

Sobre o Mal-estar Hoje: Do Cérebro à Pulsão de Morte

Barbara Paraíso Garcia Duarte da Rosa

Psicanalista. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica/ PUC-RJ (bolsista do CNPq).
E-mail: barbaradrosa@gmail.com

Monah Winograd

Psicanalista. Professora Adjunta II do Depto. de Psicologia/PUC-Rio. Bolsista de Produtividade 2 do CNPq.
E-mail: monahwinograd@icloud.com

Resumo

Há alguns anos, as evidências formuladas pelas neurociências e a proliferação de categorias psicopatológicas tem colaborado para a legitimação e para a multiplicação de discursos recheados de promessas de cura para o sofrimento psíquico. Nesse contexto — onde a psicopatologia é abordada a partir de uma concepção predominantemente biológica e a proliferação de categorias diagnósticas se faz acompanhar pelo predomínio de uma abordagem sindrômica das doenças mentais — a ênfase na terapêutica biológica opera como promessa de exclusão do mal-estar da vida. Trata-se de um processo de naturalização do sofrimento psíquico no qual a multiplicação de categorias diagnósticas é proporcional à diversidade de sofrimentos psíquicos que podem ser medicados. Apresentamos alguns conceitos forjados por Freud, como a angústia, o desamparo e a pulsão de morte, como indicadores da possibilidade de intervir no sofrimento psíquico através de perspectivas diversas daquelas que

prometem a exclusão do mal da vida. Se o mal é sinal da desordem promovida pela pulsão que não pôde se inscrever no aparelho psíquico, então a psicanálise inclui o mal no cerne da própria vida psíquica. Esta última só se constitui e se transforma graças à possibilidade de criação de novos sentidos, de novas formas de satisfações possíveis para o impulso vital, insistente por excelência.

Palavras-chave: *psicopatologia; sofrimento psíquico; angústia; desamparo; pulsão de morte.*

On Today's Malaise: From the Brain to Death Drive

Abstract

A few years ago, the evidence raised by the neurosciences and the proliferation of psychopathological categories have contributed to the legitimacy and the multiplication of speeches filled with promises of cure for mental suffering. In this context - where psychopathology is approached from a predominantly biological understanding and the proliferation of diagnostic categories is accompanied by the predominance of a syndromic approach to mental illness - the emphasis on biological therapy operates as a promise of exclusion of the malaise of life. This is a process of naturalization of psychological distress in which the proliferation of diagnostic categories is proportional to the diversity of mental suffering that can be medicated. In this paper, we present some concepts, forged by Freud, as anxiety, helplessness and death drive, as indicators of the possibility of intervening in psychological distress through different perspectives of those who promise the exclusion of evil from life. If evil is a sign of disorder sponsored by the drive that could not enroll in the psychic apparatus, then psychoanalysis includes evil at the heart of the psychic life itself. The latter only is constituted and transformed by the possibility of creating new meanings, new forms of satisfaction for the vital impulse, insistent on excellence.

Keywords: *psychopathology; psychic suffering; anguish; helplessness; death drive.*

Sobre el Malestar de Hoy: Del Cerebro a la Pulsión de Muerte

Resumen

Hace unos años las pruebas formuladas por las neurociencias y la proliferación de categorías psicopatológicas ha colaborado para la legitimación y la multiplicación de los discursos llenos de promesas de curación de sufrimiento psíquico. En este contexto — donde la psicopatología está dirigida de un concepto predominante biológico y la proliferación de categorías diagnósticos Si acompañada por el predominio de un enfoque sindrómico de la enfermedad mental — el énfasis en la terapia biológica opera como la promesa de eliminar el malestar de la vida. Este es un proceso de naturalización de la angustia en que multiplicación de categorías de diagnósticos es proporcional a la diversidad de sufrimiento psíquico que puede ser tratado. Presentamos algunos conceptos forjadas por Freud, como la angustia, la impotencia y la pulsión de muerte, como indicadores de la posibilidad de intervenir en el sufrimiento a través de varias perspectivas de aquellos que prometen la exclusión del mal en la vida psíquico. Si malo es signo de desorden promovido por pulsión que no pudo inscribirse en el aparato psíquico, entonces psicoanálisis incluyen mal en el corazón de su propia vida psíquica. El último solamente si es y gracias a la posibilidad de crear nuevos significados, nuevas formas de satisfacción posible para el impulso vital, insistente por excelencia.

Palabras-clave: psicopatología; angustia; ansiedad; impotencia; la pulsión de muerte.

Tout le Malaise Aujourd'hui: Du Cerveau à la Pulsion de Mort

Résumé

Il y a quelques années la preuve formulée par les neurosciences et la prolifération des catégories psicopatológicas a collaboré pour la légitimation et la multiplication des discours rempli de

promesses de guérison pour psychique en souffrance. Dans ce contexte — où la psychopathologie est adressée par un concept de nature essentiellement biologique et la prolifération des catégories diagnostiques lorsqu'elle est faite par la prédominance d'une approche syndromique de la maladie mentale — l'accent sur la thérapie biologique fonctionne comme la promesse de la suppression du malaise de la vie. Il s'agit d'un processus de naturalisation de la détresse dans lequel la multiplication des catégories diagnostiques est proportionnelle à la diversité des psychique qui souffrent et qui peut être traitée. Nous présentons quelques concepts forgés par Freud, comme l'anxiété, d'impuissance et la pulsion de mort, comme indicateurs de la possibilité d'intervenir dans le psychique en souffrance par plusieurs points de vue de ceux qui vous promettent l'exclusion du mal dans la vie. Si mal est signe de trouble promu par pulsion qui ne puisse pas s'inscrire dans l'appareil psychique, puis psychanalyse comprend mal au cœur de sa vie psychique. Le seulement si ce dernier est et se transforme grâce à la possibilité de créer de nouvelles significations, nouvelles formes de satisfaction possible pour l'impulsion vitale, insistante par excellence.

Mots-clés: psychopathologie; détresse; anxiété; impuissance; pulsion de mort.

O Mal-estar na Vida Cotidiana

Em 1952, o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais* publicado pela Associação Americana de Psiquiatria listou 106 categorias de desordens mentais. O DSM IV, publicado em 1994, listou 297 desordens mentais (APA, 1994). Ou seja, em 42 anos, 191 novas categorias foram descritas, dentre as quais podemos identificar a ênfase nos quadros que derivam dos sintomas da ansiedade e da depressão (Ehrenberg, 2008). O termo inglês “anxiety” é utilizado no campo médico desde a metade do século XVII, mas foi somente no início do século XIX, em 1813, que a ansiedade foi considerada como uma disfunção da atividade mental (Landeira-Fernandez & Cruz, 2007) cujos sintomas são: palpitações, sudorese, tremores ou abalos, falta de ar ou sensação de sufocamento, asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio, desrealização ou despersonalização, medo de perder

o controle ou enlouquecer, medo de morrer, parestesias, calafrios ou calores. Atualmente, se pelo menos quatro desses sintomas se manifestam intensamente em aproximadamente 10 minutos, caracterizando um período de intenso temor ou desconforto, vive-se um ataque de pânico (APA, 1994). Esse quadro, classificado pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais*, pode sugerir o diagnóstico de transtorno do pânico caso pelo menos um dos ataques seja seguido por um mês de preocupação com a possibilidade de novos ataques ou com as consequências do ataque ou, ainda, de alteração comportamental significativa (APA, 1994).

Já para o diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada, pelo menos três dos seguintes sintomas devem estar presentes por no mínimo seis meses, associados à ansiedade e expectativa apreensiva: inquietação, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular, perturbações do sono. Participam também do grupo dos transtornos de ansiedade classificados pelo *DSM IV* a fobia social (ansiedade relacionada a situações sociais ou de desempenho) e a fobia específica (ansiedade diante de situação ou objeto específico). O conjunto dos transtornos de ansiedade contém ainda o transtorno obsessivo-compulsivo, o transtorno do estresse pós-traumático, o transtorno de estresse agudo e o transtorno de ansiedade sem outra especificação. Este último diz respeito a alguns quadros sintomáticos que, apesar de não preencherem os critérios dos transtornos de ansiedade classificados e descritos acima, ainda assim são contemplados pelo manual como categoria diagnóstica. É o caso, por exemplo, do transtorno ansioso-depressivo misto, que reúne sintomas de ansiedade e de depressão, mas não satisfazem critérios para qualquer transtorno de humor ou de ansiedade específicos (APA, 1994).

O conjunto dos transtornos do humor é composto pelo transtorno depressivo maior, transtorno distímico e transtorno bipolar I. O transtorno depressivo maior pode ser diagnosticado diante da manifestação de um único episódio depressivo maior. Este último se caracteriza pela reunião de no mínimo cinco dos seguintes sintomas, presentes durante um período mínimo de duas semanas: perda ou ganho de peso, aumento ou diminuição do apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, perda de

energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva (inadequada), capacidade diminuída de pensar ou indecisão, pensamentos de morte, ideação suicida. Pelo menos um dos sintomas deve ser humor deprimido ou irritável (em crianças e adolescentes), ou perda do interesse ou prazer. Os sintomas devem expressar uma alteração em relação ao funcionamento anterior do indivíduo. No entanto, se durante o período de dois anos algum dos sintomas do episódio depressivo esteve presente ininterruptamente por dois meses, pode ser diagnosticado o transtorno distímico. A classificação dos transtornos de humor conta ainda com o transtorno depressivo sem outra especificação, item onde são contemplados os sintomas depressivos que não respondem aos critérios para os outros transtornos do humor, tais como o transtorno disfórico pré-menstrual, diagnosticado diante da manifestação de humor deprimido, ansiedade, instabilidade afetiva, interesse diminuído por atividades, durante a maioria dos ciclos menstruais. Já o transtorno depressivo menor é um diagnóstico que se justifica pela presença de menos de cinco dos itens exigidos para o transtorno depressivo maior, por pelo menos duas semanas. E o transtorno depressivo breve recorrente é diagnosticado em caso de sintomatologia depressiva manifestada durante o período de dois dias a duas semanas, pelo menos uma vez por mês, por doze meses (APA, 1994).

Esta brevíssima exposição das classificações diagnósticas dos transtornos mentais tem o objetivo de fazer refletir sobre a proliferação de categorias nas quais o sofrimento psíquico pode ser classificado. Nota-se facilmente que os sintomas de ansiedade e de depressão reúnem uma variedade de sofrimentos que dificilmente não corresponderiam aos critérios psicopatológicos contemporâneos. É o caso de sofrimentos bastante comuns, como o sentimento de insuficiência e a preocupação excessiva, por exemplo. Ou seja, parece que grande parte do sofrimento que podemos sentir durante uma trajetória de vida pode funcionar como peça de um jogo cujas regras são esclarecidas em manuais diagnósticos e cujo objetivo é a definição de um transtorno mental. Quase sempre, a manifestação de algum sofrimento (inclusive associado a alguma manifestação física como a sudorese e o aumento da frequência cardíaca, por exemplo) pode ser traduzida em sintoma. Da mesma maneira, quase todo quadro sintomático

(algumas vezes, apenas um sintoma) submetido ao fator tempo (algumas vezes, menos de quinze minutos) pode ser classificado em alguma categoria de transtorno mental.

Equiparando a ansiedade humana às respostas de defesa apresentadas pelos animais em situações de perigo – no caso, ratos de laboratório – Landeira-Fernandez e Cruz (2007) concluíram que o transtorno de ansiedade generalizada tem origem nos circuitos neurais responsáveis pelo sentimento de medo, enquanto que o ataque de pânico se origina nos circuitos neurais responsáveis pelo sentimento de dor. Ou seja, o mau funcionamento dos circuitos neurais do medo e da dor são os responsáveis pela ocorrência dos sintomas que caracterizam, respectivamente, o transtorno de ansiedade generalizada e o ataque de pânico. No entanto, os sistemas neurais do medo e da dor, normalmente, reagem a estímulos externos de perigo que podem ser perigos potenciais no caso do medo, ou reais no caso da dor. Segundo os autores, a ativação desses circuitos neurais “na ausência de qualquer estímulo externo que justificasse essas intensas reações” (Landeira-Fernandez & Cruz, 2007: 233) indicaria uma deficiência no funcionamento dos circuitos neurais da dor ou do medo.

Ora, os sintomas que compõem hoje os transtornos de ansiedade não apresentam diferenças significativas em relação à sintomatologia do que Freud, ao longo de sua obra, descreveu como neurose de angústia. Em 1895, Freud (1895[1894]/1996d) identificou os seguintes sintomas:

1. irritabilidade geral: sintoma que aponta para um acúmulo de excitação ou uma incapacidade de tolerar tal acúmulo;
2. expectativa angustiada: sintoma nuclear desta neurose que se transforma em compulsão por adotar uma visão pessimista das coisas e, quando a saúde do próprio sujeito é o objeto de tal compulsão, ele expressa hipochondria. A expectativa angustiada pode assumir ainda a forma de uma angústia moral, escrúpulo e pedantismo. Nesse sintoma, Freud reconhece “um quantum de angústia em estado livre de flutuação, o qual, quando há uma

expectativa, controla a escolha das representações e está sempre pronto a se ligar a qualquer conteúdo representativo adequado” (Freud, 1895 [1894] /1996d, p.96);

3. ataque de angústia: a angústia pode também irromper subitamente na consciência sem que tenha sido despertada por representações ou, ainda, apresentar-se ligada ao distúrbio de funções corporais, como a respiração, a atividade cardíaca, a inervação vasomotora ou a atividade glandular, situação onde o sentimento de angústia é relatado em segundo plano, de maneira difusa;

4. ataques de angústia rudimentares e equivalentes de ataques de angústia: ocorrências isoladas de acessos de suor, tremores e calafrios, diarreia, vertigem ou congestões, por exemplo;

5. acordar em pânico: uma variante do ataque de angústia e uma segunda forma de insônia dentro do campo da neurose de angústia;

6. vertigem: manifestações brandas ou mais intensas como acessos de vertigem com ou sem angústia, classificados entre os sintomas mais graves da neurose. O acesso de vertigem consiste em um “estado específico de mal-estar, acompanhado por sensações de que o solo oscila, as pernas cedem e é impossível manter-se em pé por mais tempo; enquanto isso, as pernas pesam como chumbo e tremem, ou os joelhos se dobram. Essa vertigem nunca leva a quedas.” No entanto, o acesso de vertigem pode ocorrer também na forma de um desmaio profundo;

7. fobias de riscos fisiológicos gerais e relacionadas à locomoção: quando atua de modo obsessivo, a fobia de riscos fisiológicos gerais diz respeito à recordação de uma experiência na qual a angústia se manifestou. Justamente o que torna tais experiências tão importantes e tão frequentes na lembrança é a angústia que emergiu

no momento da experiência e emerge na situação atual fóbica, o que indica uma atuação em conjunto das fobias manifestadas na neurose de angústia com a expectativa angustiada. Já o grupo das fobias relacionadas à locomoção inclui a agorafobia em todas as suas formas, todas relacionadas à locomoção.

Em carta a Fliess, Freud (1893/1996a) destacou três formas de neurose de angústia: estado crônico, ataques de angústia durante semanas ou meses e depressão periódica. No ano seguinte, ainda se dirigido ao amigo Fliess, revelou acreditar que a angústia surge a partir de “acumulação de tensão sexual física” (Freud, 1893/1996a), em consequência de ter sido evitada sua descarga, fato extensamente observado em sua clínica. Noutras palavras, a angústia surgiria como efeito do acúmulo da tensão sexual (Freud, 1894/1996b). Se na histeria de conversão a excitação psíquica seria deslocada para o somático, na neurose de angústia, a tensão física não se expressaria psiquicamente, permanecendo como energia física (Freud, 1894/1996b). Tal hipótese foi tornada pública em 1995 no artigo *Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia* no qual Freud insistiu na etiologia sexual da neurose de angústia e em sua origem somática, acompanhada de uma diminuição da participação psíquica nos processos sexuais, o que culminaria no emprego patológico, da excitação sexual frustrada (Freud, 1895/1996e). Nota-se que não havia, nesse momento do pensamento freudiano sobre a etiologia da neurose de angústia, o reconhecimento de nenhum acontecimento traumático (como na histeria ou na neurose obsessiva) nem da origem psíquica da angústia. Contudo, em 1910, Freud diferenciou a neurose de angústia da histeria de angústia, definindo a primeira como uma neurose atual e a segunda como uma psiconeurose. A causação das neuroses atuais seria contemporânea: o sujeito não disporia de representações psíquicas para dar conta de uma situação traumática atual. Já nos casos de psiconeuroses não haveria como negligenciar os fatores psíquicos envolvidos (Freud, 1910/1996i).

Mas, o que é realmente importante é que, em contraste com a classificação psicopatológica encontrada nos manuais atuais – reveladora de uma abordagem predominantemente sin-

drômica das doenças mentais - Freud alertou para o fato de que o diagnóstico não pode se fundamentar somente na identificação de um sintoma como a angústia, comum a quadros psicopatológicos diferentes com etiologias diversas (Freud, 1910/1996h). E mais: é preciso ainda discernir os diferentes tipos de angústia para que se possa atribuir-lhe o caráter de sintoma. Para Freud (1916-1917/1996m), haveria dois tipos de afetos distintos: a angústia neurótica e a angústia realista. Esta última seria uma reação racional e compreensível à percepção de um perigo externo. Se excessiva, tal angústia pode paralisar a ação e até mesmo a fuga (Freud, 1916-1917/1996m).

Esta abordagem da forma realista da manifestação de angústia levou Freud a concluir que a angústia realista também pode caracterizar um estado subjetivo (e neurótico) diante da percepção do surgimento da própria angústia, tomada pelo sujeito como uma realidade perigosa. Tratar-se-ia de um estado de expectativa angustiada ou, noutras palavras, “expectativa do mal” (Freud, 1916-1917/1996m, p.399). Esta angústia neurótica é descrita como uma apreensão generalizada, uma angústia difusa, flutuante, pronta para se ligar a alguma representação e, com isso, constituir uma fobia (Freud, 1916-1917/1996m). É importante observar que, se a angústia realista traduziria a reação do ego ao perigo, disparando o sinal para a fuga, na angústia neurótica, o ego se defenderia de uma exigência pulsional, tratando o perigo interno como se fosse externo (Freud, 1916-1917/1996m). Isto porque uma exigência pulsional se torna perigosa quando sua satisfação é capaz de provocar um perigo externo (1926/1996p).

Mas afinal, qual seria a essência e o significado de uma situação de perigo? Para Freud (1926/1996p), trata-se da estimativa do sujeito quanto a sua própria força em comparação com a magnitude do perigo e do reconhecimento de seu desamparo em face desse perigo. Como medida defensiva, o ego tenta prever a situação traumática que evidencie seu desamparo, sinalizando com o afeto de angústia a expectativa do perigo (Freud, 1926/1996p). Assim, se por um lado, a angústia é uma expectativa de trauma, por outro, ela o reproduz: “Uma situação de perigo é uma situação reconhecida, lembrada e esperada de desamparo” (1926/1996p, p.162). Noutras palavras, a partir dessa condição

passiva e desamparada relativamente à invasão pulsional, o ego repetiria o trauma ativamente, na esperança de conseguir governar seu destino, deslocando a reação de angústia da situação de desamparo original para a expectativa de repetição da mesma (Freud, 1926/1996p). E mais: nas palavras de Freud, “é apenas a magnitude da soma de excitação que transforma uma impressão em momento traumático, paralisa a função do princípio de prazer e confere à situação de perigo a sua importância.” (Freud, 1933[1923]/1996r, p. 97). Ou seja, em última análise a situação de perigo sinalizada pela angústia é a insistente exigência pulsional derivada do corpo vivo. Vê-se que, assim como os pesquisadores Landeira-Fernandez & Mello Cruz (2007) identificaram que os transtornos de ansiedade derivam da ativação de circuitos neurais “na ausência de qualquer estímulo externo que justificasse essas intensas reações” (Landeira-Fernandez & Mello Cruz, 2007: 233), também Freud (1933[1932]/1996r) reconheceu a origem da angústia no interior do corpo, sem a necessidade de uma causa externa.

Contudo, embora a descoberta dos neurocientistas brasileiros possa ser lida como a comprovação empírica da hipótese freudiana, há diferenças radicais que não devem ser negligenciadas. Diferentemente de Landeira-Fernandez & Cruz (2007), o metapsicólogo não entendia ser a angústia o resultado de um mau funcionamento do corpo (do cérebro, no caso) mas, sim, que decorria do simples fato de se estar vivo e, portanto, sujeito às exigências pulsionais. Diferença radical, fundamental e reveladora, pois, com efeito, o interesse da pesquisa de Landeira-Fernandez & Cruz (2007) está em ela ilustrar a predominância atual da abordagem fisicalista dos transtornos mentais e da vida subjetiva. No campo psiquiátrico de hoje, esta predominância se apoia, principalmente, na interpretação causal das correlações observadas entre processos psíquicos e processos neurais, gerando a produção das assim chamadas evidências científicas da determinação neural do psíquico. Tais evidências funcionam como critérios para o desenvolvimento do campo psiquiátrico através da proliferação de categorias diagnósticas e da produção e utilização de psicofármacos, colaborando assim para a crescente medicalização do mal-estar. Trata-se, em verdade, de um processo de naturalização e de patologização do sofrimento psíquico no qual a multiplicação

de categorias diagnósticas é proporcional aos sofrimentos psíquicos passíveis de intervenção medicamentosa.

A Psiquiatria e a Naturalização do Mal-estar

Para entendermos melhor o processo de medicalização do mal-estar psíquico é preciso situá-lo na interseção com as vicissitudes do saber psiquiátrico. Em 1998, a Organização Mundial de Saúde estimou que 24% dos pacientes que se apresentam a médicos de cuidados primários sofrem de um transtorno mental definido pela *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde*. Dentre estes pacientes, 69% também apresentam sintomas físicos (WHO, 1998). Em 2008, verificou-se que 14% da carga de impacto global de doenças – calculada a partir de índices de mortalidade, de morbidade e de inaptidão – podem ser atribuídos às doenças mentais, neurológicas e relacionadas ao uso e abuso de substâncias (MNS) (WHO, 2008). Kessler et al (2007) estimam que aproximadamente metade da população norte-americana, alguma vez na vida, responderá aos critérios para algum transtorno classificado pelo *DSM IV*.

Esses dados epidemiológicos merecem discussão. Conforme observam Ehrenberg e Lovell (2001), o domínio de ação da medicina e clínica mentais é um dos mais vastos, um espectro que vai desde as esquizofrenias até o melhoramento das performances cotidianas de cada indivíduo. Tal expansão reflete uma ampliação da psicopatologia através da inclusão do mal-estar psíquico no foco de atenção e atuação da psiquiatria. Ehrenberg e Lovell (2001) frisam que a passagem do séc. XX para o XXI fez da psiquiatria responsável, não somente por tratar as doenças mentais, mas também por promover a saúde mental. Com efeito, o projeto de promoção de uma educação para a saúde mental data dos séculos XVIII e XIX, quando higienistas e pedagogos impuseram a saúde mental como norma social. Tratava-se de uma educação psicológica com a finalidade de universalizar particularidades emocionais definidas como saudáveis, ou seja, "...criar uma norma psicológica, fixando certos registros de

percepção e interpretação de fenômenos da esfera psíquica como modelos dominantes...” (Costa, 1984, p.72). Os resultados foram, de um lado, o aumento da “... capacidade de traduzir sensações psíquicas em sintomas psicopatológicos” (Costa, 1984, p.71) e, de outro, o crescimento do consumo da saúde mental (e não a taxa de sanidade mental). Bem-estar, qualidade de vida, acompanhamento se tornaram palavras-chave de um imenso mercado do equilíbrio subjetivo, onde a psiquiatria e a medicina representam apenas uma parte. Vê-se como a noção indefinida de mal-estar se tornou hoje um campo maior de preocupação e de ação.

Esta expansão das patologias mentais foi tema de interesse de estudos recentes. Lane (2007) denunciou a transformação da vergonha em transtorno psiquiátrico através da inclusão da fobia social ao quadro dos transtornos de ansiedade classificados pelo terceiro *Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais* em 1980. Por sua vez, Horwitz e Wakefield (2007), preocupados com a medicalização de sentimentos comuns, defenderam a tese de que a psiquiatria contemporânea confundiria tristeza normal com transtorno depressivo devido à pouca importância conferida à relação existente entre o sintoma e o contexto no qual emerge. Já Kessler et al (2006) realizaram pesquisa comparando a prevalência de ataques isolados de pânico com a prevalência de transtorno do pânico com ou sem agorafobia. Os resultados obtidos indicaram serem os ataques isolados de pânico bastante comuns e, por isso, os autores sugeriram a reavaliação do critério diagnóstico e dos limiares sintomáticos para transtorno do pânico a fim de que se estabeleça uma diferenciação entre experiências normais de pânico e experiências patológicas de pânico. Mas, esta expansão das patologias mentais não aconteceu isoladamente. Ao lado e por conta dela, houve um incremento da produção e do consumo de medicamentos psicotrópicos e a inserção de disciplinas médicas e biológicas – notadamente, das neurociências – no campo da psiquiatria (Ehrenberg & Lovell, 2001).

Os medicamentos destinados ao tratamento das doenças mentais ocupavam, há mais ou menos 20 anos atrás, o nono lugar entre os mais vendidos mundialmente. Nesta mesma época, nos Estados Unidos, aproximadamente dois milhões de pessoas faziam uso de farmacoterapia, sendo que o diazepam era o mais prescrito (APA, 1990). De lá para cá, os números só aumentaram,

tendo sido verificada uma mudança no padrão de prescrição de psicofármacos, com maior utilização de antidepressivos (APA, 1990). No Brasil, estudos realizados no final dos anos 80, mostraram que foram consumidos 500 milhões de doses diárias de tranqüilizantes (Carlini, 1995), o que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) representava uma quantidade três vezes superior às necessidades reais (OMS, 1990). Em outro estudo realizado pelo CEBRID, em 2003, foram produzidas mais de 33 bilhões de doses de benzodiazepínicos. O Brasil tem 37 benzodiazepínicos no comércio, que são vendidos por diferentes laboratórios farmacêuticos sob quase oitenta nomes e marcas diferentes (CEBRID, 2003).

No caso das crianças, a situação não é diferente. Nos EUA, entre 2001 e 2005, a prescrição de psicofármacos aumentou em torno de 75%. Estima-se que cerca de 2,5 milhões de crianças estejam tomando antidepressivos, sendo que entre 2002 e 2006, a produção brasileira de ritalina — droga prescrita para TDAH — cresceu 465% (Itaborahy, 2009). Quanto ao uso de antidepressivos, um estudo realizado pelo Centro de Pesquisa de Pediatria Farmacêutica da Universidade de Londres sugeriu um aumento no uso de antidepressivos por crianças em nove países pesquisados, inclusive o Brasil (Wong, Murray, Camilleri-Novak, & Stephens, 2004). Segundo este mesmo estudo, entre os anos de 2000 e 2002, o número de receitas médicas de antidepressivos para crianças registrou um aumento de 48% (Wong, Murray, Camilleri-Novak, & Stephens, 2004).

Ora, não há dúvidas de que os psicofármacos contribuíram muito para minimizar algumas formas de sofrimento decorrentes de transtornos mentais como a psicose, por exemplo, já que ajudaram a diminuir significativamente o número de internações psiquiátricas e o tempo de permanência dos pacientes psiquiátricos nos hospitais. A questão não é tanto esta, mas, sim o fato de que testemunhamos, ao longo da 2ª metade do século XX, uma multiplicação de novas modalidades de mal-estar psíquico características do contexto em que vivemos atualmente: depressão, ansiedade, pânico etc. Uma leitura possível para tais dados é o entendimento de que tais afecções expressam, mais profundamente, um processo de produção subjetiva apoiado na idéia de funcionalidade, de competência, de performance, de responsabilidade individual pelo próprio bem-estar e pela própria felicidade. Qualquer desvio, variação ou dificuldade vira anormalidade. Não há espaço para dias de mau humor ou perío-

dos de crise nos quais a produtividade fica comprometida. Quem não atende à exigência de ser feliz, produtivo e competente, vira anormal do ponto de vista de seu funcionamento neuroquímico. Assim é que, para cada estado de espírito, confundido com sintoma psicopatológico, há uma solução ao alcance das mãos: a tristeza combate-se com antidepressivos; a ansiedade, com tranqüilizantes, a desatenção e a dispersão, com ritalina, e vai por aí. Aos indivíduos, com pouco ou nenhum recurso que permita elaborar suas experiências afetivas e seus impasses existenciais, resta a captura pelo registro da psicopatologia e pelas estratégias mercadológicas de uma psicofarmacologia apoiada no dogma cientificista segundo o qual o que sentimos e pensamos deriva, em última instância, da dança intracerebral dos nossos neurônios e das substâncias que ali passeiam.

É que, a partir dos anos 70, a classificação psicopatológica foi simplificada e esquematizada em manuais diagnósticos, levando à homogeneização da linguagem sobre os transtornos mentais e permitindo o diagnóstico também por parte de clínicos gerais. Com isso, a racionalidade etiológica anterior foi substituída pela racionalidade sindrômica e a noção de inconsciente sofreu uma perda significativa de importância no campo da psiquiatria, acompanhada pela desarticulação do sintoma à dimensão histórico-temporal (Ehrenberg & Lovell, 2001). A personalidade passou a ter papel secundário no quadro dessa nova estratégia diagnóstica (Birman, 1999; Ehrenberg & Lovell, 2001; Coser, 2006). Em tempos de molecularização da vida (Rose, 2007), o resultado do consenso estabelecido sobre o diagnóstico das síndromes, possibilitado pelo manual, dá a entender que se trata de entidades naturais e que, um dia, as disfunções biológicas da qual derivam serão descobertas. Ao mesmo tempo, a terapêutica biológica se tornou um dado fundamental na nosografia psiquiátrica e na pesquisa das causas ou dos mecanismos geradores da patologia mental, já que a reação do paciente ao tratamento é uma testemunha confiável, um meio de verificar a correção do diagnóstico, do qual a psiquiatria dispõe. Assim, a medicina mental entrou na era da dissecação farmacológica (Ehrenberg, 2008) e as doenças mentais foram alinhadas ao câncer ou à hipertensão (Ehrenberg & Lovell, 2001).

Será este o único modo de entender o mal-estar?

A Psicanálise: Da Natureza ao Sentido

Embora a herança da metodologia das ciências naturais, utilizada pela psicologia oitocentista para encontrar as leis que regem o homem, consistisse em considerar que a verdade do homem encontra-se no seu ser natural e que o conhecimento científico deve resultar do estabelecimento de relações quantitativas derivadas de verificação experimental, no final do século XIX, a psicologia foi palco de um movimento denominado por Foucault (1957/1994) de descoberta do sentido. Tal movimento dizia respeito a uma análise disposta a ser mais fiel às características específicas da realidade humana. Tratava-se de preterir as hipóteses generalistas que explicavam o homem como um setor determinado do mundo natural em favor das investigações de tudo o que escapa às determinações da natureza e funciona de acordo com leis diferentes das que regeriam os fenômenos naturais.

Foucault (1957/1994) analisa particularmente as versões da psicologia naturalista representadas pelos modelos físico-químico, orgânico e evolucionista. Na tentativa de ascender às leis mais gerais do psiquismo – segundo as coordenadas físicas de Newton e químicas de Lavoisier – o modelo físico-químico reduzia os fenômenos psíquicos complexos a elementos simples, como a fragmentação da percepção em sensações, por exemplo (Foucault, 1957/1994). O modelo orgânico já não declara obediência às coordenadas de Newton e Lavoisier, mas tenta definir a realidade humana pela sua natureza orgânica e teve em Fechner e Wundt seus chefes. O psiquismo, assim concebido, tem as mesmas características do organismo no que diz respeito à capacidade de adaptação, à espontaneidade e aos processos de regulação interna. Já o terceiro modelo apontado por Foucault como herdeiro dos métodos das ciências naturais foi o evolucionista, o qual inaugurou a concepção de que o fato psicológico só tem sentido em relação ao passado e ao presente como resultado de um percurso de estruturas dispostas hierarquicamente (Foucault, 1957/1994).

Embora naturalista, talvez tenha sido este o modelo o responsável por um movimento de desvio no interior da psicologia tornada científica, pois concebia a verdade do homem como sendo forjada na construção do sentido de sua existência (e não mais encontrada no seu ser natural), não podendo ser representada quantitativamente e imprevisível e irreproduzível experimentalmente. Ora, nenhum pensamento psicológico deu mais importância à construção histórica de sentido do que a psicanálise (Foucault, 1957/1994), ainda que, no final do séc. XIX, o aparecimento do modelo psicodinâmico de Kraepelin tenha marcado a psiquiatria moderna ao trazer à tona uma abordagem fenomenológica, voltada para a descrição da experiência subjetiva do sofrimento.

Em 1900, Freud deu início à sua *Interpretação dos Sonhos* (1900/1996f), obra onde declarou o caráter predominantemente psicológico de sua pesquisa. Tentando conquistar o leitor da literatura científica que tratava dos problemas dos sonhos, Freud esclareceu que a compreensão científica dos sonhos havia progredido muito pouco no mundo das ciências, onde o material existente tratava os sonhos e o sono como um tópico único (Freud, 1900/1996f). Além disso, a literatura científica tendia a abordar o sonho através do estabelecimento de analogias com condições patológicas como as alucinações, por exemplo (Freud, 1900/1996f). Freud, no entanto, afirmou ser sua pesquisa sobre os sonhos predominantemente psicológica – marca de seu abandono definitivo do campo da neurologia (ao qual se referia no *Interpretação das Afasias* (1891/1977)¹ – e que, por isso, não abordava o problema do sono, sendo este, essencialmente, um problema da fisiologia (Freud, 1900/1996f).

1 Nessa obra, ainda dedicado ao campo da neurologia, Freud denominou sua posição de “mudança de perspectiva científica” (Freud, 1891/1977, p.56). A perspectiva funcional adotada por Freud nessa ocasião veio de encontro à teoria da lesão na etiologia das perturbações mentais, estabelecendo uma ruptura com a teoria da localização anatômica, que predominava na psiquiatria do séc. XIX (Birman, 2007). A crítica freudiana à teoria localizacionista tem repercussões marcantes no modo de conceber a vida psíquica. Freud afirma que os distúrbios de linguagem não se distinguem de fenômenos que podem ser observados em pessoas normais sob o efeito de estados emocionais intensos. Com isso, Freud relativizou a rigidez da distinção entre o normal e o patológico predominante no campo médico do final do séc. XIX (Freud, 1891/1977; Garcia-Roza, 1991).

Os sonhos são formados pela ação de duas forças psíquicas ou sistemas: uma dessas forças constrói o desejo expresso no sonho e a outra força exerce uma censura sobre esse desejo, distorcendo sua expressão no sonho (Freud, 1900/1996f). No capítulo VII da obra de 1900, o autor utiliza o que ele chama de “algumas representações provisórias” (Freud, 1900/1996f, p.567), através das quais retrata o aparelho psíquico como um instrumento composto por “instâncias” ou “sistemas” (Freud, 1900/1996f, p.567). Neste primeiro modelo de aparelho psíquico, o sistema inconsciente é onde se situa o impulso, a força propulsora para a formação dos sonhos, portanto, o sonho é realização dos desejos do inconsciente (Freud, 1900/1996f). Tais desejos são atemporais, ou seja, não estão submetidos à sequência passado-presente-futuro que rege a temporalidade da consciência e, por isso, permanecem sempre ativos (para Freud, a consciência é considerada como “um órgão sensorial que percebe dados surgidos em outros lugares” (Freud, 1900/1996f, p. 178).

Mas, não são apenas os sonhos expressão dos desejos. Também os sintomas psiconeuróticos são realizações de desejos inconscientes, pois resultam do conflito entre o desejo inconsciente e o desejo pré-consciente, os dois sistemas em conflito (Freud, 1900/1996f)². Dito de outro modo, o sintoma psiconeurótico é uma formação de compromisso entre duas forças em conflito no aparelho psíquico. Há mais: adiante no texto, Freud estende a determinação inconsciente dos sonhos e dos sintomas psiconeuróticos à própria vida psíquica como um todo, revelando que a abordagem psicanalítica, embora não desconsidere a participação da consciência na produção sintomática, promove um descentramento das determinações do sujeito, do plano da consciência para o plano do inconsciente:

É essencial abandonar a supervalorização da proprieda-

-
- 2 A noção de conflito diz respeito a exigências internas contrárias e é privilegiada ao longo da obra freudiana como condição constitutiva do humano. [...] *conflito entre o desejo e a defesa, conflito entre os diferentes sistemas ou instâncias, conflitos entre as pulsões, e por fim o conflito edipiano, onde não apenas se defrontam desejos contrários, mas onde estes enfrentam a interdição* (Laplanche, 1982, p.89-92).

de do estar consciente para que se torne possível formar uma opinião correta da origem do psíquico [...] O inconsciente é a esfera mais ampla que inclui em si a esfera menor do consciente [...] O inconsciente é a verdadeira realidade psíquica; em sua natureza mais íntima, ele nos é tão desconhecido quanto a realidade do mundo externo. (Freud, 1900/1996f, p. 637)

Após enfatizar a motivação inconsciente da vida psíquica, Freud, em 1905, no primeiro dos *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (Freud, 1905/1996g), refletiu sobre as aberrações sexuais e as perversões em relação à norma dos comportamentos sexuais de sua época, tais como desvios em relação ao objeto e ao alvo sexual (Freud, 1905/1996g). Sua conclusão foi serem os vínculos entre a pulsão sexual e o objeto sexual mais frouxos do que nos fazem pensar os quadros ditos normais, nos quais a pulsão parece trazer o objeto consigo (Freud, 1905/1996g). Assim, aquilo que aparece como essencial e constante na pulsão é alguma outra coisa que não as características do objeto em si (Freud, 1905/1996g). Assim, a sexualidade humana se caracterizaria pela variabilidade ao infinito do objeto da pulsão sexual, ou seja, nem o objeto e nem a forma de expressão da sexualidade são previamente determinados. Somos todos perversos polimorfos.

Foi precisamente esta leitura psicanalítica do erotismo especificada no conceito de sexualidade polimorfa que rompeu com os pressupostos básicos do projeto de medicalização em voga no final do século XIX, expressos pelos conceitos de degenerescência e de hereditariedade (Birman, 2006 e Birman, 2007 e Serpa Júnior, 1998).

Na metade do século XIX, a demonstração de existência da base orgânica da loucura poderia conferir a legitimidade científica almejada pelos alienistas. Nessa ocasião, a questão da hereditariedade já tinha força tanto em função do aspecto biológico, quanto do aspecto moral implícito nessa questão – tendo em vista que a hereditariedade não era considerada como exclusiva do campo biológico, mas também dizia respeito aos valores transmitidos pela família através das gerações. A alienação mental participava do conjunto de doenças do sistema nervoso, o que

- para aqueles envolvidos com a questão da hereditariedade no contexto alienista - lhe conferia o estatuto de doença transmitida hereditariamente. Dentre estas, as doenças nervosas despontavam devido ao seu potencial de metamorfose considerado, então, como quase ilimitado. É o que Serpa Junior (1998) chama de “hereditariedade nervosa” (pág. 69), marca da degradação de uma família, noutras palavras, “(...) um mecanismo de funcionamento do próprio processo degenerativo, no qual não há apenas transformação, mas degradação progressiva.” (Serpa Junior, 1998, p.70).

Nesse contexto, a noção de degeneração dizia respeito a um amplo leque de práticas e afecções supostamente responsáveis pelo rebaixamento da espécie humana, tais como o vício e o pauperismo (Serpa Junior, 1998). Temida pela moral burguesa do século XIX, a questão da degenerescência se expandia socialmente principalmente através da preocupação em prevenir um mal que tanto pode ser herdado, como adquirido socialmente. E, se pode ser adquirido socialmente é porque seria contagioso: eis o que impôs certos constrangimentos aos costumes estabelecidos, fazendo da higiene moral o tema de destaque no contexto da psiquiatria nascente. Mas, se a moral é a maneira pela qual os homens se submetem a um princípio de conduta, a regras e a valores que lhe são propostos (Foucault, 1984/2007), então, o caráter degenerado seria, sobretudo, um desvio de conduta em relação às normas estabelecidas socialmente. O escândalo da teoria da sexualidade de Freud foi justamente sua afirmação de que a disposição perversa é característica universal da pulsão sexual (Freud, 1905/1996g). Com isso, ele identificava o caráter degenerado à própria condição humana, uma vez que não há objeto predeterminado para a satisfação pulsional. No pensamento freudiano, portanto, o conceito de pulsão exige que se considere ser o impulso vital desviante por excelência e não por contágio: nos homens, o mal é originário.

Contudo, se esta era a concepção de pulsão em 1905, em 1920, o conceito sofreu transformações determinantes que auxiliam na compreensão da questão do mal em psicanálise. Na primeira parte de *Além do Princípio de Prazer*, Freud (1920/1996o) duvidou do domínio do princípio do prazer na vida psíquica. Segundo tal princípio, os eventos psíquicos tem seu funcionamento regulado pela tendência à redução da tensão intrapsíquica, noutros termos, à

evitação de desprazer e à consequente produção do prazer (Freud, 1920/1996o). Segundo essa hipótese, o prazer e o desprazer estariam relacionados à quantidade de excitação, de maneira que o desprazer corresponderia a um aumento na quantidade de excitação, ao passo que o prazer corresponderia a uma diminuição em tal quantidade. Dessa forma, o princípio do prazer decorreria do princípio de constância, segundo o qual o aparelho psíquico se esforçaria por manter a quantidade de excitação tão baixa quanto possível, ou, ao menos, constante (Freud, 1920/1996o). Em 1920, no entanto, o metapsicólogo afirmou que “... é incorreto falar na dominância do princípio de prazer sobre o curso dos processos mentais” (Freud, 1920/1996o, p.19), pois a experiência geral contradiria tal hipótese. O máximo que se poderia afirmar seria uma “forte tendência no sentido do princípio de prazer” (Freud, 1920/1996o, p.19), o que não garante que este prevaleça na vida psíquica. Evidências clínicas, tais como a neurose traumática e a compulsão à repetição apontavam para um funcionamento psíquico que a teoria construída até então não conseguia explicar a partir do princípio de prazer. Isto levou tanto à formulação de uma função do aparelho psíquico independente e mais primitiva do que o princípio de prazer, quanto à elaboração do conceito de pulsão de morte (Freud, 1920/1996o). É exatamente este conceito que permite a consideração da psicanálise como uma alternativa para o governo do mal-estar radicalmente diversa da predominante no moderno dispositivo médico. Vejamos como.

A Pulsão de Morte e o Mal em Psicanálise

Ainda em 1894, em um artigo sobre as neuropsicoses de defesa, Freud revelou sua hipótese energética de trabalho, segundo a qual deve-se distinguir, nas funções psíquicas, algo como uma quantidade, um fluxo de energia, passível de aumento, diminuição, deslocamento e descarga e que se espalha sobre os traços mnêmicos como uma carga elétrica (Freud, 1894/1996c). Em 1920, o autor acrescentou qualidade a essa quantidade de excitação

a qual se referia há, pelo menos, 36 anos. Sua proposta foi a de que o processo excitatório varia quantitativamente e qualitativamente. A variação do fator qualitativo consiste em dois tipos de investimento da energia que se propaga nos sistemas psíquicos e através de seus elementos: um investimento que flui livremente e pressiona no sentido da descarga e um investimento quiescente. Quando os sistemas responsáveis pela recepção do estímulo não estão suficientemente operantes, não conseguem vincular a quantidade de excitação em estado livre (Freud, 1920/1996o). A importância deste ponto de vista foi explicitada em 1915, quando Freud (anunciou ter acrescentado o ponto de vista econômico ao dinâmico e ao tópico, caracterizando o primeiro como a intenção de “(...) levar às últimas consequências as vicissitudes das quantidades de excitação e chegar, pelo menos, a uma estimativa relativa de sua magnitude” (Freud, 1915/1996k, p.186). Em 1926, o conceito de desamparo veio colaborar para esta estimativa relativa da magnitude da excitação psíquica.

Em *Inibições Sintomas e Angústia*, Freud (1926/1996p) sublinhou que o caráter excessivo de uma excitação deriva da (in) capacidade do aparato psíquico de ligar ou vincular o impulso pulsional que investe livremente no sentido da descarga. De modo que o sujeito encontrar-se-ia desamparado frente à insistência do impulso pulsional e, conseqüentemente, impelido a empreender um trabalho psíquico de ligação da energia livremente circulante. É sabido que Freud considerava o desamparo psíquico como sendo oriundo e relativo ao estado de dependência biológica prolongada do ser humano: “Como resultado, a influência do mundo externo real sobre ele é intensificada e uma diferenciação inicial entre o ego e o id é promovida. O fator biológico, então, estabelece as primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado que acompanhará a criança durante o resto de sua vida.” (Freud, 1926/1996p, p.151). Quer o ego esteja sofrendo de dor ou experimentando um acúmulo de exigências pulsionais insatisfeitas, a situação econômica é a mesma: “(...) o desamparo motor do ego encontra expressão no desamparo psíquico (...)”, sinalizado pela manifestação de angústia (Freud, 1926/1996p, p.163). Com efeito, a situação econômica excessiva sinalizada pela angústia denuncia a condição de desamparo biopsíquico do ser humano. Contudo,

o carácter excessivo da economia pulsional é explicitado pelo conceito de pulsão de morte, a qual serve como força deflagradora e motivadora do trabalho psíquico de ligação empreendido pelas forças da pulsão de vida. A pulsão de vida (caracterizada como um modo de investimento da energia que promove ligações) e a pulsão de morte (identificada ao modo de investimento que flui livremente no sentido da descarga) se mesclam no processo de viver. Dito de outro modo, a pulsão de morte é posta aos serviços das forças que atuam promovendo ligações da energia psíquica, por exemplo, na forma de agressividade (Freud, 1933 [1932]/1996r).

Por outro lado, a elaboração do conceito de pulsão de morte colocou em cheque a possibilidade de que a manutenção da vida seja o princípio soberano do funcionamento psíquico, o que foi marcante no que diz respeito ao governo do mal proposto pela psicanálise. Encontramos algumas reflexões freudianas sobre o mal anteriores a 1920, como é o caso da carta a Frederik Van Eeden ³ (3) (Freud, 1914/1996i):

A psicanálise inferiu dos sonhos e das parapraxias das pessoas saudáveis, bem como dos sintomas dos neuróticos, que os impulsos primitivos, selvagens e maus da humanidade não desapareceram de qualquer de seus membros individuais, mas persistem, embora num estado recalcado, no inconsciente (para empregar nossos termos técnicos) e aguardam as oportunidades para se tornarem ativos mais uma vez. Ela nos ensinou, ainda, que nosso intelecto é algo débil e dependente, um joquete e um instrumento de nossas pulsões e afetos, e que todos nós somos compelidos a nos comportar inteligente ou estupidamente, de acordo com as ordens de nossas atitudes (emocionais) e resistências internas. (Freud, 1914/1996i, p.311)

Em 1915, em *Reflexões para os tempos de guerra e morte*

3 Frederik Van Eeden era um psicopatologista holandês que, embora velho conhecido de Freud, nunca aceitou os conceitos criados pela psicanálise. A carta de 1914 endereçada a Frederik Van Eeden foi escrita alguns meses depois de deflagrada a Primeira Guerra Mundial. (Freud, 1914/1996i, p.311).

(Freud, 1915/1996j), cinco anos antes, portanto, da elaboração do conceito de pulsão de morte, Freud indicou a participação do mal no cerne da vida psíquica:

Realmente, é estranho tanto à nossa inteligência quanto a nossos sentimentos aliar assim o amor ao ódio; mas a Natureza, fazendo uso desse par de opostos, consegue manter o amor sempre vigilante e renovado, a fim de protegê-lo contra o ódio que jaz, à espreita, por trás dele. Poder-se-ia dizer que devemos as mais belas florações de nosso amor à reação contra o impulso hostil que sentimos dentro de nós. (Freud, 1915/1996j, p.309)

E, ainda,

Não seria melhor dar à morte o lugar na realidade e em nossos pensamentos que lhe é devido, e dar um pouco mais de proeminência à atitude inconsciente para com a morte, que, até agora, tão cuidadosamente suprimimos? [...] Tolerar a vida continua a ser, afinal de contas, o primeiro dever de todos os seres vivos. A ilusão perderá todo o seu valor, se tornar isso mais difícil para nós. (Freud, 1915/1996j, p.309)

Em *Sobre a Transitoriedade* (Freud, 1916/1996l), Freud alerta para o fato de que o campo de produção e atuação da ciência não é imune à produção e à atuação do mal. Nesse artigo, Freud aborda a questão da finitude – tema no qual a morte ocupa lugar de destaque – e afirma que a imortalidade, ou melhor, a exigência de imortalidade é um produto de nossos desejos. O valor da transitoriedade, por outro lado, é a escassez. Submetida ao próprio tempo, a transitoriedade é aquilo que limita a possibilidade de uma fruição, fato que eleva o valor dessa fruição (Freud, 1916/1996l). Nesse sentido, a destruição a que estamos submetidos, seja em situação de guerra, seja pela limitação imposta a toda existência, nos impele à reconstrução, movimento de onde algo diferente e novo pode surgir (Freud, 1916/1996l). Tal reconstrução só é possível em função da exigência de trabalho que a pulsão faz ao psiquismo.

O conceito de pulsão aborda a existência humana de uma

perspectiva distinta daquela das ciências naturais sem que para isso seja necessário excluir a materialidade corporal⁴ da produção da vida psíquica. Mas, embora presente na teoria freudiana, esta materialidade corporal não é concebida como subordinada somente às leis do funcionamento biológico descritas pelas ciências naturais. Não se trata, para a psicanálise, de um corpo entendido como totalidade organizada, com os modos de articulação com o mundo preestabelecidos. Trata-se de um corpo pulsional concebido como fonte de “(...) pura potência indeterminada, pluralidade de intensidades anárquicas” (Garcia-Roza, 1990, p.18). De tal modo que as pulsões constituiriam uma “(...) nova realidade corporal, irreduzível ao natural, ao instintivo” (Garcia-Roza, 1990, p.18-19). E mais: “as pulsões designam um estado de dispersão de intensidades corporais” (Garcia-Roza, 1990, p.19), dispersão que exige ordenamento, ou seja, produção de novos sentidos.

Ora, o conceito de pulsão promoveu uma desnaturalização do corpo justamente por não se tratar de um conceito limite entre a mente e o corpo pensados como substâncias distintas (como em Descartes), mas sim de um conceito referido às “(...) relações entre o corpo e os objetos do mundo” (Garcia-Roza, 1990, p. 13). Portanto, um conceito-limite que pretende abranger o que se dá entre o que a materialidade corporal demanda e exige e o que esta mesma demanda produz, a saber, a própria vida psíquica. Nota-se que não é a materialidade corporal que produz a vida psíquica em uma relação imediata e determinista. O psiquismo é resultado da diferença entre a exigência de descarga de energia por parte do corpo e a possibilidade de satisfação de tal exigência, nunca plenamente correspondentes (Garcia-Roza, 1990). Desta situação resulta uma energia excedente que engendra o trabalho psíquico. Nesta mesma linha de raciocínio, Costa (2004) propõe considerar a pulsão como um processo, afastando-a da glândula pineal cartesiana. Porém, embora não se possa negar a herança do antigo problema das relações entre corpo e alma, Costa (2004) sugere entendermos “(...) a palavra pulsão como uma abreviação de certas propriedades relacionais dos organismos biológicos com a capacidade linguística (...)” (Costa, 2004, p.29). A pulsão seria, assim, um “impulso atual ou potencial para a atividade” (Costa, 2004, p.41) derivado da diferença entre a exigência de descarga de

4 A noção de matéria não constitui um consenso, sendo um problema para a filosofia, conforme abordado por Garcia-Roza (1990).

energia por parte do corpo e a possibilidade de satisfação de tal exigência, diferença promovida pela linguagem.

Mas, se a linguagem promove esta energia excedente que engendra o trabalho psíquico, ela, ao mesmo tempo, também é responsável pela ordenação da dispersão de intensidades corporais, por ela mesma provocada (Garcia-Roza, 1990). Em oposição às pulsões em estado bruto, àquilo que o corpo mantém de anárquico, a ordem promovida pela linguagem. De tal modo que o corpo próprio seria um território conquistado e ordenado pela linguagem, ou seja, um corpo-linguagem (Garcia-Roza, 1990). Mas, se este corpo-linguagem refere-se ao ordenamento das pulsões, as pulsões em questão são necessariamente as sexuais. A pulsão de morte, por sua vez, diria respeito a forças que não pertencem ao domínio do psíquico (embora se façam presentes nele) como estímulos mentais pré-linguísticos que engendram experiências psicológicas sem qualificação no quadro das emoções possivelmente expressas pela linguagem, como na angústia, por exemplo (Costa, 2004, p. 48).

Reconhecendo como estreitos os limites para aquilo que a psicanálise foi chamada a explicar, Freud (1918 [1914]/1996n) situa como tarefa do saber psicanalítico a investigação da etiologia dos sintomas, ou seja, a explicação que revela a origem dos sintomas. Já em relação aos mecanismos psíquicos e aos processos pulsionais aos quais a pessoa é conduzida, não cabe à psicanálise explicá-los, mas simplesmente descrevê-los (Freud, 1918 [1914]/1996n). No pensamento freudiano, portanto, a descrição sindrômica serve a uma abordagem etiológica das doenças mentais e a descrição dos mecanismos psíquicos tem função reveladora do processo através do qual a doença se constituiu. Se a atual proliferação de categorias diagnósticas correlatas ao processo de classificação de emoções desagradáveis, auxiliada por uma linguagem predominantemente sindrômica, não tem colaborado efetivamente para uma redução das manifestações de angústia, por exemplo, é porque há uma dimensão singular e imprevisível do fenômeno humano indispensável para o deflagramento da produção de sentido. Trata-se da impossibilidade de satisfação plena: o objeto absoluto, aquele que tornaria possível a satisfação plena não existe como tal. Noutras palavras, estamos diante da impossibilidade de plenitude na relação corpo-objeto mediada pela linguagem (Garcia-Roza, 1990). É que o objeto da pulsão é variável, dependendo sempre da fantasia criada a seu respeito e do

desejo que assim ganha forma, Sabemos que o desejo é o impulso em direção ao objeto e à situação de prazer, ou seja, àquela que proporcionaria a satisfação plena (Costa, 1984). Mas, sabemos também que tal expectativa jamais se realiza em um encontro com o objeto adequado à fantasia encenada. Como escreve Costa (1984), “sendo um fenômeno da cultura e não da natureza, não se pode atribuir ao psiquismo um hipotético rumo natural, independente desta cultura” (pág. 16). Mesmo os impulsos agressivos da pulsão de morte, cuja expressão é violenta, depende da presença do desejo dirigido ao objeto, como em qualquer atividade humana (Costa, 1984). Eis o que distingue a violência humana da agressividade animal: o homem deseja, enquanto o animal necessita.

Considerações Finais: A Gestão do Desamparo

Birman (2000) chama a atenção para a presença marcante do desamparo original da subjetividade humana na produção teórica freudiana a partir da formulação da segunda teoria pulsional. Em outras palavras, para o autor, o conceito de pulsão de morte teria trazido à tona a questão do desamparo como condição existencial e insuperável do humano, tornando-se marca da leitura freudiana da inserção do sujeito na modernidade, como se pode notar no célebre *Mal-estar na Civilização* (Freud, 1930/1996q).

Na primeira parte do texto, Freud indicou o desamparo infantil como a origem da atitude religiosa: a condição do desamparo, à qual a existência humana estaria submetida, justificaria a necessidade de proteção e o medo do poder superior do destino, sentimentos fundadores da atitude religiosa (Freud, 1930/1996q). A respeito do propósito de vida dos homens, Freud concluiu que, originalmente, seria graças ao programa do princípio do prazer e sua meta de felicidade que os homens esforçar-se-iam por tornarem inexistentes o sofrimento e o desprazer, buscando experiências de sentimentos de prazer intensos. Contudo, o programa do princípio do prazer se encontraria em desacordo com o mundo, com as normas do universo, sendo sua execução impossível. Portanto, ao invés da felicidade, somente seria possível experimentar manifes-

tações episódicas de satisfação. E o tão almejado prazer intenso derivaria mais do contraste entre o prazer e o desprazer do que da estabilidade (Freud, 1930/1996q).

O sofrimento nos ameaçaria a partir de três direções – do corpo, do mundo externo e das relações inter-humanas. Por isso, cercado por adversidades, o desenvolvimento psíquico teria transformado o princípio do prazer em princípio de realidade, dimensão na qual o prazer seria adiado e subordinado ao privilégio de evitamento do desprazer (Freud, 1930/1996q). No contexto do princípio de realidade, o isolamento poderia ser a fuga do sofrimento advindo dos relacionamentos humanos. Já a fuga do sofrimento causado pelo mundo externo poderia ser o ataque à natureza e sua sujeição à vontade humana. Finalmente, contra a sensação de sofrimento derivada do corpo, poderíamos intervir no nosso organismo (Freud, 1930/1996q).

Após apontar para algumas estratégias psíquicas de administração do mal-estar — tais como o recalque, a sublimação, a fantasia, o delírio, a valorização do amor e do belo — Freud esclarece não haver regra que se aplique a todos: cada um deve descobrir por si mesmo suas estratégias (Freud, 1930/1996q). Tratar-se-ia de estabelecer para si uma economia de felicidade regulada pela equação entre a satisfação real que seria possível obter do mundo externo, a busca por independência em relação ao mundo externo e a força capaz de alterar o mundo a fim de adaptá-lo aos próprios desejos (Freud, 1930/1996q). Tais fatores que evidenciaríamos certa condição submissa da qual partimos para construir alguma forma de vida: submetidos ao inevitável, “(...) nunca dominaremos completamente a natureza e o nosso organismo corporal, ele mesmo parte dessa natureza, permanecerá sempre como uma estrutura passageira, com limitada capacidade de adaptação e de realização” (Freud, 1930/1996q, p. 93) E somos, assim, impelidos à ação.

Quanto à fonte social de sofrimento, Freud nos remete à nossa constituição psíquica, ela mesma uma parcela de natureza inconquistável (Freud, 1930/1996q). Nesse sentido, somos lembrados de que a neurose advém da falta de tolerância a uma frustração imposta pelo processo civilizatório (apesar de reconhecer o valor conferido ao progresso da ciência em nossa economia de felicidade, Freud admite que os avanços conquistados pela ciência moderna

não aumentaram a quantidade de satisfação prazerosa que podemos esperar da vida e não nos tornaram mais felizes (Freud, 1930/1996q).

Retomando o conceito de pulsão de morte, Freud esclareceu que “(...) os dois tipos de pulsão raramente – talvez nunca – aparecem isolados um do outro, mas que estão mutuamente mesclados em proporções variadas e muito diferentes, tornando-se assim irreconhecíveis para nosso julgamento” (Freud, 1930/1996q, p.123) Com isso, o metapsicólogo ressaltava a agressividade, a destrutividade e a crueldade como inclinações humanas e não como características especiais das pessoas tidas como más em oposição às boas. Trata-se de uma disposição original e autossubsistente para a agressão, o maior impedimento para a civilização entendida como um processo a serviço de Eros e com o propósito de criar vínculos libidinais entre os indivíduos humanos. Mas, tal processo se daria em um campo de batalha onde lutam as forças de Eros e as forças da Morte (Freud, 1930/1996q). Por isso, “a substituição do poder do indivíduo pelo poder de uma comunidade constitui o passo decisivo da civilização” (Freud, 1930/1996q, p.101). Assim, os membros da comunidade são aqueles que se restringem em suas possibilidades de satisfação como contribuição a um estatuto legal (Freud, 1930/1996q). Movimento que implica no deslocamento das condições de satisfação de certos impulsos pulsionais e, por isso, diz respeito ao desenvolvimento libidinal do indivíduo (Freud, 1930/1996q). Dessa forma, Freud sustenta que a civilização se constitui como uma renúncia, como uma não satisfação de poderosos movimentos pulsionais (Freud, 1930/1996q).

Vimos como o primado da pulsão de morte pressupõe o excesso pulsional como condição a partir da qual o sujeito é obrigado a fazer um trabalho de ligação das forças destrutivas rumo à satisfação. Ou seja, diante da inevitabilidade da invasão das forças pulsionais vivida na experiência do desamparo - experiência constitutiva do humano – cabe ao sujeito construir circuitos pulsionais para dominar satisfatoriamente as intensidades que lhe perpassam (Birman, 2000). Assim configurada, a vida psíquica caracterizar-se-ia como uma eterna gestão do desamparo. A tarefa do sujeito, desamparado seria, pois, a de construir “(...) uma forma singular de existência e de um estilo próprio para habitar seu ser” (Birman,

2000, p.45).

O atual cenário de abordagens do mal-estar, não pode ser montado sem que se leve em consideração uma pluralidade de concepções sobre o sofrimento psíquico que encontram-se dispostas em dois campos teórico-práticos: o campo da psiquiatria de abordagem predominantemente biológica e sindrômica dos fenômenos mentais e o campo psicanalítico de investigação dos mecanismos que revelam a etiologia dos sintomas neuróticos. Percorremos alguns conceitos freudianos a partir dos quais se torna evidente que a abordagem freudiana sobre a vida psíquica e o sofrimento que nela se faz presente se encontra em contraste com o processo de naturalização do mal-estar. Este, conta com a predominância da abordagem fiscalista dos transtornos mentais e da vida subjetiva; abordagem, aliás, que garante a inclusão do mal-estar psíquico no foco de atenção e atuação da psiquiatria. Encontramos o mal-estar a ser capturado na proliferação de categorias diagnóstica nos manuais de doenças mentais. Essa proliferação é acompanhada de uma promessa de extermínio de sofrimento psíquico. Enquanto isso, a possibilidade de tratamento do mal-estar oferecida pela clínica psicanalítica se configura como uma proposta de criação de sentidos para o sofrimento psíquico. Ou, dito de outra forma, se quisermos saber sobre o estímulo causador do medo e da dor, é preciso se reportar a história do surgimento desses estados psíquicos.

Referências

- American Psychiatric Association. (1990). *Benzodiazepine: Dependence, toxicity and abuse*. A Task Force Report of the American Psychiatric Association. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.
- Birman, J. (1999). *Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2000). *Entre cuidado e saber de si: Sobre Foucault e a*

psicanálise. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Birman, J. (2006). *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Birman, J. (2007). A biopolítica na genealogia da psicanálise: Da salvação à cura. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 14, 529-548.

Carlini, E. A. (1995). Benzodiazepínicos no Brasil: Um perfil de consumo nos anos de 1988 e 1989. In E. A. Carlini (Org.), *Medicamentos, drogas e saúde* (pp. 119-129). São Paulo: Hucitec.

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. (2003). *Boletim do CEBRID*, 47(1). Recuperado de <http://www.unifesp.br/dpsicobio/boletim/ed48/11.htm>

Coser, O. (2006). *De corpo e alma, cabeça e coração*. Rio de Janeiro: Garamond.

Costa, J. (1984). *Violência e psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal.

Ehrenberg, A. (2008). *La fatigue d'être soi*. Paris, France: Odile Jacob.

Ehrenberg, A., & Lovell, A. (2001). *La maladie mentale en mutation*. Paris, France: Odile Jacob.

Foucault, M. (1994). La psychologie de 1850 à 1950. In M. Foucault, *Dits et écrits* (Vol. I, pp. 120-137). Paris, France: Gallimard. (Originalmente publicado em 1957).

Foucault, M. (2007). *História da sexualidade II: O uso dos prazeres*. São Paulo: Graal. (Originalmente publicado em 1984).

Freud, S. (1977). *A Interpretação das afasias*. Lisboa, Portugal: Edições 70. (Originalmente publicado em 1891).

Freud, S. (1996a). Rascunho B, A etiologia das neuroses. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 255-262). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1893).

Freud, S. (1996b). Rascunho E: Como se origina a angústia. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas*

- completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 235-241). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1894).
- Freud, S. (1996c). As neuropsicoses de defesa. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 53-66). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1894).
- Freud, S. (1996d). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 91-120). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1895[1894]).
- Freud, S. (1996e). Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 121-140). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1895).
- Freud, S. (1996f). A interpretação dos sonhos. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 4, pp. 1-752). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1900).
- Freud, S. (1996g). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 117-232). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905).
- Freud, S. (1996h). Psicanálise silvestre. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 205-213). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1910).
- Freud, S. (1996i). Carta a Frederik Van Eeden. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 340-344). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1914).
- Freud, S. (1996j). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 311-339). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1915).

- Freud, S. (1996k). O inconsciente. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 171-209). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1915).
- Freud, S. (1996l). Sobre a transitoriedade. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 315-319). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1916).
- Freud, S. (1996m). Conferência XXV: A angústia. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 393-412). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1917[1916-1917]).
- Freud, S. (1996n). História de uma neurose infantil. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 13-151). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1918[1914]).
- Freud, S. (1996o). Além do princípio do prazer. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 13-85). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1920).
- Freud, S. (1996p). Inibições, sintomas e angústia. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 93-201). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1926).
- Freud, S. (1996q). Mal-estar na civilização. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 81-178). Rio de Janeiro, Imago. (Originalmente publicado em 1930).
- Freud, S. (1996r). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise, XXXII: Angústia e vida pulsional. In J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 154-178). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1933[1932]).
- Garcia-Roza, L. A. (1990). *O mal radical em Freud*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Garcia-Roza, L. A. (1991). *Introdução à metapsicologia freudiana*

I. Rio de Janeiro: Zahar.

Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness*. New York, NY: Oxford University Press.

taborahy, C. (2009). *A Ritalina no Brasil: Uma década de produção, divulgação e consumo* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.

Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., ... Uestuen, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 415-424.

Landeira-Fernandez, J., & Cruz, A. P. M. (2007). Medo e dor e a origem da ansiedade e do pânico. In J. Landeira-Fernandez & M. T. A. Silva (Orgs.), *Intersecções entre psicologia e neurociências* (pp. 217-239). Rio de Janeiro: MedBook.

Lane, C. (2007). *Shyness how normal behavior became a sickness*. New Haven, CT: Yale University Press.

Laplanche, J. (1982). *Vocabulário da psicanálise Laplanche e Pontalis*. São Paulo: Martins Fontes.

Organização Mundial de Saúde. (1990). *La situation pharmaceutique dans le monde*. Genebra, Suíça: Autor.

Rose, N. (2007). *The politics of life itself*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Serpa, O., Jr. (1998). *Mal-estar na natureza*. Rio de Janeiro: Te Corá.

Wong, I. C. K., Murray, M. L., Camilleri-Novak, D., & Stephens, P. (2004). Increased prescribing trends of paediatric psychotropic medications. *Archives of Disease in Childhood*, 89(12), 1131-1132.

World Health Organization. (1998). *Mental disorders in primary care*. Genève, Suisse: Author.

World Health Organization. (2008). *Scaling up for mental, neurological, and substance use disorders*. Genève, Suisse: Author.

Recebido em 15 de setembro de 2010

Aceito em 17 de agosto de 2011

Revisado em 21 de dezembro de 2012