

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LUÍZA MICHELINI VILANOVA

A in-sustentação da cura em psicanálise

PORTO ALEGRE

2021

LUÍZA MICHELINI VILANOVA

Trabalho apresentado como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Vera Lúcia Pasini

Comentadora: Prof^ª. Dr^ª. Simone Moschen

PORTO ALEGRE

2021

Agradecimentos

À Clarice, por sempre ter me dado tanto! Sou quem eu sou porque tu que me criou! Obrigada por incentivar meus sonhos, mesmo quando não são os mesmos que os teus! Te admiro e te amo muito, mãe! À Therezinha, pela enorme alegria que é poder ter uma avó com 93 anos acompanhando a minha formatura! Ao José, meu avô que segue comigo para sempre!

Ao Sérgio, por apesar das distâncias, estar e se fazer presente na minha vida. Tua presença me faz muito feliz! Te amo, pai! À Carol, por ser minha irmã. Ao Mateus, por ser meu irmão. Ao João, Martim, Artur, Joana e Olívia, pela felicidade de ser tia de vocês!

À Vera, por me acompanhar ao longo da escrita desse trabalho! Teu suporte foi essencial para que eu pudesse sustentá-lo! Te agradeço por todas trocas e palavras, nesse ano tão difícil.

À Simone, por aceitar ler e comentar esse trabalho! Por me acompanhar nas travessias da pesquisa-extensão e do meu primeiro e último estágio, a tua escuta e as tuas palavras são horizontes para uma prática ética e sensível!

À Marjorie, Meirie, Pietra, Shay, Thaís, Giulia e Carol, pelo grupo que nós formamos desde o início da faculdade e que encheu esses anos com muitas risadas, conversas, noites, choros e muito amor! Amo demais cada uma de vocês e sou muito grata à psicologia por ter nos levado a esses encontros!

À Gabriela e Mariana, pela amizade que já atravessou as mais diversas fases da vida e que se fortalece com os nossos crescimentos! Tenho tanto amor e admiração por vocês! Sou muito sortuda por compartilhar a vida com vocês!

À Ângela, por ter me escutado falar tantas vezes desse trabalho e ter lido ele umas outras tantas. Obrigada por sonhar junto comigo uma psicanálise, e muito mais, para além da norma!

À Miriam, pela conexão que ultrapassa as línguas diferentes e os vários quilômetros! É sempre tão bom conversar contigo!

À Renata e aos grupos de escritas de mulheres, pela potência dos encontros que fazem ver poesia nas palavras e sonhos no cotidiano!

À Cláudia, Janniny, Simone e todas/os do grupo de pesquisa-extensão, pelos bordados, sonhos e tanta vida!

Às professoras e aos professores do Instituto de Psicologia, pela transmissão! À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo compromisso com a educação pública!

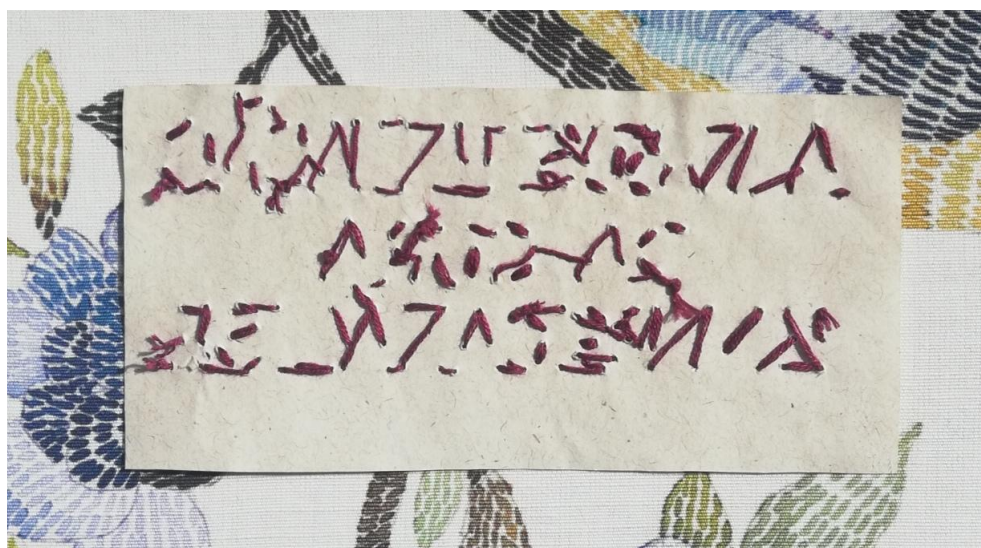
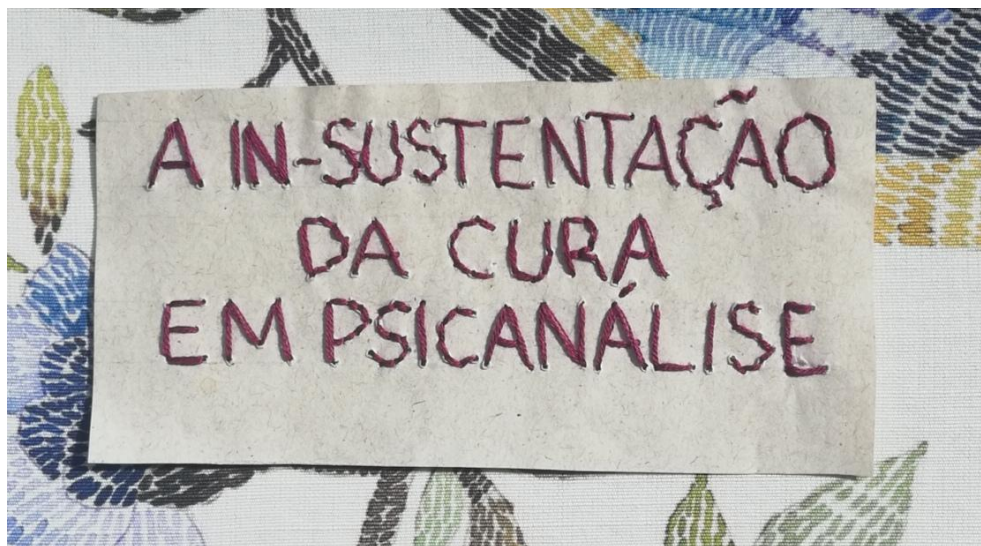
Resumo

O presente trabalho parte de um fragmento clínico para pensar sobre as im-possibilidades de cura do tratamento analítico. Sob a forma de ensaio, esse escrito procura explorar as diferentes significações da cura em psicanálise, percorrendo-a no lugar que ocupa na sociedade, no contexto sócio-histórico que antecedeu à formulação da teoria psicanalítica e nas conceitualizações teóricas freudianas e lacanianas. Ao longo do trabalho, a noção de normalidade aparece como uma via pela qual a cura percorre e há uma busca por tencioná-la, através da sustentação das contradições da dialética universal-particular-singular.

Palavras-chave: psicanálise; cura; tratamento analítico.

Sumário

Com-partilha-mentos	7
In-sustentações	11
Da salvação à cura	16
Do sin-toma à cura	23
Est-ética	32
In-conclusões	36
Referências	40



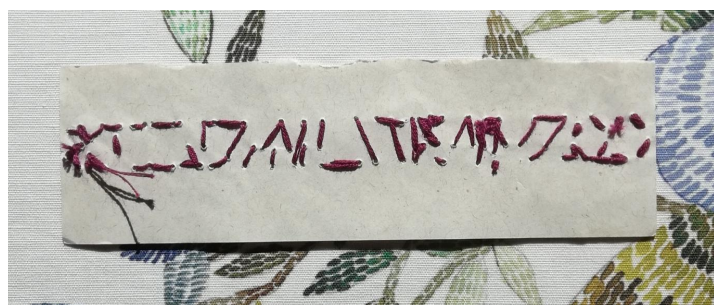
¹ O fundo que aparece nas imagens ao longo do trabalho é a capa de um caderno produzido por um oficineiro da Geração Poa, serviço que integra a Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. (http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=6&p_secao=834)

"Tu acha que vindo aqui eu vou conseguir dirigir?"

Não sei

Não digo nem que sim nem que não

"Vamos seguir conversando, nos conhecendo"



Na primeira sessão com a paciente Ana² ela me perguntou “tu acha que vindo aqui eu vou conseguir dirigir?”. “Não sei”, foi o que pensei e o que respondi, embora utilizando outras palavras. Não sei se Ana vai conseguir dirigir. Tampouco sei se o tratamento conseguiria “resolver” as queixas que Ana trouxe na sessão. A partir dos fragmentos de sua história, contados por Ana naquela sessão, penso em um desejo de dirigir a própria vida. Fazer seus caminhos, ocupar espaços, não ceder a sua vaga. Só penso. Porque não sei. Ainda estamos nos conhecendo, abrindo espaços...

Ao me perguntar se acho que com a terapia ela vai conseguir dirigir, Ana está supondo que eu sei se ela irá ou não conseguir, bem como está supondo que a teoria psicanalítica teria um saber para fazer com que ela consiga dirigir. A suposição de saber é a “mola da transferência” (Quinet, 2000, p. 14), pois é necessário que o sujeito suponha um saber na figura da/o analista para que a análise possa ocorrer. É preciso que o sujeito faça o endereçamento da sua fala para a figura imaginária da/o analista.

Contudo, o saber sobre "dirigir" está na Ana. Através da associação livre, Ana poderá "tomar a direção" do seu tratamento ao ir percorrendo os significantes da sua história. Quinet (2000) coloca que a primeira operação que a psicanálise se propõe a fazer é que o sujeito suposto saber, colocado pela/o analisante na/o analista, se desloque para a/o analisante. Dessa maneira, podemos pensar que a direção do tratamento é o sujeito.

² Nome fictício

Não poder responder se Ana vai ou não conseguir dirigir traz algumas inquietações. Me coloca frente às impossibilidades da psicanálise. Mas a (suposição de) certeza de que sim ou não me levaria a *nada*. Estaria supondo que já sei tudo que há para saber da paciente que se encontra na minha frente. E com isso não haveria espaço para seguir conversando, nos conhecendo. Espaço para a análise.

Portanto, da mesma forma que é fundamental que o sujeito suponha saber na figura da/o analista, a/o analista deverá cair dessa posição imaginária na qual o sujeito a/o colocou. Afinal, o saber da/o analista está permeado por vários “não sei”. Penso que antes de cair para o sujeito que se analisa, a suposição de um saber total precisa cair para as/os analistas. Pois ao mesmo tempo em que o saber nos coloca em uma posição de (suposta) segurança, ele também pode nos limitar.

Naquela primeira sessão, Ana tinha pedido para “ficarmos por aqui”. Eu segui ali na sala arrumando as coisas. Alguns instantes depois, ela retorna e pergunta se nas próximas semanas o atendimento continuaria naquela sala, digo que sim.

, mas não continuaram

A pandemia do coronavírus e a necessidade de isolamento tornou impossível que continuássemos naquela sala ou em qualquer outra. Também não sei quais serão as possibilidades de continuidade do tratamento após o fim do isolamento.

Parece que eu fiquei por ali mesmo... Estou por ali... com os não sei que tive naquela sessão. Que me remeteram a tantos outros “não sei”. Estou ali, mas não me sinto presa ali. A sala está vazia. O horário da sessão está vazio. Há tantos vazios...

,

Lacan, no Seminário 7 (1959-1960/2008), toma a criação do vaso como o primeiro significante modelado pelas mãos do ser humano. Enquanto primeiro, ele é significante de tudo o que é significativo, o que equivaleria a ser significante de nada particularmente significado. Em seus escritos, Lacan traz como contraponto uma expressão a partir da qual a filosofia ocidental antiga se articula: *Ex nihilo nihil fit* (nada surge do nada). O oleiro que cria o vaso o faz a partir da terra, é criado a partir da matéria, não se cria do nada. Mas há um vazio, um furo, no vaso. É a partir desse vazio que o vaso é criado - a partir do furo.

Ao colocar o vaso como significante primeiro, Lacan equivale ser significante de tudo a ser significante de nada. O nada se apresenta enquanto equivalente a tudo. Nesse ponto, podemos pensar na cegueira, a qual se define como ausência da visão por conta da falta de luz. José Saramago em seu livro *Ensaio sobre a cegueira*³, nos apresenta a outro tipo de cegueira, a cegueira branca. Decorre não da falta de luz, mas de seu excesso:

*Chegara mesmo ao ponto de pensar que a escuridão em que os cegos viviam não era, afinal, senão a simples ausência da luz, que o que chamamos cegueira era algo que se limitava a cobrir a aparência dos seres e das coisas, deixando-os intactos por trás do seu véu negro. Agora, pelo contrário, ei-lo que se encontrava mergulhado numa brancura tão luminosa, tão total, que devorava, mais do que absorvia, não só as cores, mas as próprias coisas e seres, tomando-os, por essa maneira, duplamente invisíveis.*⁴

*Por que foi que cegámos,
Não sei, talvez um dia se chegue a conhecer a razão,
Queres que eu diga o que penso,
Diz,
Penso que não cegámos, penso que estamos cegos,
Cegos que veem,
Cegos que, vendo, não veem.*⁵

Nada e tudo, ausência e excesso, podem ser vistos como dois pólos da mesma moeda. Saber tudo e saber nada... ausência de saber e excesso de saber. Tudo e nada possuem o mesmo efeito paralizante. Nada se cria do nada, nada se cria do tudo. O não saber faz furos nos excessos e nas ausências. Parte os excessos e ausências em pedaços... fragmentos... restos. O não saber é vazio. O que é condição para podermos abrir espaços... e poder criar. (Fröhlich, 2017)

,

A pergunta de Ana me remeteu a vários questionamentos que tive durante a minha primeira prática de estágio e que vem me acompanhando ao longo do percurso, com variações na forma, intensidade e colorido. Em 2017, estagiei em um local que trabalhava com sujeitos

³Senti-me convocada para a leitura do livro de José Saramago a partir da supervisão de estágio em 2017 com a professora Simone Moschen, onde ela compartilhou conosco as reflexões acerca da cegueira branca disparadas pelo *Ensaio sobre a cegueira*.

⁴ Saramago, 1995, pp. 15-16 [As citações de produções literárias serão referenciadas através de notas de rodapé].

⁵ *Ibid.*, p. 310.

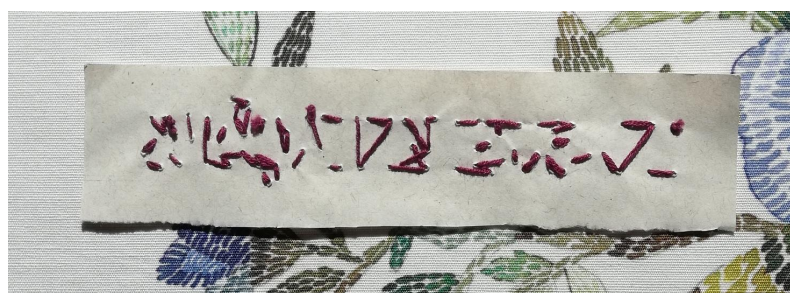
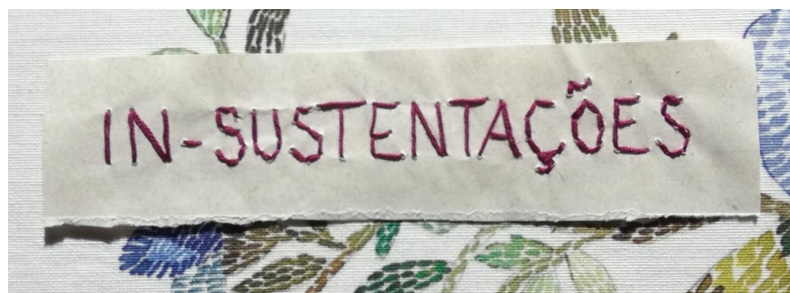
com deficiências múltiplas. Diante de corpos que colocavam limites aos saberes da psicanálise, como também às outras disciplinas da área da saúde, meus escritos e pensamentos passaram a ser (des)norteados pelo questionamento “qual a cura do que não tem cura?”.

Entre a minha primeira experiência de estágio e a cena com a paciente Ana há um fio que procura tecer um saber possível diante de tantos “não sei”. A pergunta de Ana "tu acha que vou conseguir dirigir?" convoca ao questionamento sobre a direção do tratamento e da cura em psicanálise. Tal questionamento será o disparador para leituras sobre a cura em psicanálise no contexto sócio-histórico que antecedeu à formulação da teoria psicanalítica e nas conceitualizações teóricas freudianas e lacanianas.

Essa leitura se propõe a ser “sem dicionário” (Adorno, 2003), numa tentativa de abertura para as diferenças e variações de contextos ao se falar em cura. Com isso, não se pretende chegar à verdade da cura em psicanálise, mas mover-se através das inverdades de uma suposta verdade única que poderia ser atingida através da psicanálise. Para essa movimentação, há uma tentativa de permitir-se vagar sem os excessos de luz. Tatear à meia-luz pelas verdades fragmentárias da cura em psicanálise.

Sob a forma de ensaio, o presente trabalho busca servir de espaço para esses múltiplos fragmentos da cura em psicanálise. Espaço para que esses fragmentos possam entrelaçar-se das mais diversas formas, sem que haja uma tentativa de desemaranhar os fios.

... ainda há espaços



Entre suas queixas, Ana traz que possui dificuldade para dormir, “mas não queria ter que usar remédios”. Nessa sua fala, o uso de remédio aparece como uma opção que já está dada de antemão. Dificuldade para dormir, logo uso de medicamentos. Essa é a forma como a psicofarmacologia tem se apresentado em nossa sociedade. O psicotrópico “simboliza a ciência triunfante - aquela que explica o irracional e cura o incurável” (Roudinesco, 2000, p. 24).

Os imperativos por indivíduos normativos estão cada vez mais presentes na sociedade contemporânea. Os sujeitos têm cada vez mais buscado a psicanálise como um medicamento (Roudinesco, 2000). Nos consultórios psicanalíticos têm chegado solicitações imediatistas de “extermínio” de sintomas. Visto que estamos também atravessados por essa lógica da sociedade, penso que a psicanálise não pode se fechar em uma ilusão de onipotência de que estaria imune a esses atravessamentos.

Milan Kundera, em *A Insustentável Leveza do Ser*, resgata a palavra alemã kitsch em sua essência: é a negação absoluta da merda, no sentido literal e também no figurado. O kitsch exclui de seu campo visual tudo de essencialmente inaceitável que há na existência humana.

A medicina vem passando cada vez mais a incorporar tecnologias em suas técnicas e práticas. Na psiquiatria, há um aperfeiçoamento na técnica de diagnósticos, bem como uma gama enorme de opções medicamentosas para tratar os transtornos diagnosticados. Dentro da psicologia, promessas de tratamentos cada vez mais rápidos e eficientes.

Será que tais práticas não procuram excluir do campo visual tudo aquilo que consideram inaceitável - isto é, tudo aquilo que desvia da norma? Para tal transtorno, tal

medicamento. Qual a direção que tomam a medicina, psiquiatria, psicologia e também a psicanálise? Suas práticas e técnicas procuram instaurar um kitsch em que há cura para todas as doenças e transtornos?

No kitsch há respostas prontas para tudo. Não há espaço para perguntas. O saber é dito como total. O não saber é colocado na privada e é dada a descarga - junto com os restos e com a merda. No campo visual não é possível mais vê-lo.

Há respostas para tudo. Mas essa totalidade do saber não passa de uma suposição, ela não se sustenta. Uma hora o cano estoura. O que fazer quando isso acontece? Dá para tentar tapar o furo com uma receita de prescrição de remédio. Mas a merda insiste em sair. O que não se sabe. Os restos. Mesmo que a gente não veja o encanamento, ele está nas estruturas dos lugares que habitamos. Não ver a merda não vai fazer com que ela não exista.

Sabina, personagem de *A Insustentável Leveza do Ser*, cresceu na República Tcheca quando após a ocupação nazista, o país veio a ser ocupado pelo regime stalinista. Em meio às diversas faces do totalitarismo, Sabina passa a ter revoltas internas acerca do kitsch. Sua primeira revolta tinha não um caráter ético, mas estético. O que lhe repugnava não era tanto a feiura do mundo, mas a máscara de beleza com que ele se cobria⁶.

A história da Sabina chega até o leitor em fragmentos, em meio às histórias de outros personagens. Do mesmo modo, as histórias contadas sobre Sabina são fragmentos de sua vida. O fragmento é uma parte do todo. É aquilo que resta de um todo. Entretanto, ao juntar esses fragmentos, eles não se transformam em toda a história de Sabina, eles continuam sendo fragmentos. A escuta das histórias das/os pacientes em psicanálise também chega em fragmentos, em meio às histórias de outras/os pacientes e de outras experiências. De certa forma, as histórias são contadas em fragmentos pelas/os pacientes.

O que fazer com esses fragmentos?

Partir desses fragmentos

Partir dessas partes de um todo

Para partir o todo

Para partir a ideia de todo

Insustentar as pretensões de totalidade

Sustentar as partes

Como partes

Que se partem

⁶ Kundera, 2008, p. 244.

A vida inteira Sabina tem o kitsch como seu inimigo. Mas a visão de um lar sossegado, com uma mãe amorosa e um pai sábio, que a acompanha desde a morte de seus pais e a faz ter seus olhos umedecidos diante da cena de uma filha ingrata abraçando um pai abandonado em um filme sentimental, faz com que Sabina se pergunte: *será que ela própria não carrega o kitsch no fundo do seu ser?*⁷

Vejo a teoria psicanalítica como uma tentativa de problematizar o kitsch. Os restos... os fragmentos... o não saber... se apresentam enquanto estruturantes nas teorias psicanalíticas. Há um convite para olhar para a merda, tanto no sentido literal quanto no figurado. A fundação da psicanálise se deu a partir da construção de um saber (sempre incompleto) sobre algo do que não se sabe, o inconsciente. Desde lá, como tem sido sustentar o não saber diante de uma sociedade que cada vez mais demanda por uma ciência de resultados? Como é sustentar o não saber para pacientes que demandam por saber a cada sessão?

*No momento em que o kitsch é reconhecido como mentira, ele entra para o contexto do não-kitsch. Perdendo seu poder autoritário, é emocionante como qualquer outra fraqueza humana. Nenhum de nós é sobre-humano a ponto de poder escapar completamente ao kitsch. Não importa o desprezo que nos inspire, o kitsch faz parte da condição humana.*⁸

O que tenho a devolver para Ana, que endereça para mim o seu medo de dirigir e a expectativa de que o mesmo seja “resolvido” com o tratamento? Há possibilidade de cura sem acabarmos na lógica do kitsch? Isso é, curar sem querer com isso excluir tudo o que é dito como inaceitável, anormal, desviante...?

Tradicionalmente, o significado de cura é definido como o restabelecimento de saúde. Por essa lógica, o indivíduo que se encontra adoecido terá a sua doença “removida” através de medicamentos, procedimentos e terapias. Tendo em vista que a escolha de um significante nos remete ao universo de significações de que ele vem carregado, esse trabalho se propõe a pensar no lugar que a cura ocupa na sociedade. Além disso, se propõe a tomar a cura enquanto significante enigmático dentro da psicanálise. De que curas falam as psicanálises?

Procuro com esse ensaio partir do “não sei” pelo qual fui tomada quando Ana me questiona sobre as im-possibilidades de cura do tratamento analítico. Com o desejo de explorar os espaços e potencialidades da psicanálise e de, talvez, poder tecer algum saber possível sobre o não saber: “O desejo do/[a] analista é o desejo de se lançar no vazio sustentado no trapézio do saber que ele sabe ser instável, incompleto e sempre a ser reconstruído” (Quinet, 2000, p. 20).

⁷ Ibid., p. 250.

⁸ Ibid., p. 251.

A psicanálise não surgiu ao acaso, diversas condições sócio-históricas foram relevantes para que essa teoria e técnica se fizessem possíveis. Destaca-se a concepção de subjetividade privatizada, tal como a concebemos hoje em dia e que está intrinsecamente ligada à nossa forma de pensar e sentir a existência. A emergência da experiência subjetiva privatizada não é universal. Ocorre em contextos de perdas de referências coletivas, o que leva os sujeitos a construir referências internas. Historiadoras/es e antropólogos/os apontam que o sujeito moderno e a noção de interioridade se constituíram na passagem do Renascimento para a Idade Moderna. (Figueiredo & Santi, 2002)

A noção de sujeito moderno, assim como a história da constituição do sujeito moderno, não são universais. Essa constituição não se deu de maneira uniforme, ocorrendo de forma singular nas diversas sociedades. Para cada indivíduo essa constituição é singular e se dá pelo acesso às estruturas simbólicas, as quais possuem diferentes arranjos nas diversas culturas e formas de sociedade. (ibid.; Kehl, 2015)

A inserção no campo da linguagem é o que torna possível ao ser humano passar do campo natural para o cultural (Lacan, 1956/1998). O simbólico é o que estrutura, através da linguagem, “toda e qualquer experiência social” (Safatle, 2020, p. 46), nos seus mais diversos arranjos. Dessa forma, a concepção de indivíduo que temos hoje só existe porque o simbólico nos fez indivíduos⁹.

O acesso ao simbólico é condicionado por sermos primeiro falados por um Outro. A partir das teorizações de Lacan, o conceito de Outro (A), *Autre* em francês, pode ser pensado enquanto *um lugar* a nível dos discursos que existem, para além de nós mesmos, e que nos constituem como seres de linguagem. O Outro é um lugar de alteridade radical para o sujeito. (Quinet, 2000).

Além do mais, cabe dizer que o indivíduo para a psicanálise não é o mesmo que é tomado como objeto total pela psicologia e pela tradição cartesiana. Há diferenças para a teoria psicanalítica entre os termos eu¹⁰ e sujeito - eles não coincidem. O eu é um eu sujeitoado, e não sujeito. O sujeito da psicanálise é essencialmente dividido, é o sujeito do inconsciente e do desejo. (Garcia-Roza, 2009; Quinet, 2000).

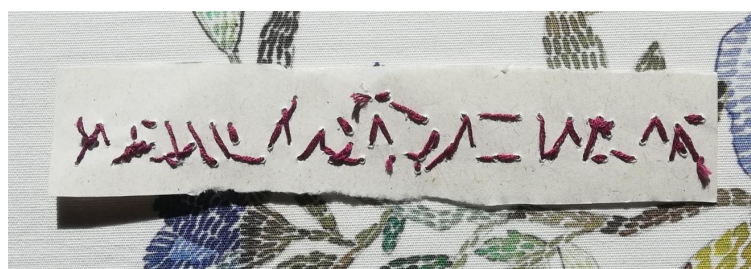
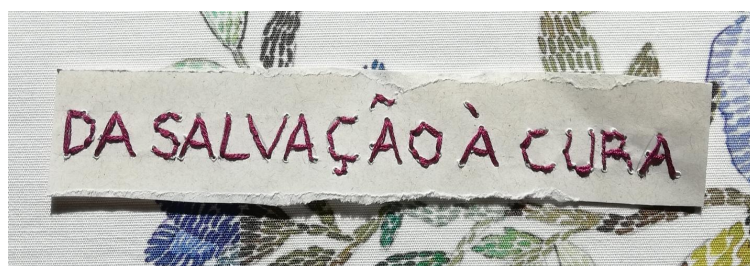
⁹ “O homem fala, pois, mas porque o símbolo o fez homem” (Lacan, 1953/1998b, p. 278).

¹⁰ Em algumas traduções é utilizado o termo “eu”, enquanto em outras aparece como “ego”. Conceitualmente eu e ego são equivalentes. Para esse ensaio, faço a leitura das obras de Freud principalmente pela edição da Companhia das Letras, em que a escolha de tradução foi pela palavra eu.

Quando se fala na origem da psicanálise, trata-se de um arranjo sócio-histórico que parte de uma noção de indivíduo e de mundo referenciada majoritariamente a partir de homens, europeus, brancos, cisgêneros e heterossexuais. Isso possui implicações nas formulações teóricas, pois é a partir deste lugar que elas são desenvolvidas. A história da psicanálise e do cenário que a antecedeu, trata-se de uma das tantas histórias a respeito dos indivíduos e de suas formas de ser e estar no mundo.

Como bem nos alerta Chimamanda Adichie (2019), é fundamental que nos atentemos para os perigos de uma história única - o que dialoga com um dos fundamentos da psicanálise: não fazer Um do Outro. Isto é, sustentar uma posição de recusa em reduzir a radical alteridade do Outro a um único conjunto de significados. O que implica também em produzir questões às próprias teorias psicanalíticas, conectando-as com a produção coletiva e social de sua época.

O alerta de Chimamanda pode caber também para pensarmos a noção de cura em psicanálise, na medida em que não é possível pensá-la como um conceito imutável e universal. Nas páginas que se seguem há um intento de percorrer algumas das significações que vão sendo atribuídas à cura, no contexto sócio-histórico que antecedeu à psicanálise e na construção teórica psicanalítica, e de tensionar as suas implicações e efeitos na clínica psicanalítica.



O ensaio *O mal-estar na cultura* (1939/2015), escrito por Freud, exprime que há um mal-estar inerente à cultura, como também à própria constituição psíquica dos seres humanos. A cultura impõe limites às satisfações pulsionais dos indivíduos, seja por leis exteriores ou por leis que acabam sendo internalizadas pelas pessoas. As relações do eu com o meio externo e consigo mesmo são permeadas por conflitos - não há como escapar disso.

Contudo, a história da cultura ocidental europeia é marcada por discursos e práticas que procuram, das mais diversas formas, negar, superar ou redimir os conflitos próprios da condição de ser humano. A religião católica e a ciência se apresentam enquanto dispositivos que agenciam as relações do humano com a sua natureza conflitiva. Importante dizer que há pluralidades de pensamentos e modos de fazer religiosos e científicos. Dessa forma, quando falamos no singular, nos referimos ao modo totalizante como essas disciplinas atuaram - e atuam - no controle das singularidades dos seres humanos.

Exploraremos a seguir a maneira como a religião católica produziu uma ideia de redenção do padecimento dos seres humanos, enquanto a ciência promoveu uma captura do *phatos* para uma concepção de doença. Partindo de posições distintas, tanto a religião quanto a ciência não concebem o *phatos* como inerente aos seres humanos. Francisco Martins (1999), através de estudos sobre a etimologia do termo *phatos*, o pensa enquanto dis-posição fundamental do sujeito. O *phatos* está vinculado à dimensão de ser-tão¹¹ própria do humano.

¹¹ A psicanalista Renata Lisboa fez o convite para que colocássemos o hífen em *sertão* no curso “A escrita em travessia e as qualidades do sentir”, Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia (IEPP), 2020. A escolha por

*Sertão é isto:
o senhor empurra para trás,
mas de repente ele volta a rodear o senhor dos lados.
Sertão é quando menos se espera.*¹²

,

Foi no contexto histórico do cristianismo, que a moral da *salvação* se constituiu. A relação que o sujeito na Antiguidade tinha com a finitude foi silenciada e deslocada para a promessa cristã de salvação eterna. A salvação se apresenta como uma recompensa àqueles que abraçam os desígnios de Deus. Aqueles que não aceitam esses desígnios, tem que se haver com a punição. Assim, a promessa de salvação faz com que os indivíduos se sujeitem ao Outro. Essa sujeição garantiria o perdão para que o indivíduo pudesse reencontrar o seu lugar e sua posição no mundo. (Birman, 2007).

Maria Rita Kehl (2015) trabalha, a partir de Freud, a ideia de que em sociedades que possuem forte coesão entre as representações coletivas da função da lei, a resposta ao conflito satisfação pulsional x lei é dada por outras vias que não a constituição do supereu¹³. A função simbólica se dá por meio de um esforço coletivo, exterior ao indivíduo. O Outro, principalmente na Idade Média, é representado imaginariamente pela figura de Deus, o qual se apresenta enquanto total. Dessa forma, há uma negação da castração do Outro, visto que é total.

Freud desenvolve no ensaio O futuro de uma ilusão (1927/2014b) qual seria a origem psicológica da necessidade do sentimento religioso para a humanidade. A reação frente ao sentimento de desamparo no adulto é comparada à defesa contra o desamparo infantil. (Freud, 1939/2015; Rocha, 2012) O desamparo leva o adulto a busca de auxílio contra ele, "reação que é precisamente a formação da religião" (Freud, 1927/2014b, p. 74).

Aqui, se faz necessário adentrar nas formulações psicanalíticas acerca do desamparo infantil. O eu não existe desde o início da vida - precisa ser desenvolvido. Inicialmente, a criança se encontra em um desamparo orgânico, ela precisa de um adulto que a alimente, cuide, limpe, etc. Ao mesmo tempo, surge o desamparo psíquico, pois o bebê ainda não

trazer fragmentos do livro “Grande Sertão: Veredas” veio a partir da experiência de atravessar esse curso na companhia de Renata e das outras participantes.

¹² Rosa, 2019.

¹³ O supereu é uma instância moral formada a partir da dissolução do complexo de Édipo, quando há a entrada no simbólico e a fundação do aparelho pré-consciente-consciente-inconsciente (Pcs-Cs-Ics). O supereu possui um aspecto duplo: impõe a ordem e a proibição (Freud, 1914/2010b, 1923/2011a).

possui um aparelho mental capaz de lidar com as exigências pulsionais. A criança acredita que as/os cuidadores¹⁴ irão protegê-la de todos os imprevistos. Há uma identificação da criança com as/os cuidadores, as/os quais ela supõe onipotentes. A criança, então, “se acha de posse de toda preciosa perfeição” (Freud, 1914/2010b, p. 27), o que corresponde à instância do eu ideal. (ibid.; Rocha, 2012)

Na fase inicial da constituição do eu, as pulsões¹⁵ possuem satisfação autoerótica. Isto significa que a pulsão é dirigida aos órgãos, pois o bebê ainda não se enxerga enquanto uma unidade separada do meio externo. O autoerotismo é anterior e preparatório ao narcisismo. No momento denominado de narcisismo primário, o bebê começa a constituir uma noção unificada de si. A ação do narcisismo é investir as pulsões no eu, colocando-o como objeto. Através dessa ação, a formação do eu é inaugurada. Portanto, o narcisismo e o processo de desenvolvimento do eu são fundamentais para a constituição do psiquismo. (Freud 1914/2010b; Garcia-Roza, 2009; Rocha, 2012)

Para Lacan, a formação do eu se dá pelo Estádio do Espelho. Nos seus primeiros meses de vida, o bebê se vê como um corpo despedaçado. Por volta dos 6 meses até em torno dos 18 meses, a criança passa pela fase do espelho, momento em que irá formar uma representação de si enquanto unidade corporal a partir da identificação com o outro. A função dessa fase é estabelecer uma relação do organismo com a sua realidade. Tal relação, todavia, é especular e está na ordem do imaginário. A imagem que a criança tem de si é a imagem do outro, ela está alienada à imagem do Outro. (Garcia-Roza, 2009; Lacan, 1949/1998c).

Nesse momento, a criança ainda não está inserida na ordem simbólica. Entretanto, o simbólico já está presente. Mesmo antes de poder começar a falar, o bebê está inserido no campo da linguagem, pois é falado pela(s) pessoa(s) que se ocupa(m) de seus cuidados. Dessa forma, o acesso ao simbólico ainda não é direto. O eu é sujeitado à imagem do outro.

Assim como o eu ideal é imprescindível para a constituição do psiquismo, abandoná-lo será essencial para o sujeito. Pois quando a libido é toda investida no eu, acredita-se ilusoriamente que se tem tudo, não havendo espaço para a falta nem para o desejo. Nessa situação, a pessoa se encontra alienada aos desígnios do Outro, sem poder constituir-se enquanto sujeito de seu próprio desejo.

*O sertão me produz,
depois me engoliu,*

¹⁴ Nos escritos de Freud, os cuidados aparecem sempre em relação à mãe.

¹⁵ A pulsão é um conceito limite entre o somático e o psíquico; é uma demanda de satisfação que atua como uma força constante. (Freud, 1913/2013a).

*e então me guspiu*¹⁶

Desse ponto, podemos retornar à formação da religião, tomada por Freud como uma ilusão destinada a suportar o desamparo humano. Freud havia enviado seus escritos sobre essa proposição a um amigo, o qual expressou que a religiosidade encontra sua fonte em uma sensação que ele experiencia como sendo sem barreiras, eterna, oceânica. Esse amigo diz que mesmo recusando a ilusão das religiões, alguém poderia se chamar religioso apenas baseado nesse sentimento. A partir dessas declarações, Freud defende que o sentimento oceânico, na verdade, se dá pela conservação do sentimento narcísico da criança de perfeição e completude (Freud, 1914/2010b; 1939/2015).

Podemos pensar que no contexto do cristianismo na Idade Média havia a figura de um Deus total, em contrapartida a indivíduos pecadores que deveriam ser salvos. O eu ideal é projetado na figura desse Deus. Acredita-se na possibilidade de ser completo ao seguir aos mandamentos de Deus. A promessa de salvação, então, tem origem em uma ilusão e acaba por barrar o desejo singular de cada um. Sobre o abandono da ilusão religiosa, Freud (1927/2014b) diz:

O homem certamente se encontrará então em uma situação difícil: terá de reconhecer todo o seu desamparo, sua insignificância no mecanismo do mundo, não será mais o centro da criação e o objeto do cuidado terno de uma Providência bondosa. Ele estará na mesma situação da criança que deixou a casa paterna, tão aquecida e confortável. Mas não é verdade que o destino do infantilismo é ser superado? (p. 122)

É partindo da filosofia iluminista que Freud formula suas críticas para a religião. O Iluminismo, datado entre os séculos XVII e XVIII, foi um movimento intelectual que surgiu na Europa e defendia o uso da razão. A razão humana é colocada como a única luz capaz de iluminar o antigo regime da Idade Média. A definição de indivíduo tal como proposta por filósofos dessa época será necessária para o advento da psicanálise.

A partir do Iluminismo e da Revolução Industrial Europeia, a sociedade moderna começa a perder suas referências estáveis. As condições imaginárias que permitiam as suposições compartilhadas a respeito do Outro na figura de Deus perdem consistência e sustentação na cultura. A complexificação das estruturas simbólicas torna o campo do Outro inacessível ao saber dos sujeitos, pois este passou de uma representação imaginária única e total para representações fragmentadas. Os indivíduos precisam se haver internamente com o conflito satisfação pulsional x lei. (Kehl, 2015).

¹⁶ Rosa, 2019.

Com a emergência da modernidade, houve um deslocamento. No lugar da religião, adveio a ciência, que busca formular respostas a respeito do Outro. Podemos pensar que o movimento do Iluminismo surgiu diante de uma desilusão com as promessas da Igreja e com a ideia de mundo tal como colocada na Idade Média. Nos campos da ciência, política, espiritualidade e da arte houveram aberturas para novos olhares sobre o mundo. A razão se apresentou enquanto a luz que iluminaria o período das trevas.

Descartes com a formulação do seu projeto do Discurso do método é um dos autores precursores do desenvolvimento da ciência moderna. A pergunta “O que eu sou?” o leva a dúvida, que aparece como insuperável. O pensamento acerca da dúvida como insuperável o leva a um ponto de certeza: *cogito ergo sum* (penso logo existo). O sujeito é o sujeito do pensamento e para ele a verdade é concebida de forma clara e distinta através da razão. O eu se apresenta enquanto lugar da verdade. (Garcia-Roza, 2009; Quinet, 2000).

Na modernidade, entre fins do século XVIII e início do século XIX, os discursos médicos passam a penetrar nas sociedades ocidentais, passando a regular práticas e laços sociais (Birman, 2007). Michel Foucault (2018) analisa o nascimento da clínica pelas formas do olhar médico. Os médicos da modernidade descreveram o que durante muitos séculos permanecera como invisível. Sob o olhar e na linguagem aparece o que se encontrava fora de seu domínio. Sendo possível, então, ver e dizer.

A tradição médica do século XVIII observa a doença através de sintomas e signos. O conjunto de sintomas é o que torna a doença visível ao olhar médico, o qual está fundamentado e legitimado pela instituição médica e seus saberes. Pela descrição dos sintomas, enuncia-se tudo o que é visível e que será colocado como a verdade da doença. “O olhar clínico é um olhar que queima as coisas até sua extrema verdade” (Foucault, 2018, p. 132). A verdade aparece aqui como visível e enunciável.

Os sintomas são transformados em significado de determinada doença. O sintoma é signo do patológico. Dessa forma, partindo de uma lógica dicotômica saúde/doença, o sintoma está em oposição a saúde. O olhar está situado antes para a patologia do que para a pessoa que se encontra doente, buscando nela a universalidade de uma linguagem codificada. A descrição do que se vê é o que permite a “transformação do sintoma em signo, a passagem do doente à doença, o acesso do individual ao conceitual” (ibid, p. 125) e é o que integra ver e saber.

A medicina dos sintomas vai aos poucos perdendo seu espaço para a anatomia patológica. A dissecação do encéfalo por Bichat marca a inauguração dessa nova forma de

olhar: “sob a casca, meticulosamente fendida, surge algo, (...), finalmente liberado, finalmente dado à luz, o objeto do saber” (ibid, p. XI).

A abertura de cadáveres possibilitou que o olhar médico tivesse acesso ao corpo doente. Esse olhar envolve a visão, tato e audição, possui “estrutura plurissensorial” (ibid, p. 182). A clínica da anatomia passou a ser correlacionada aos estudos das patologias. Desse “olho que viu a morte” (ibid, p. 160), há um novo olhar para a vida e para a doença. O signo anatomoclínico remete à lesão, localizável no corpo. “Sua maior proximidade e seu melhor ajustamento permitiriam unicamente que o objeto revelasse com maior clareza ou detalhe seus segredos, e que o sujeito se desfizesse das ilusões que são obstáculo à verdade” (ibid, p. 151).

Além da clínica, a medicina social se apresenta como a outra dimensão da medicina na modernidade. As duas dimensões se articulam e são inseparáveis. A medicina social supõe a racionalidade do particular, própria da clínica, assim como a clínica supõe a racionalidade estatística e probabilística da medicina social. O discurso médico enuncia as categorizações de normal, anormal e patológico. As intervenções da medicina social são dirigidas pelo discurso de normalizar o anormal e de impedir que estes viessem a ser transformados em patológico, enquanto que a clínica se dirige para o patológico já constituído, aspirando a cura das enfermidades. (Birman, 2007)

Nesse novo contexto, o ideário de salvação foi substituído pela oferta da cura. A saúde da população passou a ser tomada como objeto da biopolítica, pois o bem-estar da população se tornou, junto com a posse de recursos naturais e monetários, a expressão da riqueza de uma dada nação. Técnicas científicas são elaboradas com fins de controle social e individual. A medicina assume posição de destaque, como disciplina que “produz” indivíduos saudáveis. (ibid.)

A razão iluminista, portanto, produz discursos científicos que passam a enunciar normas e a desenvolver técnicas que visam enquadrar indivíduos dentro delas (ibid.). O uso da razão para se chegar a uma norma de indivíduo e à verdade se apresenta enquanto (tentativa de) resposta para a perda subjetiva que a castração instaura no psiquismo. Os diversos empreendimentos da modernidade para normalizar o anormal, explicar o irracional e curar o incurável podem ser vistos como tentativas de forcluir a castração (Quinet, 2000).

Élisabeth Roudinesco (2000) diz que o cientificismo pode, tal como a religião, ser definida como uma ilusão. Pois há uma tentativa de “(...) preencher com mitologias ou delírios todas as incertezas necessárias ao desdobramento de uma investigação científica” (p. 60). A psicanalista situa os adeptos ao cientificismo e da redução do psicológico ao neurológico como uma

(...) espécie de religião da ciência, que conduz a um franco obscurantismo, à força de negar aquilo que, no homem, decorre do psíquico, do espiritual, ou do imaginário e da fantasia. Daí a cegueira para os desvios irracionais nascidos do discurso científico (ibid, p. 107).

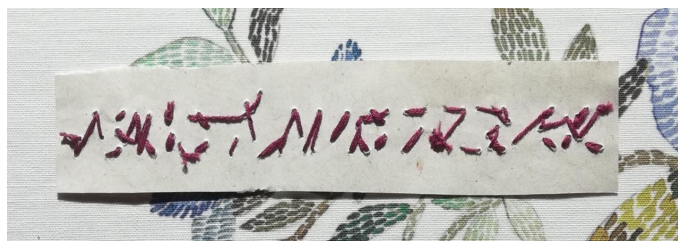
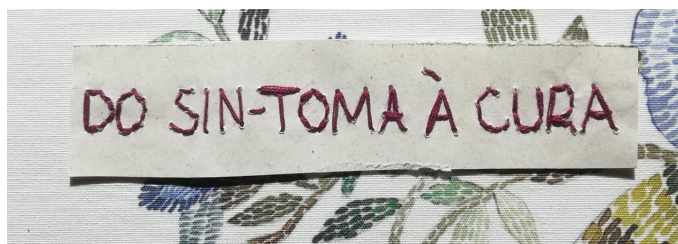
As patologias e o sofrimento humano fazem demandas às ciências da saúde, assim como às religiosidades e espiritualidades. As respostas a essas demandas devem respeitar as patologias, o *phatos*, como uma condição inerente à vida. Todavia, como exposto acima, o *phatos* é capturado por uma lógica dicotômica que cria e opõe as categorias de saúde/doença e normal/anormal. (Martins, 1999; Pelbart, 2003).

As formulações de Georges Canguillhem (2009) sobre a ideia de que a vida é atividade intrinsecamente normativa podem ajudar a alargar essa reflexão. Segundo o filósofo e médico, os organismos biológicos agem julgando a partir de valores, os quais podem se valer da consciência, de afetos e sensações. Esse modo de agir indica uma capacidade transitiva dos seres biológicos, sendo uma expressão da capacidade destes de entrar em movimento. A normatividade vital não é determinada pelo meio ou por referências fixas. Antes, a normatividade pode ser vista enquanto potência da individualidade biológica dos seres vivos de produzir formas de relações singulares com o meio (ibid.). Essa concepção é contrária à ideia de uma normatividade imposta pelo meio. A cristalização de categorias dicotômicas, portanto, não abarca a potência de ser-tão humano. O *phatos* sempre escapará de qualquer tentativa de uma apreensão total - o que, ao mesmo tempo, impõe limites à condição humana e é expressão da sua potência vital.

Em uma das peças do dramaturgo grego Ésquilo, há uma passagem em que se diz que a aprendizagem deve se dar pelo *pathei matos* (aprender pelo sofrimento). Para Francisco Martins (1999), essa fórmula clássica revela os limites de todo e qualquer conhecimento, bem como os limites e a finitude de toda e qualquer pessoa. Essa dimensão essencial do humano deve ser o motor de qualquer investigação, teórica ou prática, acerca do sujeito.

*Vivendo, se aprende;
mas o que se aprende,
mais,
é só fazer outras maiores perguntas.*¹⁷

¹⁷ Rosa, 2019



O termo *sintoma* tem como etimologia os fragmentos *sin* (juntar) e *toma* (pedaços). Há diferentes maneiras de juntar os pedaços, sejam eles sinais, lesões, sofrimentos, mensagens, desejos, etc. A medicina dos sintomas, conforme analisado por Foucault, concebia os sintomas como sinais. Ao serem juntados, tais sinais dizem respeito a um todo: a doença, a qual deveria ser curada através de sua eliminação. Posteriormente com a anatomoclínica, os sintomas e sinais foram entendidos como manifestações de uma doença que seria causada por uma lesão orgânica. Ao juntar os sintomas e sinais, chegava-se à doença, que residia no corpo. Ao intervir no pedaço do corpo lesionado, a doença poderia ser curada em sua totalidade.

No contexto da medicina moderna do século XIX, a histeria escapava da compreensão do saber médico. Apresentava-se enquanto um paradoxo, pois abrangia uma ampla variedade de sintomas que não se prendiam a nenhuma base orgânica. Era uma doença que não podia ser apreendida pela racionalidade do saber médico, embora não fossem poucas as tentativas para a (a)pre(e)nder. Uma dessas tentativas é abordada no livro *A invenção da histeria* de Didi-Huberman (2015), em que o autor explora as imagens das pacientes histéricas que compõem a *Iconografia Fotográfica* do hospital psiquiátrico Salpêtrière, local comandado pelo médico Charcot e onde, no último terço do século XIX, “4 mil mulheres loucas ou incuráveis” (ibid, p. 15) foram mantidas (presas).

Charcot queria aplicar o método anatomoclínico à neurologia. Ele queria tornar visível aquilo que seria a causa da patologia histérica. Mas não havia nenhuma lesão visível. O médico neurologista passou, então, a procurar uma sintomatologia definida para a histeria, em uma tentativa de produzir um quadro sintomático da histeria. Um quadro clássico que poderia ser chamado de “grande ataque histérico” (ibid, p. 169). Charcot fez uso da hipnose, da

apresentação das histéricas em crise no anfiteatro nas aulas de terça-feira¹⁸, da fotografia, etc., para tornar a histeria visível. Com isso, Didi-Huberman diz que ele inventa a histeria, no sentido de uma “extrema visibilidade” (ibid, p. 21).

Nas buscas de Charcot por produzir um quadro do *grande ataque histérico*, vemos tentativas de juntar todos os sintomas para, a partir de seu conjunto, chegar até uma definição do que seria a histeria. De uma forma similar, podemos pensar que os manuais de classificações e diagnósticos procuram reunir os sintomas em conjuntos e delimitar os transtornos conforme sua correspondência com os critérios de cada conjunto. Os manuais diagnósticos e estatísticos possuem importância terapêutica, social e política. Ainda assim, é necessário problematizar o uso que será feito a partir deles, para que não se atue em prol da patologização de sofrimentos e modos de vida.

Um dos alunos que assistiu às aulas de terça-feira foi Sigmund Freud. Em 1885, Freud viajou para Paris para estudar com Charcot na Salpêtrière. Ele foi uma “testemunha desorientada dessa imensa discussão da histeria a portas fechadas e dessa fabricação de imagens” (ibid., p. 16). Os olhares de Freud para a histeria foram fundamentais para as formulações da teoria psicanalítica.

Os escritos de Estudos sobre a histeria, livro de Freud em coautoria com Breuer (1893-95/2016), contém algumas das formulações teóricas que levaram Freud à descoberta do inconsciente e à fundação da psicanálise. Freud lança um olhar *outro* para a histeria. Um olhar para o que escapa da visibilização totalizante e da apreensão pela racionalidade da medicina do século XIX - ao mesmo tempo em que é formulado a partir dessa racionalidade.

A psicanálise diferencia-se da tradição médica principalmente por tomar o sintoma a partir da escuta dos sujeitos. Uma das mais importantes subversões que o advento da psicanálise instaura é a passagem da primazia do olhar para a abertura à escuta. Há a possibilidade de escutar tanto a fala das/os pacientes, como também para além do que é dito (Fochesatto, 2011). Onde antes se supunha haver loucura... irracionalidade... mentira... Freud aponta que ali há o saber do inconsciente, o saber do sujeito (Maia, *et al.*, 2012).

Ao longo de sua obra, Freud foi construindo fundamentações e conceitualizações da teoria psicanalítica. Essa construção não se dá de uma forma unitária e coesa, mas por processos de costura/corte e construção/desconstrução. Freud fez um percurso não linear ao longo de seus escritos, o que faz com que conceitos teóricos possam ser compreendidos de

¹⁸ Charcot realizava aulas públicas no anfiteatro da Salpêtrière nas terças-feiras, nas quais apresentava o quadro clínico das/os pacientes para uma plateia de alunos de medicina. Freud assistiu essas aulas nos anos de 1885 e 1886.

maneiras diversas a partir dos diferentes momentos de sua obra. Durante seus escritos e, posteriormente na retomada deles por Lacan, o conceito de sintoma vai tomando diferentes vias que levam a variações na direção do tratamento e na cura em psicanálise.

Em relação à cura, Paula Peron e Christian Dunker (2002) consideram que a leitura da obra de Freud nos deixa com “algumas ambigüidades, mostrou-nos caminhos divergentes e também suas insuficiências” (p. 11). As diferentes elaborações teóricas ao longo de sua obra terão diferentes implicações para a definição de cura. As concepções de cura para a psicanálise, portanto, se relacionam “aos conceitos internos à psicanálise e não a definições médicas ou outras exteriores” (ibid., p. 12), embora possamos pensar que as definições médicas tenham alguma influência sobre as formulações da teoria psicanalítica freudiana.

,

O tratamento da paciente Anna O., atendida por Breuer, é referido pelo próprio médico como a célula germinativa do conjunto da psicanálise. Anna tinha 20 anos na época em que começou a manifestar um conjunto diverso de sintomas¹⁹. O início da aparição dos sintomas foi no mesmo período em que o seu pai ficou doente e ela se dedicou aos seus cuidados. Breuer utilizou em diversos momentos uma espécie de hipnose para que a paciente falasse sobre seus devaneios. Esse procedimento é chamado de método catártico, sendo possível que a/o paciente elimine pela ab-reação os afetos ligados às lembranças traumáticas. No caso de Anna, seus traumas vinham da época em que ela cuidava de seu pai adoecido. (Freud, 1983-85/2016, 1910/2013b)

O entendimento de Breuer era de que a paciente possuía “dois estados de consciência inteiramente separados” (1983-85/2016, pp. 43-44). Em um deles Anna era normal e no outro, na sua *condition second* (condição segunda), encontrava-se alienada. A condição normal está ligada ao estado consciente, ao passo em que a condição segunda está no âmbito do inconsciente, separada da consciência. Os sintomas irrompem como “corpos estranhos” (Freud, 1910/2013b, p. 236) no estado normal, sem que se tenha consciência dos traumas que estão associados a eles.

Breuer conseguiu que os sintomas provenientes da condição segunda fossem suprimidos ao serem expressos pela fala de Anna sobre seus eventos traumáticos durante a hipnose. A partir disso, há a concepção de que os sintomas remetem a lacunas na lembrança.

¹⁹Dentre os sintomas, destaca-se: delírios, perda da capacidade de falar sua língua materna, deficiências visuais, tosse nervosa, paralisias, lapsos na consciência e impossibilidade de ingerir alimentos (Freud, 1983-85/2016, 1910/2013b).

A eliminação dos sintomas, então, é possibilitada pelo preenchimento dessas lacunas. *Talking cure* (cura pela palavra) foi a expressão utilizada por Anna O. para se referir ao tratamento, e que segue sendo referenciada no meio psicanalítico como termo que diz sobre o método psicanalítico.

A concepção de cura no “caso zero” da psicanálise aparece como a supressão total de sintomas que derivam de um segundo estado da consciência. Tal concepção está intrinsecamente ligada ao modelo médico de cura como extração da doença. Roudinesco (2000), no entanto, escreve que posteriormente historiadores demonstraram que o caso de Anna O. não levou de fato a uma cura total de seus sintomas. Após o tratamento, todavia, ela transformou-se numa “outra mulher” (ibid, p. 27), apesar da não eliminação de todos seus sintomas. Portanto, já de saída podemos questionar se tal cura seria realmente possível, ou se a sua impossibilidade implicaria em uma inefetividade do tratamento.

No prefácio à primeira edição de Estudos sobre a histeria, Freud e Breuer expressam que possuem opiniões diversas em alguns pontos da teoria. Um dos pontos de atrito entre os dois é em relação à utilização da hipnose. Apesar de seus esforços, Freud conseguia que apenas algumas de suas pacientes entrassem em estado hipnótico. A primeira análise completa de uma histeria que Freud realizou foi a da Elisabeth Von R., caso em que a própria paciente o advertiu: “você vê, realmente não durmo, não sou hipnotizável” (Freud, 1883-85/2016, p. 209). O psicanalista então dispensa o uso da hipnose na maior parte do tratamento de Elisabeth, solicitando que ela contasse tudo o que sabia a respeito de sua doença.

Durante a análise de Elisabeth, Freud solicitava que ela lhe contasse sobre imagens e pensamentos que viessem à sua cabeça. Contudo, em alguns momentos pareciam haver obstáculos que a impediam de seguir falando. De início, Freud aceita interromper os atendimentos quando isso acontecia. Posteriormente, ele passa a supor que sempre havia algum pensamento ou imagem que ocorria à Elisabeth, mas que ela não estava disposta a comunicá-los. Freud atribui essa indisposição à resistência e passa a insistir que ela lhe comunicasse o que passava por sua cabeça nesses momentos. Ele compara esse procedimento à escavação de uma cidade soterrada, na medida em que as lembranças evocadas vão indicando o caminho para se chegar à “ideia patogênica” (ibid, p. 381), causa do sintoma.

Ao abandonar gradualmente a hipnose, Freud foi percebendo ser possível conhecer as defesas das/os pacientes, o que permite uma compreensão dos processos psíquicos, pois a mesma força que impede que as lembranças se tornem conscientes, foi a que ocorreu para a formação dos sintomas. De modo que o não saber das/os pacientes em relação às lembranças ligadas aos seus sintomas, vai ser visto por Freud como um não querer saber. A tarefa da/o

analista será vencer as resistências que impedem o saber sobre os sintomas, para que as lembranças traumáticas possam ser vivenciadas e os sintomas tenham fim. Nessas primeiras formulações, entendia-se que os traumas provinham de uma experiência de abuso sexual e a divisão da consciência era explicada como uma tentativa de proteção aos afetos ligados ao trauma sexual. (Maia *et al.*, 2012)

Podemos pensar que a partir do caso de Anna O. há um deslocamento do saber, uma virada do conhecimento médico para as palavras das/os pacientes. No entanto, a publicação de *A Interpretação dos Sonhos*, em 1900, que é vista como o marco inaugural da psicanálise. Desde essa obra, há um descentramento no próprio indivíduo. Com a descoberta do inconsciente, o eu perde a posição de total racionalidade e verdade, “o eu não é mais senhor em sua própria casa” (Freud, 1917/2014a).

Na análise de seus próprios sonhos, Freud abre-se ao estrangeiro de si. *A Interpretação dos Sonhos* (1900/2019) aponta para um funcionamento do aparelho psíquico que escapa a qualquer lógica racionalizante. Os sonhos permitem uma aproximação aos conteúdos inconscientes (Maia *et al.*, 2012). A dúvida, que para Descartes garante a existência do indivíduo, para Freud assinala a presença da formação inconsciente. O sujeito em Descartes é unificado pelo pensamento, ao passo em que na psicanálise é dividido. O sujeito em psicanálise é falta, falta que constitui o desejo - é o sujeito do desejo, “desiro ergo sum” (desejo logo existo) (Quinet, 2000).

A descoberta do inconsciente é o que inaugura a psicanálise. Essa descoberta “passa pelo sintoma” (ibid, p. 117), pois ela possui em primeiro plano a intenção de tratá-lo (curá-lo). Freud (1917/2014a) expressa que o sentido dos sintomas²⁰, bem como dos sonhos e atos falhos, diz respeito à vida dos sujeitos que os manifestam. São entendidos por Freud como a realização de um desejo inconsciente, que é sempre sexual.

Cabe destacar que algumas novas observações sobre os processos psíquicos e o inconsciente alteram seu pensamento anterior de que as lembranças traumáticas estariam necessariamente ligadas a um trauma sexual real. Dentre elas, destaco a noção de que “no inconsciente, não há indicações da realidade, de modo que não se consegue distinguir entre a verdade e a ficção que é catexizada com o afeto” (Freud, 1897/1996a). Os sintomas são compreendidos como fantasias tomadas pelas/os pacientes como verdades e, portanto, dizem sobre a verdade do sujeito. (Maia *et al.*, 2012; Quinet, 2000).

A paciente Emmy Von N., durante suas sessões com Freud, solicitava que a deixasse falar livremente, sem interrompê-la. A associação livre, que partiu de um pedido dessa

²⁰ Nesse escrito sobre o sintoma (1917/2014a), Freud diz estar se referindo aos sintomas na neurose.

paciente, vai sendo delineada pelo psicanalista e em 1904 é consagrada como regra fundamental da psicanálise (Fochesatto, 2011). Freud convida suas/seus pacientes a falarem livremente sobre tudo que lhes ocorre, mesmo que achem que não faz sentido ou não considerem importante. A partir disso, Freud desenvolve uma “arte da interpretação” (1904/2017b, p. 55) para possibilitar a construção do material inconsciente a partir dos sonhos, equívocos, atos involuntários e não planejados das/os pacientes. Em suma, busca-se superar as resistências para que o inconsciente se torne acessível ao consciente (Freud, 1910/2013b).

Nesse momento da obra freudiana, que corresponde à primeira tópica, o sintoma é visto como uma mensagem cifrada que irá encontrar lugar para sua elaboração e interpretação no espaço analítico. Sua formação se dá por um compromisso entre a satisfação libidinal, que atende ao princípio do prazer, e o recalque, que respeita ao princípio da realidade. Esses dois princípios regem o aparelho psíquico e visam garantir a conservação da vida do sujeito e a sua adaptação ao seu meio. Há, portanto, a convicção de que existe uma homeostase psicossomática, o que baliza a direção da cura em psicanálise. (Birman, 2007; Freud, 1917/2014a; Maia *et al.*, 2012).

Era a afirmação das pulsões sexuais enquanto tal, e sendo estas a materialização maior da força vital, as impossibilidades disso seriam constituintes das anomalias e das patologias do psiquismo, que se traduziriam pela produção de sintomas. Em decorrência, seria preciso deixar circular sem obstáculos a sexualidade, pela qual a dissolução dos sintomas se realizaria e a cura seria então produzida. (BIRMAN, 2007, pp. 542-543)

,

Porém, a regência dos princípios do prazer e da realidade mostra-se insuficiente para explicar questões observadas por Freud na clínica com suas/seus pacientes, como a compulsão à repetição e a resistência em abrir mão de sintomas. A partir desses impasses Freud escreve o texto Além do princípio do prazer (1920/2010a), ampliando a concepção sobre o aparelho psíquico e seu funcionamento. No aparelho psíquico, há pulsões que se movimentam em direção ao inanimado e à destruição, as pulsões de morte. A elas, opõem-se as pulsões de vida (pulsões sexuais). Contudo, não há pulsão de morte ou de vida pura, elas existem em composição. O sintoma pode, por exemplo, provir de uma pulsão de morte e ter também um componente sexual, responsável pela satisfação pulsional do sintoma. Assim, para além do sintoma como uma tentativa de harmonização de um conflito passível de ser interpretado, Freud aponta para sua outra face: a satisfação pulsional. (Freud, 1924/2011b; Maia *et al.*, 2012)

A segunda tópica freudiana mostra a insuficiência do princípio do prazer para dar conta da complexidade da subjetividade humana, mas sem que isso implique na necessidade de descartar esse ponto da teoria. Freud alarga a compreensão sobre o aparelho psíquico: “ao apontar a existência de um 'mais-além', Freud destacou a presença de um mal obscuro que habita no mais íntimo de nosso ser. (...) Uma opacidade que lhe é intrínseca. Um traço de estrutura” (Cabas, 2009, p. 46)

Isso expõe alguns dos limites dos processos de análise, abordados por Freud em um de seus escritos finais: *Análise finita e infinita* (1937/2017a). Nesse texto, o psicanalista questiona sobre as im-possibilidades de cura em psicanálise. Freud coloca em causa a ideia de que seria possível alcançar uma “normalidade psíquica absoluta” (p. 320), situando a normalidade como uma ficção. O término da análise não implica na eliminação total dos sintomas, mas está relacionado à superação das angústias e inibições. Para tanto, Freud aposta na conscientização do id através de interpretações e construções tendo em vista a superação do recalque e de resistências. Diante da ideia de que o sintoma possui uma dimensão irreduzível, a transformação propiciada pela terapia analítica é parcial. (Machado & Aguiar, 2016)

,

Outro autor fundamental para explorar as diferentes significações da cura em psicanálise é Jacques Lacan. O conceito de sintoma é reformulado em diferentes momentos da obra lacaniana, em um primeiro momento sendo definido a partir do Simbólico e após a partir do Real. Nesse trabalho, essas variações teórico-conceituais não serão abordadas de forma aprofundada. O intuito é poder trazer alguns fragmentos da compreensão de Lacan sobre o sintoma para articulá-los com as direções de cura no tratamento analítico. (Maia *et al.*, 2012; Quinet, 2000)

Lacan propôs um retorno à Freud, apoiando-se nas formulações da linguística de Saussure, bem como em elementos da filosofia e antropologia. Ele abdicou da ideia de Freud de que o inconsciente poderia ter um substrato biológico, tomando a linguagem como a condição do inconsciente (Roudinesco, 2000). De acordo com o psicanalista, o inconsciente é estruturado como uma linguagem: “todo fenômeno analítico, todo fenômeno que participa do campo analítico, da descoberta analítica, daquilo com que lidamos no sintoma e na neurose, é estruturado como linguagem” (Lacan, 1981, p. 192).

A teoria lacaniana permite entender o sintoma como uma tentativa do sujeito em lidar com a falta estrutural do Outro. O sintoma representa a verdade, pois aponta para essa falta

intrínseca e diz sobre a saída singular que o sujeito encontrou para dar conta do seu lugar no campo da linguagem. A falta é um modo de ser do sujeito. Assim, onde há sintoma há sujeito. (Maia *et al.*, 2012; Quinet, 2000; Safatle, 2020).

Ao longo de sua obra, Lacan tem um posicionamento contrário em relação ao uso da psicanálise em prol da adaptação à sociedade. Uma de suas críticas é sobre a tradução inglesa da frase freudiana “*Wo Es war, soll Ich werden*”²¹ e do uso que a chamada “Psicologia do Ego” fez desta, colocando o sujeito como um id que deve se submeter a um eu (ego). Nessa corrente, a cura aparece como o fortalecimento das defesas do eu para que se crie uma zona livre de conflitos psíquicos, permitindo um melhor ajuste na relação entre o eu e seu meio social. Lacan apresenta uma outra alternativa de tradução: “lá onde isso [o id] estava, lá, como sujeito, devo (eu) advir”, a qual aponta para uma direção de cura que passa pelo deslizamento do eu para o sujeito. (Checchia, 2011; Safatle, 2020)

Um dos sentidos possíveis para a máxima freudiana é que o id fala no eu através do sintoma (Kehl, 2002). Lacan faz uma articulação entre essa proposição com a entrada da/o paciente na análise, momento no qual o sujeito interroga-se sobre si. O querer saber sobre a verdade do seu sintoma é o que leva ao início de uma análise. A proposta da psicanálise é que o eu possa saber do id e inventar “algum destino para a potência que advém dele” (*ibid.*, p. 131). Mas esse saber tem um limite, já que a verdade do sujeito é não-toda, fundamentada na falta.

Como abordado no capítulo anterior, no Estádio do Espelho o eu está sujeitado e alienado ao Outro. A castração é o que funda o inconsciente, instaurando a falta e rompendo com a absoluta alienação em relação ao Outro. A falta, ao mesmo tempo, cria a angústia de castração e é causa do desejo. Lacan entende que o desejo é desejo do Outro, é desejo de reconhecimento. O sujeito busca retornar ao sentimento narcísico da infância de completude, em que o Outro aparece como onipotente. Para tanto, tenta seguir os imperativos do supereu. Entretanto, tal retorno é impossível, e o supereu aponta e exige essa impossibilidade. Como Freud já havia indicado, o mal-estar é inerente à condição humana. A castração é incurável. (Kehl, 2002; Quinet, 2000).

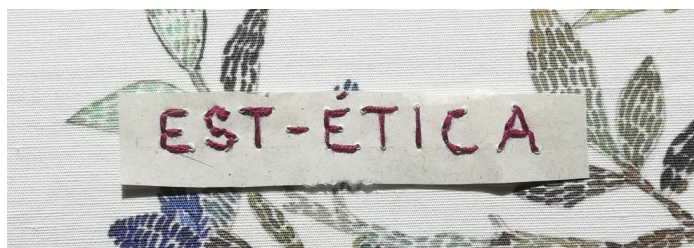
Uma das consequências da castração é que o sujeito não se encontra mais em uma condição de absoluta submissão ao Outro, mas passa a estar submetido ao desejo. A diferença é que agora o lugar do Outro é barrado, o que permite a abertura de um espaço de indeterminação. Essa indeterminação é um modo de ser do sujeito. Falta a-ser. O trabalho na

²¹ A tradução dessa frase pela versão da Companhia das Letras é “Onde era Id, há de ser eu” (Freud, 1933/2010c, p. 223) e pela versão da Imago é: “Onde estava o id, ali estará o ego” (Freud, 1933/1996b, pág. 84).

análise é que o sujeito possa deslocar o desejo de reconhecimento para o reconhecimento de que o desejo está sempre em falta. (Kehl, 2002; Quinet, 2000; Safatle, 2020)

Assim como Freud, Lacan se deparou em sua clínica e teoria com o “resto que sobra como incurável da pulsão que sempre se satisfaz” (Maia *et al.*, 2012, p. 55). A dimensão irreduzível do sintoma é pensada por Lacan como o gozo do sintoma. O gozo é uma forma de satisfação que se contrapõe ao prazer, dado que só encontra satisfação ao voltar sempre ao mesmo lugar, de forma repetitiva. Há uma indistinção entre satisfação e terror. O gozo é o modo de acesso ao Real (ibid.), àquilo que escapa a qualquer tentativa de apreensão pela linguagem. (ibid., Safatle, 2020)

A análise é um espaço para que se possa falar sobre o seu sintoma. Contudo, nunca será dito tudo. O sintoma não é passível de ser eliminado. A psicanálise opera a partir dessa impossibilidade. Nesse sentido, “a ética da psicanálise é a ética de bem-dizer o sintoma” (Quinet, 2000, p. 140). Isto é, “um dizer sobre o núcleo irreduzível do real do sintoma” (ibid., p. 141). A direção do tratamento e da cura analítica é que o sujeito possa saber lidar com o seu sintoma.



Nos meus trânsitos durante a escrita deste ensaio por espaços atravessados pela psicanálise, me vi tantas vezes cambaleando em um fio de saber que tento tecer - “consciente” de que o não saber faz parte. Mas eu sigo caindo desse fio. Meu corpo treme, eu sinto um aperto no peito... eu sinto que tenho que saber, mesmo “sabendo” que o não saber é uma parte fundamental.

No percorrido desse ensaio, reencontro as indagações estéticas de Sabina. Sua revolta era com a máscara de beleza com a qual se cobre a feiura do mundo, com o kitsch. Mas será que ela mesma não o carregava no fundo do seu ser? Isso me fez pegar carona na interrogação de Sabina para me questionar: será que eu não carrego a negação do não saber no fundo do meu ser?

Não pretendo responder essa pergunta, mas sustentá-la como questão. Sustentar para mim mesma que não há como me sustentar. A mão treme, o coração bate mais forte... eu sinto o não saber com o corpo. Eu tenho que cair e seguir caindo. Sustentar a insustentação.

*Para Sabina, viver significa ver. A visão é delimitada por uma dupla fronteira: a luz intensa, que cega, e a escuridão total*²². Tal como a visão, o saber também é delimitado por essa dupla fronteira: ausência de saber e excesso de saber. Se tanto o excesso quanto a ausência de luz se colocam como entraves à visão, podemos pensar que da mesma forma o excesso e a ausência im-possibilitam o saber. Para saber, corre-se o risco de cair nessas fronteiras, mas talvez não seja possível saber sem correr riscos.

O domínio do olhar é acompanhado pela dimensão do *Unheimlich* (Rivera, 2008), conceito explorado por Freud (1919/2010d) a partir de investigações estéticas, as quais contemplam as qualidades do sentir. No português encontramos diferentes traduções para esse termo: estranho, inquietante, infamiliar; o que exprime um pouco da polissemia que essa

²² Kundera, 2008, p. 94.

palavra traz em si. Freud compreende que o *Unheimlich* é algo familiar (*heimlich*) ao psiquismo, sendo o “*Un*” uma indicação de um processo de recalçamento. É o estranhamente familiar. Algo que deveria ter permanecido oculto, mas que veio à luz. Sendo o familiar entendido como o originário, de onde viemos.

O que faz Sabina se indagar se ela não carrega o kitsch no fundo de seu ser é a visão de um lar sossegado, com uma mãe amorosa e um pai sábio. Talvez seja possível tomar suas indagações também como um inquietamento (um estranhamento, uma infamiliaridade) em relação ao kitsch (que pode dizer respeito ao lar, ao que é familiar). Quem sabe não possamos aproximar o kitsch com o período inicial da vida em que a ilusão de onipotência surge em resposta ao desamparo. Época em que, ilusoriamente, se podia tudo e os cuidadores sabiam tudo.

O *Unheimlich* não se opõe ao *heimlich*, mas o carrega no fundo do seu ser. Carrega sem acomodá-lo. É como se a dimensão do *Unheimlich* trouxesse para o campo da visão (e do saber) a escuridão do desconhecido, encontrando escapes à luz intensa do conhecido (*heimlich*). Podemos fazer um paralelo ao estádio do espelho, fundamental para a constituição do eu e do sujeito. No espelho, as brechas em que o sujeito se manifesta colocam em questão o lugar do eu (Rivera, 2008):

(...) o espelho nos oferece, ao mesmo tempo, uma imagem alienante e limitada, e também um sumidouro, uma brecha por onde fugimos à captação da imagem e nos constituímos, como sujeitos, para além dela. Somos e não somos, paradoxalmente, tal imagem. (p.57)

A partir daqui, acredito que minhas indagações tomam uma via diferente das de Sabina, pois se dirigem também à ética. O que a ética em psicanálise sustenta?

A psicanálise não é uma disciplina no singular, há vários saberes e modos de fazer adjetivados como psicanalíticos. Já na sua fundação, Freud apresenta vários escritos que podem ser apreendidos de diversas maneiras. É essencial reconhecer que não só no passado, como também no presente, a psicanálise produz discursos e práticas que atuam em prol da normalização. Quando trata-se da cura em psicanálise encontramos concepções que podem estar a serviço da normalização.

Joel Birman (2007) refere que a normalização projeta-se como uma sombra sobre a experiência psicanalítica. “(...) A normalização se coloca para o/[a] analista como uma tentação sempre possível” (ibid, p. 546). Isso significa que não é possível ter a ilusão de que há uma direção de cura em psicanálise em que não se corra o risco de tomar as vias da

normalização. O risco está sempre presente, e o que está em causa é o reforçamento e intensificação na produção de sofrimentos.

O surgimento da(s) psicanálise(s) provocou o descentramento da noção de indivíduo que se tinha até então. Entretanto, a psicanálise freudiana e lacaniana partiram do homem branco europeu héterossexual cisgênero e burguês como “modelo único de subjetividade” (Irigaray, 2002, p. 4). Alguns dos construtos teóricos da psicanálise estão fortemente atrelados a esse modelo e, ainda hoje, seguem sendo tomados enquanto universais. Nessa via, as diferenças são pensadas sempre em relação a esse universal, que provém da particularidade do homem branco, sem o reconhecimento dos outros em sua alteridade.

Emiliano Camargo David (2020) fala sobre os riscos de essencializações envolvidos nas categorias de singular, particular e universal. A fala de Emiliano faz referência ao SUS (Sistema Único de Saúde) como sistema universal, mas entendo que serve também para pensarmos na cura em psicanálise enquanto proposta universal (Neves, 2020):

O projeto clínico de Freud é mostrar que uma proposta universal da cura não pode se contentar com nenhuma norma geral, que em cada realização singular da cura não teremos a integração da singularidade a nenhuma totalidade: a cura como a realização de uma experiência singular não será, enfim, signo de nada. (p. 26)

Algumas psicanálises estiveram voltadas para o singular sem considerar particularidades *outras*. Homens brancos europeus cishéteros são tidos como a norma e, a partir dessa particularidade, se chega a um suposto universal (Souza *et al.*, 2020). Essa universalização apaga as diferenças envolvidas nas diferentes particularidades. Os outros (as outras) aparecem sempre submetidos a esse um.

A escuta das pacientes históricas foi o que permitiu o advento da psicanálise. Freud foi subversivo na medida em que se propôs a escutar o que essas mulheres tinham a falar sobre seus sintomas e escreveu sobre o sofrimento que a moral sexual repressora daquela época produzia nelas. Todavia, a sexualidade feminina é pensada a partir da sexualidade masculina como modelo. Em alguns momentos, a sexualidade foi (e é) tratada pela psicanálise desde uma visão patriarcal e cisheteronormativa que reforça a patologização de identidades de gênero e de orientações sexuais que não se enquadram na norma.

Além disso, é a partir do ideal de raça branca como universal, o que é trabalhado por Maria Aparecida Bento (2002) como branquitude, que a psicanálise é desenvolvida. Souza *et al.* (2020) apontam que atrelar o sufixo “itude” aos termos negro e branco, é uma importante estratégia do movimento de declaração de identidade, pois situa o debate racial no campo das atitudes (ethos/ética). A clínica psicanalítica é predominantemente branca, tanto por parte

das/os psicanalistas quanto das/os pacientes. No campo teórico, a raça branca não costuma ser pensada enquanto raça, mas é tomada predominantemente como universal. Ao não questionar a branquitude, há uma sustentação teórico-clínica do racismo por parte da psicanálise.

A branquitude é uma contradição, uma vez que cria as demais raças a partir do contraste com o branco, que é apresentada imediatamente como sinônimo de modelo universal de humanidade: uma raça que não é uma raça. No limite a identidade branca subsume todas as outras, pois só ela é idêntica a si, só ela constitui uma unidade identitária que serve de modelo, norma e medida para as demais identidades. (SOUZA ET AL., 2020, p. 5)

Nesse sentido, é importante destacar que esse trabalho partiu da questão dirigida por Ana a mim enquanto terapeuta. Ana é uma paciente branca e eu sou uma terapeuta branca. A raça de Ana não aparece como questão para mim quando inicio a escrita desse ensaio. Ao não particularizar a raça branca, acabo por sustentar a sua universalização como modelo único de subjetividade.

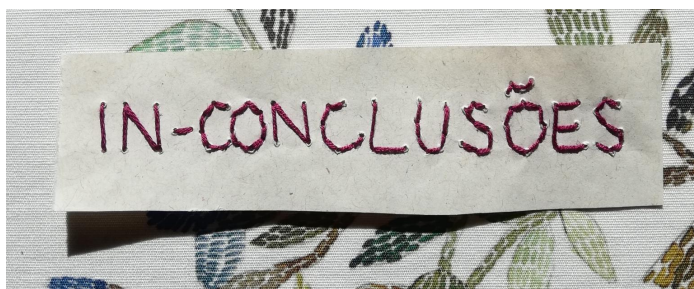
Raça, gênero, sexualidade, idade, cultura e classe social são algumas das particularidades que atravessam a todas/os. As diferenças das particularidades concernem à “complexidade e a multideterminação do processo de subjetivação” (Dimenstein, 2000, p. 100), sendo de extrema importância que a psicanálise insustente as particularidades como Um, para sustentá-las como *mais um*. Agora, *como* cada pessoa atravessa as suas diferentes particularidades é marcado pela sua singularidade.

Para uma proposta universal de cura em psicanálise, se faz necessário um aporte teórico-clínico que abarque as particularidades (raciais, sociais, econômicas, etárias, de gênero e sexualidade, etc.), sem que a multiplicidade seja submetida ao único. É preciso sustentar a interface da dialética universal-particular-singular e suas contradições, para não cair em essencializações. O universal deve contemplar as particularidades sem perder de vista as singularidades. É necessário afirmar as particularidades para não cair na “*indiferenciação, assujeitamento* ao sujeito único” (Irigaray, 2002, p. 6). Ao mesmo tempo, tem que se ter em vista o singular, já que a singularidade “obriga um rompimento com a identificação, pois o singular só pode se apresentar como uma ‘incontável infinidade’ de formas pelas quais se pode universalmente manifestar a vida humana” (Neves, 2020, p. 27)

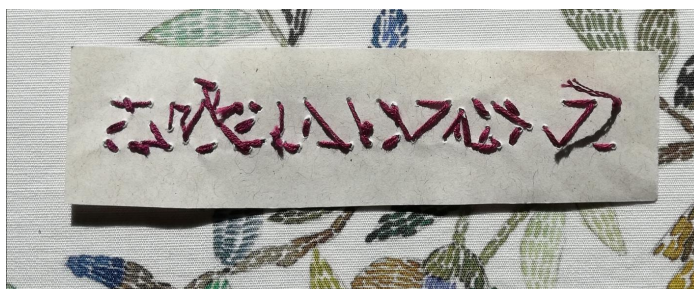
Pensar a cura em psicanálise passa por insustentar a ideia de um suposto universal e sustentar, na alteridade própria ao singular, as particularidades que atravessam os sujeitos. Só assim, sustentando a insustentabilidade da cura em psicanálise, sem escapar do risco da normalização, é que podemos pensar a cura não mais como

(...) uma engrenagem do dispositivo normalizador da cura, mas, sim, a abertura a um tipo de experiência clínica no qual a cura estaria necessariamente vinculada à realização de uma forma

de vida e não à reprodução de uma vida inscrita nos possíveis do ideário civilizatório.
(NEVES, 2020, p. 22)



IN-CONCLUSÕES



IN-CONCLUSÕES

09/03/2020

Pergunta se acho que vindo aqui ela vai conseguir dirigir. Penso em uma direção da sua vida.

Comenta que seu neto está na fila para atendimento na clínica. "Teria como ceder minha vaga para ele? Ele precisa muito". "É, eu também mereço."

Início a escrita dessas in-conclusões em março de 2021, um ano após a primeira (e única) sessão de atendimento da Ana. Ao longo desse ensaio, pretendi dar uma volta incompleta em torno da cura em psicanálise. Nessa volta, retorno aos fragmentos da sessão com a Ana. Não sei como teria sido o tratamento dela se os atendimentos não tivessem sido interrompidos por conta da pandemia. Nem sei dizer se foi somente por conta da pandemia que o tratamento se interrompeu. Com a possibilidade de retorno na modalidade online, tentei contato com Ana perguntando se ela teria interesse, mas não houve resposta. Será que ela teria conseguido dirigir? Será que ela conseguiu dirigir? Mesmo se os atendimentos tivessem seguido, seguiria sem saber.

Sua pergunta sobre conseguir dirigir é endereçada para a figura imaginária da terapeuta, pois há uma suposição de saber nessa figura. Na análise, toda fala pode ser

entendida como demanda, como pedido de retorno ao estado ilusório de completude. A demanda provém do Outro e se dirige ao Outro. Ana demanda uma resposta que supõe que tenho. Qual a direção?

O[/a] psicanalista certamente dirige o tratamento. O primeiro princípio desse tratamento, o que lhe é soletrado logo de saída, que ele[/a] encontra por toda parte em sua formação, a ponto de ficar por ele impregnado, é o de que não deve de modo algum dirigir o[/a] paciente. (LACAN, 1958/1998a, p. 592)

A direção do tratamento é o sujeito. Tomar essa direção implica em ir “na contramão da demanda” (Quinet, 2000, p. 105). Para tanto, é necessário um exercício constante de não responder desde esse lugar de (suposto) saber que as/os pacientes nos colocam. Bem como de não ceder aos imperativos de fornecer respostas e de normalização que a estrutura social contemporânea demanda.

A psicanálise pode ser um dos caminhos a ser percorridos diante de um sofrimento, mas ela é só *mais um*. As saídas que cada sujeito vai encontrar - ou criar - para o seu sofrimento são singulares. A psicanálise pode alargar as condições dos sujeitos em poder lidar com o mal-estar inerente à sua dimensão de ser-tão, mas para tanto é imprescindível uma abertura teórico-clínica para as mais diversas formas de ser, sem submetê-las a um suposto universal.

*A teoria psicanalítica tem, como todos os objetos deste mundo, um uso ambivalente. Ela nomeia a realidade psíquica, reivindica-a para si, enfim, ordena em representações universalizantes aquilo que, na verdade, no indivíduo, para além de qualquer arrumação, para além de qualquer análise, continua sendo uma desordem interior pura e específica, impulsos irreduzíveis de ectoplasmas, cacos sem cronologia.*²³

,

Chego ao fim da escrita desse trabalho sustentando o “não sei” que instigou o seu início. Na psicanálise há diversas vias que podem ser percorridas, as quais levam a diferentes concepções e implicações quanto a cura. Para além da teoria, penso que através desse ensaio pude me deparar também com o que há em mim, que não é passível de eliminação. Enquanto terapeuta, se faz necessário não ocupar o lugar do eu. Contudo, acredito que é uma ilusão achar ser possível desprender-se totalmente do eu e da estrutura social em que o eu se constitui. In-sustentar essa ilusão é o que permite sustentar o não saber e possibilita a abertura de espaços.

²³ Ferrante, 2017, p. 130.

O que fazer com *isso* que resta?

ANA,

Não sei se tu vai conseguir dirigir. Uma parte de mim quer tanto poder dizer que sim. Também quero poder eliminar toda tua ansiedade, todo teu sofrimento. Um ano depois do nosso encontro, essa parte de mim segue contigo. Talvez ela sempre siga. Mas eu não posso sustentar nenhuma garantia de eficácia. Eu não sei.

Diante disso que se coloca como impossível, in-sustentável... a possibilidade que me resta é sustentar minha escuta, seguir aqui, para seguir conversando, nos conhecendo... Como tu vai dirigir?

Referências

- Adichie, C. N. (2019). **O perigo de uma história única**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras.
- Adorno, T. W. (2003). **O ensaio como forma**. In: Adorno, T. W. Notas de literatura I. São Paulo: Editora 34.
- Bento, M. A. S. (2002). **Branqueamento e branquitude no Brasil**. In: Carone, I. Iray & Bento, M. A. S. (org.). Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Birman, J. (2007). **A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura**. Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde-Manguinhos (Vol. 14, n. 2, pp. 529-548).
- Cabas, A. G. (2009). **A propósito da cura no discurso analítico**. In: Perez, D. O. (org.). A Eficácia da cura em psicanálise Freud Winnicott-Lacan. Curitiba: Editora, CRV.
- Canguilhem, G. (2009). **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Checchia, M. A. (2011). **A psicanálise como experiência moral e ética**. São Paulo: A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia. (Vol. 3, n. 2, pp. 63-75)
- David, E. C. (2020). **Formação aberta - Aquilombamento nas Margens**. Disponível em: <https://youtu.be/pcyLhJbinqM> (Acesso em 06/02/2021).
- Didi-Huberman, G. (2015). **Invenção da Histeria: Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtrière**. 1 ed. Rio de Janeiro: Contraponto.
- Dimenstein, M. (2000). **A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde**. Natal: Estudos de Psicologia (Vol. 5, n. 1, pp. 95-121).
- Ferrante, E. (2017). **Frantumaglia: os caminhos de uma escritora**. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca.
- Figueiredo, L. C. & Santi, P. L. R. (2002). **Psicologia: uma (nova) introdução**. São Paulo: Educ.
- Fochesatto, W. P. F. (2011). **A cura pela fala**. Belo Horizonte: Estudos de psicanálise, (Vol. 36, pp. 165-171).
- Foucault, M. (2018). **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freud, S. (1996a). **Carta 69**. In: Freud, S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1897).

- _____ (1996b). **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise**. In: Freud, S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1996).
- _____ (2010a). **Além do princípio do prazer**. In: Freud, S. Obras completas, vol. 14. São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1920).
- _____ (2010b). **Introdução ao narcisismo**. In: Freud, S. Obras completas, vol. 12. São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1914).
- _____ (2010c). **Novas conferências introdutórias à psicanálise**. In: Freud, S. Obras completas, vol. 18. São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1933).
- _____ (2010d). **O inquietante**. In: Freud, S. Obras completas, vol. 14. São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1919).
- _____ (2011a). **O eu e o id**. In: Freud, S. Obras completas, vol. 16. São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1923).
- _____ (2011b). **O problema econômico do masoquismo**. In: Freud, S. Obras completas, vol. 16. São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1924).
- _____ (2013a). **As pulsões e seus destinos**, edição bilíngue. 1. ed. In: Freud, S. Obras incompletas de Sigmund Freud. São Paulo: Autêntica Editora. (Originalmente publicado em 1915).
- _____ (2013b). **Cinco lições de psicanálise**. In: Freud, S. Obras completas, vol. 9. São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1910).
- _____ (2014a). **Conferências introdutórias à psicanálise**. In: Freud, S. Obras completas, vol. 13. São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1917).
- _____ (2014b). **O futuro de uma ilusão**. In: Freud, S. Obras completas, vol. 17. São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1927).
- _____ (2015). **O mal-estar na cultura**. 2. ed. Porto Alegre: L&PM. (Originalmente publicado em 1939).
- _____ (2016). **Estudos sobre a histeria**. In: Freud, S. Obras completas, vol. 2. em coautoria com Breuer, J. São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1893-1895)
- _____ (2017a). **A análise finita e a infinita**. In: Freud, S. Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras incompletas de Sigmund Freud. 2. ed. São Paulo: Autêntica Editora. (Originalmente publicado em 1937)
- _____ (2017b). **O método psicanalítico freudiano**. In: Freud, S. Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras incompletas de Sigmund Freud. 2. ed. São Paulo: Autêntica Editora. (Originalmente publicado em 1904).

- _____ (2019). **A interpretação dos sonhos**. In: Freud, S. Obras completas, vol. 4. São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1900).
- Fröhlich, C. B. (2017). Do nada ao vazio: narrativas do silêncio. In: **Psicanálise, educação especial e formação de professores: construções em rasuras**. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Garcia-Roza, L. A. (2009). **Freud e o inconsciente**. 24. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar
- Irigaray, L. (2002). **A questão do outro**. Labrys, estudos feministas. (n.1-2, pp.1-12).
- Kehl, M. R. (2002). **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras.
- _____ (2015). **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. 2. ed. São Paulo: Boitempo.
- Kundera, M. (2008). **A insustentável leveza do ser**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras.
- Lacan, J. (1998a). **A direção do tratamento e os princípios de seu poder**. In: Lacan, J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1958).
- _____ (1998b). **Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise**. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1953).
- _____ (1998c). **O estádio do espelho**. In: Lacan, J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1949)
- _____ (2008). **Seminário, livro 7: a ética da psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1959-1960).
- Machado, L. V., & Aguiar, F. (2016). **Eficácia e efeitos terapêuticos em psicanálise: uma leitura a partir do caso francês**. Rio de Janeiro: Cadernos de psicanálise. (Vol. 38, n. 34, pp. 207-229).
- Maia, A.; Medeiros, C.; Fontes, F. (2012). **O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução**. São Paulo: Estilos da Clínica. (Vol. 17, n. 1, pp. 44-61).
- Martins, F. (1999). **O que é pathos?**. Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental, (Vol. 2, n. 4, pp. 62-80).
- Neves, T. I. (2020). **O universalismo da cura em Freud**. Rio de Janeiro: Ágora, Estudos em Teoria Psicanalítica, (Vol. 23, n. 1, pp. 21-29).
- Pelbart, P. P. (2003). **O corpo do informe**. In: Leituras do Corpo. São Paulo: Annablume.
- Peron, P. R. & Dunker, C. I. L. (2002). **Usos e sentidos da cura na psicanálise de Freud**. (Vol. 15, pp. 83-90). São Paulo: Percurso, Revista de Psicanálise.
- Quinet, A. (2000). **A descoberta do inconsciente, do desejo ao sintoma**. Rio de Janeiro: Zahar.
- Rivera, T. (2008). **Cinema, linguagem e psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar.

- Rocha, Z. (2012). **O papel da ilusão na psicanálise freudiana**. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*. (Vol. 15, n. 2, pp. 259-271)
- Rosa, J. G. (2019). **Grande sertão veredas**. São Paulo: Companhia das Letras.
- Roudinesco, E. (2000). **Por que a psicanálise?**. Rio de Janeiro: Zahar.
- Safatle (2020). **Introdução a Jacques Lacan**. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Saramago, S. (1995). **Ensaio sobre a cegueira**. São Paulo: Companhia das Letras.
- Souza, T. P.; Damico, J. G.; David, E. C. (2020). **Paradoxos das políticas identitárias: (des) racialização como estratégia quilombista do comum**. *Acta Scientiarum: Human and Social Sciences*. (Vol. 42, n. 3)