psicanálise atua num campo mais vasto do que o das atividades sexuais no sentido corrente do termo. Nela se verificam eminentemente algumas das características da pulsão que a diferenciam de um instinto; o seu objeto não é biologicamente predeterminado e as suas modalidades de satisfação (alvos) são variáveis, mais especialmente ligadas ao funcionamento de zonas corporais determinadas (zonas erógenas) mas susceptíveis de acompanharem as atividades mais diversas em que se apoiam. Esta diversidade das fontes somáticas de excitação sexual implica que a pulsão sexual não está desde logo unificada, mas que começa por estar fragmentada em pulsões parciais cuja satisfação é local (prazer de órgãos)”.

Da exposição acima, depreende-se que em cada um dos sujeitos torna-se possível verificar que sua história e percurso de vida, no que diz respeito às suas orientações de ordem sexual, terão sempre um destino único e singular, já que não existe uma só maneira de desejar e se pensar a finalidade da sexualidade. Para a psicanálise, a sexualidade e a reprodução não são coincidentes (NEVES, 2018).

Podemos colocar a questão da seguinte maneira: ou não há norma para a sexualidade, então todas as expressões são igualmente válidas embora possam ou não ser legitimadas por determinada sociedade; ou há uma norma, porém apenas ideal, já que não funciona de todo para ninguém. Seria o mesmo que dizer que somos todos normais ou todos anormais e, se não há exclusão, a regra não se justifica. Tal classificação é, portanto, dispensável. Isso, no entanto, não dispensa o sujeito de uma decisão (SILVA, 2009, p. 263 apud NEVES, 2018, p. 116).

Assim, a clínica da histeria, nessa nova concepção proposta por Freud, configurou-se como uma das vias basilares de constituição de novo campo do saber, a psicanálise, determinando ainda, aquilo que viria a ser o seu objeto de estudo: o inconsciente.

2 O INCONSCIENTE PARA PSICANÁLISE

Garcia-Roza (2009) nos ensina que podemos falar sobre o inconsciente de diversas maneiras, pois, afinal, ele é um termo que se encontra em discussão em diversos campos do saber. Porém, quando se trata do campo psicanalítico temos, então, que considerá-lo com precisão e rigor.

Segundo esse autor e psicanalista, citado acima, uma das formas, por meio da qual o inconsciente pode ser compreendido, é aquela que o coloca como um adjetivo, designando tudo aquilo que se situa fora daquilo que se encontra na ordem da consciência, sem, contudo, designá-lo como um sistema psíquico, que tem uma lógica própria de funcionamento. Essa concepção pode ser identificada a uma tradição de subjetividade dominada pela razão.

No entanto, a forma de compreensão do inconsciente, proposta por seu fundador, subverte tal tradição e promove aquilo que ele nomeará como terceira ferida narcísica da humanidade. No artigo *Uma dificuldade no caminho da psicanálise*, Freud (1976b) apresenta essa ideia e ainda elenca os outros dois golpes narcísicos desferidos sobre a imagem que o homem tinha de si. O primeiro, denominado cosmológico, foi dado por Nicolau Copérnico, no século XVI, que retira a terra do centro do universo e dá ao sol esse lugar de relevância. O segundo golpe, de autoria de Charles Darwin, no século XIX, foi chamado de biológico e nele

o homem é retirado da posição dominante sobre as outras criaturas do reino animal. E, por fim, o terceiro golpe narcísico sofrido pelo homem foi dado por Freud com sua concepção de inconsciente, que coloca o homem como aquele que não é dono de sua própria morada, seu próprio eu.

O inconsciente, para a Psicanálise, segundo Freud em seu artigo *O inconsciente* (1974c), se dá a conhecer, se manifesta nas lacunas do consciente, que irão trazer para a cena da investigação psicanalítica aquilo que Lacan, em sua obra, denominou de formações do inconsciente: sonhos, atos falhos, chistes e sintomas.

Dessa forma, de acordo com Garcia-Roza (2009, p. 171),

O que nos chama a atenção nesses fenômenos lacunares não é apenas a descontinuidade que eles produzem no discurso consciente mas sobretudo um sentimento de ultrapassagem que os acompanha (Lacan, 1979b, p. 30). Neles, o sujeito sente-se como que atropelado por um outro sujeito que ele desconhece mas que se impõe a sua fala produzindo trocas de nomes e esquecimentos cujo sentido lhe escapa [...]

O inconsciente freudiano determina, dessa maneira, um modo de funcionamento psíquico, que se mostra distante, radicalmente, do fato de “estarmos conscientes”. Não é a ausência de consciência, mas, sim, por meio dessa lógica particular e própria que demarca, de modo preciso, o descentramento do sujeito em relação a essa consciência, que se acreditou, durante muito tempo, absoluta e onipotente.

Assim, a investigação sobre o inconsciente, praticada pela psicanálise, é marcada em seu surgimento pela escuta das histéricas, dando a essas mulheres vez e voz. Tal escuta diferenciada produziu, dessa forma, um novo saber sobre o inconsciente como um sistema que possui leis próprias de funcionamento.

Neves (2018, p. 103), fazendo uso das ideias de Lacan, que afirma que “só há inconsciente no ser falante”, nos mostra que os humanos não possuem uma adaptação automática à realidade, e esse aspecto os diferencia dos animais que seguem um roteiro programado pelo instinto (que lhes assegura condições necessárias de sobrevivência individual e coletiva). O que se configura nesse momento, então, é a condição de desamparo, despreparo para a vida, a que todos nós estamos submetidos, em gradações diferenciadas ao longo do percurso da vida.

3 A CONDIÇÃO DE DESAMPARO HUMANO E O PERENE MAL-ESTAR HUMANO

Considerando que o termo **Hilflosigkeit** é composto de três palavras: **Hilfe**, que significa socorro; **los**, que pode ser definido por sem; **keit** que forma o substantivo; **Hilflosigkeit** seria melhor traduzido por “insocorribilidade”. Somos, por definição, “insocorríveis”. (CECCARELLI, 2005, p. 49).

A partir dessa exposição, que encontramos no artigo *A patologização da normalidade* (2010), de Paulo Roberto Ceccarelli, introduzimos a discussão sobre a condição humana de desamparo. Desamparo esse que não só se apresenta na ordem biológica, como também na ordem psíquica. Isso se deve ao fato de que o *infans* não possui recursos necessários para lidar com as demandas biológicas feitas para que ele sobreviva, tal como aplacar, de forma autônoma, independente e eficiente, a fome, o que o coloca em uma posição de dependência com relação a um outro experiente que o socorrerá. No entanto, de acordo, com Ceccarelli (2010), a essa dependência biológica, se associa, logo de imediato, uma outra inseparável dependência: a psíquica. Enquanto a dependência biológica demanda o alimento, a dependência psíquica demanda afeto, amor e reconhecimento.

A espécie humana é assim marcada pela experiência de desamparo que estabelecerá a eterna também experiência de mal-estar, característica que se apresentará de forma mais ou menos contundente ao longo da vida.

A experiência de mal-estar é trabalhada por Freud em um texto, elaborado em 1929, intitulado *O mal-estar na civilização* (1974d). Considerado um dos textos antropológicos ou sociais da psicanálise, encontramos, ao longo dos seus oito capítulos, as considerações de Freud sobre as relações que os homens estabelecem entre si, no âmbito social, e seus desdobramentos. Seu tema fundamental é apontado logo a princípio como sendo “[...] o antagonismo irremediável entre as exigências da pulsão e as restrições da civilização [...]” (FREUD, 1974d, p. 76).

Para desenvolver sua argumentação, Freud estabelece uma pergunta singela, que cada um dos homens faz: “[...] o que eles pedem da vida e o que desejam nela realizar? A resposta mal pode provocar dúvidas. Esforçam-se para obter felicidades; querem ser felizes e assim permanecer [...]” (FREUD, 1974d, p. 94). Assim, ao longo das páginas, o autor tratará das tentativas para responder a tal questão e nos mostrará como tal projeto mostra-se fadado ao fracasso.

Esse fracasso se inicia pela constatação de que o projeto de ser feliz, como algo dado, pronto e acabado, tem por característica dois aspectos fundamentais que Freud nomeará como metas positiva e negativa. A primeira delas, a meta positiva, se vincula à felicidade, igualada à obtenção de prazer total e permanente. Mas parece que tal meta não se verifica da maneira esperada, pois a experiência de desprazer é mais fácil de ser encontrada, já que não suportamos subjetivamente um prazer prolongado, e socialmente tal meta sempre encontrará entraves e obstáculos, verificados, por exemplo, nas restrições que a sociedade impõe ao desejo humano.

Nas palavras de Freud (1974d, p. 94-95):

O que chamamos de felicidade no sentido mais restrito provém da satisfação (de preferência repentina) de necessidades represadas em alto grau, sendo, por natureza, possível apenas como experiência episódica. Quando qualquer situação desejada do prazer se prolonga, ela produz tão-somente um sentimento de contentamento muito tênue. Somos feitos de modo a só podermos derivar prazer intenso de um contraste, e muito pouco de um determinado estado de coisas. Assim, nossas possibilidades de felicidade sempre são restringidas por nossa própria constituição [...]

Além disso, Freud ainda nos adverte que a experiência oposta, a infelicidade, é mais fácil de se experimentar, pois o sofrimento nos ameaça a partir de três fundamentais direções: de nosso corpo, que é condenado ao envelhecimento e morte; do mundo externo, pois as forças da natureza podem se voltar contra nós de forma avassaladora e, por fim, das relações que os homens estabelecem entre si em vários âmbitos, família, trabalho, amizade, amores etc., marcadas por desencontros. Para ele, essa última direção talvez seja a mais deletéria das três, configurando-se assim nossa impotência, fragilidade e desamparo constituintes de nossa subjetividade.

É, então, via esse relato de nossa condição de estarmos mais propensos ao sofrimento do que à felicidade plena, que Freud (1974d, p. 95) nos mostra a meta negativa exposta acima:

Não admira que, sob a pressão de todas essas possibilidades de sofrimento, os homens se tenham acostumado a moderar suas reivindicações de felicidade — tal como, na verdade, o próprio princípio do prazer, sob a influência do mundo externo, se transformou no mais modesto princípio da realidade —, que um homem pense ser ele próprio feliz, simplesmente porque escapou à infelicidade ou sobreviveu ao sofrimento, e que, em geral, a tarefa de evitar o sofrimento coloque a de obter prazer em segundo [...]

Perante tal realidade, exposta por Freud, os homens buscarão formas para lidar com tal condição de sofrimento, fazendo uso de diversos expedientes para mitigar o mal-estar que os constitui. Dentre tais expedientes podemos encontrar o uso de substâncias tóxicas, o isolamento

voluntário, o adoecimento psíquico, a sublimação, a religião, entre outros. No entanto, nenhum desses caminhos, separados ou combinados, garantirá ao homem o encontro com a tão sonhada felicidade, proporcionando, somente, o abrandamento do mal-estar de forma não permanente. Freud (1974d, p. 103) ainda nos lembra que “[...] não existe uma regra de ouro que se aplique a todos: todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo ele pode ser salvo [...]”

Assim, a arte de viver não é tarefa fácil para o homem, e as condições históricas e sociais de cada época estabelecerão formas de sofrimento e adoecimentos subjetivos diversos e específicos.

[...] cada época utiliza dos meios que tem para enfrentar o mal-estar: os expedientes que encontramos para nomear o que nos aflige variam segundo o discurso dominante do momento socio-histórico no qual estamos inseridos. Não raro, o saber científico, altamente comprometido, quando não subvencionado, por aqueles que detêm o poder, é convocado e transformado em instrumento ideológico para ditar como a circulação pulsional deve ocorrer e para justificar as medidas a serem tomadas caso a norma não seja respeitada. (CECCARELLI, 2010, p. 129).

4 OS ADOECIMENTOS PSÍQUICOS E AS ÉPOCAS: O NORMAL E O PATOLÓGICO PARA A PSICANÁLISE

A ideia do que é normal ou não varia de acordo com os tempos e lugares. Assim, é importante lembrar que, ao longo da história, o adoecimento psíquico já teve significados diversos.

Neves (2018) expõe que na antiguidade, por exemplo, as doenças já foram consideradas como sendo fruto da possessão de algum tipo de espírito maligno, ou ainda, uma espécie de punição provinda de um desvio moral infligida por alguma força de ordem sobrenatural. Seriam, então, manifestações de forças alheias ao organismo induzidas pelo pecado ou ainda por maldição.

[...] para os antigos hebreus, as doenças eram necessariamente produtos de uma possessão por forças sobrenaturais, mas representavam sempre a cólera divina diante dos fracassos e erros humanos. Alguns autores (SCLIAR, 2007; VALICH, 2000) lembram como, no Antigo Testamento, a lepra, antes de ser reconhecida como uma doença que poderia implicar um modo de tratamento, era definida como resultado da desobediência ao mandamento divino. (NEVES, 2018, p. 68).

Essa posição também é corroborada por Ceccarelli (2010, p. 126), que afirma que cada contexto histórico construiu discursos específicos sobre os adoecimentos diversos. Assim, podemos considerar como exemplos, elencados por ele, “[...] castigo dos deuses, disfunções

humorais, possessão demoníaca, perda da razão, manifestação do inconsciente, fatores genéticos, desequilíbrio químico e outras tantas [...]”.

Esse autor ainda nos chama a atenção para o fato de que os discursos sobre os comportamentos considerados normais sempre foram legitimados pelas elites dominantes, seja da Igreja ou do Estado.

Nas sociedades em que a religião tem o controle, são os sacerdotes, inspirados pelos deuses, que ditam as normas de conduta aceitáveis e as patológicas. Foi assim no início da era cristã, quando o mundo se organizava em escalas de valores de acordo com um projeto divino inescrutável. Nesse mundo estanque, não havia possibilidades de mudanças: tendo a terra no centro do universo, a criação mais perfeita era o homem, seguido pela mulher. As referências ético-morais a serem seguidas eram ditadas e controladas pela religião. (CECCARELLI, 2010, p. 126).

No entanto, com o advento da ciência moderna, o mundo sofre um processo de secularização, que substitui a visão de mundo religiosa por outra visão de mundo agora caracterizada pelo ideal da objetividade e previsibilidade, marcas registradas dessa nova forma de ciência.

Se, então, atrelarmos as concepções de normal e/ou patológico a contextos específicos, podemos concluir que tais termos não possuem um sentido absoluto em si mesmos. Assim, nenhum sujeito poderá ser diagnosticado como normal ou doente de forma apartada de um contexto, ou seja, de forma isolada, pois a forma do sofrimento acompanha a história das sociedades. Segundo Dunker (2015, p. 32), “[...] das neuroses de caráter dos anos 1940 às personalidades narcísicas do pós-guerra, dos quadros ‘borderline’ da década de 1980 às depressões, ao pânico e anorexias dos anos 2000, há uma variação das modalidades preferenciais de sofrimento”.

No entanto, todas essas formas de expressão elencadas por Dunker denotam a experiência de mal-estar que é parte constitutiva do viver no coletivo. Se no contexto da elaboração do texto *O mal-estar na civilização* (1974d), em 1929-1930, as formas de adoecimentos se apresentavam de formas particulares, nossa realidade atual, nosso mundo contemporâneo também apresentará suas próprias mazelas.

As nomeações para os tempos que vivemos, bem como suas características, encontram pontos de convergência e divergência entre vários autores. Assim, Birman (2006, p. 37-38) nos esclarece sobre tais características:

[...] os norte-americanos em geral preferem referir-se à pós-modernidade para descrever os novos tempos em oposição à modernidade. Não se deve, contudo, ser esquemático em relação a isso, já que encontramos entre os europeus não apenas o acento incidindo sobre a ruptura, como também a caracterização dessa ruptura como algo positivo. Este é o caso, por exemplo, de Zygmunt Bauman, cientista social polonês que é professor nas universidades de Varsóvia e de Leeds, na Inglaterra. De outro ponto de vista, o filósofo francês Jean-François Lyotard também reconhece a existência da ruptura e o fim da modernidade, sublinhando a impossibilidade teórica atual de as grandes narrativas serem realizadas. O italiano Gianni Vattimo não apenas insiste na ruptura radical, como é um entusiasta dos tempos pós-modernos, baseando-se para isso em outros critérios filosóficos. Em contrapartida, o cientista social francês Gilles Lipovetsky destaca a ruptura, mas de maneira negativa, referindo-se à pós-modernidade como o império do vazio e do efêmero, posição não muito distante da expressa pelo sociólogo Jean Baudrillard, que também a considera da maneira negativa. Por sua vez, os europeus ainda insistem na existência da modernidade hoje, sublinhando a radicalização de seus pressupostos. Assim, Anthony Giddens, na Inglaterra, prefere referir-se à existência de uma “modernidade tardia”, estando próximo do caminho do cientista social alemão Ulrich Beck, que destaca a ideia de uma “modernidade reflexiva”. Da mesma forma, o cientista social francês Georges Balandier insiste na existência de uma “super-modernidade”, na qual ainda permanecem os fundamentos da modernidade. O filósofo alemão Jürgen Habermas destaca-se como um defensor implacável do projeto da modernidade, tudo isso se nos referirmos apenas aos campos das ciências sociais e da filosofia, deixando de lado o da estética, nos quais a presença viva do ideário da modernidade sempre se destaca.

Já sabemos, como citado acima, que, segundo Freud, o mal-estar tem tripla origem: do nosso próprio corpo, das relações com a natureza e também das relações com outros homens. No entanto, em uma leitura mais recente, Birman, em *Arquivos do mal-estar e da resistência* (2006), acrescenta que na atualidade, experimentamos outras formas de mal-estar que se registram também no corpo, na ação e no sentimento, que podem se combinar no mesmo sujeito.

Para Birman (2006), é no corpo³ que o mal-estar se manifesta de uma forma mais eminente. A grande maioria das pessoas possui alguma queixa de que o corpo não está funcionando a contento e que poderia haver uma melhor “performance” dele. O autor aponta nosso constante estado de estresse, que pode se manifestar de maneiras infinitas: dores difusas, tonteiras, elevação da pressão arterial, aceleração cardíaca, síndrome da fadiga crônica, síndrome do pânico etc.

No segundo registro, apontado por Birman (2006), encontramos a ação. Também nomeada por ele de “hiperatividade” (excitabilidade elevada), ela se impõe ao sujeito que age, de forma frequente, sem reflexão sobre o motivo e objetivo dessa ação. Ele exemplifica tal registro por meio das explosões de violências diversas, sejam elas explícitas ou simbólicas.

³ Freud, em seu texto *O mal-estar na civilização* (1974d), expõe que as fontes de sofrimento se encontram no corpo (condenado à decadência e dissolução), na natureza (que pode se voltar contra o sujeito com forças esmagadoras) e nas relações sociais (na família, nos grupos em geral e na sociedade). Birman (2006), por sua vez, amplia a discussão remetendo a aspectos da nossa atualidade e traz outros que dizem respeito ao corpo, bem como acrescenta a ação e o sentimento.

O último registro, trazido pelo autor, o do sentimento, pode ser verificado, por exemplo, no empobrecimento da linguagem, que se encontra cada vez mais perpassada pela imagem, dificultando, frequentemente, a mediação entre as diferenças.

Birman (2006, p. 191) ainda acrescenta a essa discussão as manifestações contemporâneas do mal-estar, as experiências da dor e do sofrimento nesse contexto e a dificuldade do sujeito atual em transformar a dor em sofrimento: “[...] se o sofrimento era a marca específica pela qual a subjetividade metabolizava o mal-estar na modernidade, a dor passou a ser o traço inconfundível pelo qual aquela se confronta como o mal-estar na pós-modernidade”.

A experiência de dor e sofrimento nos remete à discussão de uma possível cura para tal situação e a posição da psicanálise nesse contexto.

5 CURA E PSICANÁLISE

De acordo com Ferreira (1975), cura nos remete a uma posição contrária ao adoecimento, a uma recuperação da saúde. Dessa forma, podemos pensar que, em uma perspectiva de ordem clínica, a cura se associa à eliminação de uma certa doença ou patologia com a reinstalação da saúde.

Neves (2018, p. 33-34) relata que podemos entender o termo cura, dentro do contexto da saúde, como um ajustamento a um certo ideal, ou ainda, um “adequamento” funcional a parâmetros também estabelecidos socialmente. “Pensar a cura tornou-se, para a razão biomédica de nossos dias, eliminar o mal causado pelas doenças, pois a saúde seria sinônima de uma vida sem perturbações e sofrimentos.”

Essa posição é corroborada por Portocarrero (2009, p. 130), quando afirma que

O ensino médico privilegiava o normal, a normalidade, considerando a doença como um desvio de normas fixas, que seriam as constantes. A prática médica buscava estabelecer, cientificamente, estas normas, para seguir a teoria e trazer de volta o estado de saúde, de normalidade, o organismo, através do restabelecimento da norma da qual havia se afastado.

Assim, sob o ponto de vista de uma racionalidade médico-clínica, que supera, por meio da ciência e da técnica, outras visões como a religiosa e/ou mágica, que imperou em outros tempos, a cura passa a ser o efeito da utilização dessa determinada técnica, específica para aquele adoecimento.

Além disso, Ceccarelli (2010) acrescenta que vivemos, em nossa atualidade, uma patologização da normalidade. Segundo ele, essa patologização da normalidade se refere a formas e normas de um discurso usadas para rotular os sujeitos, desconsiderando suas particularidades subjetivas. Ele ainda acrescenta que um dos possíveis efeitos de tal postura se encontra na prática da medicação da dor e do sofrimento, visíveis em nosso cotidiano; e ilustra essa afirmação nesta seguinte passagem do seu artigo:

Outro fato curioso é o de prescrever medicamentos para as etapas normais da vida, para os seus estados de espírito e suas emoções. Ou seja, as condições próprias à natureza humana estão sendo cada vez mais medicalizadas pelos fabricantes de remédios em busca de clientes. É assim que, aos poucos, as pessoas estão sendo convencidas de que qualquer problema, qualquer contrariedade é insuportável, o que transformou o sofrimento psíquico em uma doença mental, para a qual existe um medicamento apropriado para a emoção que o sujeito não deveria sentir. Entretanto, foi necessário mudar a definição de padecimento para que novas “doenças” pudessem surgir: entre 1987 e 1994, o DSM-IV introduziu 77 novas doenças mentais. Foi assim que a timidez passou a ser uma “fobia social”; o regurgitar normal dos bebês tornou-se o “refluxo esofágico patológico”; a senilidade, uma “insuficiência da circulação cerebral”; e a expressão “traumatismo do bilhete que perde” utilizada para quem se preocupa por não ter ganhado na loteria (ST-ONGE, 2004). (CECCARELLI, 2010, p. 130).

Aqui também podemos citar a contribuição de Roudinesco (2005), que considera a presença atual de uma “ideologia científica”, nomenclatura que é adotada pela Organização Mundial de Saúde, que tem por objetivo fazer um inventário de problemas psíquicos com a finalidade de prescrever uma adequada intervenção terapêutica.

Diferentemente dessa posição (e de outras também), a psicanálise abraçará uma forma própria de conceber a cura, bem como também a compreensão do adoecimento. Segundo Neves (2018), Freud nos ensina que a cura não é a correção de uma experiência, entendida como ideal, para um estado saudável, mas a possibilidade da criação de um estado saudável particular e talvez até único para um certo sujeito.

O objetivo de um tratamento não é buscar a cura, a felicidade com uma predicação já posta, uma vez que tanto a cura quanto a felicidade adquirem, para cada sujeito, um sentido singular que pode não encontrar estrutura de reconhecimento a partir dos valores normativos que são postos em circulação em uma determinada sociedade. (NEVES, 2018, p. 118).

Esse mesmo autor prossegue afirmando que o compromisso de uma cura para a psicanálise não se atrela à felicidade e nem à realização de um bem-estar, ou seja, a nenhuma característica, ou grupo de características, que possa se impor de forma decisiva sobre o sujeito.

Além disso, ele nos lembra que o fundador da psicanálise, em seu texto *O mal-estar na civilização* (1974d), nos advertiu que a felicidade, prometida pelo ideal civilizatório, é fadado ao fracasso, e que sua marca fundamental é de ser uma experiência subjetiva particular e de duração efêmera.

A trajetória da psicanálise, partindo de Freud e passando por Lacan, nos mostra que o projeto de cura (se houver algum...) não se liga à ausência completa de sofrimento. Ela, a cura, não significaria a cessação definitiva de um mal-estar e a restituição de um estado de bem-estar anteriormente vivido e agora perdido.

Vemos essa argumentação também nas palavras de Safatle (2015, p. 294), quanto à posição assumida pela psicanálise,

[...] uma dimensão fundamental do trabalho analítico consiste não em dissolver sintomas, mas em dissolver o vínculo do sujeito à identidade produzida pela doença, o que permite aos sintomas perderem certos efeitos, diminuir de intensidade e se abrirem à possibilidade de novos arranjos.

Se o trabalho clínico da psicanálise se associar à remoção de sintomas, visando a um restabelecimento de uma pretensa saúde psíquica perdida, ele corre o risco de bloquear ou ainda até eliminar o espaço no qual o sujeito pode advir. Assim, a cura em psicanálise deve ser pensada, como argumenta Neves (2018), como uma via de transformação subjetiva, ou como nas palavras de Freud (1974a), a transformação de um sofrimento neurótico em uma infelicidade ordinária, comum.

A cura não se constringe às ambições negativas, presente na ideia de retirada dos sintomas ou de abreviação do sofrimento, ambas formas de redução, clínica e psicoterapêutica, do desprazer. A cura não apenas faculta amar e trabalhar, mas sugere que isso possa ser feito segundo uma nova forma de estar no mundo, uma forma que convida à criação e invenção de outras maneiras de satisfação. (DUNKER, 2011, p. 176).

CONCLUSÃO

A trajetória da psicanálise nos remete à própria vida de seu fundador, Sigmund Freud. Sua origem e criação se confundem com os dilemas e conflitos enfrentados por ele, de ordem pessoal e profissional, na constituição desse campo do saber sobre a subjetividade.

Iniciando pela clínica da histeria, Freud dá vez e voz às mulheres histéricas, desconsideradas pelo contexto médico da época e, por meio dessa nova modalidade clínica, por ele inventada, constrói o edifício teórico-prático da psicanálise, tendo como objeto de estudo o

inconsciente. A compreensão desse objeto de estudo se difere de outras presentes na história do conhecimento, como, por exemplo, aquela da tradição filosófica, que, muitas vezes, associa o inconsciente a uma forma adjetiva: aquilo que se opõe à consciência. Para a psicanálise, o inconsciente é um sistema que possui leis próprias de funcionamento, manifestando-se por vias que sempre demandam interpretação: sonhos, atos falhos, sintomas etc.

Marcado pela lógica do inconsciente, o sujeito para a psicanálise é aquele que se vê destituído de um pleno poder de conhecimento sobre si próprio; e tal estado de alienação remete à sua constituição como aquele que entra e permanece no mundo em uma condição de desamparo.

Essa condição primeira e permanente de desamparo lança o sujeito em um perene mal-estar frente ao qual ele faz uso de expedientes diversos, no intuito de, se não promover seu desaparecimento, pelo menos mitigar seus efeitos. No entanto, tal projeto é caracterizado pelo fracasso, pois as experiências de dor e sofrimento são mais constantes que aquelas que produzem bem-estar e felicidade. Entre tais expedientes podem ser citados o uso de substâncias tóxicas, a religião, os adoecimentos psíquicos, entre outros.

Destacando os adoecimentos psíquicos como uma dessas formas de lidar com o mal-estar, podemos perceber que os tempos e lugares produzirão formas próprias e particulares em seu engendramento. Assim, cada época produzirá seus próprios sintomas, que se encontrarão atrelados a um dado contexto sócio-histórico, bem como encontrará também proposições de cura, advindos, principalmente no mundo contemporâneo, de um discurso médico.

No entanto, a psicanálise não compactua com tal forma de lidar com os adoecimentos psíquicos e defende uma posição particular. Para ela, a cura não remete, necessariamente, a uma remissão dos sintomas de uma forma completa e absoluta, e seu trabalho se volta para a possibilidade de o sujeito viver novos arranjos subjetivos, modificando-se, ou ainda, como nos mostrou Freud: na transformação de um sofrimento neurótico em uma infelicidade comum...

REFERÊNCIAS

BIRMAN, Joel. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

CECCARELLI, Paulo Roberto. A patologização da normalidade. **Estudos de psicanálise**, Aracaju, n. 33, p.125-136, jul. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372010000100013. Acesso em: 18 maio 2021.

CECCARELLI, Paulo Roberto. Perversão e suas versões. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 27, n. 52, p. 43-50, set. 2005.

CURA. *In*: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 411.

DUNKER, Christian. Crítica da razão diagnóstica em psicanálise. *In*: OLIVEIRA, Cláudio (org.). **Filosofia, psicanálise e sociedade**. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2011. p. 281-296.

DUNKER, Christian. **Mal-estar, sofrimento e sintoma**. São Paulo: Boitempo, 2015.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

FREUD, Sigmund. Estudos sobre a histeria (1883-1895). *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: estudos sobre a histeria (Breuer e Freud). Rio de Janeiro: Imago, 1974a. v. 02.

FREUD, Sigmund. O inconsciente. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: a história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1974c, v. 14.

FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: o futuro de uma ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1974d, v. 21.

FREUD, Sigmund. Uma dificuldade no caminho da psicanálise. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: uma neurose infantil e outros trabalhos. Rio de Janeiro: 1976b. v. 17.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. **Vocabulário da psicanálise**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

NEVES, Tiago Iwasawa. **A cura em psicanálise como potência política de transformação**. 2018. Tese (Doutorado). Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2018. Disponível em: <http://tede2.unicap.br:8080/handle/tede/995>. Acesso em: 24 mar. 2021.

PORTOCARRERO, Vera. **As ciências da vida**: de Canguilhem a Foucault. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ROUDINESCO, Elisabeth. **O paciente, o terapeuta e o Estado**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

SAFATLE, Vladimir. **O circuito dos afetos**. São Paulo: Cosac Naify, 2015.