

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

RENATA QUEIROZ TELLES DE SARANDY RAPOSO

**A CURA EM PSICANÁLISE:
estabelecendo diálogos com a Psiquiatria através de La Borde**

SÃO PAULO

2022

RENATA QUEIROZ TELLES DE SARANDY RAPOSO

**A CURA EM PSICANÁLISE:
estabelecendo diálogos com a Psiquiatria através de La Borde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como parte dos requisitos exigidos para graduação no curso de Psicologia, sob orientação do Profa. Dra. Talitha Ferraz de Souza.

SÃO PAULO

2022

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos pais, Fábio e Bia, por todo incentivo e pela liberdade que me deram para ser. Obrigada pelo caminho trilhado junto, mesmo nas nossas diferenças. Ao meu pai, agradeço pelo apoio incondicional à todas as minhas aventuras acadêmicas e não acadêmicas, sem o seu amparo não teria sido possível. À minha mãe, pela preocupação, pelas trocas no jantar, pela abertura que teve para conhecer mais do meu mundo na psicologia e por me incentivar a ler.

Às minhas irmãs, Paula e Fernanda, por serem exatamente como são. À Paula, por partilhar comigo tão de pertinho essa loucura que é crescer e tornar-se adulta. À Fê, por ser fonte de tanta inspiração pra mim mesmo tão nova. Aprender com você todos os dias é um privilégio.

Aos meus avós, Arlete, Norma e Manuel, por serem os melhores avós do mundo. À Vó Norma, agradeço por ter me ensinado o que é ter sede de viver. À Vó Arlete, obrigada por todos os almoços e jantares antes e depois das minhas aulas da Puc. Obrigada por sempre ter acreditado em mim. Ao meu avô Manuel, obrigada por ter sido o meu “primeiro paciente” nas brincadeiras de infância.

À Helen, por todas as risadas, pelos almoços e lanches, pelo apoio. É um prazer enorme ser “a sua psicóloga”.

Ao meu Club, o Club das Windows: Ana, Bidu, Bia, Fê, Jadoca, Ju, Mari, Maria, Nalu, Nenoca, Sofi, sem vocês certamente não só não teria sido possível, como teria sido um milhão de vezes mais sem graça. Ainda não encontrei palavras que possam descrever a potência do nosso encontro, e como ele é fundamental para tudo que sou hoje. Obrigada por tão genuinamente sermos companhia umas para as outras nessa árdua tarefa que é tornar-se quem se é. É um privilégio sem tamanho crescer e me tornar psicóloga ao lado de vocês.

Agradeço especialmente à Nenoca e Sofi, por serem as melhores amigas do mundo. À Nenoca, por ter lido tantas vezes esse trabalho, opinado, elogiado, ajudado em tantos sentidos. Obrigada por ser minha irmã de alma e por me ensinar todos os dias que a vida não cabe nos livros. À Sofi, pela companhia, que vai da psicanálise à balada, pelas caronas até a Puc, por curtir cada segundo comigo dessa graduação.

À Gabi e Amanda, por viverem intensamente comigo essa aventura que é a vida, por crescermos juntas, por sermos casa uma pra outra. Vocês são a certeza de que algumas irmãs vieram nessa vida disfarçadas de amigas.

À Ju, por tanta tanta coisa, mas principalmente por ter dividido comigo a aventura que foi se mudar para a França no meio de uma pandemia. Obrigada por tantos aprendizados juntas, pela trajetória acompanhada de se apropriar de um novo território, de uma nova língua e de uma nova cultura. Obrigada pelo nosso #Ensemble.

À Aline, Mi e Gu, por serem casa longe de casa, por serem a melhor família parisiense que eu poderia pedir. Sem vocês a França teria tido bem menos gostinho de lar.

Ao meu grande amigo Victor, por tantas coisas. Por ser depósito de tanta inspiração. Por ser um dos psicanalistas mais incríveis que eu já conheci. Obrigada pela sua ajuda tão genuína neste trabalho. Obrigada por dividir comigo as angústias e os desafios do processo de se tornar psicanalista. Obrigada por me mostrar que é possível.

À minha orientadora, Talitha, pela orientação cuidadosa e por tornar o processo todo muito mais leve e possível. À Paula Peron que, muito mais do que parecerista deste trabalho, foi e é verdadeira fonte de inspiração e apoio na minha vida acadêmica. Ao Pedro Ambra, Raul Pacheco e Leonardo Lopes, pela abertura e disponibilidade em me ajudar neste trabalho.

À Ana Raquel, por ter sido a melhor professora de psicanálise que nosso grupo de estudos poderia sonhar. Com toda certeza muito do meu amor pela psicanálise eu devo à você. Agradeço muito também à Mari, Sofi, Catha, Sô e Stella. Foi uma delícia me apaixonar por Freud na companhia de vocês.

À Camille et Benjamin, de m'avoit fait tourner les yeux vers l'horizon des alternatives à la psychiatrie classique. Merci de m'avoit présenté La Borde et de m'avoit soutenu dans ce projet. Merci surtout de m'avoit inspiré par un nouveau moyen de faire de la psychologie. Vous étiez toujours dans ma tête pendant l'écriture de ce travail.

À tous les gens de La Borde, de m'avoit tellement bien accueillie à la clinique. Merci d'avoit brutalement bouleversé mes horizons dans la psychanalyse. J'ai pas de mot qui puisse traiter ce qui a été cette expérience de stage pour moi. Les mots ne suffisent pas, mais je ne renonce pas à la tentative de les trouver et de les exprimer. Ce travail en est une tentative.

Je voudrais remercier en particulier Joris, Clara, Ahmed et Manu, de m'avoit tellement inspiré à faire un travail auquel je crois. De m'avoit écouté, d'avoit partagé tant de vécues et de discussions avec moi. C'était un privilège indescriptible de travailler à côté de vous. Ce travail est certainement un fruit de notre rencontre.

À tous les stagiaires de La Borde, d'avoit transformé cette expérience en quelque chose qui chauffe mon cœur à chaque fois que j'y pense. Merci pour nos dîners, pour nos soirées, pour vos sourires, pour nos allés au bar. Merci en spécial à Mélanie et à Clémence, pour notre belle rencontre.

À mon petit français, mon Léo. Merci d'avoir disputé une place dans ma tête pendant l'écriture de ce travail et de l'avoir réussi, en occupant mes pensées encore plus que cette recherche. Avant toi le français était pour moi une langue d'études, mais tu l'as vite transformé dans la langue de l'amour. Merci de soutenir mon vol avec tant d'amour chaque jour. Merci de me montrer que la vie dépasse les livres et toutes les théories. Je t'aime trop.

*A experiência é sempre um percurso do sujeito,
a partir do qual se torna o que ele é.
(Christian Dunker)*

RESUMO

RAPOSO, R. Q. T. S. A CURA EM PSICANÁLISE: estabelecendo diálogos com a Psiquiatria através de La Borde

Esta é uma pesquisa que visa pensar o conceito de cura dentro da teoria psicanalítica. Na sociedade contemporânea, um sujeito considerado curado é um sujeito sem sintomas e adaptado ao ideal de normalidade vigente. Em uma época de supremacia do modelo médico e medicalizante no gerenciamento do sofrimento psíquico, a cura é cada vez mais marcada por um ideal positivista, fortalecido ainda mais após a publicação do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) IV, em 1994. Partindo desse contexto, essa pesquisa questiona se a psicanálise realiza ou não uma experiência de cura. Tendo como hipótese que a psicanálise não realiza uma experiência de cura, se pensando a cura dentro desse ideal, questiona-se qual é então a concepção de cura da própria psicanálise, e quais são suas particularidades. Em uma época de modulação química da subjetividade, essa pesquisa está no esforço de encontrar um lugar possível para a psicanálise e seu conceito de cura, que nadam na contramão da tendência normatizante contemporânea. Sabemos que na psicanálise de Freud e Lacan, o sintoma ocupa um lugar central, sendo o edifício a partir do qual o sujeito se estrutura. A cura em psicanálise não se trata, portanto, da eliminação dos sintomas, e é pensada na clínica psicanalítica sobretudo como uma experiência do analisante. Ao final de uma análise, o sujeito poderá se posicionar de outra forma perante os seus sintomas, não sendo o sintoma de entrada o mesmo de saída. O tratamento empreendido na clínica psiquiátrica de La Borde, na França, mostra que a noção de cura defendida pela psicanálise não serve apenas para o divã analítico e não é exclusiva da psicanálise. O projeto terapêutico de La Borde e a visão de cura que aí prevalece evidenciam que um diálogo entre a noção de cura em psicanálise e a psiquiatria é viável, nutrindo uma possibilidade de encontro e compromisso entre as duas áreas.

Palavras-chave: Psicanálise; Cura; Psiquiatria; La Borde

ABSTRACT

RAPOSO, R. Q. T. S. THE CURE IN PSYCHOANALYSIS: establishing dialogues with Psychiatry through La Borde.

This is a research that aims to think about the concept of cure within the psychoanalytic theory. In contemporary society, a person considered cured is a person without symptoms and adapted to the prevailing ideal of normality. In the current context of supremacy of the medical model and of supremacy of the medicalising practice in the management of psychic suffering, the cure is increasingly marked by a positivist ideal, strengthened even more after the publication of the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) IV, in 1994. From this context, this research aims to question whether or not psychoanalysis performs an experience of cure. Having as hypothesis that psychoanalysis does not perform an experience of cure, as thinking the cure within this ideal, it is then questioned which is then the conception of cure of psychoanalysis itself, and which are its particularities. In a time of chemical modulation of subjectivity, this research is in the effort to find a possible place for psychoanalysis and its concept of cure, which swim against the normalizing practice. We know that in the psychoanalysis of Freud and Lacan, the symptom occupies a central place, being the building from which the subject is structured. The cure in psychoanalysis is not, therefore, about the elimination of symptoms, it is, above all, an experience of the patient himself. At the end of an analysis process, the patient may position himself differently about his symptoms, so that the initial symptom is not the same as the final symptom. The treatment undertaken at the La Borde psychiatric clinic in France shows that the notion of cure advocated by psychoanalysis is not only for the analytic couch and is not exclusive to psychoanalysis. The therapeutic project of La Borde and the vision of cure that prevails within this project show that the dialogue between the notion of cure in psychoanalysis and psychiatry is viable, nurturing a possibility of encounter and commitment between the two areas.

Keywords: Psychoanalysis; Cure; Psychiatry; La Borde

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO: Por que falar de cura em psicanálise? | 9 |
| MÉTODO | 17 |
| CAPÍTULO I: O edifício do sintoma, o inconsciente pulsional e a castração derradeira: pensando a cura em Freud | 19 |
| 1.1 No Método Catártico | 20 |
| 1.2 No Método Psicanalítico | 22 |
| CAPÍTULO II: O sujeito como causa e o desejo como questão: a direção da cura em Lacan | 35 |
| CAPÍTULO III: Em diálogo com a Psiquiatria: uma experiência em La Borde..... | 50 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 64 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 68 |

INTRODUÇÃO: Por que falar de cura em psicanálise?

Supondo o espírito humano uma vasta concha, o meu fim,
 Sr. Soares, é ver se posso extrair a pérola, que é a razão;
 por outros termos, demarquemos definitivamente os
 limites da razão e da loucura. A razão é o perfeito
 equilíbrio de todas as faculdades; fora daí insânia, insânia
 e só insânia.
 (O Alienista, Machado de Assis)

Provavelmente ainda influiu neles um vestígio do
 impaciente menosprezo com que a medicina de uma época
 passada enxergava as neuroses, como consequências
 gratuitas de danos invisíveis. Se era preciso ocupar-se
 delas, que fosse feito o mais rápido possível.
 (Sigmund Freud)

O problema de pesquisa que interrogo neste trabalho é movido por uma inquietação presente nos meus últimos anos de graduação enquanto estudante de psicologia e psicanálise. Hoje, quase noventa anos após a citação de Freud exposta acima, a supremacia do modelo médico no gerenciamento do sofrimento psíquico e a demanda da sociedade por uma cura rápida e eficaz ainda se fazem presentes. Observa-se na atualidade uma reivindicação de que as psicoterapias forneçam resultados e respostas rápidas, e os pacientes pedem por uma solução pronta e indolor para seus problemas, por uma cura eficaz. Segundo Peron e Dunker (2002), tal demanda colocada para os psicólogos e analistas está alinhada com a cura que se espera que um médico ofereça: o desaparecimento total da doença e a extração definitiva do sintoma. Há uma queixa por parte dos pacientes que a psicanálise empreenderia tratamentos muito longos, pairando uma ideia de que ela poderia ser substituída por tratamentos químicos apropriados. Martins (2010) ressalta que vivemos em uma época em que os problemas deixaram de ser sustentados para serem resolvidos e encerrados por promessas de terapias milagrosas.

Esta pesquisa nasceu do desejo de pensar como situar a prática da psicanálise nessa sociedade que privilegia o modelo de tratamento médico e medicalizante e que entende a cura dentro de um formato bastante específico, já que nela um sujeito considerado curado é um sujeito sem sintomas e adaptado ao ideal de normalidade vigente. Partindo desse ideal de cura que predomina na sociedade atual, interrogo, à luz dessa pesquisa, se a psicanálise realiza ou não uma experiência de cura. Com base nos meus estudos realizados em psicanálise até então, parto da hipótese de que a psicanálise não realiza uma experiência de cura, se pensando a cura dentro desse ideal e contexto. Por isso interrogo: qual é, então, a proposta de cura da própria psicanálise? Em que medida essa proposta se distancia da proposta de cura vigente na

sociedade, também propagada por uma certa psiquiatria e pela psicofarmacologia? Ainda, há diálogo possível entre a proposta de cura da psicanálise e o tratamento psiquiátrico? Um dos motores fundamentais dessa pesquisa é a urgência que se coloca para que façamos estas reflexões, pois pensá-las faz parte dos desafios da atualidade que se colocam para a psicanálise, que vem cada vez mais perdendo espaço de atuação para outras práticas psicoterápicas e psiquiátricas.

É importante colocar que é de grande interesse desta pesquisa pensar a relação possível que se pode estabelecer entre a Psicanálise e a Psiquiatria. Longe de adotarmos uma posição anti-psiquiatria, pretendemos construir e incentivar uma possibilidade de diálogo, de forma que ambas áreas de atuação possam se encontrar nas suas diferenças e produzirem algo novo, que não anule o saber de nenhuma das partes. Por outro lado, combater a medicalização dos sintomas, prática cada vez mais comum na atualidade e muitas vezes fomentada pelo saber psiquiátrico, é um dos objetivos deste trabalho. Com a ajuda de Freud e Lacan, pretendemos interrogar em que medida a proposta de cura psicanalítica contribui para formularmos uma linha de debate contra a erradicação e medicalização dos sintomas psíquicos.

Nesta introdução, mostra-se interessante mapearmos o surgimento do tratamento medicamentoso em psiquiatria, e os traços gerais da medicalização na contemporaneidade, de forma a delinear o fenômeno que estamos diante. Sobre o processo de medicalização da vida, Calazans e Lustoza (2014) definem: “O processo de medicalização se caracteriza pela consideração de todo e qualquer problema como sendo um problema médico e, portanto, passível de ser reduzido a uma causa orgânica e a um tratamento medicamentoso” (p. 12).

Figueira e Caliman (2014) contam que antes de ser considerada uma especialidade médica, a psiquiatria era um ramo da higiene pública, e funcionava como um saber que construía explicações médicas para comportamentos socialmente desviantes. O objetivo principal era a proteção social contra doenças e comportamentos que pudessem ameaçar a sociedade. Mutarelli (2017) explica que a introdução do termo “medicalização” ocorreu em 1960, se constituindo como um processo organizador da vida em sociedade, em que os fenômenos da vida humana poderiam receber explicações baseadas no saber médico:

O saber médico, ao evoluir, conquistando mais recursos técnicos, passa a explicar e propor soluções para conflitos dos indivíduos e da sociedade e, concomitantemente, há a demanda, por parte da população e dos governantes, por essas explicações e soluções (MUTARELLI, 2017, p. 34).

Mesmo sendo uma tendência antiga, a ideia de que todos os problemas cotidianos podem ser diagnosticados e tratados por medicamentos e pela medicina é cada vez mais comum na

atualidade. O processo de medicalização inaugura uma nova concepção de mundo, em que a complexidade dos mais diversos fenômenos passa a ser traduzida em relações lineares de causa e efeito médico-biológicas (LEMOS, 2014). Na atualidade, isso se reflete na busca e valorização de práticas que ofereçam objetividade, como por exemplo a valorização das ciências experimentais, que trazem dados verificáveis e objetivos (MUTARELLI, 2017). Neste sentido, a medicalização surge na contemporaneidade como uma resposta rápida e objetiva para administrar e diagnosticar o mal-estar psíquico.

Com os avanços do saber médico e o crescimento exponencial da indústria farmacêutica, fundou-se na clínica moderna um saber diante daquilo que poderia ser considerado saudável e, portanto, normal, e aquilo que seria patológico, anormal, que fugisse do padrão de normalidade imposto pelo ideal de saúde:

A racionalidade biomédica, no afã positivista de que a verdade é sinônimo de eficácia e de boa gestão dos riscos, reduz o entendimento sobre a saúde como ausência de doença, e a doença como afastamento da média biológica considerada normal. A saúde seria o estado normal do organismo, e a doença seu estado anormal (NEVES; PORCARO; CURVO, 2017, p. 633).

Nesse sentido, a medicina - e também a psiquiatria - passaram a não mais se interessar pelas particularidades que compunham o sintoma em um determinado sujeito, ou o modo como o paciente vivia e experienciava a doença. O que passou a interessar para a psiquiatria foi a regulação do mal-estar psíquico, em nome da adaptação do sujeito ao meio social.

No artigo *Saúde é colocar-se em risco: normatividade vital em Georges Canguilhem*, Neves, Porcaro e Curvo (2017) expõem o pensamento do filósofo francês Georges Canguilhem, que discutiu amplamente a questão da normatividade biológica presente na clínica moderna:

Canguilhem contextualiza o desenvolvimento da clínica médica moderna dentro do chamado processo de normalização. Nesse contexto, a clínica é atravessada por uma perspectiva científica, de cunho positivista, que propõe métodos neutros e resultados universais, desconsiderando as singularidades imanentes em cada caso (NEVES; PORCARO; CURVO, 2017, p. 636).

O motor de nossas reflexões é o inquietamento por produzirmos respostas possíveis diante desse contexto, visto que se mostra essencial um posicionamento dos estudiosos da psicanálise. É desafiador refletir sobre o papel da psicanálise nisto tudo, isto porque, ao mesmo tempo que nos cabe reagir subversivamente e criticamente a esse contexto, é preciso que pensemos maneiras de atuar neste cenário, pois este é o nosso espaço de atuação. A hegemonia psiquiátrica e medicamentosa atravessa nossa prática. Como podemos fazer face a essa realidade que atravessa a prática da psicanálise?

Em seu livro *Pourquoi la psychanalyse?* Elisabeth Roudinesco (2009) nos ajuda nessa reflexão introdutória de nossa pesquisa, mapeando os traços da medicalização, bem como o lugar da psicanálise, que é cada vez mais atacada. Ela conta que a partir de 1950, com o surgimento dos medicamentos psiquiátricos, houve uma mudança no tratamento da loucura, que antes recebia sobretudo tratamentos de choque e camisa de força nos hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, os medicamentos tiveram originalmente a sua entrada no campo da psiquiatria como uma grande ferramenta:

A psicofarmacologia trouxe ao homem, inicialmente, um aumento de liberdade. Colocados em circulação em 1952 por dois psiquiatras franceses, Jean Delay e Pierre Deniker, os neurolépticos devolveram ao louco a sua palavra. Eles permitiram sua reintegração na cidade. Graças a eles, os tratamentos bárbaros e ineficientes foram abandonados (ROUDINESCO, 2009, p. 24, tradução nossa)

O que aconteceu, infelizmente, foi que com o sucesso do tratamento medicamentoso, os fármacos começaram a ser distribuídos e implantados de forma indiscriminada no gerenciamento do sofrimento psíquico. Todo o ganho obtido com o surgimento dos medicamentos psiquiátricos acabou se perdendo, nutrindo uma nova irracionalidade: a medicalização do sintoma, onde imperava uma nova concepção de cura: a adaptação do sujeito à sociedade e, portanto, à norma social vigente, pretendendo um grau de normalidade que ia contra a própria condição humana:

(...) de tanto acreditar na potência de suas poções, a psicofarmacologia terminou por perder uma parte do seu prestígio apesar de sua formidável eficácia. Na verdade, ela fechou o sujeito em uma nova alienação, pretendendo curá-lo da essência mesmo da condição humana. Também nutriu, por suas ilusões, uma nova irracionalidade (ROUDINESCO, 2009, p. 2, tradução nossa).

O mais interessante é que a medicalização foi um movimento da própria sociedade, e não daqueles que implantaram a psicofarmacologia. O próprio Jean Delay, principal representante francês da psiquiatria, defendeu que os medicamentos fossem administrados em coordenação com outras formas de cura, como a psicoterapia e a psicanálise, dizendo que a medicação era nada mais que um momento do tratamento (ROUDINESCO, 2009). Mesmo o criador da psicofarmacologia, Henri Laborit, “sempre declarou que a psicofarmacologia não era, por si só, a solução de todos os problemas” (ROUDINESCO, 2009, p. 25, tradução nossa).

Segundo Roudinesco (2009), a psicofarmacologia se transformou em um imperialismo. A gestão dos medicamentos tal como é feita na atualidade, beirando exageros e abusos por parte do saber médico, não era, essencialmente, o seu objetivo original. Édouard Zarifian escreve que os medicamentos psiquiátricos se transformaram em um símbolo da razão e da ciência triunfantes, explicando o irracional e curando o incurável (ROUDINESCO, 2009).

Assim, o abuso daquilo que anteriormente apresentou-se como uma inovação formidável e importantíssima no campo psiquiátrico, acabou por inaugurar uma época em que os sintomas passaram a ser medicalizados em detrimento de um estudo aprofundado da sua causalidade psíquica. Tal fenômeno foi estudado também pelo filósofo francês Michel Foucault, que deu o nome de biopoder “a uma política que pretende governar os corpos e a mente em nome de uma biologia erguida em um sistema totalizante, pegando o lugar da religião” (ROUDINESCO, 2009, p. 28, tradução nossa).

Neves, Porcaro e Curvo (2017) explicam que com os avanços técnicos da medicina e da indústria farmacêutica, o sofrimento humano passou a ser totalmente vinculado às questões fisiológicas e genéticas, e a vida passou a ser curável em todas as suas esferas. Os medicamentos e o saber médico passaram a prometer uma concreta possibilidade de resolução de todos os males que assolam o homem:

Os avanços tecnológicos da medicina implicam cada vez mais em um discurso medicamentoso. É importante lembrar que por “discurso medicamentoso” não dizemos apenas de modelos de tratamento que localizam a causa da doença em um marcador biológico determinado, fazendo assim do fármaco o único agente da cura, mas também é um modo de enfrentar toda e qualquer doença como não só passível de cura, mas necessariamente curável (NEVES; PORCARO; CURVO, 2017, p. 628).

Roudinesco (2009) coloca a medicalização como um sintoma da modernidade, onde as pessoas preferem entregar-se a um tratamento medicamentoso do que se expor e falar intimamente de seu sofrimento. Assim, com a ascensão do tratamento psicofarmacológico, a psiquiatria acabou por reduzir a psicoterapia a apenas uma técnica de apagamento dos sintomas (ROUDINESCO, 2009). O paciente passou a ser orientado a adotar uma posição cada vez menos conflituosa, no que se refere ao conflito psíquico, sendo consequentemente orientado a adotar uma posição cada vez mais depressiva: “no lugar das paixões a calma, no lugar do desejo a ausência do desejo, no lugar do sujeito o vazio” (ROUDINESCO, 2009, p. 47, tradução nossa).

Como dissemos anteriormente, tal fenômeno não foi um movimento dos psiquiatras em si, mas da sociedade como um todo, que passou ela mesma a demandar esse tipo de atendimento. Os psiquiatras, por sua vez, “(...) não têm mais tempo de se ocupar da longa duração do psiquismo já que, na sociedade liberal depressiva, o tempo lhe é contado” (ROUDINESCO, 2009, p. 48, tradução nossa). Por outro lado, com o avanço do tratamento psicofarmacológico, o lugar do psiquiatra também foi reafirmado como um lugar de detenção de saber diante do sofrimento psíquico. Nesse sentido,

(...) o saber transforma a doença em discurso pronto para ser lido e interpretado pelo olhar clínico. A partir disso, a doença e a saúde não têm uma gramática própria, pois a maneira com que elas falam depende da maneira com que organizamos o que há a ser visto e ouvido (NEVES; PORCARO; CURVO, 2017, p. 628).

O lugar do psiquiatra como detentor de um saber sobre os sintomas psíquicos vem sendo cada vez mais nutrido com a prática medicamentosa. Como dito por Lacan (2001), “na medida em que mais do que nunca a ciência está com a palavra, mais do que nunca suporta-se este mito do sujeito suposto saber” (p. 13).

Roudinesco (2009) explica que os medicamentos não se opõem historicamente à psicanálise, pelo contrário, eles tiveram na sua história um crescimento e ascensão compartilhados. Tudo isso operava em favor de que um equilíbrio tivesse sido mantido entre as duas práticas. A autora propõe o estudo da evolução do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) para compreendermos melhor como, pouco a pouco, a psicanálise foi sendo atacada e afastada dos tratamentos recomendados em saúde mental, perdendo seu lugar para uma hegemonia completa da psicofarmacologia. Na primeira versão do DSM, elaborada em 1952, pode-se observar uma abordagem do cuidado em saúde mental que levava em conta tanto a psiquiatria como a psicanálise.

O que aconteceu, entretanto, foi que a partir dos anos 1980, todos os tratamentos psicodinâmicos, sobretudo aqueles inspirados pela psicanálise, começaram a ser duramente atacados sob o nome do progresso da psicofarmacologia. Roudinesco (2009) explica que

Com o desenvolvimento da perspectiva liberal dos tratamentos, que submete a clínica a um critério de rentabilidade, as teses freudianas foram julgadas ineficazes sob o plano terapêutico: a cura, dizia-se, era muito longa e muito custosa. Sem contar que os resultados não eram mensuráveis (p. 55, tradução nossa).

O crescimento desenfreado da psicofarmacologia também passou a ser uma preocupação dos próprios psiquiatras, já que o saber psiquiátrico ficou bastante reduzido à psicofarmacologia. Tal fato nos interessa muito a luz desse trabalho, pois como explicitado acima, o objetivo não é adotarmos uma posição anti-psiquiatria e nem anti-medicamentos, mas uma posição contra o fenômeno de medicalização da vida, que enxerga no tratamento psicofarmacológico o único tratamento possível para as neuroses e psicoses. Nesse sentido, é de suma importância distinguirmos a diferença entre psiquiatria e psicofarmacologia, que apesar de serem práticas que se misturem na atualidade, não são a mesma coisa. O saber psiquiátrico foi e vem sendo cada vez mais assujeitado à indústria farmacêutica.

Pois se a saúde torna-se objeto de uma organização mundial, vai tratar-se de saber em que medida ela é produtiva. O que o médico poderá opor aos imperativos que fariam dele empregado desta empresa universal de produtividade? (LACAN, 2001, p. 14).

A psiquiatria dinâmica, por sua vez, vem perdendo cada vez mais seu espaço de atuação. Entende-se por psiquiatria dinâmica:

o conjunto de correntes e de escolas que associam uma descrição das doenças da alma (loucura), dos nervos (neurose) e do humor (melancolia) a um tratamento psíquico de natureza dinâmica, isto é, que envolvam uma relação transferencial entre o médico e o doente (ROUDINESCO, 2009, p. 43, tradução nossa)

Toda essa problemática descrita toca diretamente o conceito de cura, já que a cura que se passou a esperar da psicanálise foi a mesma visada pela medicina, uma eliminação completa do sintoma, uma garantia de um estado de bem-estar, de normalidade:

A tese de que o normal serve de protótipo para as formas patológicas define, *ainda hoje*, o pensamento e o ato médico, o que provoca uma reflexão reducionista para a cura, já que o objetivo terapêutico, a partir dessa racionalidade, só pode ser a reparação e a restauração do estado normal (NEVES; PORCARO; CURVO, 2017, p. 630).

O que nos interessa é justamente colocar em questão as consequências do modelo de cura operado pela psicofarmacologia e por algumas psiquiatrias, em que o sujeito é convidado, como vimos, a abrir mão do seu sintoma em nome de sua adaptação à condição de normalidade, criada pela e na sociedade. Nesse contexto, “a prática clínica, atravessada pelo processo de normalização, torna-se um importante dispositivo de controle” (NEVES; PORCARO; CURVO, 2017, p. 636).

Veremos adiante nesta pesquisa como a psicanálise pôde se distanciar dessa concepção de cura e de tratamento e pôde operar a prática clínica por outra via. Para tal, realizaremos no primeiro capítulo um retorno à teoria freudiana, visando mapear as noções de cura ao longo da obra e entendendo suas modificações à medida em que Freud foi complexificando a teoria das neuroses e do aparelho psíquico. No segundo capítulo, mapearemos como Lacan pensou a direção da cura, de forma a dar continuidade e também a romper com aquilo que propôs Freud. Finalmente, no terceiro capítulo, a partir da experiência de La Borde e da psicoterapia institucional, interrogaremos a relação possível entre a Psicanálise e a Psiquiatria, pensando alternativas para a psiquiatria clássica, constantemente alinhada à prática de medicalização do sintoma. Há uma outra psiquiatria possível? Há diálogo possível entre a proposta de cura da psicanálise e o tratamento psiquiátrico? - são as questões que pretendemos elucidar ao final desta pesquisa.

Abrimos nossa pesquisa com a seguinte fala:

Este lugar [da psicanálise na medicina] atualmente é marginal e, como já escrevi em várias ocasiões, extra-territorial. Ele é marginal por conta da posição da medicina com relação à psicanálise - ela admite-o como uma espécie de ajuda exterior, comparável àquela dos psicólogos e dos outros distintos assistentes terapêuticos. Ele

é extra-territorial por conta dos psicanalistas, que provavelmente têm suas razões para querer conservar esta extra-territorialidade. Não são minhas estas razões, mas não creio que minha vontade baste para modificar as coisas. (LACAN, 2001, p. 8).

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa teórica em psicanálise, que tem as teorias freudiana e lacaniana como seu solo teórico. A metodologia utilizada foi a leitura dos textos de Freud e Lacan considerados pertinentes para o estudo da noção de cura dentro da teoria psicanalítica. Em Freud, diferentes textos de momentos diversos da obra do autor foram lidos, a fim de se mapear a construção da noção de cura ao longo da teoria. Dentre os textos lidos, destaca-se o *Análise Terminável e Interminável*, principal referência utilizada para apreender a noção de cura que prevaleceu no final da obra de Freud, já que este é um dos últimos textos escritos pelo autor. Da teoria lacaniana, utilizou-se principalmente um escrito de Lacan - um texto considerado crucial dentro da obra do psicanalista em que ele aborda os princípios da análise - presente no seu *Escritos: A direção do tratamento e os princípios de seu poder*, de 1958. Para além de Freud e Lacan, alguns comentadores nos auxiliaram nesta empreitada, permitindo uma oxigenação das leituras. Dentre eles, destacam-se Antonio Quinet e Elisabeth Roudinesco.

Para além da teoria psicanalítica, a pesquisa também foi marcada por outras leituras, com o objetivo de pensar o fenômeno de medicalização da vida e a ascensão da psicofarmacologia, bem como a relação entre a psicanálise e a psicoterapia institucional de La Borde, considerada uma alternativa à psiquiatria clássica. Para o estudo do fenômeno de medicalização da vida e da ascensão da psicofarmacologia, trabalhados mais diretamente na introdução desta pesquisa, foram utilizados pesquisadores diversos, encontrados através do material disponível nas plataformas *Pepsic* e *SciELO*. Para além dessas fontes, destaca-se especialmente o livro *Pourquoi la psychanalyse?*, de Elisabeth Roudinesco, historiadora da psicanálise, que apresentou-se como a principal fonte desta pesquisa para abordar de maneira crítica a questão da medicalização e da ascensão da psicofarmacologia, bem como o lugar da psicanálise nesse campo de disputa.

Para o estudo da psicanálise em diálogo com a psicoterapia institucional da clínica de La Borde, abordada no último capítulo desta pesquisa, utilizou-se majoritariamente um livro do psiquiatra e psicanalista Jean Oury, um dos principais teóricos da psicoterapia institucional e fundador da clínica de La Borde: *La Psychothérapie Institutionnelle: de Saint Albain à La Borde*. Para abordar essa mesma questão também foram utilizados escritos de outros teóricos da psicoterapia institucional, também psicanalistas: Félix Guattari e Pierre Delion. Para abordar a psicoterapia institucional em sua aplicação prática, o pesquisador utilizou-se de sua própria

experiência de estágio na clínica de La Borde, que edificou a sua relação transferencial e particular com o tema em questão. Como dito por Figueiredo e Minerbo (2006),

Estamos nos referindo, naturalmente, às relações transferenciais (e seus equivalentes) e contratransferenciais que dão a marca da singularidade ao que se *descobre* e ao que se *inventa e cria* em uma “pesquisa com o método psicanalítico”. Chamaríamos, assim de “pesquisa com o método psicanalítico” uma atividade em que se constituem e se transformam “objetos”, “pesquisadores” e “meios” ou “instrumentos” de investigação (conceitos, técnicas etc) (p. 261).

Entende-se que a partir das leituras e da escrita foi possível produzir algo novo, através do trançamento teórico entre os diferentes campos abordados: psicanálise, psicofarmacologia e psicoterapia institucional. Como dito por Sampaio (2006), “A pesquisa psicanalítica é qualitativa porque ela é uma pesquisa do singular, ou seja, considera e produz-se a partir da singularidade do(s) encontro(s) entre o pesquisador e o pesquisado” (p. 249).

CAPÍTULO I: O edifício do sintoma, o inconsciente pulsional e a castração derradeira: pensando a cura em Freud

Não pense que pessoa tem tanta força assim
a ponto de levar qualquer espécie de vida
e continuar a mesma.
Até cortar os próprios defeitos
pode ser perigoso - nunca se sabe qual é
o defeito que sustenta nosso edifício inteiro.
(Clarice Lispector)

Daremos início agora ao nosso mergulho no campo da psicanálise, a fim de pensarmos a sua proposta de cura. Começemos nossa trajetória por Freud.

Desde os primórdios da psicanálise, Freud se deparava com a mesma pergunta que elencamos aqui: qual é, afinal, a cura que se pode oferecer com a psicanálise? O autor permaneceu às voltas com essa questão ao longo de toda sua obra, sendo ela um dos motores para que ele se debruçasse sobre o estudo das neuroses e do método de tratamento psicanalítico. É interessante observar que a ideia de cura foi sofrendo muitas alterações ao longo da teoria, o seu delineamento mudava à medida que novos conceitos eram apreendidos e a compreensão das neuroses se complexificava, complexificando-se assim a noção de cura.

Em *Cinco Lições de Psicanálise*, Freud (1910/2013) define a psicanálise como um novo método de pesquisa e cura. Havia uma preocupação intensa do autor em defender as bases sólidas de sua teoria, afim de legitimá-la como uma ciência de importância merecida. O contexto do qual Freud advém é a realidade médica, sendo ele próprio um médico neurologista. Ele morava em Viena, e a Viena de seu tempo e a sociedade de sua época compunham um cenário em que o advento da cura, a eliminação do sintoma e os resultados palpáveis da terapia eram essenciais para que uma determinada teoria adquirisse importância e apreço pela comunidade e tivesse seu grau elevado à ciência.

Realizaremos neste capítulo um breve retorno às viradas da teoria freudiana, que nos possibilitarão nos aproximar da ideia de cura na teoria de Freud. Para isso, faremos uma divisão lógica entre os dois métodos utilizados por Freud, o método catártico e o método psicanalítico. Entende-se que a partir de um estudo dos métodos será possível apreender, dentro do contexto de cada método, uma noção de tratamento e de cura diferentes, isso porque cada método possuiu sua particularidade e um entendimento específico do tratamento das neuroses. Acredita-se que essa divisão lógica nos permitirá nos aproximar da noção de cura em Freud de maneira a situar cada noção de cura em um momento de sua obra.

Veremos adiante que a noção de cura em Freud é bastante complexa, pois não é descrita por ele de maneira linear e consensual em todos os momentos da teoria. O que percebe-se, ao estudar os diferentes métodos e viradas da teoria psicanalítica, que a noção de cura anda junto com a técnica, e que a mesma vai sofrendo alterações à medida que altera-se a teoria. Com esse retorno à Freud e às viradas principais da obra pretende-se apreender a noção de cura com a complexidade que esse conceito merece: como uma noção bastante abrangente e complexa, fato que não nos permitirá defini-la em um conjunto de linhas e parágrafos.

1.1 No Método Catártico

Façamos um retorno para o jovem Freud de 1890. Nessa época, Freud era um médico estudioso das doenças nervosas, tendo tido seu primeiro contato mais direto com a histeria em Paris, através dos estudos de Charcot: “De tudo o que eu vi junto a Charcot, o que mais me impressionou foram suas últimas investigações sobre a histeria, que em parte foram realizadas diante de meus olhos” (FREUD, 1925, 2011, p. 84). Por outro lado, Freud conta em *Autobiografia*, que desde o início utilizou a hipnose, ferramenta utilizada no tratamento da histeria, de maneira diferente de Charcot: “devo afirmar que desde o início fiz outra aplicação da hipnose, além da sugestão hipnótica. Utilizei-a para interrogar o paciente sobre o surgimento do seu sintoma” (FREUD, 1925/2011, p. 91).

Após sua passagem por Paris e de volta à Viena, cidade em que viveu desde seus quatro anos de idade, Freud aproximou-se de um dos médicos de família mais renomados da cidade, Josef Breuer, também estudioso e interessado pelos estudos da histeria. A princípio, Freud começou a repetir as investigações de Breuer, que a partir de um caso de histeria, chegou a um método de tratamento. Tal método consistia em hipnotizar a paciente e pedi-la para falar livremente, de forma a descobrir o nexos que explicaria a formação do sintoma histérico, a sua relação com um evento traumático. O caso em questão, da famosa paciente intitulada Anna O., mostrou que os sintomas das histéricas tinham um sentido, pois estavam ligados a vivências traumáticas, carregadas de afeto, que haviam sido esquecidas pela paciente. O método de tratamento consistia em fazer a paciente recuperar, em estado hipnótico, o nexos entre a situação traumática e o sintoma, e realizar o ato psíquico suprimido, dando livre curso ao afeto, o que acarretaria ao desaparecimento do seu sintoma. Ao perceberem que os sintomas das pacientes desapareciam quando estas eram colocadas em estado hipnótico, exteriorizando os afetos da ocasião em que os sintomas haviam aparecido pela primeira vez (FREUD, 1910/2013), Freud e Breuer eliminaram pela primeira vez um sintoma histérico. A paciente em questão, Anna O.,

deu o nome a esse tratamento de “*talking cure*” ou de “*chimney sweeping*” (limpeza de chaminé).

Nesse contexto, Freud e Breuer elaboram uma teoria sobre a origem dos sintomas histéricos: os sintomas histéricos seriam resíduos e símbolos mnêmicos de vivências traumáticas, carregadas de afeto, vividas pela paciente. A particularidade do sintoma se explicaria em sua relação com a cena traumática relacionada. No processo de adoecimento, os pacientes provavelmente suprimiram uma forte excitação proveniente da cena traumática, e esses afetos tinham sua saída normal bloqueada, se sujeitando a um emprego anormal, o que explicaria a conversão histérica, que seria nada mais do que um “[...] desafogo de um processo psíquico investido de afeto e [...] expressão de afeto bem mais intensa, guiada por novas trilhas” (FREUD, 1910/2013, p.234).

Notou-se que as vivências traumáticas não eram de domínio consciente das pacientes, Freud atentou-se para o fato de que “onde há um sintoma encontra-se também uma amnésia, uma lacuna na lembrança, e o preenchimento dessa lacuna implica a eliminação das condições que geraram o sintoma” (FREUD, 1910/2013, p. 236). Nesse contexto, Freud e Breuer estabelecem uma modalidade de tratamento para a histeria: recordar, mediante hipnose, a cena traumática, permitindo o livre curso do afeto, que teve sua saída represada ocasionando o sintoma. Assim, o sintoma era eliminado e estava então encerrado o tratamento. A paciente estava curada, e a cura consistia necessariamente na eliminação total do sintoma mediante hipnose. A esse novo procedimento, Breuer deu o nome de método catártico.

Os outros médicos da época, por sua vez, tratavam a histeria como uma doença pouco séria, que merecia pouca atenção. Isso porque diante de seus saberes da medicina, nada podiam fazer diante dos sintomas histéricos. As histéricas eram vistas pelos médicos como aquelas que infringiam a lei de sua ciência, pois todos os seus conhecimentos de nada serviam ante a singularidade do fenômeno histérico (FREUD, 1910/2013). Os médicos não podiam curá-las, e por isso as dispensavam, acusando-as de fingirem seus sintomas. Percebe-se que já na época do nascimento da psicanálise havia uma valorização muito forte da cura, pois permeava desde já na sociedade médica a ideia de que os sintomas que não podiam ser curados não mereciam atenção e nem tratamento. Freud, por sua vez, notou que haveria de fazer um mergulho na origem dos sintomas dessas pacientes, de forma a compreendê-los para só então vigorar uma perspectiva de tratamento. É nesse contexto que Freud e Breuer dão voz às histéricas, acreditando poderem curá-las.

1.2 No Método Psicanalítico

Freud descreve em *“Autobiografia”* (1925/2011) que algum tempo depois, através de seus estudos, começa a perceber que a teoria que havia criado com Breuer era bastante incompleta, pois ignorava um fator de natureza sexual que estava presente por trás da neurose. Segundo o autor, a neurose envolvia sobretudo conflitos de ordem sexual. A partir desse novo movimento da teoria e novo rumo para os estudos, Breuer abandona o trabalho com Freud por este estar tomando rumos que para ele eram impossíveis de serem sustentados. Nesse novo contexto, Freud abandona a hipnose, pois além de acreditar ser este um recurso caprichoso e místico, o jovem médico não conseguia hipnotizar todos os seus pacientes. O advento da cura estava ameaçado: a hipnose funcionava apenas com uma fração de seus pacientes. A técnica altera-se para o trabalho com o estado normal, consciente dos pacientes. O trabalho “consistia na tarefa de saber do próprio doente algo [...] que também ele não sabia” (FREUD, 1910/2013, p. 239). O novo método, chamado a princípio de sugestão, ainda visava descobrir o nexo perdido entre o sintoma e a cena traumática: “Quando chegava com eles [os pacientes] em um ponto em que diziam nada saber mais, eu lhes assegurava que sabiam, sim, que deviam apenas dizê-lo [...]” (FREUD, 1910/2013, p. 240).

Através dessa nova modalidade de tratamento, Freud percebeu a existência de duas forças existentes no aparelho psíquico: a repressão e a resistência. Ele nota que não bastava apenas preencher as lacunas de memória de maneira rápida e direta, havia no psiquismo um jogo de forças poderosíssimo que desafiava agora a psicanálise. Chamou de repressão a força que identificou ter empurrado as lacunas de memória para fora da consciência, e de resistência a uma força que impedia as memórias de tornarem-se conscientes, mantendo o estado patológico (FREUD, 1910/2013). Agora Freud possuía um novo desafio à frente: era preciso vencer e afastar a força da resistência para curar o paciente.

A teoria da repressão funda uma nova forma de compreensão da neurose, alterando-se assim a tarefa da terapia. Em *“Autobiografia”* (1925/2011), Freud relata que é nesse momento da obra que passa a chamar o novo procedimento de investigação e cura de psicanálise, e não mais de catarse, com um novo objetivo a ser percorrido:

[...] o objetivo não era mais ab-reagir o afeto que enveredara por vias erradas, mas sim desvendar as repressões e substituí-las por operações de julgamento que poderiam resultar na aceitação ou rejeição do que fora repudiado. (FREUD, 1925/2011, p. 106).

Nesse novo contexto a cura seria, através da reconciliação com o ego, a abertura de caminho para o conteúdo reprimido ser aceito na consciência. Peron e Dunker (2002) explicam que nesse momento da teoria “a cura é um processo de convencimento, de reconciliação entre o ego inibidor e defendido e o conteúdo sexual, através da rememoração e da aceitação da resistência” (p. 85).

O trabalho da psicanálise vai complexificando-se à medida em que Freud nota o intenso jogo de forças no aparelho psíquico, forças estas contrastantes entre si, que lutavam umas contra as outras. Em *Cinco Lições de Psicanálise* (1910/2013), o autor descreve a maneira como introduziu o caráter dinâmico ao aparelho psíquico, e como notou pela primeira vez a existência, a partir dessas forças, de uma cisão da psique. Haveria um conflito entre um desejo do sujeito que era incompatível com as exigências éticas de sua personalidade, e a repressão atuaria nesse cenário como um mecanismo de proteção da personalidade psíquica. Freud divide o aparelho psíquico em espaços topológicos (independente da anatomia cerebral) a partir do descobrimento desse jogo de forças, dividindo-o em inconsciente, pré consciente e consciente, dando origem à primeira teoria Tópica Freudiana.

Em meio às novas descobertas, Freud complexificou os estudos do processo de formação de sintoma, explicando-o agora através de um intenso jogo de forças vindas de diferentes regiões do aparelho psíquico. Haveria a existência de um inconsciente, onde o desejo continuaria a existir reprimido, mas às custas do sintoma. O desejo reprimido deixaria marcas no sujeito, marcas do que fora reprimido. O sintoma foi entendido como uma formação substitutiva do reprimido (FREUD, 1910/2013).

Diante dos novos estudos, não só complexificou-se a teoria freudiana do aparelho psíquico e da formação de sintoma, como também a noção de cura envolvida nestes processos. Freud ressalta que “para a cura, é necessário que o sintoma seja reconduzido pelas mesmas vias [de sua formação] até a ideia reprimida” (1910/2013, p. 247). Ainda no mesmo texto, o autor reflete sobre os possíveis caminhos para obter o tratamento do sintoma, visto que agora o jogo de forças tornava esse processo menos evidente. Freud (1910/2013) escreve sobre três possíveis soluções para o conflito da neurose. A primeira opção exposta seria a personalidade do sujeito ser convencida que rechaçou injustamente o desejo inconsciente e ser então induzida a aceitá-lo na consciência. A segunda opção seria a personalidade admitir que a repressão do desejo foi justa, substituindo-a por um juízo de condenação. A terceira e última seria dirigir inconscientemente o desejo para uma meta mais elevada, chamada de sublimação. Diante desses possíveis manejos da formação patogênica, Freud encerra a Segunda Lição de

Psicanálise definindo a psicanálise como um método de tratamento. Nesse contexto, curar é sobretudo aumentar o acesso do sujeito às ideias reprimidas no inconsciente.

Prosseguindo na escuta de seus pacientes e nos seus estudos, Freud relata em *“Autobiografia”* (1923/2011) que a grande maioria das situações patogênicas estavam relacionadas com a primeira infância dos pacientes, e que as impressões desse período firmavam a disposição para adoecimentos neuróticos posteriores. É dessa forma que o autor encontra-se diante da sexualidade infantil, iniciando os estudos neste campo. Nesses estudos, Freud supôs haver encontrado a fonte da neurose nas vivências de sedução sexual na infância. Mais tarde, reconheceu que tais cenas de sedução jamais haviam ocorrido, sendo fantasias dos pacientes. É nesse momento da obra que Freud descola os sintomas neuróticos de vivências reais, passando a pensá-los em relação às fantasias dos pacientes envolvendo desejos inconscientes - diferenciação fundamental para a etiologia e formalização psicanalítica. Nesse sentido, a psicanálise passa a valorizar a realidade psíquica do sujeito mais do que a realidade material vivida. É em meio a todas essas descobertas que o estudo do aparelho psíquico e dos sintomas neuróticos vai ganhando maior complexidade, bem como a noção de cura. Se no começo da catarse a cura envolvia a ab-reação dos afetos represados e o conseqüente desaparecimento do sintoma, agora o advento da cura ficava menos evidente e encontrava mais pedras no caminho.

Com o caminhar da teoria, Freud conta ainda no mesmo texto (1923/2011) que abandonou o método da sugestão, que era a forma utilizada até então para descobrir as resistências do paciente por pressão e encorajamento. Isso porque tal técnica não era imune a certas objeções e com o tempo tornou-se muito cansativa para o médico e o paciente. O novo método que começou a ser utilizado a partir de então foi a livre associação, em que era solicitado que o paciente se comprometesse a dizer ao médico tudo que lhe ocorria a mente, sem objeções.

A escuta dos sonhos de seus pacientes na clínica também levou Freud à mudança de paradigma para o método da associação livre. Ao escutar os sonhos de seus pacientes, Freud começou a compreender o sentido desses sonhos, tornando-os objeto de estudo da psicanálise: os sonhos passaram a ser escutados enquanto tentativas de realizações de desejos reprimidos do analisante. Esses novos estudos sobre os sonhos, ressaltados pelo autor em *“Autobiografia”* (1923/2011), no início pareciam irrelevantes e de conteúdo puramente mítico, mas mudaram completamente a compreensão da psicanálise enquanto um método de tratamento. A partir do estudo dos sonhos, fenômenos da vida psíquica normal, a psicanálise não mais se reduziu a decifrar fenômenos patológicos e tornou-se assim muito mais do que uma ciência auxiliar da

medicina. A Interpretação dos Sonhos eleva a psicanálise para além de um assunto puramente médico, tornando-a não só um método terapêutico, mas elevando-a ao atributo de uma ciência da mente. O estudo dos sonhos está, portanto, na origem da formalização da ideia de aparelho psíquico e de associação livre.

A compreensão da vida psíquica normal tornou-se pilar fundamental para a psicanálise, o que desinflou seu objetivo anterior de cura e da retirada de sintomas, mais alinhado com a medicina. Freud finaliza “*Autobiografia*” (1923/2011) dizendo que “Raramente esta ciência [a psicanálise] é capaz de resolver um problema inteiramente por si só” (FREUD, 1923/2011, p. 162) e que “[...] já não há dúvida de que prosseguirá existindo [a psicanálise], ela demonstrou sua capacidade de subsistir e continuar existindo como ramo do saber e como terapia” (FREUD, 1923/2011, p. 166) - descolando a psicanálise da tarefa árdua e inverossímil de resolver todos os sintomas de seus pacientes, compreendendo e sustentando seus limites. Freud ressignifica não só a psicanálise como também a cura psicanalítica e o que entende-se por cura dentro desse novo método de tratamento.

Diante do novo método empregado, Freud começou a debruçar-se sob um outro componente atuante na terapia analítica, que já se fazia presente desde o trabalho com as históricas junto a Breuer: a transferência, isto é, a forte relação que se estabelecia entre o analista e o analisante, veículo da influência do primeiro sobre o último. Em *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914/2010), Freud pontua que apesar das mudanças, o objetivo do tratamento continuava a ser o mesmo, de tornar conscientes as resistências e o material reprimido do paciente, caminho para a cura. Nessa nova técnica, o psicanalista estudaria a superfície psíquica do paciente, não mais destacando apenas um problema específico. A partir das novas descobertas, o autor percebe e escreve no mesmo texto que muitas vezes o reprimido não aparecia como memória, mas como ato, como uma repetição inconsciente do paciente. “[...] é lícito afirmar que o analisando não recorda absolutamente o que foi esquecido e reprimido, mas sim o atua” (FREUD, 1914/2010, p. 199). A repetição do paciente seria o seu modo de recordar, e a transferência na relação com o analista também seria ela uma parte da repetição, uma vez que o analisante reproduz o recalado como atos transferenciais endereçados ao analista.

Ao perceber que o paciente repete os seus sintomas no percurso do tratamento e da vida, Freud (1914/2010) dá um salto no que tange ao entendimento e tratamento das neuroses: passa a compreender a neurose como um assunto atual, e não apenas do passado do paciente, convocando o analisante a mais do que recordar algo passado, mas a se reconciliar com aquilo que é o seu sintoma. O papel do analista nessa dinâmica torna-se mais complexo e delicado, à medida que cabe ao analista o manejo transferencial, isto é, o manejo de sua relação com o

paciente. Para que ocorra a quebra da repetição sintomática do paciente, é preciso que o analista dê um outro lugar aos dizeres do paciente. Nesse sentido, o analista não deve responder às demandas do analisante, se posicionando fora do que é esperado, fazendo assim um furo no discurso do paciente e permitindo que outras cadeias associativas sejam criadas. Nesse momento, Freud delineia uma nova forma de cura em que a transferência passa a ser ferramenta essencial de intervenção:

[Na análise], conseguimos normalmente dar um novo significado de transferência a todos os sintomas da doença, substituindo sua neurose ordinária por uma neurose de transferência, da qual o paciente pode ser curado pelo trabalho terapêutico. Assim a transferência cria uma zona intermediária entre a doença e a vida, através da qual se efetua a transição de uma para outra (FREUD, 1914/2010, p. 206, grifo nosso).

A transferência passa a ser uma ferramenta essencial para a cura, pois representa agora a “mola propulsora do trabalho” (FREUD, 1917/2014, p. 586). Ela revela uma repetição sintomática do paciente, que transfere afetos para a pessoa do analista: “a transferência [...] torna-se então seu melhor instrumento [do tratamento], aquele com o qual podem abrir os mais cerrados compartimentos da vida psíquica” (FREUD, 1917/2014, p. 588). Nesse sentido a transferência é mais do que o motor da influência do analista sobre o analisante, pois através da relação transferencial o analisante reedita os seus sintomas na terapia, já que ele fala de seus sintomas na análise endereçando-se ao analista: “Todos os sintomas do doente abandonaram seu significado original e adquiriram um novo sentido, que guarda relação com a transferência” (FREUD, 1917/2014, p. 589). A cura é a cura na transferência, sendo a análise de transferência o caminho para a cura. O próprio Freud reafirma tal proposição, quando ao final de seu verbete sobre a Transferência de 1917, diz que as neuroses narcísicas, por não estabelecerem a transferência, não podem ser curadas pelo trabalho analítico: “Elas [as neuroses narcísicas] não demonstram transferência, e por isso são refratários a nossos esforços, não podem ser curadas por nós” (FREUD, 1917/2014, p. 593).

Em *Análise Terminável e Interminável* (1937/2018), Freud se propõe a discutir de forma mais direta a questão do fim de análise e da cura psicanalítica, que mesmo ao final de sua obra ainda não tinham respostas fechadas e não eram assuntos totalmente compreendidos. Freud pontua não só a demanda dos médicos, como também dos pacientes de que a análise fosse um trabalho rápido. Ele volta a afirmar no início desse texto que o tratamento analítico seria liberar o paciente dos sintomas neuróticos, inibições e anomalias de caráter, e que tal trabalho era demorado. Refletindo sobre a cura psicanalítica, Freud se depara com o fator quantitativo da neurose, ou seja, com a questão pulsional em jogo, que se apresenta como uma das pedras no caminho para a cura. Freud descreve os três fatores decisivos para as chances da terapia

analítica: a influência dos traumas, a força constitucional das pulsões, e a alteração do Eu. O autor relata que nos adoecimentos com etiologia essencialmente traumática a análise consegue cumprir muito bem o seu papel, à medida que é possível, através do fortalecimento do Eu, substituir por uma solução correta a decisão inadequada do passado.

Já a questão pulsional, esta coloca-se como um obstáculo para o fim da análise, já que as pulsões não podem ser controladas, encerradas ou curadas, pois dizem respeito a uma força que atravessa o corpo humano erógeno, marcado pela libido. Anos antes, em *Os instintos e seus destinos* (1915/2010), a partir do momento que Freud situa a fonte pulsional como sendo o próprio corpo erógeno, ou seja, entende as pulsões sexuais como sendo estímulos que provém não do mundo externo mas do interno do sujeito, percebe que nenhuma força servirá contra essas pulsões. Estas atuam como uma força constante, que busca sempre a satisfação (FREUD, 1915/2010). Freud (1937/2018) ressalta em 1937 que a resolução da exigência pulsional não seria fazê-la desaparecer e se encerrar, pois isso seria não só impossível, como também pouco desejável:

É outra coisa. Algo que podemos denominar, *grosso modo*, “amansamento” do instinto. Isto quer dizer que o instinto é plenamente integrado na harmonia do Eu, é acessível a todas as influências dos demais impulsos, não mais toma seus próprios caminhos para satisfação (FREUD, 1937/2018, p. 287).

A inconstância do efeito da análise seria explicada justamente pela influência do fator pulsional, que por vezes consegue ser mais acessível e dominável, mas por outras não. Além disso, a inconstância do efeito da análise seria explicada também pelo fato de que “parte dos velhos mecanismos [de repressão] permanecem intocados pelo trabalho analítico” (FREUD, 1937/2018, p. 293). Freud, apesar de não possuir respostas e resoluções para essas questões, afirma que no tratamento analítico o caminho possível e de maior probabilidade de êxito é o fortalecimento do poder analítico para auxiliar e fortalecer o Eu.

No que diz respeito à atuação do analista neste cenário espinhoso, que aparenta de antemão ser pouco frutífero, Freud (1937/2018) discorre sobre duas possibilidades de atuação: a análise com o Id, que consistiria em desvendar e tornar consciente os desejos reprimidos, e a análise do Eu, em que há possibilidade de trabalho com as repetições sintomáticas do analisante.

Freud encontra, ao longo de seus estudos metapsicológicos, um elemento em jogo que atuaria como um mecanismo de defesa à cura. A descoberta da pulsão de morte desconstrói a ideia freudiana de que o funcionamento psíquico seria governado apenas por uma ânsia de prazer:

[...] não poderemos mais sustentar a crença de que o funcionamento psíquico é governado apenas pela ânsia de prazer. Tais manifestações apontam inequivocamente para a existência de um poder, na vida psíquica, que denominamos instinto de agressão ou destruição, de acordo com seus fins, e que derivamos do original instinto de morte da matéria viva. (FREUD, 1937/2018, p. 311).

Por fim, Freud encerra em 1937 *Análise Terminável e Interminável* (1937/2018) definindo a tarefa da análise como aquela que vai produzir as condições psicológicas mais favoráveis possíveis para o funcionamento do Eu. Nesta afirmação, um último aspecto nos chama notória atenção.

Sobre a direção do tratamento psicanalítico, é possível notar através deste breve retorno à obra freudiana que a direção da cura em Freud passa, em alguns momentos, pelo fortalecimento do Eu. É curioso pensar que Freud concentra grande parte de suas apostas da cura psicanalítica justamente na instância em que ele defende ao longo de toda sua obra ser a instância mais frágil e suscetível a sucumbir. Talvez por isso mesmo o psicanalista tenha defendido a necessidade de fortalecê-la na análise. Câmara (2010) nos lembra que Freud, ao situar o Eu como a instância mediadora entre Isso, Supereu e mundo externo, assume que a instância egóica está na maioria das vezes destinada a falhar na sua tarefa psíquica de mediação. Assim, cabe também a esta instância se haver constantemente com suas falhas, muito mais do que com seus acertos e forças, que sucumbem diante das diferentes exigências que a assolam. Ironicamente, é nesta instância que Freud aposta grande parte das fichas do sucesso da análise psicanalítica, isto porque ele considera o Eu como a instância mais suscetível a ser influenciada pelo trabalho analítico.

Sobre o processo de fortalecimento egóico, Câmara descreve muito bem a proposta freudiana para o Eu:

[...] [o Eu] se tornaria mais forte e, conseqüentemente, exerceria sua função de intermediação de forma mais harmoniosa, tornaria uma boa parte do Isso consciente, não se submeteria tanto ao imperativo categórico do Supereu e manteria uma relação mais salutar com o mundo externo (2010. p. 22).

O Eu, ao ser colocado na teoria freudiana como o centro do aparelho psíquico, concluímos aqui que é ele quem possui a verdadeira tarefa interminável descrita por Freud.

Por outro lado, cabe-nos pensar também que a cura em Freud passa pelo fortalecimento do Eu no sentido de oferecer as condições possíveis para que o analisante revise e mude sua relação para com os seus sintomas e repetições. Apesar de apostar grande parte das fichas da cura psicanalítica em uma instância frágil e vulnerável, reconhecemos aqui que há na cura em Freud sobretudo uma aposta radical no sujeito, que ao final de sua análise deverá se haver com aquilo que é seu desde sempre, o seu sintoma, a sua história e o seu desejo. Assim, Freud

reconhece o verdadeiro trabalho interminável implicado nesse processo, e concluímos aqui que ao final de sua obra, Freud retira o elemento impossível dos antigos objetivos da psicanálise, que consistiam na tarefa irreal e improvável de fazer o paciente atingir um nível de normalidade psíquica, preenchendo todas as lacunas de memória e dissolvendo todas as repressões.

Nos aproximando do fim de nosso sobrevoo pela teoria freudiana, um último texto ainda nos interessa para interrogarmos a cura em Freud. Afinal, a proposta de cura freudiana passa por um fortalecimento egóico, ou não? Em um texto ainda posterior à *Análise Terminável e Interminável*, intitulado *A cisão do Eu no processo de defesa* (1940 [1938]/ 2018), Freud retomou a questão da divisão psíquica própria da instância do Eu, oriunda da castração. Nesse sentido, trouxe contrapontos à premissa de que o Eu seria a instância com a qual o analista deveria buscar aliança na cura psicanalítica: “A função sintética do Eu, de importância tão extraordinária, tem condições particulares e está sujeita a uma série de distúrbios (FREUD, 1940 [1938]/ 2018, p. 347). Freud expõe neste texto, um dos últimos de sua obra, justamente a cisão psíquica à qual o Eu está submetido *ad eternum*, barreira intransponível na análise e na vida. Diz ele: “o êxito foi alcançado à custa de uma fissura no Eu que não se curará jamais, e que aumentará com o tempo” (FREUD, 1940 [1938]/ 2018, p. 347).

A castração, nesse cenário, apresenta-se como uma barreira intransponível na análise. Nas palavras de Quinet (2000), a castração é “um rochedo inamovível” no processo de cura (p. 27). A divisão provocada no Eu diante da ameaça de castração provoca uma divisão psíquica no sujeito que não poderá ser contornada: “Freud aponta que o sujeito se divide frente à castração e que isso produz uma fenda que jamais se fecha, indicando, portanto, que a divisão do sujeito (*Ichspaltung*), assim como a castração, é incurável” (QUINET, 2000. p. 27). Freud pontua, portanto, que toda análise desemboca na questão da castração, considerada incurável. O sujeito não poderá curar-se totalmente na análise, pois não poderá curar-se de sua divisão psíquica. É nesse cenário e ao final de sua obra que Freud ressignifica mais uma vez a cura para a psicanálise e deixa aberto possíveis espaços de discussão dos caminhos a serem alcançados pelo tratamento psicanalítico.

Através deste sobrevoo pela teoria freudiana é possível observar que a noção de cura vai mudando ao longo da obra de Freud. Nota-se que o próprio autor menciona a cura em diversos momentos da teoria, ora para afirmar a psicanálise como um método de tratamento e de cura, ora para discutir e colocar em questão a cura tendo em vista as novas descobertas sobre o aparelho psíquico. É interessante observar que Freud se contradiz com a noção de cura em diferentes textos, ora tirando a psicanálise do objetivo irreal da retirada completa dos sintomas e de uma cura definitiva, ora colocando a possibilidade de livrar o paciente de todos os sintomas

neuróticos. Nosso breve retorno à obra freudiana aponta que estudar a cura em Freud implica um estudo interno dos demais conceitos e descobertas freudianas ao longo dos anos, que influenciaram diretamente as noções de cura elencadas ao longo da obra. Como dito por Peron e Dunker, “tal noção [de cura] depende de uma constelação ampla de fatores internos à obra e também de fatores gerados à partir da clínica freudiana” (2002, p. 89).

Freud não chegou a definir a cura em nenhum momento da obra, apesar de mencioná-la diversas vezes ao longo dos textos. Entende-se que ao final de sua obra, ele pensou o rochedo da castração e os impasses da economia pulsional como os verdadeiros obstáculos para uma cura psicanalítica garantida.

Apesar da dificuldade em elencar uma única noção de cura em Freud, há alguns recortes da produção freudiana que são dignos de destaque neste contexto e que interessam muito à luz da discussão que este trabalho se propõe a fazer, pois nos auxiliam a embasar uma leitura possível sobre a questão da cura na obra de Freud. Mesmo com todas as viradas da teoria freudiana principalmente a partir dos anos 1900, mostra-se interessante retomar aqui um fragmento de uma carta escrita ainda em 1900 por Freud a seu amigo e confidente, Wilhelm Fliess, redigida em 16 de abril:

E. concluiu finalmente sua carreira como paciente, comparecendo a um jantar em minha casa. O enigma dele está quase completamente solucionado; ele está em excelente forma, com a personalidade inteiramente mudada. No momento, resta um remanescente dos sintomas. Estou começando a entender que a aparente interminabilidade do tratamento é algo que ocorre regularmente e que está ligado à transferência. Espero que esse remanescente não desmereça o sucesso prático. Eu poderia ter continuado o tratamento, mas tive a sensação de que tal prolongamento seria um compromisso entre a doença e a saúde, que os próprios pacientes desejam, e o médico, portanto, não deve concordar com ele. A conclusão assintótica do tratamento não faz, basicamente, nenhuma diferença para mim, mas é uma decepção a mais para as pessoas de fora (MASSON, 1986, p. 410).

É interessante a maneira como Freud coloca nesta carta, escrita ainda em um momento incipiente da história da psicanálise, que o não desaparecimento definitivo de todos os sintomas do paciente era algo que ele testemunhava regularmente em sua clínica, sendo a cura um processo por vezes inalcançável. Ele relata que o paciente em questão estava quase livre de todos os sintomas, mas que apesar disso, uma parte dos sintomas restava ainda irresolúvel pelo trabalho analítico, o que, segundo ele, não desmerece o processo e o sucesso da análise. Por fim, ao pontuar que a dissolução completa dos sintomas e a cura definitiva do paciente são demandas exteriores à psicanálise, Freud retira a cura (no sentido de ausência de sintomas) do radar das metas a serem atingidas pelo trabalho analítico.

Ainda na mesma direção, alguns anos depois em seu texto de 1904, *O Método Psicanalítico Freudiano*, Freud também elucida e retoma questões importantes no que tange a cura em psicanálise que são dignas de destaque para nossa discussão. Apesar de dizer no mesmo texto que a tarefa do tratamento consistia em remover as amnésias, desfazer todas as repressões, tornar o inconsciente acessível à consciência, elucidar todos os produtos misteriosos da vida psíquica e superar a resistência, Freud faz uma pontuação importante que nos interessa para pensar a cura:

Não se pode esquecer, porém, que esse estado ideal não existe tampouco na pessoa normal, e que raramente se consegue levar o tratamento a esse ponto. [...] jamais teremos como objetivo do tratamento outra coisa que não a recuperação prática do paciente, o restabelecimento de sua capacidade de realização e de fruição (FREUD, 1904/2016, p. 327).

Freud mais uma vez pontua que a cura enquanto retirada total e completa dos sintomas do paciente mostra-se no trabalho analítico como uma meta por vezes impossível e também improvável. No mesmo trecho, ele defende algo que interessa para nossa discussão: a cura enquanto a recuperação prática do paciente. A análise tornaria possível ao paciente realizar coisas e gozar a vida. Nesse sentido, a cura em Freud não passaria por uma liquidação total dos sintomas do paciente, mas por uma relativa emancipação do sujeito face aos seus sintomas de repetição. O sujeito continuaria a existir com o seu sintoma mas de maneira menos dominada por este, de forma que o sintoma não mais controlaria sua vida como anteriormente. A psicanálise nesse sentido propõe que o sujeito possa assumir uma posição ativa face aos seus sintomas e ao seu inconsciente. O trabalho analítico possibilitaria uma maneira do sujeito poder se relacionar de outra forma com o seu sintoma, restando menos assujeitado a esse: “obtem-se uma melhora significativa do estado psíquico geral, enquanto os sintomas podem prosseguir, mas com menor importância para o paciente, sem marcá-lo como um doente” (FREUD, 1904/2016, p. 328).

Pensando a cura como a restituição da capacidade do paciente de investir o mundo e gozar a vida, Freud vai teorizar em um outro texto, também incipiente da teoria psicanalítica, intitulado *O delírio e os sonhos na Gradiva de W. Jensen* (1907/2015), a cura como a restituição da possibilidade de amar e investir os objetos do mundo. É interessante pois retomando a obra de Jensen e expondo a história do herói Norbert Hanold, Freud mostra um exemplo daquilo que ele acreditaria ser um modelo de cura pelo amor. A narrativa conta a história de Hanold, que, encantado pelo baixo-relevo de uma moça representada ao andar - a qual ele nomeia Gradiva -, começou a procurar tal modo de andar nas mulheres da sua cidade. O herói acabou encontrando a mulher que acreditava ser efetivamente a Gradiva, que se apresentou para ele

como Zoé. A jovem Zoé aceitou plenamente o delírio de Hanold de que ela seria realmente a Gradiva, sem contradizê-lo. No final da história, acaba-se por descobrir que os dois eram amigos de infância, e, portanto, o baixo-relevo da Gradiva na verdade remetia a Hanold o seu amor de infância esquecido, Zoé Bertgang. Quando Hanold propõe para Zoé, no fim da narrativa, uma lua de mel na Itália, Freud (1907/2015) mostra como a “bela realidade triunfa sobre o delírio” (p. 56), e que traços no herói evidenciam “a grande transformação que lhe ocorreu” (p. 56).

Essa narrativa, diz Freud, conta a história então de um delírio curado pelo amor, já que o afeto passou a ser dirigido para uma moça viva, e não mais para o baixo-relevo da Gradiva: “mas convém não desprezar o amor como força curativa contra o delírio, e o encantamento de nosso herói pela imagem da Gradiva não era uma completa paixão, ainda que dirigida para algo passado e sem vida?” (FREUD, 1907/2015, p. 35). Freud coloca como cura do delírio a restituição da capacidade do doente de reinvestir na vida e a restituição de sua capacidade de amar:

O processo de cura se efetua numa recidiva do amor, se reunimos todos os vários componentes do instinto sexual sob o nome de “amor”, e tal recidiva é indispensável, pois os sintomas [...] podem ser resolvidos e afastados apenas por uma maré de novas paixões (FREUD, 1907/2015, P. 115).

Brincando com o antagonismo existente entre a psicanálise e a psiquiatria, Dunker (PODCAST MEU INCONSCIENTE COLETIVO, 2022) diz que Freud deixou claro nesse texto que os maiores concorrentes dos psicanalistas não eram os psiquiatras, e sim o amor, se vivido de uma certa forma. Fazendo essa brincadeira com o amor como principal concorrente dos psicanalistas, Dunker (PODCAST MEU INCONSCIENTE COLETIVO, 2022) expõe que a psicanálise, e até mesmo os medicamentos, são técnicas subsidiárias de cura, já que ao longo dos anos a maioria das pessoas se curou de outras formas, como por exemplo com o amor, como exposto por Freud no caso de Hanold e seu amor por Zoé-Gradiva.

Apesar de sustentar em muitos momentos da obra a cura enquanto a restituição da capacidade do doente de amar e investir os objetos do mundo, pudemos observar que por outro lado Freud sustentou também em outros momentos que a cura passaria por uma retirada completa de sintomas e por uma busca por uma normalidade psíquica do sujeito. A obra freudiana está longe de ser um todo coeso e unitário, o que lhe confere uma potência interpretativa. Acredito que nos cabe, enquanto estudiosos da psicanálise, fazer um retorno à obra freudiana, de modo a podermos sustentar uma determinada leitura. Apesar das dificuldades encontradas neste capítulo em elencar uma noção de cura em Freud, o presente

capítulo pretendeu sustentar os limites de uma resposta definitiva para a cura em Freud, não pretendendo respondê-la completamente, pois acredita-se que ao engessar uma única noção de cura em Freud, mutila-se justamente a potencialidade e a riqueza da obra freudiana. Entretanto, para fins deste trabalho, ficaremos mais com a noção de cura enquanto processo e possibilidade de construção do que como destino e meta da análise.

Por último, um problema de tradução parece ainda compor o estudo da cura em Freud. No texto *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914), Paulo César de Souza, tradutor dos textos freudianos para a edição da Companhia das Letras, expõe em uma nota de rodapé o problema envolvido na tradução da palavra alemã *Kur*. Ao traduzir a palavra *Kur* por terapia, ele explica que em muitas traduções a mesma palavra é traduzida por *cura, cure, treatment*. Segundo ele, “a tradução de *Kur* por “cura” é enganosa, pois em português (diferentemente de outras línguas latinas) a palavra designa o resultado, não o processo” (SOUZA, 2010, p. 200)¹. Com isso, vemos como a questão da tradução dos textos freudianos do alemão é um fator que compõe a problemática da cura, sobretudo em língua portuguesa, em que a palavra cura em português não leva em conta e nem privilegia a trajetória e o processo implicados na palavra *Kur*, que seria o caminho mais indicado para pensar a cura em psicanálise. Nesse sentido, gostamos bastante da analogia da cura em psicanálise com o queijo “curado”, que envolve um processo de maturação e de temporalidade:

Mas a cura não é o resultado. A cura não é o estado negativo do mal-estar, nem um conjunto de condições objetáveis o qual se alcança como meta. Como processo, a noção de cura em psicanálise talvez se aproxime da ideia de decantação, de cuidado (como salientou Heidegger), ou ainda, da noção de extração (como se diz de um queijo quando ele é curado). Nessa acepção de cura, o tempo é um dos ingredientes insubstituíveis. O tempo da experiência, do trabalho através de, como indica a expressão elaboração, *durcharbeiten* (*arbeiten* - trabalho; *durch* - através de), não é o mesmo da eficácia da velocidade (PERON; DUNKER, 2002, p. 84).

Por fim, as possibilidades para pensarmos a cura a partir também das leituras feitas pelos psicanalistas contemporâneos é imensa. Isto porque ao final de sua obra, os textos apontam para que Freud tenha sustentado o limite de uma resposta definitiva para a cura, deixando-a aberta para novos questionamentos e abrindo espaço para que novas discussões contemporâneas se estendessem até hoje. Neste trabalho nos interessará sobretudo pensar a leitura feita pelo psicanalista francês Jacques Lacan. Lacan, avesso às explorações ideológica

¹ Trecho retirado de uma nota de rodapé de autoria do tradutor do texto, Paulo César de Souza. Abaixo a referência completa do texto no qual consta a nota de rodapé: FREUD. S. *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914). Obras completas, volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”): artigos sobre a técnica e outros textos (1911 - 1913); tradução Paulo César de Souza — São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

e reacionária da psicanálise e avesso à um revisionismo psicanalítico, propôs um retorno à Freud e à maturidade da teoria, de forma a identificar e definir os principais conceitos da psicanálise, propondo sobretudo um verdadeiro trabalho de elucidação epistemológica: “[...] voltar a Freud para buscar, discernir e aprender nele a teoria da qual todo o resto, tanto a técnica quando a prática, saiu, de direito” (ALTHUSSER, 1976, p. 55). Veremos adiante como o psicanalista pôde dar continuidade aos estudos de Freud sobre a cura, e em que sentido a sua leitura elenca rupturas. Essencialmente, veremos em que medida a leitura feita por Lacan pode contribuir para a discussão sobre a noção de cura em psicanálise.

CAPÍTULO II: O sujeito como causa e o desejo como questão: a direção da cura em Lacan

Nada tenho a ver com a ciência; mas se tantos homens em quem supomos juízo são reclusos por dementes, quem nos afirma que o alienado não é o alienista?
(*O Alienista*, Machado de Assis).

Para iniciar nosso mergulho na teoria lacaniana, julga-se necessário no contexto dessa pesquisa uma breve introdução de quem foi Jacques Lacan e de como ele chegou na psicanálise. Isso porque considera-se aqui essencial que possamos entender de onde ele partiu para fazer suas contribuições e sua releitura da psicanálise, já que, apesar de se dizer freudiano, Lacan teorizou a cura por uma via bastante diferente de Freud.

Sejam lacanianos, se quiserem, disse Lacan, eu sou freudiano (JORGE & FERREIRA, 2005). Lacan não se identificava como autor e produtor de um novo enfoque psicanalítico, e sim como psicanalista freudiano e como estudioso que buscou sobretudo um retorno a Freud e seus conceitos. Como dissemos, para iniciar nossa empreitada pelo pensamento lacaniano, mostra-se fundamental localizarmos com precisão o que foi de fato o “retorno a Freud” realizado por Lacan. Fundador de uma nova discursividade freudiana, Lacan tomou como um de seus nortes no seu percurso pela psicanálise a restituição do lugar de primazia do inconsciente na teoria freudiana, posicionando-se radicalmente contra as premissas adotadas pela chamada Psicologia do Eu, que colocava a instância do Eu no centro das preocupações do trabalho analítico, acreditando que o Eu deveria aumentar seu controle sobre o Isso. Esta última leitura se sobressaía no interior da IPA (International Psychoanalytical Association) em meados de 1930. Assim, “uma das preocupações constantes de Lacan foi a de trabalhar no sentido da restauração da originalidade freudiana da experiência do inconsciente” (DOR, 1989, p.12).

Em sua reelaboração teórica, Lacan realizou uma leitura filosófica da obra freudiana, bebendo de fontes exteriores à psicanálise como recurso para seu “retorno à Freud”: “Lacan buscava sempre apoio num saber exterior ao freudismo: psiquiatria, surrealismo, filosofia” (ROUDINESCO, 1994, p.124), o que o influenciou consideravelmente e mudou os rumos daquilo que seria sua releitura da obra freudiana.

Nos anos 1950, Lacan convocou o corpo freudiano de sua época - psicólogos, analistas e psiquiatras - em um projeto de ensino da psicanálise, tendo a clínica freudiana como sua referência fundamental. Naquele momento, “a diretriz do retorno a Freud impunha-se [...] como a via de acesso mais favorável para o assentamento das elaborações fundamentais da reflexão de Lacan” (DOR, 1989, p. 8). Em seu retorno à obra freudiana através de seus seminários,

Lacan implicou-se sobretudo em despir Freud de algumas impregnações darwinistas, que para ele ameaçavam deturpar a psicanálise em Psicologia do Eu. Ao fazê-lo, Lacan fez uso de referências à estruturalistas, como Lévi-Strauss, à linguistas, como Saussure, e à filosofia de Hegel (ROUDINESCO, 1994).

Ao restituir o lugar de primazia do inconsciente no estudo da psicanálise, utilizou-se de uma hipótese como proposição e fio condutor de seu trabalho e ensino: o inconsciente estruturado como uma linguagem. O sujeito passou a ser pensado por Lacan a partir de sua relação com a linguagem, pois se a linguagem é o modo como a realidade incide no sujeito, a inscrição no campo da linguagem é uma operação psíquica. O modo como o sujeito se deixa marcar pela realidade e pela linguagem, isto é, a forma como essa inscrição no campo da linguagem acontece vai assinalar, para Lacan, as diferenças entre as estruturas clínicas. Lacan procurou mostrar que a questão do jogo da linguagem articulado à clínica já estava presente e evidente em Freud, sobretudo em três de seus textos: *O chiste e sua relação com o inconsciente*, *A interpretação dos sonhos* e *Psicopatologia da vida quotidiana*. Segundo Quinet (2000), “eles constituem a “trilogia do significante” do inconsciente freudiano, na medida em que fundamentam a hipótese do inconsciente demonstrando-o como estruturado como uma linguagem” (p. 24). Nesse sentido,

pode-se mesmo tomar esta hipótese [do inconsciente estruturado como uma linguagem] como a mais fundamental para toda a elaboração teórica lacaniana, na medida em que esta proposição pressupõe e encarna o sentido do retorno a Freud que Lacan não cessou de indicar desde o início de seu ensino (DOR, 1989, p. 13).

Entretanto, a edificação da premissa lacaniana fundamental de que o inconsciente seria estruturado como a linguagem não teria sido possível se Lacan tivesse continuado a ler Freud como lia até 1936, “pois o Freud a qual tivera inicialmente acesso era um Freud acadêmico: [...] sempre o Freud do Eu [...], ou seja, o Freud de Anna Freud e da futura Ego Psychology” (ROUDINESCO, 1994, p. 124). O recurso de Lacan de beber em outras áreas do conhecimento, como a filosofia, foi o que permitiu a verdadeira virada de chave, pois foi através de Hegel e de filósofos como Kojève e Koyré que Lacan pôde interrogar Freud de outra maneira.

Também em seus estudos em outras áreas, teve seu primeiro contato com a noção de estádio do espelho de Henri Wallon em 1936, verdadeiro marco na releitura de Freud feita por Lacan, pois foi tal noção que deu o verdadeiro tom ao que foi o seu retorno à Freud. Quando publicou os Escritos em 1966, Lacan reafirmou que o estádio do espelho sempre fora o suporte para a elaboração de seu sistema de pensamento (ROUDINESCO, 1994). Em suas próprias palavras, o estádio do espelho foi "o primeiro pivô de nossa intervenção na teoria psicanalítica”

(LACAN, 1998a, p. 71). Segundo Roudinesco, com o estádio do espelho Lacan “[...] inventou uma teoria do sujeito que, embora ligada à revolução freudiana, dava-lhe um novo conteúdo” (1994, p. 95).

Pensar o estádio do espelho nos interessa a título deste trabalho pois o modo como Lacan entendeu a formação do Eu a partir dessa operação psíquica influenciou o modo como ele teorizou a direção do tratamento e a cura. Diferentemente de Freud, que chegou a defender algumas vezes, como vimos no capítulo anterior, uma aliança e uma análise do Eu como um caminho possível na análise, a partir do estádio do espelho Lacan teorizou o lugar do Eu como o lugar do engodo, do desconhecimento, não sendo possível realizar nenhuma aliança com essa instância na direção do tratamento.

Em uma comunicação feita em 1949 no Congresso Internacional de Psicanálise, em Zurique, Lacan retomou treze anos depois a sua teorização da concepção de estádio do espelho na teoria psicanalítica. Segundo ele, o estádio do espelho é a operação psíquica formadora da instância do Eu, que se funda através de uma identificação imaginária do sujeito com uma imagem devolvida pelo seu semelhante. A criança, em torno dos seis meses de idade, identifica-se com a sua imagem refletida no espelho, adquirindo uma representação unificada de si mesma, dando fim a fragmentação de seu corpo, que passa a se organizar em torno de uma imagem, a imagem do Eu, uma representação narcísica.

Nas palavras de Lacan, a imagem assumida pela criança é “uma forma de sua totalidade que chamaremos ortopédica” (LACAN, 1998b, p.100). Ortopédica no sentido de ser estruturante para o sujeito, permitindo que a criança dê conta do excesso pulsional que a invade, organizando as pulsões em torno de um Eu e não mais de um corpo fragmentado. Assim, a imagem assumida pela criança, da ordem da dimensão imaginária, recobrirá a dimensão real do corpo fragmentado, de modo que o sujeito não terá mais acesso direto ao seu real, agora recoberto pelo registro imaginário.

Tal identificação da criança não ocorre apenas a partir da imagem, mas também a partir do discurso. A criança se reconhece no espelho porque o Outro lhe diz que aquela é a sua imagem. Ou seja, a criança faz uma conexão entre o que ouve do Outro e o que vê no espelho. Há uma ancoragem no discurso do Outro, que a reconhece, a vê, a designa: uma ancoragem no significante. O sujeito se aliena nos significantes fornecidos pelo discurso do Outro, inaugurando sua entrada na linguagem mas também assinalando seu destino alienante no campo discursivo. É a partir da palavra e do olhar do Outro que o sujeito vai constituir-se. Há um nó entre o registro imaginário, a imagem que o sujeito vê no espelho, e o registro simbólico, o discurso e os significantes que ele ouve através do Outro. O sujeito ganha uma cobertura de

seu real não apenas por uma imagem, mas também pelo discurso do Outro, pelo registro simbólico.

O fato de a identificação primordial do sujeito ser feita com uma imagem óptica acarreta uma série de questões na vida do sujeito. Isto porque a criança identifica-se com uma imagem virtual, que lhe é devolvida de forma invertida pelo espelho. Lacan entende que o Eu é construído de maneira imaginária pois ganha corpo em uma projeção especular:

A idéia de que o eu se constrói primeiramente a partir do outro, em especial a partir da imagem que lhe é devolvida pelo semelhante, implica em tirar a consciência de um lugar central, apontando o eu como sede do desconhecimento, já que o espelho aponta para o próprio engodo da imagem (CUKIERT & PRISZKULNIK, 2002, p. 146).

Com a conceituação do Estádio do Espelho, Lacan afirma o caráter ilusório da ideia de um Eu racional e dono de si. O estágio do espelho pressupõe o destino alienante do Eu, destino ao qual o sujeito deverá se haver ao longo de sua vida: “[...] e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental” (LACAN, 1998b, p. 100). Assim, para Lacan, o Eu não é de forma alguma um lugar de conhecimento, é absolutamente um lugar que implica uma relação enigmática do sujeito consigo mesmo, um lugar onde o sujeito só pode se reconhecer de forma imaginária, em sua relação com o Outro, que lhe escapa.

Com a teorização do estágio do espelho, Lacan reconhece um limite no trabalho de uma análise, diz ao final do texto: “No recurso que preservamos do sujeito ao sujeito, a psicanálise pode acompanhar o paciente até o limite extático do 'tu és isto', em que se revela, para ele, a cifra de seu destino mortal” (LACAN, 1998b, p. 103). Ou seja, há um limite da prática analítica no que se refere a um trabalho com o Eu, que sempre devolve o sujeito ao engodo de sua alienação primordial ao Outro, "destino mortal", nas palavras de Lacan. O verdadeiro trabalho, segundo o autor, é ter em mente que existe um nó imaginário de escravidão que o sujeito sempre terá que redescobrir (LACAN, 1998b). Há, portanto, uma impossibilidade de trabalho com o Eu do paciente, pois essa instância, essencialmente alienante, remete ao modo como o sujeito foi tomado por uma dimensão do campo do Outro, dimensão sujeita à captura de algo que escapa ao próprio sujeito. Como dito por Lacan sobre preservar “o recurso de sujeito a sujeito” (p. 103) na análise, o analista deve buscar o sujeito do inconsciente, e não uma aliança com o Eu do analisante.

Tendo realizado esta breve passagem pela concepção de estágio do espelho, podemos começar a nos aproximar daquilo que Lacan pensou como a direção do tratamento, já sabendo que a aliança com o Eu foi um caminho descartado pelo autor. Já sabemos que para Lacan, o

caminho de uma análise não passará pelo fortalecimento do Eu. Anos depois, em 1958, Lacan se propôs a discutir mais diretamente a questão da direção do tratamento no Colóquio Internacional de Royaumont, que rendeu o relatório “*A direção do tratamento e os princípios de seu poder*”, publicado nos Escritos em 1966. É importante ressaltar que respeitando os limites deste trabalho, não será possível abordar o texto em toda sua amplitude.

Sobre a direção do tratamento, Lacan (1998c) inicia o texto apontando que quem dirige o tratamento é o analista e não o paciente, sendo a escuta da fala do analisante a principal ferramenta do analista: “a fala aqui tem todos os poderes, os poderes especiais do tratamento” (p. 647). Contudo, por mais que ele dirija o tratamento, o analista não deve ocupar a posição discursiva de mestre, dirigindo o paciente em seu discurso. O analisante deverá poder expressar-se livremente, de modo que “a direção da consciência [...] acha-se aqui radicalmente excluída” (p. 592). No mesmo texto, Lacan voltou a criticar as premissas da Psicologia do Eu, que defendia um trabalho com o Eu do paciente, tido por eles como autônomo. Lacan considerou esta uma solução encontrada pelos analistas americanos para “alicerçar esteio a uma concepção visivelmente precária” (LACAN, 1998c, p. 596). Assim, não deixou de pontuar também os percalços do trabalho do analista em um cenário em que se preserva na análise a condição de sujeito a sujeito, isto é, em um trabalho realizado com o sujeito do inconsciente do analisante, caminho defendido por Lacan.

Lacan (1998c) coloca o analista, como ele mesmo diz, na berlinda. Isso porque, segundo o autor, a ação do analista sobre o analisante lhe escapa, sendo ele “menos seguro de sua ação quanto mais está interessado em seu ser” (p. 594). É importante considerar que na análise o analista não responde e nem atua do lugar do semelhante, do alter ego, do pequeno outro de Lacan. Diz ele que “é nosso terceiro erro se instalar, lamentavelmente, numa relação dual” (p. 613), acreditando que nesse cenário a análise ficaria limitada a uma relação imaginária entre dois objetos, entre o Eu do analista e o Eu do analisante, perpetuando a alienação e o caráter imaginário que permeia e marca todas as relações com os semelhantes na vida cotidiana.

O analista sim deve poder ocupar na fantasia do analisante o lugar de grande Outro, do Outro da transferência. Para pensar essa relação entre o analista e o lugar do grande Outro, é importante ter em vista que quando o analisante endereça sua fala ao analista, está se endereçando para além da pessoa do analista, endereça-se ao Outro. Ao falar ao analista, o analisante deixa transparecer sua relação com o Outro, isto é, deixa transparecer o modo como ele foi capturado pelo campo discursivo e da linguagem, como foi marcado pelos significantes oferecidos pelo Outro, mostrando, através de sua fala, também o lugar que ele ocupa no desejo

do Outro. O sujeito é, essencialmente, o modo como ele se posiciona no discurso, os significantes que ele repete em sua fala, e tudo isso deverá poder ser escutado pelo analista.

A direção do tratamento será feita, como em Freud, a partir da transferência. O analisante deverá poder se interrogar sobre a relação estabelecida com o analista, que dará notícias do modo como ele alienou-se no Outro. Lacan (1998c) interroga, nesse cenário, o lugar da interpretação na análise. Diz ele que “a interpretação, para decifrar a diacronia das repetições inconscientes, deve introduzir na sincronia dos significantes que nela se compõe algo que, de repente, possibilite a tradução” (p. 599). O analista deverá, através da escuta dos significantes presentes na fala do analisante, poder realizar pequenos cortes e pontuações no discurso, que, marcando um ponto de parada na sequência significativa, poderão produzir uma significação. Dessa forma, o furo no discurso do analisante faz convite para que este possa se reposicionar diante da sua fala. Somente a partir daí que poderá operar-se uma interpretação. Nesse sentido, Lacan vai ressaltar a “importância do significante na localização da verdade analítica” (1998c, p. 599), reafirmando que a “doutrina do significante” é o único modo pelo qual pode operar a interpretação na análise. De toda forma, os efeitos da interpretação, de um corte ou pontuação na análise só poderão ser conhecidos *a posteriori*.

De maneira muito interessante Lacan vai pontuar no mesmo texto o engodo da pretensão do analista de compreender o analisante, já que este não poderá ser definido e explicado por um conjunto de palavras. O sujeito, explica Quinet (2000), equivale “a um significante riscado, pulado na cadeia de significantes do inconsciente, apontando que não existe significante que designe o sujeito” (p. 28). O sujeito é então justamente definido “pela impossibilidade de sua nomeação” (p. 28). Nesse sentido, toda compreensão sobre o analisante estaria no campo de uma leitura imaginária, de uma projeção do próprio analista sobre o analisante. A pretensão de compreender afastaria ainda mais o analista de escutar as manifestações do sujeito do inconsciente, verdadeiro sujeito tratado na análise. Lacan enfatiza:

De tanto compreender um monte de coisas, os analistas em geral imaginam que compreender é um fim em si e que só pode ser um *happy end*. O exemplo da ciência física, no entanto, pode mostrar-lhes que os mais grandiosos sucessos não implicam que se saiba onde se está indo (p. 621).

Ao tratar da direção do tratamento, Lacan vai abordar também a questão da demanda em análise. O analisante, diante do silêncio do analista frente a seus ditos, frustra-se, pois o analisante geralmente chega buscando na análise respostas para o mal que o assola, sendo a demanda muitas vezes uma demanda de amor: “a fala do analisante é, em si, demanda de interpretação, demanda de sentido” (QUINET, 2000. p. 89). O analista, por sua vez, poderá

oferecer ao analisante a sua presença e a sua escuta, mas não responderá à sua demanda. Lacan explica: “o analista é aquele que sustenta a demanda, não, como se costuma dizer, para frustrar o sujeito, mas para que reapareçam os significantes em que sua frustração está retida” (1998c, p. 624). Se a demanda é o modo encontrado pelo sujeito para traduzir e canalizar, através da linguagem, as suas necessidades, a demanda dá notícias do modo como esse sujeito foi marcado pelo simbólico, pela linguagem, pois o sujeito molda, fragmenta e transmite as suas necessidades através de significantes específicos e através de uma língua específica, os significantes e a língua do Outro, e tudo isso interessa escutar na análise.

A significação que o Outro materno fornece para aquilo que expressa um bebê recém-nascido opera a transformação da necessidade do sujeito em uma demanda, o que ocorre é “a substituição das necessidades pelo significante” (LACAN, 1998c, p. 625). Ao endereçar-se ao analista, o analisante endereça-lhe uma demanda através de seu enunciado: “O enunciado é a própria dimensão da demanda, a qual não visa a um objeto, e sim ao Outro a quem dirijo a minha fala: ela é um apelo ao Outro” (QUINET, 2000, p. 89), por isso podemos considerar que na análise, “a demanda se encontra em tudo que o analisante diz” (QUINET, 2000, p. 89). É por isso que Lacan (1998c) vai pontuar ainda no mesmo texto que em um processo analítico, cabe ao analista lidar com todas as articulações da demanda do analisante.

A demanda é tão importante na análise também porque é a partir dela que se desenrola o desejo, “o desejo é aquilo que se manifesta no intervalo cavado pela demanda aquém dela mesma” (LACAN, 1998c, p. 633), sendo o desejo a parte da necessidade que não pôde receber palavra, que não foi nomeada, o desejo estando, portanto, alienado na necessidade. Lacan vai dizer que o desejo está, por excelência, fora do significante, podendo ser apreendido justamente no para-além da necessidade articulada na demanda, portanto no para-além da demanda. Por outro lado, apesar de estar no para-além da demanda, o desejo só pode ser apreendido a partir dela, e por essa razão, o autor sugere que o analista não responda à demanda do analisante, visto que a demanda é a via de acesso ao desejo. “Apesar de não se inscrever no significante, o desejo só pode ser inferido a partir da demanda, que se manifesta em cada fala” (QUINET, 2000, p. 90). Assim, se o analista responde à demanda do sujeito, ele encerra e bloqueia a cadeia significante e o enunciado da demanda, a partir do qual se desenrola o desejo. Em uma fala, mais do que o enunciado, da ordem da demanda, opera-se uma enunciação, uma cadência no falar. Essa cadência, esse vetor, é o desejo, com seu efeito metonímico: “o desejo é a metonímia da falta-a-ser” (LACAN, 1998c, p. 629). Assim, será sempre “pela não resposta à demanda que surgem os significantes ligados à demanda inconsciente (necessidade significantizada) através dos quais o desejo pode-se articular” (QUINET, 2000. p. 99).

É importante lembrar, contudo, que o desejo do analisante será sempre desejo do Outro, já que o sujeito vai ter que “encontrar a estrutura constitutiva de seu desejo na mesma hiância aberta pelo efeito dos significantes naqueles que para ele representam o Outro, na medida em que sua demanda lhe está sujeita” (LACAN, 1998c, p. 635). Quinet (2000) vai explicar que é apenas pela via do desejo do Outro que o sujeito vai poder abrir-se para a via do seu desejo. A questão é complexa pois o desejo é justamente o efeito metonímico da demanda, como dissemos acima, o vetor da cadeia significante. Lacan vai falar da incompatibilidade do desejo com a fala, no sentido que a fala aliena o sujeito na linguagem, nos significantes que o barram, fixando o desejo através da demanda. Na análise, quando o sujeito pode ser devolvido a seu desejo, isto é, ao efeito metonímico de seu desejo através de seu deslizamento na cadeia significante, pode se defrontar com a falta do Outro (Quinet, 2000), já que o sujeito só pode ser desejante a medida em que o Outro também o é - por desejante entende-se também essencialmente faltante.

Por essa razão, Lacan vai atribuir o papel central do desejo na direção do tratamento, a tal ponto que Quinet (2000) vai dizer que o grafo do desejo pode ser lido como o grafo da direção do tratamento, já que o sujeito deve poder aproximar-se, no fim de análise, daquilo que é o seu desejo, por excelência inapreensível. “A função desse significante como tal, na busca do desejo, realmente é, como a situou Freud, a chave do que é preciso saber para terminar suas análises” (LACAN, 1998c, p. 636).

Para o obsessivo, o desejo é impossível, para a histérica, é insatisfeito: o neurótico busca maneiras de manter o seu desejo numa condição que preserve o seu caráter metonímico. Isso porque o desejo é a maneira que o sujeito encontra para não assujeitar-se à demanda do Outro, “é não se assujeitando a demanda do Outro que o sujeito se afirma como desejante, podendo então se defrontar com a falta do Outro” (QUINET, 2000, p. 104). Isso porque o desejo é justamente aquilo que está no para-além da demanda, no para-além da demanda do Outro, no para-além do significante. O desejo é justamente “aquilo que vai permitir ao sujeito destacar-se, desligar-se do Outro” (QUINET, 2000, p. 97).

Por essa razão, Lacan vai assinalar a importância de preservar o lugar do desejo na análise, e isso implica em manter sempre o desejo, e, portanto, a demanda, por onde ele corre, insatisfeitos: “a frustração deve prevalecer sobre a gratificação” (LACAN, 1998c, p. 642). Mais do que colocar o desejo como central na direção do tratamento, Lacan vai dizer que é o desejo que mantém a direção da análise, sendo o desejo a bússola do analista na direção do tratamento. As questões que evidentemente se colocam é: pode um sujeito ser realmente devolvido ao seu desejo? O desejo é apreensível no fim de análise? Lacan (1998c) vai dizer que

é de uma fala que suspenda a marca que o sujeito recebe de seu dito, e apenas dela, que poderia ser recebida a absolvição que o devolveria a seu desejo. Mas o desejo nada é senão a impossibilidade dessa fala, que, por responder à primeira, não consegue fazer outra coisa senão reduplicar a sua marca, consumando a fenda (*Spaltung*) que o sujeito sofre por ser sujeito na medida em que fala. (p. 640)

Nesse sentido, entendemos aqui que, assim como Freud, Lacan coloca que no fim de análise o sujeito, ao ir em busca do seu desejo, será colocado diante de sua hiância constituinte, incurável pelo trabalho analítico. A *Spaltung* barra o sujeito e nega seu acesso completo e direto ao desejo, não podendo ser curada no neurótico “a marca do ferro do significante no ombro do sujeito que fala” (LACAN, 1998c, p. 636). É nesse sentido que Lacan fala da incompatibilidade do desejo com a fala, pois a alienação do sujeito aos significantes fixa seu desejo na fala, no enunciado, enquanto que o desejo está por excelência fora do significante, mas só pode ser apreendido a partir dele, a partir do deslizar da cadeia.

A castração e a fenda narcísica, tratam-se de pontos estruturais no fim de análise e de impasses para a cura “completa” no sentido da eliminação dos sintomas, visto que o primeiro sintoma do neurótico, o Nome-do-Pai, não poderá ser eliminado, mas é ele justamente a condição para que o analisante ocupe a posição de sujeito, isto é, de sujeito barrado, marcado pela falta, mas inserido na linguagem. O preço para a condição de sujeito é então o sintoma. “Aqui se inscreve a *Spaltung* derradeira [...] sobre a qual Freud começando a escrever nos ia dando, na última aurora de uma obra com dimensões do ser, a solução da análise ‘infinita’ ” (LACAN, 1998c, p. 646).

Lacan não se contenta, contudo, com o limite imposto pela *Spaltung* e pelo rochedo da castração, mostrando que a cura operada no fim de análise trata-se de um processo que convidaria o analisante a uma desalienação, por excelência impossível, mas que se trataria sobretudo de uma mudança de posição do sujeito frente àquilo ao qual ele se alienou. Mattos (2013) explica:

Esta hiância que constitui o sujeito é com o que, inevitavelmente, ele terá que se esbarrar em um percurso de análise. O final da análise possibilitaria, portanto, a mudança de posição do sujeito em relação a sua estrutura fantasmática, deixando de ser objeto da demanda do Outro para assumir-se como sujeito desejante, remetendo-se à causa de desejo (p.4).

Uma análise, portanto, não elimina sintomas, já que o inconsciente não é “*desrecalcável*”, “o sujeito não se cura da sua divisão” (QUINET, 2009, p. 97). Pode-se pensar, por outro lado, que o sintoma de entrada numa análise não é o mesmo sintoma de saída. O sujeito vai ser convidado a se reposicionar diante da sua fala, sendo a análise sobretudo uma experiência de significação, de, a partir da lembrança e dos cortes lógicos na sessão, dar

novos significados a significantes. Quinet (2000) esclarece o papel do analista nesse cenário: “se a análise é uma experiência de significação, não cabe ao analista trazer significados e sim fazer valer o desejo como efeito de significação através dos lances do sujeito” (p. 100). A análise não pode, portanto, prometer a desalienação do sujeito, mas permite que ele ganhe uma distância daqueles significantes aos quais ele se alienou, situando-se nesses significantes. O trabalho da análise é, portanto, um trabalho da linguagem, o sujeito vai se posicionar diante dos acontecimentos da vida, e isso passa pela linguagem.

Quinet (2000) expõe resumidamente o que Lacan propôs como os patamares subjetivos a terem sido atravessados no fim de análise:

[...] o sujeito deve atravessar e romper o plano das identificações (I(A)), ir para além do eu e do plano imaginário (m-i(a)), abrir mão do sentido do seu sintoma (s(A)) e atravessar a fantasia ($\$ \diamond a$) para poder chegar a esse ponto de não resposta absoluta do Outro (p. 103).

Vemos, portanto, que o fim de análise e a experiência de cura em Lacan podem ser pensadas como uma experiência de destituição subjetiva do analisante. Metzger (2017) afirma que em Lacan, “o fim de análise é uma operação que incide sobre a fantasia” (p. 219). Com a fórmula da fantasia ($\$ \diamond a$), Lacan ilustra que ela seria um modo do neurótico se relacionar com o objeto *a*, objeto que marca o Outro como faltante. A partir dessa relação com o objeto *a*, o neurótico procuraria mascarar a separação com o Outro, numa ideia de que a completude seria possível. Lacan (1998c) explica que a fantasia é a ilustração da possibilidade original do sujeito de “considerar-se como maquinista e diretor da cena da captura imaginária da qual, de outro modo, ele seria apenas marionete viva” (p. 643). Assim, a fantasia teria um forte viés imaginário, contribuindo para fixar o desejo numa lógica imaginária.

Com o fim de análise, entende-se que o sujeito possa tomar uma certa distância daquilo ao qual ele se aliena, indo para além do plano imaginário que o devolve essencialmente para o campo do Outro, o qual lhe escapa. Podemos pensar que o sujeito terminará sua análise de forma a localizar os significantes mestres que o governam, sendo possivelmente menos dominado pelo seu sintoma do que anteriormente. Posteriormente na obra, Lacan vai falar da travessia da fantasia de maneira a pensar que a cura estaria não na eliminação da fantasia, recurso importante e estruturante para o neurótico, já que “a fantasia é aquilo mediante o qual o sujeito se sustenta no nível de seu desejo evanescente” (LACAN, 1998c, p. 643), mas em uma realidade psíquica menos aderida à fantasia.

Metzger esclarece que enquanto a castração seria para Freud um impasse ao fim de análise, para Lacan seria seu fim: “Trata-se, no ensino de Lacan, em como conduzir o sujeito

até esse ponto” (2017, p. 220). Isso significa conduzir o sujeito até um ponto em que ele possa justamente defrontar-se com a sua falta e com a falta do Outro, com a não existência do falo que poderia completar o Outro. “Todo final de análise deve chegar ao $S(A)$ ” (QUINET, 2000, p. 103).

Nota-se que no relatório tratado em questão, Lacan menciona brevemente a questão da fantasia no fim de análise, mas não chega a mencionar aquilo que teorizaria depois, a partir sobretudo do seminário 14, como a travessia da fantasia. Fink (1998) nos ajuda a nos aproximarmos brevemente dessa noção, esclarecendo que o papel do analista na análise lacaniana é encarnar o papel de objeto a , isto é, encarnar a capacidade de desejar. Assim, quando o analista não responde à demanda, realizando cortes na fala do analisante e furando seu discurso, o analisante é confrontado com o enigma do desejo do analista, percebendo que não pode entregar exatamente aquilo que ele acredita que o analista quer dele. “Esse enigma tem um efeito na relação da fantasia, profundamente enraizada, do analisando com o desejo do Outro” (FINK, 1998, p. 91), convidando o analisante a uma separação daquilo que ele acredita, na fantasia, ser o desejo do Outro, balançando a sua fantasia e sendo voltado a indagar-se sobre seu próprio desejo.

A travessia da fantasia proposta por Lacan vai falar justamente dessa nova forma de relação do sujeito com o desejo do Outro e com o objeto a , de forma que o analisante possa tornar-se sujeito protagonista na sua própria história. Fink (1998) explica:

Essa separação “adicional” consiste no movimento temporalmente paradoxal realizado pelo sujeito alienado para tornar-se a própria causa, para tornar-se sujeito no lugar de causa. A causa estranha, aquele Outro desejo que o trouxe ao mundo, é internalizada, de certa forma, assume-se a responsabilidade por ela, é assumida [...], é subjetivada, torna-se “própria” (p. 86).

O que Lacan propõe para o fim de análise é também então uma mudança no tratamento do gozo, uma mudança de posição do sujeito com relação a seu gozo e seu desejo. O sujeito, podendo habitar aquilo que causou a sua divisão, vai colocar-se como causa, assumindo para si a responsabilidade de seu gozo e ganhando lugar de protagonismo na sua história. Aquilo que foi vivido como um trauma pelo sujeito, sua entrada na linguagem que o dividiu, deverá ser subjetivado, o sujeito deve poder apropriar-se daquilo que causou sua divisão:

O indivíduo precisa enfrentar essa jogada aleatória - essa configuração específica do desejo de seus pais - e de alguma forma tornar-se um sujeito. [...] Eu devo vir a ser onde as forças estranhas - O Outro como linguagem e o Outro como desejo - uma vez dominaram (FINK, 1998, p. 92).

Para que o analisante possa tomar uma certa distância do desejo do Outro, isso implica que ele possa também poder tomar uma certa distância do discurso, que é justamente aquilo que o alienou à dimensão do Outro:

A neurose é mantida no discurso e vemos na noção de Lacan sobre a travessia da fantasia a proposição de um algo além da neurose no qual o sujeito é capaz de agir (enquanto causa, enquanto desejante), e está pelo menos momentaneamente fora do discurso, separado do discurso: livre do peso do Outro (FINK, 1998, p. 89, grifo nosso).

Nesse sentido, quando Quinet (2000) diz que toda análise deve chegar ao S(A), está dizendo justamente que o sujeito deve poder tomar uma certa distância do próprio discurso e do desejo do Outro. O desejo do Outro passaria a ser reconhecido como um significante, “é [...] plenamente inserido no movimento dos significantes” (FINK, 1998, p. 89), não mais concebido como Nome-do-Pai, que fixaria o desejo em um nome específico, estático. “[...] o desejo do Outro não é mais nomeado, como o foi através da ação da metáfora paterna” (FINK, 1998, p. 89).

A operação da travessia da fantasia, porém, não encerra uma análise, apesar de criar a condição para o fim de análise. O que efetivamente põe fim à experiência de análise é o que Lacan teorizou posteriormente, sobretudo no *Seminário O ato psicanalítico* de 1967, como o ato analítico. Quinet (2009) explica que o ato analítico é o ato através do qual o analisante se torna analista, visto que toda análise, se levada até o fim, produz do analisante um analista. Lacan propôs que as análises fossem encerradas através de um ato analítico, produzido pelo analista sem previsão anterior. Quinet (2009) vai dizer que “não há saber no ato analítico. Este se realiza num momento em que o sujeito não se encontra aí” (p. 106). O ato proferido pelo analista não é garantido por nenhuma segurança anterior, é movido apenas por uma certeza, sendo ele um corte, uma passagem a uma outra posição.

Com o texto da direção do tratamento, trabalhado nesta pesquisa, estudamos as elaborações de Lacan que se localizam na primeira parte de seu ensino. Assim, o texto da direção do tratamento nos permitiu uma aproximação com o Lacan da linguagem, do estruturalismo, do simbólico e do imaginário. Na segunda parte de seu ensino, a partir dos anos 1963, Lacan tratou sobretudo do registro do real, onde explorou as noções de travessia da fantasia e do ato analítico. Como dissemos anteriormente, respeitando os limites de tempo e dimensão deste trabalho de fim de conclusão de curso, não caberá neste contexto um mergulho mais aprofundado nessas noções, que são aqui brevemente revisadas à luz da obra de comentadores da teoria lacaniana. Por outro lado, é válido mencionar brevemente como a reposição do real no ensino de Lacan marcou a teorização da cura e da direção do tratamento.

Torres (2012) explica que a partir do *Seminário da Ética*, “Lacan propõe, com todas as letras, que a direção da cura deve ser orientada pelo real” (p. 85).

O ato analítico que põe fim a uma análise, implica que o sujeito da fala e do inconsciente esteja ausente, só sendo possível construir um saber sobre o ato *a posteriori* (QUINET, 2009). O fim de análise vai incidir justamente no registro do real do sujeito, noção que dá conta da questão pulsional no ensino lacaniano. O ato analítico está para além do sentido, do saber: “Lacan encontra o registro do ato exatamente no rompimento das coordenadas simbólicas que determinam o sujeito, coordenadas simbólicas estas que compõem uma lógica que vai até a fantasia” (TORRES, 2012, p. 86). Se uma análise, como dissemos, caminha em direção ao S(A), significante da castração do Outro, é apenas através de um ato analítico que é possível encerrar uma análise: uma análise não pode ser encerrada com uma interpretação final, por exemplo, pois justamente chegar ao S(A) implica que o sujeito se defronte com a impossibilidade de uma interpretação dar conta daquilo que ele é, daquilo que é o sujeito, pois a linguagem e o simbólico são um recorte da realidade e neles não pode caber tudo. Atravessar a fantasia implica que o sujeito revise sua relação com a realidade e com os objetos, construída através de suas identificações.

Bom, isso basta para indicar como uma derivação como esta [do real] vem afetar a direção da cura, uma vez que não se tratará mais de dissolver os objetos imaginários da fantasia para que se chegue à realização da subjetividade pura enquanto falta-a-ser, estado puro do desejo. Pelo contrário, o que se coloca a partir desse ponto é a vertente real da fantasia que indica um campo que não pode ser dissolvido, mas, como Lacan o formula, atravessado, e na melhor das hipóteses (TORRES, 2012, p. 85).

O fim de uma análise seria uma experiência radical produzida pelo próprio processo analítico, no qual interessa menos o sujeito conhecer a si mesmo do que experienciar a si próprio. Entende-se que foi importante mencionar brevemente a noção de ato analítico no contexto desta pesquisa pois tal teorização desloca a direção da cura para uma posição mais ativa do que se considerarmos apenas o sujeito dividido pela linguagem e, portanto, incurável pelo trabalho analítico:

Se por um lado, podemos pensar todo o campo da determinação do sujeito, a partir do que mais tarde Lacan vai localizar no campo da linguagem, ou seja, o sujeito representado por um significante para outro significante, por outro lado, a aposta é que a psicanálise, sendo uma prática, possa fazer algo com isso. O que traz a ideia de cura (TORRES, 2015, p. 2).

Apesar de considerar nosso retorno ao texto lacaniano sobre a direção do tratamento um retorno panorâmico, saímos, mesmo assim, desta empreitada com noções mais assentadas sobre o caminho escolhido por Lacan na teorização daquilo que queremos pensar como a cura

em psicanálise. Não encontramos na obra de Lacan um matema para o fim de análise (QUINET, 2009), e Lacan vai falar da direção do tratamento mas não da cura, diferentemente de Freud. Entende-se com este retorno à teoria lacaniana que a análise se propõe a fazer uma trajetória de restituição subjetiva, sendo os efeitos terapêuticos oriundos da análise secundários aquilo que ela se propõe realmente a fazer. A cura, como defendeu Freud em sua carta para Fliess de 1900, é uma demanda mais exterior à psicanálise do que um objetivo da análise. Vimos com Lacan que o objetivo da análise não é ser uma psicoterapia, “as modificações que ocorrem no eu, no sintoma e o nível dos ideias se dão por acréscimo, pois constituem um efeito do deciframento do inconsciente” (QUINET, 2000, p. 102). Assim, a demanda de curar seria escutada na análise mais como uma demanda do analisante - que busca dar um sentido para o mal que lhe assola - do que um ideal a ser alcançado pelo trabalho analítico.

Lacan menciona a direção do tratamento mas não a cura, pois a cura (se pensando a cura na sua ideia usual no contexto social) estaria fora da alçada da psicanálise, que, apesar de produzir efeitos de diminuição de sofrimento, portanto efeitos “curativos”, não poderá prometer o impossível:

Em relação à cura, como efeito terapêutico esperado numa análise, concordamos com Lacan quando diz que um sujeito, enquanto tal, é incurável: ele não pode ser curado de seu inconsciente. Por mais análise que se faça, mesmo que se atravesse a fantasia e se chegue ao final, o inconsciente não vai deixar de se manifestar — o sujeito é barrado (\$), como testemunha a persistência dos lapsos, sonhos e chistes nos sujeitos já analisados (QUINET, 2009, p. 21).

O que a psicanálise produz, não certamente, mas espera-se que ela possa produzir, é uma mudança na posição subjetiva do analisante. A cura, isto é, os efeitos curativos, só viriam por acréscimo, não sendo eles o fim do fim de análise. A dimensão do desejo deve surgir para o analisante no fim de análise, não como resposta, mas como questão.

Se em Freud o desejo é definido como um movimento, em Lacan o desejo é apreendido como questão. A dimensão do desejo, na verdade, é uma dimensão interrogativa, em movimento, e não assertiva ou conclusiva (QUINET, 2000, p. 101).

No fim das contas, a psicanálise não pode prometer a felicidade, não podendo assujeitar-se às demandas que se colocam para ela enquanto prática terapêutica. Contudo, a cura em Lacan impõe-se como uma experiência que transforma o sujeito, não pela via da eliminação do sintoma, mas pela via de que o sintoma de entrada não é o mesmo de saída, sendo operada pela via interrogativa do sujeito com aquilo que é o seu desejo e aquilo que para ele pode ser lido e indagado como o desejo do Outro. Assim, mesmo não respondendo à demanda de cura que se

impõe socialmente para ela, a psicanálise tem uma implicação ética com o sofrimento escutado na clínica, e pode produzir efeitos curativos nos sujeitos, oriundos dos efeitos de decifração do inconsciente, apesar de não produzir um sujeito sem sintomas:

Lacan permanentemente renovou a aposta de que a psicanálise pode e deve se sustentar enquanto um discurso que sustenta a cura em seu horizonte. Há uma passagem em que Lacan diz, no Seminário XV, de que é essa a grande questão da psicanálise, e que a psicanálise deve fazer alguma coisa com isso que se lhe apresenta, ou seja, com a queixa, com o mal-estar, com a angústia, e a experiência psicanalítica tem demonstrado que a psicanálise pode sim, fazer alguma coisa com isso (TORRES, 2015, p. 5).

CAPÍTULO III: Em diálogo com a Psiquiatria: uma experiência em La Borde

La folie est partout, sauf ici !
 (A loucura está em todo lugar, menos aqui!)
 (G.O.A., pensionista da clínica de La Borde)

Terminado nosso percurso teórico mais diretamente no campo da psicanálise, o objetivo neste último capítulo é interrogar a relação que é possível estabelecer entre a noção de cura em psicanálise e o tratamento psiquiátrico. Há compromisso possível entre Psicanálise e Psiquiatria? É possível trabalhar com a visão psicanalítica de cura na psiquiatria?

Mostra-se interessante, nesse contexto, abordar uma experiência de estágio que tive, enquanto autora desta pesquisa, em uma clínica psiquiátrica na França, a clínica de La Borde. É curioso pensar que antes de ter vivido essa experiência de estágio, o desejo de estudar a cura em psicanálise e em psiquiatria e pensar o compromisso entre as duas áreas já existia. Inclusive, o projeto da presente pesquisa havia sido realizado no ano anterior ao estágio em La Borde. Acredito que a experiência de La Borde e da psicoterapia institucional como um todo possam nos servir de ferramenta nesta pesquisa para teorizarmos uma real possibilidade de compromisso entre a psicanálise e a psiquiatria, pois a experiência deixa evidente que ambas as áreas têm seu lugar de importância no manejo do sofrimento psíquico.

Contudo, muito mais do que uma ferramenta para ilustrar o compromisso entre psiquiatria e psicanálise, a experiência de estágio em La Borde é uma parte desta pesquisa que me toca em um lugar muito particular, pois é onde houve o meu encontro prático com o problema de pesquisa. Como dito por Figueiredo e Minerbo (2006),

Estamos nos referindo, naturalmente, às relações transferenciais (e seus equivalentes) e contratransferenciais que dão a marca da singularidade ao que se *descobre* e ao que se *inventa e cria* em uma ‘pesquisa com o método psicanalítico’ (p. 261).

A nível pessoal, a experiência de estágio em La Borde foi, enquanto estudante de psicologia e psicanálise, um verdadeiro marco na minha formação e um divisor de águas nos meus estudos enquanto futura analista, tendo sido um dos estágios mais fundamentais da minha graduação. Os encontros transferenciais com os pensionistas, com a equipe e com a instituição me lembraram o porquê de eu ter escolhido o tema da cura para o meu trabalho de conclusão de curso em psicologia.

No que se refere à formação do analista e à importância de determinadas experiências de estágio no percurso de formação, mostra-se muito interessante neste contexto retomarmos pontualmente como se deu a entrada de Lacan na psicanálise. Sua entrada nesse campo se deu

a partir de sua tese de doutorado, realizada com uma paciente no Hospital de Saint Anne, a qual nomeou “Aimée”. Marguerite Pantaine, a “Aimée” de Lacan, contribuiu para fazer surgir o Lacan psicanalista. Buscando se dar conta do que se passava com ela, Lacan interrogou Freud e entrou em análise com Loewenstein: “quarenta anos após a publicação de sua tese, Lacan afirmava que o caso Aimée o havia levado à psicanálise [...]” (ROUDINESCO, 1994, p. 83). O caso Aimée não nos interessa particularmente no contexto desta pesquisa, mas o que nos importa sobretudo é olhar para a maneira como os encontros transferenciais com determinados pacientes ou com um determinado estágio e uma determinada clínica, podem reorientar o percurso e o desejo daquele que é ou será analista:

Porque a Aimée nos ensina como um encontro com um paciente, “pathos”, que significa sofrimento em latim, como o real desse sofrimento pode determinar o desejo do clínico, sua orientação de trabalho tanto em termos da formação do analista quanto da cura do paciente no seu manejo transferencial (PAMART, 2017, p. 2, tradução nossa).

Nesse mesmo sentido entendo que a experiência de La Borde reatualiza e reorienta meu percurso e meus estudos em psicanálise e em psicologia, me fazendo apostar que há lugar para a psicanálise na psiquiatria e que o inverso também é verdadeiro. Mais do que isso, a experiência mostra como um encontro com um campo de estágio e com determinados pacientes pode ser potente e pode marcar a maneira como se revisita e se faz a leitura da teoria. De maneira caricata, La Borde é a minha “Aimée”, dando um novo tom ao mosaico de meu percurso em psicanálise. Por essa razão, acredito que mais do que colocar os fundamentos da psicoterapia institucional, mas que colocar a minha própria experiência de estágio em La Borde no último capítulo de meu trabalho de conclusão de curso é muito simbólico.

Os analistas que nós somos são fruto da graça de certos encontros com os psicóticos, encontros que fazemos ou que evitamos, e estes não acontecem sempre no contexto de nosso trabalho. Em um momento de instrumentalização dramática da psiquiatria, lembremo-nos que o inconsciente do analista é produtivo e que ele é fonte de criação e que o sofrimento de um sujeito, trabalhado pela psicanálise, às vezes produz analistas. E mesmo que eles não sejam todos Didier Anzieu e Jacques Lacan, eles seguiram, entretanto, o mesmo tipo de caminho. (VERNEY-KURTZ, 2013, p.127, tradução nossa).

Façamos primeiramente uma introdução teórica ao tema. Jean Oury, psiquiatra e criador da clínica de La Borde, expôs em seu livro “*La Psychothérapie Institutionnelle: de Saint-Alban à La Borde*” os fundamentos dessa clínica. Oury (2016) conta que criou a clínica de La Borde em 1953, em uma época em que o departamento de Loir-et-Cher, onde ela está situada, não tinha nenhum hospital psiquiátrico. Por essa razão, “seria preciso drenar tudo que havia de

‘psiquiátrico’ no departamento” (OURY, 2016, p. 15, tradução nossa). Assim, situada na França à 15 km ao sul da cidade de Blois, na comuna de Cour-Cheverny (GUATTARI, 1992), a clínica de La Borde aceitou o desafio de ser a única clínica psiquiátrica do departamento, devendo, por esse motivo, hospitalizar os pacientes pelo menor tempo possível, a fim de dar conta das altas demandas do território:

É interessante, de não ter muitas vagas: nós somos obrigados a inventar coisas! De tentar tratar os doentes sem os hospitalizar, ou, se forem hospitalizados, de inventar técnicas de estadia muito curtas ou muito diferenciadas (OURY, 2016, p. 16, tradução nossa).

Oury (2016) conta que ele e a equipe da clínica viviam com os pacientes em La Borde, o que marcava o grupo por um certo caráter familiar. Ele conta que o projeto terapêutico dessa clínica era regido sobretudo por dois axiomas principais: a liberdade de circulação e a criação de uma sociedade interna à clínica, formada pelos próprios pacientes. Sobre a liberdade de circulação, Oury (2016) acreditava que criar espaços onde os pacientes pudessem ir era essencial para criar vida dentro da instituição: “O que é interessante, é justamente, nesse meio de livre circulação, a possibilidade de criar conflitos - não para incomodar as pessoas, mas para criar vida; pois se não há conflitos, não há vida” (OURY, 2016, p. 20, tradução nossa). Assim, no projeto terapêutico de La Borde foram pensados espaços essenciais para criar vida e uma sociedade dentro do território da clínica: um bar onde se poderia comprar sucos e refrigerantes, uma banca de tabacos onde seria possível comprar cigarros, um banco para tirar o dinheiro enviado pela família etc.

Delion (2018) também vai falar da importância terapêutica da livre circulação, colocando-a como condição para a cura dos pacientes: “A liberdade de circulação dos pacientes torna-se então uma condição de possibilidade de seu tratamento, a fim de ajudá-los a construir uma tablatura espaço-temporal de seu mundo” (p. 36, tradução nossa). Sobre a organização temporal, percebi durante meu estágio em La Borde que a chegada e a partida dos estagiários também era uma ferramenta que permitia a ordenação do tempo, convidando os pacientes a se situar na passagem das semanas e dos meses. Em La Borde, como exigido por Oury, os estágios têm duração de no mínimo um mês e no máximo dois meses, o que implica que as chegadas e partidas de estagiários sejam constantes o ano todo, sendo o fluxo bastante intenso. Essas partidas e chegadas marcam a passagem do tempo para os pacientes, o que se mostra uma ferramenta muito interessante, visto que eventualmente a noção de temporalidade fica prejudicada naqueles que estão hospitalizados há mais tempo.

O segundo axioma criado por Oury foi o de criar uma sociedade interna à clínica: “[...] nada pode-se fazer se, conjuntamente, não criar-se uma verdadeira sociedade interior composta essencialmente pelos doentes mesmo, e que vai gerir-se a si própria” (OURY, 2016, p. 27, tradução nossa). É nessa pretensão que foi criado em La Borde o Clube Terapêutico, uma associação independente da direção e da clínica enquanto estabelecimento, que se compunha pelos pacientes e pela equipe cuidadora. O Clube Terapêutico é responsável por administrar os ateliês da clínica, sendo alguns deles rentáveis, gerando uma renda própria ao Clube. Nesse sentido, os pacientes, dentro dessa coletividade, têm responsabilidades e o dinheiro arrecadado pode ser usado para nutrir projetos coletivos pensados pelo próprio Clube Terapêutico, independentemente da direção da clínica. Oury (2016) considerava o Clube como uma das técnicas de mediação da clínica, mediação no sentido de uma estrutura que permite e cria oportunidades de os pacientes entrarem em relação e eventualmente engajarem um diálogo: “Mesmo as pessoas que não esperavam vão se ver tomadas dentro de uma certa “armadilha da relação”” (OURY, 2016, p. 36, tradução nossa). Oury dizia que o intuito do dispositivo dos ateliês, bem como de outras estruturas como o bar e a banca de tabacos, era de “programar o aleatório” (DELION, 2018), no sentido de criar a ocasião para que esses encontros acontecessem, partindo do pressuposto da importância crucial desses encontros e dessas trocas dentro do projeto terapêutico de La Borde.

A questão da relação com o outro e das trocas coletivas são bases absolutamente fundamentais no projeto terapêutico de La Borde, sendo um dos pilares para que a cura e um modelo de tratamento fosse pretendido dentro dessa estrutura. Os pacientes são chamados no vocabulário *labordiano* de “pensionistas”, enquanto a equipe cuidadora, que poderia incluir psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, educadores e etc, são chamados de “monitores”. Isso faz com que, do lado dos pensionistas, eles não sejam reduzidos ao estatuto de doentes ou simplesmente pacientes, sendo convocados a partir de outro lugar, e do lado dos monitores, faz com que não haja uma distinção clara entre o que é função de cada profissional, convidando a equipe a sustentar uma relação mais horizontal onde não haja hierarquias entre os profissionais. Quando cheguei para fazer o meu estágio, lembro de ter inicialmente procurado os psicólogos da equipe, como forma de tê-los como referência no trabalho. Muito cedo fui convidada a abrir mão dessa pesquisa, pois aquilo não parecia mesmo importar na dinâmica de La Borde. Inclusive, todos os profissionais, fossem eles de qualquer profissão, se apresentavam para mim simplesmente como “monitores”. O mesmo acontecia com os estagiários, nós éramos simplesmente estagiários, e não estagiários em psicologia.

Tal proposta marca profundamente aquilo que foi pensado como cura dentro desse sistema, pois a cura e o tratamento são descentralizados de figuras fixas, como do psicólogo, do psiquiatra ou do enfermeiro. Oury (2016) considerava que qualquer pessoa, inclusive os próprios pensionistas, eram agentes da cura, bem como os cozinheiros da clínica, por exemplo: “qualquer função de qualquer pessoa que trabalha em um centro psiquiátrico é sempre indexada de um certo coeficiente terapêutico” (OURY, 2016, p. 21, tradução nossa). Oury (2016) ressalta que uma conversa com o cozinheiro “é às vezes um fator decisivo no plano psicoterapêutico, de uma importância infinitamente maior que todas as consultas que o doente poderá ter no consultório do médico” (p. 22, tradução nossa). Nesse sentido, vemos que o tratamento em La Borde visa sair da lógica do médico como detentor do saber e detentor da cura. Oury descola a cura da figura de profissionais ou dos medicamentos para situá-la a nível do sistema, da estrutura e da organização do sistema *labordiano*. A liberdade de circulação e a possibilidade de entrar em relação com todas as pessoas dentro da clínica, sejam elas os funcionários ou os outros pensionistas, constitui um dos pilares base do projeto terapêutico de La Borde. A cura é pensada a nível da relação, e só a partir da relação com o outro que seria possível alimentar um tratamento possível. Isso porque Oury (2016) considerava que “a doença mental era uma doença da relação” (p. 45, tradução nossa).

Emmanuelle Guattari viveu a sua infância morando em La Borde devido ao trabalho de seu pai, o psicanalista Félix Guattari, que trabalhou na clínica desde 1955. Sobre a questão das relações e das trocas dentro da clínica, ela conta em seu livro *La petite Borde* (2012) fragmentos da sua infância vivida dentro dessa estrutura:

De resto, me parece que, como as outras crianças de La Borde, eu fiz naturalmente a separação no contato cotidiano, entre aquilo que era a loucura e aquilo que fazia parte da mais fundamental relação humana, que protegia ferozmente o projeto terapêutico de La Borde, sem que uma impeça a outra. A arte da conversação, a preocupação com o outro, a gentileza ou a impaciência [...] tudo era ao mesmo tempo sinal de um contato possível ou não, como em toda vida em comunidade (GUATTARI, 2012, p. 27, tradução nossa).

Observa-se que um dos eixos de trabalho opera a partir de olhar os pensionistas muito para além da loucura e da sua condição. Há algo do projeto terapêutico de La Borde que convida para que se estabeleçam relações e uma vida com o que há de mais natural das relações humanas. Delion (2018) vai dizer que nas instituições em que se aplica a psicoterapia institucional, é essencial que o ambiente humano possa ter vida da maneira mais frutífera possível.

Uma outra característica importante dessa clínica se refere aos trabalhos de limpeza e de organização do espaço da instituição. La Borde não tem faxineiros, a organização e limpeza do espaço é função de todos, inclusive dos pensionistas. Com isso, os monitores são convidados a abrir mão daquilo que seria considerado sua tarefa habitual, de acordo com sua profissão. Sobre isso, Oury conta de uma prática que fazia eventualmente quando um psicólogo chegava para trabalhar em La Borde: “Quando um psicólogo chegava na clínica de La Borde, eu lhe dizia: “Para a louça. Um mês de louça!” É um posto de observação fantástico, a louça, quando se é verdadeiramente psicólogo; pode-se fazer observações extraordinárias nesses lugares” (tradução nossa, 2016, p. 41). Em La Borde os monitores são convidados a trabalhar e a operar em todas as dimensões do cuidado, não sendo o cuidado atrelado apenas a dar remédios, a oferecer cuidados de higiene com o corpo ou oferecer uma escuta. Em La Borde o cuidado é ampliado a todas as dimensões do espaço, sendo a louça considerada também um lugar de cuidado, de observação, de escuta e de presença. Assim, saindo dessa posição engessada de “agentes do cuidado” os monitores são convidados a abrir-se para uma verdadeira relação com os pensionistas, sendo convocados a perder “essa couraça protetora por meio da qual muitos enfermeiros, educadores, trabalhadores sociais se premunem contra uma alteridade que os desestabiliza” (GUATTARI, 1992, p. 188).

Os pensionistas, por sua vez, também possuem a função de organização e limpeza. São convidados a ocupar a clínica, a ter responsabilidades, a encarnar um papel ativo na organização daquele espaço, que é coletivo e de interesse de todos:

O que visávamos, através de nossos múltiplos sistemas de atividades e sobretudo de tomada de responsabilidade em relação a si mesmo e aos outros, era nos libertarmos da serialidade e fazer com que os indivíduos e os grupos se reapropriassem do sentido de sua existência em uma perspectiva ética e não mais tecnocrática (GUATTARI, 1992, p. 187).

Oury (2016) vai falar também de uma valorização daquilo que cada pensionista fazia antes de ser internado na clínica, de forma a pensar como cada um poderia contribuir para fazer funcionar aquele espaço: “Percebe-se então que dentre todas essas pessoas que estão doentes, há pessoas que são bem mais qualificadas que os psicólogos, que os enfermeiros, etc., pessoas que estão lá, simplesmente adormecidas, e que é preciso somente despertar” (OURY, 2016, p. 24, tradução nossa). Nesse sentido, nota-se que os pacientes são tidos no modelo de La Borde não apenas como sujeitos, mas como sujeitos de desejo, com uma história, uma voz e uma singularidade. E essa história não só é valorizada, mas é motor fundamental para que a partir daí o sujeito opere uma participação possível na clínica e, portanto, no seu próprio tratamento.

Toda essa proposta evidencia que é de suma importância que o sujeito possa ocupar um lugar ativo no seu processo de cura. Guattari (1992) vai propor “uma dessegregação das relações atendente-atendido” (p. 187). O sujeito não está lá para ser tratado por alguém, mas para se tratar, no sentido que deve poder produzir algo, investir aquele espaço e ocupar uma posição de importância central no seu tratamento. Delion (2018) vai enfatizar que o paciente deve se sentir sujeito no tratamento, e não apenas objeto de cuidado por parte da equipe. Nesse sentido, o paciente é considerado sujeito de desejo e é ele, e apenas ele, que poderá construir sua experiência de cura, dentro de suas possibilidades. A cura para cada sujeito será muito particular, será em La Borde uma experiência de ocupar o espaço dos ateliês, de investir os espaços da clínica com o seu desejo, de investir as relações com a sua singularidade. Nas palavras de Guattari (1992) “a cura não é uma obra de arte, mas deve proceder do mesmo tipo de criatividade” (p.200).

Os ateliês propostos semanalmente nas atividades oferecidas pelo Clube Terapêutico são inúmeros. A programação dos ateliês não é fixa, de forma que a cada dia são oferecidas novas atividades e a cada semana o programa muda. A chamada “folha do dia” é confeccionada pelos próprios pensionistas, que preenchem a programação de acordo com os ateliês que acontecerão no dia seguinte. Guattari (1992) conta que

Pode-se enumerar em La Borde cerca de quarenta atividades diferentes para uma população que é somente de 100 pensionistas e 70 membros do pessoal. Existe aí uma espécie de tratamento barroco da instituição, sempre à procura de novos temas e variações, para conferir sua marca de singularidade - quer dizer de finitude e autenticidade - aos mínimos gestos, aos mínimos encontros que advêm dentro de um tal contexto (p. 189).

Os inúmeros ateliês são de assuntos diversos e variam desde ateliês de pintura e leitura dos textos de Freud, até ateliês de equitação e de cuidados com o galinheiro da clínica. Diversas saídas são também programadas, de forma que durante meu estágio, um pequeno grupo de quatro pensionistas manifestou o desejo de ir assistir ao *Tour de France* na cidade vizinha, e tive a oportunidade de acompanhá-los nessa saída. Tudo isso mostra que os ateliês não são meramente atividades que preenchem a rotina da clínica, mas eles têm realmente uma função terapêutica dentro do projeto de La Borde. Não uma função terapêutica por serem terapêuticos em si, mas pelo fato de que eles são espaços que serão potencialmente alvo de investimento de desejo, e muitas vezes o investimento não se reduz apenas a participar do ateliê, mas a administrá-lo e fazê-lo acontecer. Com a variedade de ateliês oferecidos, cada sujeito vai poder escolher a trajetória que desejar, construindo seu percurso e seu tratamento de forma particular,

o que funda aquilo que Delion chamou de uma “instituição sob medida” para cada paciente (DELION, 2018).

Até mesmo a arquitetura do espaço de La Borde foi pensada de forma a poder nutrir essa possibilidade de investimento de desejo nos espaços da clínica. Sendo uma clínica sem muros e com as portas abertas, os pensionistas podem partir e voltar quando quiserem, mas por uma razão curiosa poucos saem da clínica. Em uma das supervisões que tive durante meu estágio, um dos monitores chamou a atenção para a localização e a distribuição dos ateliês no espaço da clínica. Disse que os ateliês eram distribuídos em círculo, ao redor do castelo central da clínica, de forma que quando um pensionista decide sair da clínica, tem seu desejo fisgado por alguma coisa, por algum ateliê, por alguma pessoa. Ele deu a isso o nome de “armadilha do desejo”. Assim, o desejo é colocado também como pilar do tratamento oferecido em La Borde. Não há tratamento possível se não há desejo daquele que está sendo tratado, se não há um espaço em que ele possa investir com sua singularidade.

Percebe-se novamente que os pensionistas são vistos para além de pacientes a serem curados, mas são vistos como sujeitos. Oury (2016) tinha a clareza de que o tratamento em psiquiatria envolvia mais do que operar um cuidado físico, e sim implicava uma série de outras complexidades: “O drama, aliás em todos estes problemas em psiquiatria, é que quando nos encarregamos de alguém que está doente, nós o levamos para a vida. Não se trata como uma apendicite ou uma gripe” (OURY, 2016, p. 40, tradução nossa). Vemos então que a cura em La Borde vai ser pensada a partir de múltiplas esferas, de um conjunto de práticas que, conjuntamente, constituirão um sistema e um projeto terapêutico complexo. Oury (2016) deixa claro a complexidade do cuidado oferecido quando se questiona sobre o que pode ter sido decisivo para curar e tratar um determinado paciente em La Borde:

Se tivéssemos tempo de fazer uma monografia muito bem estudada de um doente desde o dia da sua entrada até depois da sua saída, nós nos perguntaríamos o que teve impacto na sua evolução: será que é porque o médico o viu tantas vezes por semana, que tal medicamento...? Claro, tudo isso é importante. Mas pode acontecer que seja uma conversa, um certo dia, a um certo momento de angústia, que essa pessoa teve com a sua vizinha de quarto ou com a faxineira, ou não importa com quem. São elementos como esse, que às vezes não são considerados, mas que, na prática, contam enormemente. Como poder explorar isso? (p.23, tradução nossa).

Jean Oury mostrou que a questão da cura e do tratamento são questionamentos presentes no desenvolvimento da psicoterapia institucional: “Curar”? Mesmo a concepção de tratamento psiquiátrico vai ser questionada no desenvolvimento da psicoterapia institucional” (OURY, 2016, p. 8, tradução nossa). A questão da cura também vai ser questionada e ampliada em La Borde: o que é curar? Quem cura? Curar o quê e quem? Como dissemos, nesse projeto todos

os sujeitos são pensados como possíveis agentes da cura, sendo a cura descentralizada de figuras rígidas, como a do médico. “Claro, é preciso tratá-los [os pensionistas], estamos lá para isso, e é preciso que eles não permaneçam muito tempo: critérios perfeitamente normais. Mas o que significa dizer “curar”? (OURY, 2016, p. 16, tradução nossa). Para a psicoterapia institucional, quem está doente é a própria instituição: “Tratar a instituição é então um pressuposto necessário a todo tratamento possível da doença mental” (DELION, 2018, p. 22, tradução nossa). Oury questionou como o tratamento da instituição e da equipe seria necessário para só posteriormente poder pretender-se um cuidado com os pacientes, refletindo sobre como a organização da clínica poderia ser estruturante e organizadora para os pensionistas.

A psicoterapia institucional em sua aplicação prática em La Borde mostra-se um exemplo fecundo de uma outra psiquiatria possível que não seja a psiquiatria que acredita apenas na medicalização dos sujeitos, na eliminação dos sintomas e na adaptação do sujeito a um ideal de normalidade. Mesmo recebendo outro nome, “trata-se essencialmente de psiquiatria quando se fala em psicoterapia institucional” (OURY, 2016, p. 8, tradução nossa). Segundo Pierre Delion, “a psicoterapia institucional é uma modalidade de exercício da psiquiatria que coloca o sujeito à frente” (2018, p. 42, tradução nossa). Além disso, Oury deixou evidente que os medicamentos ocupam apenas um dos eixos do tratamento, não sendo o tratamento reduzido à medicalização, como vemos em certo uso da psiquiatria em outros contextos.

Eu não digo que a psicoterapia institucional é contra os neurolépticos, ao contrário - nós pretendemos mesmo elaborar modos de prescrição (tanto qualitativos como quantitativos) bastante originais. Mas tratar as pessoas, não é simplesmente dar-lhes medicamentos. Mesmo na medicina ordinária, isso é evidente: não é necessário fazer psiquiatria para constatar que para tratar uma pneumonia, o mínimo de contato é necessário. [...] É preciso ser bastante simpático com aqueles que tratamos... (OURY, 2016, p. 17, tradução nossa).

A clínica de La Borde surgiu antes da era dos neurolépticos, que começou na França oficialmente a partir de 1955 com o Largactil, enquanto La Borde foi fundada em 1953. A própria psicoterapia institucional existia bem antes dos neurolépticos (OURY, 2016). Assim, apesar de ser uma ferramenta utilizada, os medicamentos não ocupam um lugar central no projeto terapêutico de La Borde, que está muito mais centrado em torno da organização da instituição como sistema potencialmente terapêutico do que em torno da medicalização.

Os medicamentos, pela mesma razão que qualquer outro vetor terapêutico, devem ser “negociados” com os pacientes; implicam uma escuta sensível de sua incidência, devendo as doses e os horários de ingestão ser objeto de um diálogo mantido entre o doente e aquele que prescreve (GUATTARI, 1992, p. 200).

Nesse sentido, a experiência de La Borde e da psicoterapia institucional apontam para uma esperança de relação para além apenas do desencontro entre a cura operada pela psicanálise e pela psiquiatria. Enquanto a premissa radical da psicanálise é colocar o sujeito em primeiro plano, enxergando-o como sujeito de desejo, a psiquiatria operada pela psicoterapia institucional mostra-se alinhada com essa radicalidade psicanalítica. Ao estudar o projeto de La Borde, vemos uma psiquiatria preocupada e engajada com a questão do tratamento e se perguntando o que poderá vir a ser relevante para tratar um sujeito, bem diferente da psiquiatria dos manuais diagnósticos à serviço da indústria farmacêutica. “Oury dizia frequentemente que seu trabalho consistia em organizar uma psiquiatria acolhedora e eficaz para todos os pacientes” (DELION, 2018, p. 41, tradução nossa).

Jean Oury eleva a título de questão aquilo que acreditamos, nesta pesquisa, ser a questão fundamental para um diálogo possível entre o tratamento proposto pela psicanálise e o tratamento psiquiátrico: “Nós nos colocamos então esse problema: o que nós podemos fazer com essas pessoas, para além de dar medicamentos, de lhes oferecer tratamentos tais quais a insulino-terapia, os eletrochoques, etc?” (OURY, 2016, p. 18, tradução nossa). O psiquiatra nos convida a pensar para além dos tratamentos oferecidos pela psiquiatria clássica, criando um novo eixo e possibilidade de tratamento dentro da psiquiatria. O que será que é possível fazer com os pacientes para além de medicalizá-los? Esse eixo de reflexão funda uma possibilidade de diálogo com a psiquiatria.

Ao estudar a psicoterapia institucional e sua aplicação prática em La Borde, percebe-se que há muitos pontos de encontro entre o tratamento proposto pela psicanálise e por essa psiquiatria, não em seu manejo clínico propriamente dito, mas na visão de sujeito que opera nesses dois modos de tratamento. Assim como a psicanálise, o tratamento psiquiátrico de La Borde coloca o sujeito não só em primeiro plano, mas o considera como sujeito de desejo, sendo esse desejo a bússola fundamental na direção do tratamento. Ainda, quando Oury questiona o lugar do saber médico, descentralizando as relações de poder atendente-atendido em La Borde, podemos pensar uma aproximação com aquilo que é defendido pela psicanálise, que se posiciona contra a premissa de que o analista seria um mestre ou detentor de um saber. Vimos com Lacan que o analista é colocado no lugar de suposto saber, mas não deve responder desse lugar. Isso porque vimos no capítulo anterior que o sujeito é o único que poderá decifrar seu inconsciente, cabendo ao analista apenas dirigir o tratamento. O analista não pode, assim como o médico em La Borde, presentear o sujeito com a cura. A cura se trata de outra coisa, de um processo próprio ao sujeito, que em La Borde vai poder escolher sua trajetória de

tratamento, escolher os ateliês e os espaços que vai investir. O sujeito, ele sim é o sujeito que tem um saber sobre o mal que lhe assola.

Vimos nos capítulos anteriores que Freud e Lacan pensaram a cura em psicanálise como processo e possibilidade de construção, muito mais do que como meta. Vimos que a cura em psicanálise é uma experiência que transforma o sujeito, não pela via da eliminação do sintoma, sendo o sujeito incurável se considerarmos a cura enquanto um estado de estabilidade garantida, visado pela ciência médica. A experiência de La Borde mostra-se mais alinhada com a concepção de cura defendida pela psicanálise, lutando não só por uma psiquiatria humanizada, mas pelo direito à loucura. Entende-se a partir deste breve estudo do projeto terapêutico de La Borde, que a cura nessa clínica está bastante alinhada com aquilo que disse Freud: “jamais teremos como objetivo do tratamento outra coisa que não a recuperação prática do paciente, o restabelecimento de sua capacidade de realização e de fruição” (1904/2016, p. 327).

Com relação às aproximações possíveis entre o projeto terapêutico de La Borde e a psicanálise, Guattari, também psicanalista, empreendeu alguns questionamentos à cura psicanalítica, que propõe uma cura individual no binômio do divã analítico. Ao falar sobre o tratamento das psicoses, por exemplo, Guattari (1992) defendeu a importância de um trabalho feito no campo pragmático, como é realizado em La Borde:

Na vertente imaginária, as psicoterapias poderão intervir a partir de equivalente “projetivos” a fim de reconstruir um corpo, de suturar uma cisão do eu, de forjar novos territórios existenciais; mas, na vertente do real, é o campo intersubjetivo e o contexto pragmático que serão obrigados a trazer novas respostas (p.188).

Através do conceito de análise institucional, Guattari procurou expandir a teoria e o olhar psicanalítico para além da cura na clínica particular entre analista e analisante. Segundo ele, a análise institucional “implicava que a análise das formações do inconsciente não dizia respeito apenas aos dois protagonistas da psicanálise clássica, mas poderia se estender a segmentos sociais muito mais amplos” (GUATTARI, 1992, p. 191). Por sua vez, vemos na atualidade que alguns psicanalistas também guardam ressalvas e resistências com relação ao trabalho institucional, defendendo mais ortodoxamente a cura clássica no divã analítico operada no consultório particular. Com relação a isso, Guattari, que foi autor junto com Gilles Deleuze de o Anti Édipo, não deixou de fazer duras críticas direcionadas diretamente a esses psicanalistas, afirmando como eles seriam responsáveis por um movimento de desinvestimento da psiquiatria nas instituições de saúde:

Por sua vez, a corrente psicanalítica, que conhece na França um nítido declínio, é igualmente responsável, até um certo ponto, pelo desinvestimento de jovens psiquiatras em relação à vida institucional. Em particular, a psicanálise de origem lacaniana, com seu caráter esotérico, pretensioso e separado de qualquer apreensão de terreno psicopatológico, mantém a ideia de que somente uma cura individual permite aceder à “ordem simbólica” pelas vias transcendentais da interpretação e da transferência. A verdade é bem outra e o acesso à neurose, à psicose e à perversão precisa de outros desvios que não esse tipo de relação dual (GUATTARI, 1992, p. 199).

Com isso, vemos que as possibilidades de pensar a relação entre a psicanálise e a prática de La Borde são imensas, desde aproximações possíveis até posições de maior afastamento e divergência de manejo clínico. Esses pontos de encontro e desencontro entre os próprios psicanalistas, os teóricos da psicoterapia institucional e psiquiatras vai sempre existir, e expor tais aproximações e afastamentos nos interessa à título dessa pesquisa, pois como dissemos, o objetivo não é tomar um dos lados como verdade, mas poder pensar em como a psicanálise a psiquiatria podem, conjuntamente, estabelecer e oferecer um cuidado possível para os sujeitos, cada área com suas limitações e vantagens. Assim, a cura pretendida em La Borde e na psicoterapia institucional, apesar de passar por pontos de encontro e de verdadeiro diálogo com aquilo que acredita a psicanálise, é diferente da cura proposta em análise. De toda forma, isso não poderia ser diferente, visto que estamos partindo de um *setting* terapêutico e de uma estrutura de tratamento diferente, cada uma com suas complexidades, como vimos.

Por outro lado, a crítica empreendida por Guattari ilustra que, apesar de as disputas sempre existirem entre os diferentes campos de saber, a psicanálise não é excluída e considerada ineficaz no seu discurso, sendo ele próprio um psicanalista. Nesse sentido, fica evidente a diferença de relação que é possível nutrir entre a psicanálise e a psicoterapia institucional, e entre a psicanálise e a psiquiatria clássica à serviço da indústria farmacêutica. Na última, a psicanálise é completamente afastada e considerada ineficaz no plano terapêutico, enquanto que na primeira entende-se que a psicanálise tem participação na construção do olhar da psicoterapia institucional, o que não impede que ela guarde suas ressalvas em relação ao tratamento empreendido pela psicanálise.

Considero que esse breve estudo sobre a psicoterapia institucional de La Borde é muito rico para nós no contexto dessa pesquisa, pois permite adotarmos uma posição de debate, estudo e diálogo com relação à psiquiatria. Seria mais fácil adotarmos, enquanto estudiosos da psicanálise, uma posição de rechaço completo em relação à psiquiatria e aos medicamentos, defendendo estritamente um trabalho analítico com os pacientes em saúde mental. Mas sabemos que isso está muito longe da realidade e até do desejável. Adotando uma posição como essa, corre-se o risco de cada vez mais a psicanálise ser afastada e considerada ineficaz no

tratamento das doenças mentais. Além disso, estamos longe de negar a importância dos medicamentos e não valorizarmos sua criação como mais uma ferramenta de tratamento em saúde mental, sendo inegável os ganhos que eles trouxeram para um tratamento digno da loucura, por exemplo. Não pretendemos de forma alguma excluir a psiquiatria do plano terapêutico e nem tirar seus méritos terapêuticos, como foi feito e vem sendo feito com a psicanálise a partir da publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) IV, em 1994 (DUNKER & KYRILLOS, 2011). Essa pesquisa é fruto, como dissemos, de uma vontade de pensar um diálogo e uma terapêutica em que as diferentes áreas de saber tenham seu espaço contemplado e possam dialogar.

Sobre a importância fundamental de La Borde para essa pesquisa e para a construção desse diálogo, fazemos as palavras de Félix Guattari (1992) as nossas:

É então bem claro que não proponho aqui, por exemplo, a Clínica de La Borde como um modelo ideal. Mas creio que essa experiência, apesar de seus defeitos e de suas insuficiências, teve e ainda tem o mérito de colocar problemas e de indicar direções axiológicas através das quais a psiquiatria pode redefinir sua especialidade (p.202).

Sendo uma experiência única na França, a clínica de La Borde permitiu ao longo dos anos e vem permitindo até hoje que uma série de questionamentos sejam feitos para além do plano do tratamento da loucura: “La Borde se encontrou progressivamente implicada em um questionamento mais global sobre a saúde, a pedagogia, a condição penitenciária, a condição feminina, a arquitetura, o urbanismo...” (GUATTARI, 1992, p. 191). A potência dessa experiência está descrita nos livros, mas encontra-se viva até hoje, pulsante no seu contexto pragmático.

Enquanto estudiosa de Freud e Lacan, encontrei o cenário *labordiano* em meio a um ano de estudos intenso quase que exclusivamente em psicanálise. A experiência me atravessou completamente e veio para mostrar a riqueza que pode ser ampliar o olhar para algo que vai além da teoria conhecida, que extrapola o nosso *savoir-faire* e a maneira de fazer a clínica já conhecida. “O saber é aquilo que é; não se pode passar sem ele para adquirir um mínimo de “tônus”, de consistência, face a um paciente ou uma instituição. Mas ele é feito essencialmente para ser desviado” (GUATTARI, 1992, p. 201). A experiência em La Borde me marca profundamente, sobretudo pela sua premissa de colocar os profissionais em uma alteridade radical com a loucura, e pelo seu esforço e sucesso em trabalhar para a manutenção das relações humanas e daquilo que está na essência das trocas entre pessoas no cuidado em saúde mental. Acredito que uma experiência como essa não tem preço na vida de um estagiário em psicologia, assim como não há palavra que possa definir sua importância na minha trajetória.

Encerro esse capítulo deixando como questão como poder ampliar a relação entre psicanálise e psiquiatria para além de La Borde e da psicoterapia institucional. Essas experiências nos servem de exemplo e de inspiração para nossa prática, mas não resolvem, ainda bem, nossa problemática de como continuar oxigenando essa relação para além. Não desistamos tão fácil de insistir nesse diálogo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mas deveras estariam eles *doudos*, e foram curados por mim, ou o que pareceu cura, não foi mais do que a descoberta do perfeito desequilíbrio do cérebro?
(*O Alienista, Machado de Assis*)

Parece quase inacreditável chegar nas considerações finais desta pesquisa que, muito mais do que um trabalho de conclusão de curso, tornou-se uma pesquisa de vida, ocupando meus pensamentos por mais de dois anos, e sempre compondo o cenário dos meus estudos e estágios desde a confecção de seu projeto, em 2020. É importante dizer que a escrita desta pesquisa foi bastante angustiante, uma angústia diante da impressão de estar sempre tratando de forma muito panorâmica um tema de importância e complexidade evidentes. Respeitar os limites de um trabalho de conclusão de curso e abandonar as pretensões iniciais que eu tinha com a pesquisa foi bastante difícil. Inicialmente eu tinha o desejo de explorar a questão do biopoder com Foucault, através do volume um da História da Sexualidade, também de aprofundar a temática da normatividade biológica com Canguilhem e de explorar outros textos lacanianos sobre a cura, como por exemplo o “Variantes do tratamento-padrão”, de 1955. Em um determinado momento também almejei explorar em Lacan a questão da direção da cura na psicose, pois acreditava que faria sentido para trabalhar no capítulo três a direção da cura em La Borde, onde são tratados sobretudo casos de psicose. Me deparar com a entrega deste trabalho é de certa forma também ter de fazer o luto daquilo que não foi possível explorar, mas também poder olhar a trajetória construída e reconhecer um percurso engendrado.

Tenho clareza que, apesar de entregar esse trabalho, essa pesquisa não se encerra aqui e continuará a ser nutrida no meu percurso em psicanálise e no contexto dos meus estágios, quem sabe em uma pesquisa de mestrado. Isso porque acredito que o tema da cura em psicanálise se trata muito mais do que apenas um estudo teórico, mas tem uma potência política enorme, como muito bem explorado por Thiago Neves em seu doutorado, “A cura em psicanálise como potência política de transformação”. O conceito de cura nos permite, como vimos, questionar uma série de coisas, desde a supremacia médica e o fenômeno de medicalização da vida, até as concepções de normal e patológico que subsistem na sociedade atual e a concepção de sujeito e de loucura que são aí nutridas.

Tendo estudado a cura em psicanálise e notado a sua dissonância com a noção de cura que prevalece socialmente, terminamos a pesquisa questionando quais são as estratégias que podemos adotar para que a psicanálise subsista no social. É ela um parasita, como dito por Jean

Allouch, em seu livro *La psychanalyse est-elle un exercice spirituel ? Réponse à Michel Foucault*, de 2007? Através de nosso percurso entendemos que a psicanálise, como dito por Freud e Lacan, não vai poder responder às demandas que se impõe socialmente para ela, oferecendo uma cura rápida, eficaz e duradoura, pois isso está para além da alçada da psicanálise, e nem interessa para ela fazê-lo. Nesse sentido, questiono se a psicanálise não teria no contexto atual justamente essa posição de parasita, almejando produzir o esgotamento e enfraquecimento do sistema no qual ela está inserida, mas se aproveitando das estruturas que ele oferece para aí existir.

No final dessa pesquisa não chegamos à fórmula da cura em psicanálise, sendo a única resposta que obtemos como norte é que cada cura em psicanálise é individual, e que o analista inventa a cura a cada processo de análise no duplo com o analisante. Cada cura é singular e única, e cada psicanalista inventa também a psicanálise em cada cura. Lacan vai falar da análise como uma experiência analítica, uma experiência da qual o sujeito sai transformado. Nesse sentido, acredito que a maior revolução e potência da concepção de cura em psicanálise é que a cura só vem por acréscimo, é um acontecimento adicional, *en plus*, que escapa ao próprio sujeito. Em uma sociedade em que a cura é elevada como meta absoluta e se define enquanto um processo produtor de um sujeito sem sintomas e sem afetos, fazer psicanálise hoje em dia é mais do que apenas ser psicanalista, é fazer resistência a um discurso positivista, que impera muito através da indústria farmacêutica.

Vimos com Freud e Lacan que, se tivermos como objetivo da análise a cura, o risco é de que não deixemos o sujeito construir seu caminho de emancipação, emancipação no sentido de uma desconstrução discursiva, de um caminho de desalienação. Assim, se pensarmos a psicanálise como uma linha de progresso, nos afastamos ainda mais não só da sua concepção de cura, mas sobretudo daquilo que é o sujeito da psicanálise, pois o sujeito não cabe na norma, ele a excede. Tudo que não se reduz ao discurso factual da ciência, que não advém do positivismo, que transborda, é o sujeito da psicanálise. Nesse sentido, concordamos com a ideia de Canguilhem de que

(...) o normal não é mais um conceito determinado, é a plasticidade da vida e suas infinitas possibilidades de ser vivida. O normal é a vida enquanto impossível de ter todas as suas formas predicadas já de saída. A vida não cabe em normas pré-estabelecidas. Sempre as extrapola, as desvirtua, transborda todos os parâmetros (NEVES; PORCARO; CURVO, 2017, p. 633).

A psicanálise nos dá a possibilidade de pensar a cura “como potência disruptiva do quadro de referências que asseguram determinada ideia de normalidade” (NEVES, 2018, p. 131), subvertendo o conceito de cura utilizado habitualmente no social e colocando a cura com

a realização de uma experiência em que o sujeito cria a sua própria normatividade. Aí está a potência subversiva da noção de cura em psicanálise (NEVES, 2018). Por isso mesmo a psicanálise falhou, ainda bem, em prometer a cura no formato clássico de desaparecimento total dos sintomas, recusando-se a estabelecer um compromisso com as concepções rígidas de normal e patológico que marcam a noção de cura nutrida socialmente. Ao estudarmos a cura em psicanálise percebemos que

(...) os termos normal e patológico não possuem sentido absoluto ou valor essencial. Nenhum vivente, nenhum meio, enfim, nenhum homem pode ser considerado normal ou anormal isoladamente. Cada individualidade é uma figura da invenção biológica, exemplo vivo de um tipo de dinamismo vital que não é a produção reiterada das formas de vida dadas como possíveis (NEVES; PORCARO; CURVO, 2017, p. 631).

Por isso, a ideia de adaptação à uma concepção de normalidade nutrida socialmente acha-se aqui radicalmente excluída. Também para Tosquelles, fundador da psicoterapia institucional, “o destino humano não é adaptar-se ou perecer, mas de construir com os outros homens um mundo no qual “se fazer homem”” (DELION, 2018, p. 53, tradução nossa).

Vemos na psicanálise que o sintoma, sendo o edifício a partir do qual o sujeito se estrutura e dá uma solução possível para seu conflito psíquico, é entendido como uma produção muito particular do sujeito, que interessa menos eliminar do que ouvir, e por isso a cura em psicanálise não opera pela eliminação do sintoma, não havendo sintomas considerados normais ou anormais. O sujeito constrói a sua própria normatividade. Roudinesco (2009) explicita que “no campo do psiquismo não há cura como se constata nas doenças somáticas, genéticas ou orgânicas” (p. 56, tradução nossa), e por isso a psicanálise não pôde e não pode prometer a cura como um resultado do triplo processo de localização do sintoma-diagnóstico-tratamento, como na medicina. A cura em psicanálise só pode operar a partir de outra lógica, “a cura não é nada mais que uma transformação existencial do sujeito” (ROUDINESCO, 2009, p. 56, tradução nossa). Em 1952, nos Estados Unidos, foram realizadas pesquisas para avaliar a eficácia das curas psicanalítica e psicoterápica, e o resultado foi que

Os pacientes não se diziam nunca curados de seus sintomas, mas transformados (80%) pelas suas experiências de cura. Isto é, quando esta era benéfica, eles experimentavam um sentimento de bem-estar ou uma melhora de suas relações com os outros (ROUDINESCO, 2009, p. 38, tradução nossa).

É uma alegria chegar ao fim desta pesquisa entendendo também que, por outro lado, existe possibilidade de relação entre a psicanálise e a psiquiatria, e que o caminho não está apenas no desencontro e em um campo de disputados minado. A experiência de La Borde e da psicoterapia institucional nos inspiram nesse sentido, mostrando que é possível operar essa

relação por outra via. Sabemos que o problema é bem mais complexo do que apenas uma simples divergência de concepção de cura entre a psicanálise e a psiquiatria clássica e a psicofarmacologia, mas trata-se de uma problemática que envolve uma época de valorização das ciências experimentais, de um discurso positivista que impera através do crescimento exponencial da indústria farmacêutica.

Acredito que, mesmo com as suas falhas e insuficiências, esse trabalho aponta que, longe de negar a importância dos medicamentos psiquiátricos e o conforto que eles trazem, eles não podem curar o homem de seu sofrimento psíquico. A morte, as paixões, a sexualidade, a loucura, o inconsciente, a relação com o outro, nenhuma ciência terá sucesso em curar o homem de sua humanidade (ROUDINESCO, 2009. Nesse contexto, faz-se interessante citar uma cena vivida e contada pelo psicanalista Contardo Calligaris:

Então, uma vez, Lacan disse sobre um paciente: “Qual é o problema dele?”. O residente falou: “Não consigo diagnosticá-lo.” E Lacan disse: “Ele é absolutamente normal”. Todo mundo deu uma risadinha, e Lacan acrescentou, o que deixou uma espécie de frio entre nós: “De todos os diagnósticos, a normalidade é o diagnóstico mais grave, porque ela é sem esperança” (CALLIGARIS apud MIRANDA, 2016, p.55)

Assim, fica evidente que alcançar aquilo que seria considerado uma normalidade não é o objetivo da psicanálise.

Por fim, que esse momento de instrumentalização dramática da psiquiatria não nos afaste do essencial, que é o encontro com o sujeito, pois “sem o real do encontro, não há psicanálise” (VERNEY-KURTZ, 2013, p. 127, tradução nossa). O compromisso ético dos psicanalistas diante desse contexto é continuar lutando contra “as pretensões obscurantistas, que visam reduzir o pensamento a um neurônio ou a confundir o desejo com uma secreção química (ROUDINESCO, 2009, p. 9, tradução nossa). A cura, como vimos, deverá vir em psicanálise apenas por acréscimo, e como dito por Guattari, ela “não é uma obra de arte, mas deve proceder do mesmo tipo de criatividade” (1992, p. 200). Pensar a cura como uma dança de liberdade do sujeito, é ter em mente que a verdadeira arte é sem objetivo, já que o objetivo nos afasta mais e mais da trajetória, pois uma verdadeira liberação não tem como objetivo a liberação mesma.

Não há um modelo para a cura que sirva para todos,
mas existem passos que podem ser aprendidos e praticados,
passos que cada indivíduo possa juntar à sua maneira,
passos da dança da liberdade.
(A Bailarina de Auschwitz, Edith Eva Eger)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTHUSSER, L. (1976) **Freud e Lacan. Marx e Freud**. 3. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1991.
- ASSIS, M. de. **O Alienista**. Ilustrações de Cândido Portinari. Rio de Janeiro: Antofágica, 2019.
- CALAZANS, R.; LUSTOZA, R. Z. **A medicalização do psíquico: o uso do termo psicose nos manuais diagnósticos estatísticos**. Tempo psicanal, Rio de Janeiro, v.46, n.1, p.11-26, jul. 2014.
- CÂMARA, G. F. **A formação do eu e o poder da psicanálise**. Cógito, Salvador, v. 11, p. 20-25, out. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792010000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 jun. 2020.
- CUKIERT, M.; PRISZKULNIK, L. **Considerações sobre eu e o corpo em Lacan**. Estud. psicol. (Natal), Natal, v.7, n.1, p.143-149, Jan 2002.
- DELION, P. **Qu'est-ce que la Psychothérapie institutionnelle? Conversation avec Yasuo Miwaki**. Paris: Éditions d'une, 2018.
- DOR, J. **Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem**; trad. [de] Carlos Eduardo Reis; supervisão e rev. técnica da trad. [por] Cláudia Corbisier. - Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- DUNKER, C. "A psicanálise como experiência dialética em Matrix dos irmãos Wachowski". In: **Cinema e psicanálise volume 2**. São Paulo: nVersos, p. 108, 2012.
- DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. **A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v14n4/v14n4a03.pdf>>. DOI:10.1590/s1415-47142011000400003.

EGER, E. E. **A bailarina de Auschwitz**; tradução de Débora Chaves. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

FIGUEIRA, P. L.; CALIMAN, L. V. **Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. Psicol. clin.** v. 26, n.2, p.17-32, Dec. 2014. Rio de Janeiro, 2014.

FIGUEIREDO, L. C.; MINERBO, M.. **Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo.** J. psicanal., São Paulo, v.39, n. 70, p. 257-278, jun. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 maio 2022.

FINK, B. **O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo**; tradução de Maria de Lourdes Duarte Sette; consultoria Mirian Aparecida Nogueira Lima. – Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

FREUD, S. O Método Psicanalítico de Freud (1904). In: **Obras completas, volume 6: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O Caso Dora”) e outros textos (1901 - 1905)**; tradução Paulo César de Souza — 1ª ed. --- São Paulo: Companhia das letras, 2016.

_____. O delírio e os sonhos na *Gradiva* de W. Jensen (1907). In: **Obras completas, volume 8: O delírio e os sonhos na Gradiva, Análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos (1906-1909)**; tradução Paulo César de Souza. – 1ª ed. --- São Paulo: Companhia das letras, 2015.

_____. Cinco Lições de Psicanálise (1910). In: **Obras completas, volume 9: Observação sobre um caso de neurose obsessiva [“O Homem dos Ratos”], Uma recordação de infância de Leonardo da Vinci e outros textos (1909 - 1910)**; tradução Paulo César de Souza — 1ª ed. --- São Paulo: Companhia das letras, 2013.

_____. Recordar, Repetir e Elaborar (1914). In: **Obras completas, volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”): artigos sobre a técnica e outros textos (1911 - 1913)**; tradução Paulo César de Souza — São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. Os instintos e seus destinos (1915). In: **Obras completas, volume 12: Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos** (1914-1916); tradução e notas de Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. A Transferência (1917). In: **Obras completas, volume 13: Conferências introdutórias à psicanálise** (1916-1917); tradução de Sergio Tellaroli; revisão de Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

_____. “Autobiografia” (1925). In: **Obras completas, volume 16: O Eu e o Id, “Autobiografia” e outros textos** (1923-1925); tradução Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____. Análise Terminável e Interminável (1937). In: **Obras completas, volume 19: Moisés e o Monoteísmo, Compêndio de Psicanálise e outros textos** (1937-1939); tradução Paulo César de Souza — 1ª ed. --- São Paulo: Companhia das letras, 2018.

_____. A cisão do Eu no processo de defesa (1940 [1938]). In: **Obras completas, volume 19: Moisés e o Monoteísmo, Compêndio de Psicanálise e outros textos** (1937-1939); tradução Paulo César de Souza — 1ª ed. --- São Paulo: Companhia das letras, 2018.

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. – São Paulo: Ed. 34, 1992.

GUATTARI, E. **La petite Borde**. Paris: Mercure de France, 2012.

JORGE, M. A. C.; FERREIRA, N. P. **Lacan, o grande freudiano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005

LACAN, J. De nossos antecedentes. In: **Escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. – 1ª ed. – Rio de Janeiro: Zahar, 1998a, p. 69-76.

_____. O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In: **Escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. – 1ª ed. – Rio de Janeiro: Zahar, 1998b, p. 96-103.

_____. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: **Escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. – 1ª ed. – Rio de Janeiro: Zahar, 1998c, p. 591-652.

_____. O lugar da psicanálise na medicina. In: **Opção Lacaniana**. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise n.32, p. 8-14, 2001.

LEMOS, F. C. S. **A medicalização da educação e da resistência no presente: disciplina, biopolítica e segurança**. Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, São Paulo, v. 18, n. 3, set./dez, 2014.

LISPECTOR, C.; FERREIRA, T. C. M. **Correspondências**. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

MARTINS, A. C. B. L. **O percurso do conceito de fim de análise de Freud a Lacan**. 2010. 1 v. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Psicologia, Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

MASSON, J. M. **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess — 1887-1904** / Jeffrey Moussaieff Masson; tradução de Vera Ribeiro. — Rio de Janeiro: Imago, 1986.

MATTOS, M. S. de. **Os conceitos de cura e transformação em Freud, Lacan e Badiou**. Anais (recurso eletrônico). Programa de Pós Graduação em Filosofia da PUCRS. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

METZGER, C. **A sublimação no ensino de Jacques Lacan: um tratamento possível do gozo**. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 2017.

MEU INCONSCIENTE COLETIVO: **No divã: Machado de Assis e a loucura**. Entrevistado: Christian Dunker. Entrevistadora: Tati Bernardi. São Paulo: Folha de São Paulo, 8 abril 2022. Podcast. Disponível em: <<https://open.spotify.com/episode/44Nu5jAM7HjgY7pQfnJMXv>> Acesso em: 14 junho 2022.

MIRANDA, P. V. S. de. **O lugar do diagnóstico na psicanálise de orientação Lacaniana: da generalidade à singularidade**. 2016. 99f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

MUTARELLI, A. **Estratégias de resistência à medicalização: a experiência francesa**. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

NEVES, T. I.; PORCARO, L. A.; CURVO, D. R. **Saúde é colocar-se em risco: normatividade vital em Georges Canguilhem**. Saúde soc., São Paulo, v. 26, n. 3, p. 626-637, Sept. 2017.

NEVES, T. I. **A cura em psicanálise como potência política de transformação**. 2018. 267 f. Tese (Doutorado) - Doutorado em Psicologia Clínica, Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2018.

OURY, J. **La Psychothérapie Institutionnelle: de Saint-Alban à La Borde**. Paris: Éditions d'une, 2016.

PAMART, E. **Aimée nous enseigne encore**. In : Revue Tu Peux Savoir [en ligne], publié le 15 octobre 2017. Consulté le 8 mai 2022 sur <<https://www.tupeuxsavoir.fr/publication/aimee-nous-enseigne-encore/>>.

PERON, P. R.; DUNKER, C.I.L.. **Usos e Sentidos da Cura na Psicanálise de Freud**. Percurso. Revista de Psicanálise. v. XV, p.83-90, 2002.

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. – 1ª ed. – Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

_____. **As 4 +1 condições da análise**. – 12.ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

ROUDINESCO, E. **Jacques Lacan: esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento**; tradução de Paulo Neves. — São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

_____. **Pourquoi la psychanalyse?** Paris: Champs Essais, 2009.

SAMPAIO, C. **Algumas idéias sobre pesquisa em psicanálise.** J. psicanal., São Paulo , v. 39, n. 70, p. 243-255, jun. 2006 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 maio 2022.

TORRES, R. **O que pode ser uma lógica do real?** Stylus (Rio J.), Rio de Janeiro , n. 24, p. 85-92, jun. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2012000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 jun. 2022.

_____. **O ato é sempre uma aposta.** [Entrevista concedida à] Lacaneando, setembro, 2015.

VERNEY-KURTZ, C.. **L’Aimée de Lacan. La Lettre du Psychiatre • Vol. IX - no 4-5 - juillet-août-septembre-octobre 2013.**