

## 4

### O Governo do Mal-Estar na Atualidade

#### 4.1

##### Naturalizando o Mal-Estar

Segundo Canguilhem (1990), foi no séc. XIX que surgiu, efetivamente, a ciência do cérebro. Inaugurada com a obra de Gall, em 1810: “Anatomia e Fisiologia do Sistema Nervoso em geral e do cérebro em especial”, a frenologia, teoria das localizações cerebrais, baseava-se na correspondência entre o conteúdo (hemisférios cerebrais) e o continente (crânio). De acordo com Gall, o “... encéfalo e, mais especificamente, os hemisférios cerebrais...” seriam a “... “sede” de todas as faculdades intelectuais e morais.” (Canguilhem, 1990: 82). Assim, as qualidades morais e os poderes intelectuais se fundariam no cérebro e não na alma, como afirmavam os metafísicos espiritualistas. Nos Estados Unidos, a frenologia logo recebeu uma aplicação prática e se transformou em instrumento de “... orientação e seleção profissional e até mesmo para fins de consulta matrimonial.” (Canguilhem, 1990: 83). Além disso, a frenologia também influenciou a psicopatologia, já que a localização da função da linguagem nos lobulos anteriores do cérebro foi possibilitada pela investigação das afasias. Em 1891, os conhecimentos topográficos desenvolvidos até então pela frenologia eram utilizados em técnicas de psicocirurgia (lobotomia). O autor chama a atenção para a rapidez com que o conhecimento produzido sobre o cérebro foi investido em técnicas de intervenção e indica que talvez o processo teórico tenha sua origem no interesse com relação à prática. Com isso, Canguilhem (1990) destaca a dimensão ética e política da redução do pensamento ao cérebro, mostrando que o que se passou desde o advento da ciência do cérebro foi uma íntima ligação entre a produção de conhecimento teórico sobre o cérebro e o interesse de aplicação prática desse conhecimento.

Durante o século XX, a neurobiologia e a psicologia experimental aproximaram seus interesses, dando início a uma coletânea de disciplinas inscritas no campo das neurociências. Ehrenberg (2004) diferencia dois programas na agenda das neurociências. O programa fraco "visa o progresso no tratamento das doenças neurológicas..." "e a descoberta dos aspectos neuropatológicos das doenças mentais.". O programa forte "... identifica, filosoficamente falando, conhecimento do cérebro e conhecimento de si e, no plano clínico, acredita poder fundir neurologia e psiquiatria...". Nota-se que o programa forte das neurociências vai além do estabelecimento de relações entre as doenças mentais e aspectos neurológicos, ao igualar o conhecimento do cérebro ao conhecimento de si, o que indicaria o cérebro como sujeito das experiências. A intenção de fundir neurologia e psiquiatria indica que, mais do que encontrar bases neurológicas para as doenças mentais, estas últimas se reduziriam ao aspecto objetivo do funcionamento cerebral. O cérebro, em vias de ser admitido como legítimo objeto da psiquiatria, desempenha importante papel neste projeto de uma psiquiatria, finalmente, científica. O autor utiliza expressões como "biologia do espírito", "neurobiologia da personalidade", "biologia do indivíduo" para resumir o plano do programa forte, reducionista, das neurociências. A partir de observações e experiências a respeito de determinado recorte da realidade, os cientistas identificados com o programa forte das neurociências partem para a construção de um conhecimento que é divulgado como se se tratasse da própria realidade. Processo que culmina na confusão estrita entre cérebro e pensamento própria da mitologia científica em questão (Ehrenberg, 2004). O conhecimento assim produzido tornou-se referencial – na medida em que produz evidências objetivas – para questões produzidas nas mais diversas áreas de conhecimento. Interessadas na verificação experimental oferecida pela ciência do cérebro, a neuropsicologia, neuropsicanálise, neuroeconomia, neuropedagogia, neurofilosofia, etc. fazem parte do conjunto das disciplinas que se aglomeram no campo das neurociências.

A partir de interpretações das relações estabelecidas entre o funcionamento psíquico e o funcionamento cerebral, o programa forte das neurociências chega a reduzir o primeiro ao segundo. A intensa preocupação com o sofrimento psíquico

em nossa cultura faz desse programa uma possibilidade prática de tratamento dos transtornos mentais<sup>19</sup>, tendo em vista que a melhoria real de alguns sintomas de doenças mentais obtida com o uso de psicofármacos alimenta a esperança de que tais substâncias sejam eficazes na eliminação das causas dessas doenças. Seguindo essa lógica, se ao distúrbio psíquico corresponde uma disfunção bioquímica, incidir sobre a química cerebral seria o remédio para o sofrimento psíquico. Sanar a dor mental passa, então, a ser possível e a realização dessa tarefa é função dos psicofármacos. Esperança que só pode ser formulada a partir da ideia de que a verdadeira e, finalmente, única causa do sofrimento psíquico é a disfunção neuroquímica. Ideia central do projeto de naturalização do psiquismo em curso na produção, divulgação e aplicação do conhecimento produzido pelas neurociências. O prestígio de tais drogas é visível em diversas especialidades médicas cujos profissionais distribuem-nas sem titubear. No entanto, a referência ao cérebro para descrever aspectos subjetivos é algo que vai além da prática médica e se insere na linguagem comum. Nesse sentido, o autor chama a atenção para a promoção da condição do cérebro de objeto científico à de ator social.

A estreita aproximação entre as doenças neurológicas e as doenças mentais foi promovida pelas neurociências a partir dos anos de 1980 e possibilitada pelo aparato tecnológico produtor de imagens cerebrais. Essa aproximação que culmina na redução conceitual das doenças mentais em doenças neurológicas nos fornece pistas do projeto de naturalização do psiquismo. A consequência principal de se reduzir o mental ao neurológico é que as relações estabelecidas entre aspectos subjetivos, como emoções, comportamentos sociais, sentimentos morais, e o funcionamento cerebral adquirem caráter de causalidade. Demonstradas como evidências que consistem na produção de imagens cerebrais, as supostas relações de causalidade entre o funcionamento cerebral e a vida subjetiva adquirem estatuto de verdade, uma vez que produzidas por uma comunidade científica valorizada como detentora de um discurso verdadeiro sobre a saúde e, mais ainda,

---

<sup>19</sup>Segundo Ehrenberg & Lovell (2001), a cultura do mal-estar íntimo é a contrapartida da medicina do bem-estar, pois participam da mesma dinâmica.

sobre a vida – alvo de preocupações, cuidados e controle que participam fortemente da produção das subjetividades contemporâneas.<sup>20</sup>

O protocolo experimental adotado pelas neurociências desloca “... a autonomia do sujeito para seu cérebro e a heteronomia das causas impessoais para o reino da bioquímica ou da neurofisiologia.” (Costa, 2007: 26, 27). A naturalização da autonomia e, até mesmo, do imprevisível participam da intenção que o programa forte das neurociências tem de “... decompor a ‘fantasia sujeito’ em seus constituintes causais, de forma a predizer os comportamentos humanos.” (Costa, 2007: 26, 27).

Ao surgimento da psicofarmacologia nos anos de 1950 e posterior desenvolvimento das neurociências corresponde a biologização do discurso psiquiátrico (Coser, 2006; Birman, 1999). Com a pretensão de “... fundamentar as funções do espírito, de maneira autônoma e independente.” (Birman, 1999: 181), o programa forte das neurociências constrói uma leitura do psiquismo de base inteiramente biológica, ao explicar as particularidades do psiquismo através da explicação do funcionamento cerebral. Ou seja, desvendar o funcionamento cerebral, no discurso do programa forte das neurociências, é equivalente a desvendar e explicar o funcionamento psíquico. O predomínio do ponto de vista biológico na interpretação dos distúrbios mentais, principalmente a partir da década de 70, chegou a tal ponto que a “... psicofarmacologia se transformou no referencial fundamental da terapêutica psiquiátrica” (Birman, 1999: 180-182).

Associadas à norma de autonomia, as inovações científicas oferecem os meios de aperfeiçoar a existência, corrigir sua insuficiência (Ehrenberg, 2008), tarefa que culmina na medicalização da existência e sua correlata medicamentação do mal-estar psíquico. Wannmacher, L (2007) define a medicalização como a expectativa da medicina de que existam medicamentos para aspectos da vida não reconhecidos como doenças, tais como: envelhecimento, tristeza, solidão, insônia. Já a medicamentação inclui a demanda dos pacientes por esse tipo de medicamento. Mbongue et al (2005) propõem o termo

---

<sup>20</sup>As neurociências se inserem no universo do saber médico. No tópico 2.3, “Medicina Social”, vimos como a medicina se estabeleceu como o principal operador do biopoder exercido nas sociedades modernas ocidentais.

“*medicamentation*” para descrever o uso de produtos medicinais para tratar problemas que foram medicalizados. Trata-se do uso de drogas para problemas que anteriormente não requeriam a utilização de drogas. A “*medicamentation*” diz respeito ao uso de medicamentos no nível social, um uso não necessariamente médico de medicamentos, como, por exemplo, o *dopping* esportivo ou o uso de drogas para alívio ou melhoramento de estilo ou condição de vida. Esse nível social do uso de medicamentos parece ser induzido menos pela ocorrência de doenças e mais pelo apelo da indústria farmacêutica. Podemos perceber que a medicamentação diz respeito a um fenômeno amplo que inclui a expansão do processo de medicalização para campos extracientíficos.

Com a entrada de inúmeras vicissitudes da vida humana no domínio da psiquiatria contemporânea e a conseqüente expansão daquilo que é entendido como patológico, a intimidade ingressa na vida pública pelas vias dos meios de comunicação e do impacto social da indústria farmacológica (Ehrenberg, 2008). Nesse contexto, o sofrimento psíquico e a doença mental mantêm uma relação paradoxal: o sofrimento psíquico não carrega o estigma da doença mental, mas também não pode ser considerado como fraqueza moral, sendo então atribuído a ele o caráter de desordem mental, de déficit a ser corrigido (Ehrenberg, 2008). Em 2005, Ehrenberg chamou a atenção para a transformação do papel da droga na cultura do mal-estar. O desenvolvimento dos medicamentos psicotrópicos trouxe à tona as questões do conforto e do sofrimento, questões que possibilitam o alargamento da noção de droga do campo da saúde para o campo do consumo. Movimento que acaba por estreitar a similaridade entre o uso de drogas lícitas e o uso de drogas ilícitas, ambos voltados para o melhoramento das performances individuais; por isso, o autor chama de dopagem, “*dopage*” (Ehrenberg, 2008: 127), o estilo de uso da droga que predomina nas sociedades da autonomia generalizada. “A tradição ética do Ocidente foi completamente subvertida...” (Birman, 1999: 242) pela possibilidade de combater eficazmente angústias e depressões, até então incontroláveis pela intervenção médica. Graças à mágica desempenhada pelos psicofármacos, as individualidades suportam cada vez menos sofrimento psíquico; “... por essa via tecnológica, a população passou a ser

ativamente medicalizada, numa escala sem precedentes” (Birman, 1999: 242). Na sociedade da autonomia generalizada, o sofrimento psíquico e a saúde mental tornaram-se os principais pontos de referência da individualização da condição humana:

“A extensão das fronteiras de si que a normatividade da autonomia (valorização da realização de si, da ação individual, da fabricação de si) recobre faz com que as condições pareçam reunidas para que uma representação de si como cérebro doente constitua uma referência semântica apropriada.” (Ehrenberg, 2004)

Interferir no funcionamento cerebral tornou-se uma ação possível e almejada como promessa de contenção de desordens psíquicas, que, segundo a lógica do programa forte das neurociências, equivale à desordem orgânica. Dessa forma, a resposta naturalista para os problemas formulados pelo nosso ideal de autonomia individual generalizada é o que garante o sucesso popular das neurociências (Ehrenberg, 2004). O projeto de naturalização do psiquismo atende a uma demanda de normalização da subjetividade humana, permitindo, ou, pelo menos, prometendo a possibilidade de controle de aspectos cada vez mais elementares da vida, como, por exemplo, aquilo que sentimos como mal-estar. Assim, destacamos o processo de medicamentação do mal-estar psíquico como peça fundamental de um mecanismo de poder sobre a vida próprio do contemporâneo. Mecanismo onde os valores de autonomia e eficácia parecem prevalecer na constituição das subjetividades e onde os saberes e práticas no campo da saúde mental se apresentam como dispositivo essencial para o exercício do poder sobre a vida. Exercício que se caracteriza, hoje, pela engenharia da própria vida em seus níveis mais elementares – o mal-estar psíquico é um deles – nos quais os psicofármacos são ferramentas estratégicas.

## 4.2

### **O Governo do Mal-Estar na Psiquiatria Contemporânea**

O ingresso do mal-estar psíquico no campo de ação da psiquiatria traz à tona a questão dos limites entre o normal e o patológico, conforme observa Ehrenberg (2008) em relação à dificuldade de assinalar os aspectos propriamente

patológicos da ansiedade. Sendo “... pouco heterogênea e facilmente diagnosticável.” (Ehrenberg, 2008: 85) e por encontrar-se na maior parte das patologias, a ansiedade nos coloca a questão dos limites do patológico. Kessler et al (2006) são os responsáveis por uma pesquisa que comparou a prevalência de ataques isolados de pânico com a prevalência de transtorno do pânico com ou sem agorafobia. Os resultados obtidos indicam que os ataques isolados de pânico são bastante comuns, por isso, os autores sugerem que futuras pesquisas reavaliem o critério diagnóstico e os limiares sintomáticos para transtorno do pânico, a fim de que se estabeleça uma diferenciação entre experiências normais de pânico e experiências patológicas de pânico. Para entendermos o processo de medicamentação do mal-estar psíquico do qual somos testemunhas, será preciso situá-lo na interseção com, entre outros, 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, publicada pela OMS, edição de 1992 (CID -10). Desses pacientes, 69% apresentam sintomas físicos (WHO, 1998). Atualmente incluídos no grupo das doenças mentais, neurológicas e relacionadas ao uso e abuso de substâncias (MNS), os transtornos mentais participam de um grupo de doenças que causam importante impacto no desempenho dos afetados por tais desordens. Em 2008, verificou-se que 14% da carga de impacto global de doenças – carga 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 apresentam uma constatação a ser desdobrada. Conforme observam Ehrenberg & Lovell (2001), hoje 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 que pensamos se justificar pela inclusão do mal-estar psíquico no foco de atenção e atuação da psiquiatria. Ehrenberg & 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. No entanto, o desejo de promover uma educação para a saúde mental funciona desde os séculos XVIII e XIX, quando higienistas e pedagogos impuseram a saúde mental como norma social. Trata-se de uma “educação psicológica” (Costa, 1984: 71) que teve como resultado o aumento da “... capacidade de traduzir sensações psíquicas em sintomas psicopatológicos.” (Costa, 1984: 71). O autor nos faz perceber que o que cresceu – como resultado do projeto de educação psicológica ao qual a psiquiatria contemporânea dá continuidade – não foi a taxa de sanidade mental, mas o consumo da saúde mental.

“... os indivíduos apropriaram-se do vocabulário e dos métodos diagnósticos da psicopatologia clínica e passaram a codificar, mais facilmente, o sofrimento psíquico em termos de desvio ou anormalidade mentais.” (Costa, 1984: 71)

O projeto de educação para a saúde mental tem a finalidade de universalizar particularidades emocionais definidas como saudáveis, ou seja, de “...criar uma norma psicológica, fixando certos registros de percepção e interpretação de fenômenos da esfera psíquica como modelos dominantes...” (Costa, 1984: 72). Como vimos no tópico 3.4, a autonomia é a norma psicológica reconhecida pelo sociólogo Ehrenberg (2008) na atualidade das sociedades ocidentais.<sup>21</sup>

Com o aumento da capacidade de traduzir sensações psíquicas em sintomas psicopatológicos, a patologia mental não mais se limita à doença mental, já que aquilo que pode ser objeto de intervenção terapêutica, medicamentosa e psicoterapêutica é desmedidamente entendido como melhoramento das

---

<sup>21</sup>No entanto, a educação psicológica não precisa necessariamente estar aderida aos valores dominantes em determinada cultura. A condução da conduta dos homens em relação às suas particularidades emocionais – o governo da subjetividade implícito na educação psicológica – pode ter a intenção de propor valores e normas que contestem os valores e as normas predominantes em certa cultura. (Costa, 1984)

performances de cada um. Bem-estar, qualidade de vida, acompanhamento são palavras-chave de um imenso mercado do equilíbrio interior onde a psiquiatria e a medicina geral representam apenas uma parte. Assim, a noção indefinida de mal-estar é, hoje, um campo maior de preocupação e de ação. A expansão das patologias mentais foi tema de interesse de Lane (2007), autor que denuncia 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. Horwitz & Wakefield (2007), também preocupados com a medicalização de sentimentos comuns, são os responsáveis pela tese de que a psiquiatria contemporânea confunde tristeza normal com transtorno depressivo, devido à pouca importância conferida à relação existente entre o sintoma e o contexto no qual emerge. Além da expansão das patologias mentais, Ehrenberg & Lovell (2001) apontam ainda para outras três grandes transformações que, relacionadas, afetam a psiquiatria há 40 anos e nos servirão como referência; são elas: o incremento da produção e do consumo de medicamentos psicotrópicos; o aumento da diversidade de encarregados da saúde mental e, finalmente, a inserção de disciplinas médicas e biológicas – notadamente, das neurociências – no campo da psiquiatria.

Em 1952 surgiram os neurolépticos como possibilidade para o tratamento dos delírios e alucinações produzidas em quadros psicóticos. Com a criação dos antidepressivos, em 1957, a fórmula corrente para o tratamento da depressão, nos anos 60, incluía a psicoterapia como tratamento de fundo. A partir dos anos 80, é possível observar uma preocupação com o conforto e o desempenho dos medicamentos psicotrópicos, no que diz respeito à redução de efeitos tóxicos e de desconfortos (o surgimento dos antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina – ISRS – é um exemplo). A depressão é, há 30 anos, a patologia mental mais comumente admitida (Ehrenberg, 2008). Posicionada hoje como a bacia de atração do sofrimento psíquico, é capaz de delinear a maior parte das dificuldades psíquicas e comportamentais que cada um pode encontrar na sua

existência<sup>22</sup> – reunidas, aqui, na expressão “mal-estar psíquico”. Ou seja, houve um deslocamento do enfoque da psicose para a depressão no âmbito da psiquiatria, que acompanha tanto o processo de criação e desenvolvimento dos antidepressivos – no sentido de serem cada vez mais inofensivos e menos desconfortáveis – bem como o processo de ampliação da psicopatologia, já que o quadro depressivo comporta aspectos comuns à experiência ordinária, como ansiedade, inibição e distúrbios do sono, por exemplo.

Além da expansão da psicopatologia e da sofisticação dos psicofármacos, outro importante fator compõe o novo cenário da psiquiatria: o aumento da diversidade de profissionais encarregados do diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais. A tendência, a partir dos anos 70, a uma classificação psicopatológica simplificada, esquematizada em manuais diagnósticos que visam a homogeneização da linguagem dos transtornos mentais, permite o diagnóstico de transtornos mentais por parte de clínicos gerais. Graças também à crescente preocupação com o conforto oferecido pelos psicotrópicos, medicar o mal-estar psíquico trazido pelo paciente aos consultórios médicos é tarefa passível de ser praticada pelo médico, independente de sua especialidade. Ou seja, a ampliação do instrumental diagnóstico, a ampliação do que é considerado problema mental e a ampliação do pessoal encarregado de tratar de tais problemas são processos correspondentes. A psiquiatria descritiva, além de permitir que médicos não psiquiatras diagnostiquem o transtorno mental, ainda facilita a pesquisa epidemiológica, em termos de custo prático e financeiro, pois permite a observação e o recolhimento de informações por parte de entrevistadores não especializados. (Ehrenberg & Lovell , 2001)

Outra transformação é subjacente à homogeneização da linguagem dos transtornos mentais: a racionalidade etiológica foi substituída por uma racionalidade sindrômica. A noção de inconsciente sofreu uma perda de importância significativa no campo da psiquiatria acompanhada pela desarticulação do sintoma à dimensão histórico-temporal (Ehrenberg & Lovell , 2001). A personalidade tem papel secundário no quadro dessa nova estratégia

---

<sup>22</sup>O papel desempenhado pela depressão a partir do advento do antidepressivo é abordado em: EHRENBURG, A., *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob, 2008.

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, consenso possibilitado pelo manual, dá a entender que se trata de entidades naturais e que, um dia, as disfunções biológicas subjacentes a elas, que as produzem, 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 entra na era da “dissecção farmacológica” (Ehrenberg, 2008: 67). Tais transformações implicam no alinhamento das doenças mentais no mesmo nível do câncer ou hipertensão (Ehrenberg e Lovell, 2001). Entender os transtornos mentais como entidades naturais pode representar o tão almejado passo para que a psiquiatria se estabeleça por completo como especialidade médica (Ehrenberg, 2008; Serpa Junior, 1998). Fato que serviria de conclusão para um impasse fundamental no cerne da psiquiatria, o impasse em relação à natureza das desordens mentais.

A psiquiatria, desde seus primórdios, na passagem do século XVIII para o XIX, sempre oscilou entre dois polos fundamentais. Inicialmente representados por Pinel e Esquirol por um lado, o daqueles que viam na doença mental uma dimensão moral essencial; e organicistas, como Bayle, por outro, o daqueles que acreditavam que as alterações psíquicas presentes na loucura expressavam alterações de natureza orgânica. No final do séc. XIX, a criação da Psicanálise por parte de Freud e o aparecimento da psiquiatria moderna, fenomenológica por parte de Kraepelin, constituíram o modelo psicodinâmico de abordagem das doenças mentais, modelo que se refere às doenças da função. Dessa forma, o campo de atuação da psiquiatria se dividiu entre o modelo psicodinâmico e o organogênico, referente às doenças da lesão (Bezerra Jr., 2006). Até a metade do século XX, a perspectiva explicativa representada pela pesquisa etiológica, ou seja, voltada para a objetividade do fato patológico e a abordagem compreensiva representada pela pesquisa clínica, isto é, voltada para a experiência subjetiva do sofrimento, não

foram contestadas, convivendo relativamente bem no campo da Psiquiatria (Bezerra Jr., 2006). Nos anos de 1950, no entanto, o quadro da psiquiatria começou a se alterar devido ao surgimento dos psicofármacos, à constituição dos manuais estatístico-diagnósticos e às transformações nas pesquisas sobre as bases biológicas da vida mental (Bezerra Jr., 2006), conforme explicado neste tópico. Nesse sentido, a introdução da psicofarmacoterapia no movimento da psiquiatria organicista, como mais uma forma de tratamento biológico, fez da psiquiatria contemporânea uma versão “remedicalizada” (Serpa Junior, O. 1998: 273) da psiquiatria.

A proliferação de categorias diagnósticas parece acompanhar a lógica de expansão ilimitada do repertório de objetos a serem governados pela moderna arte de governar. Nesse contexto, os objetos são governados a partir de sua naturalidade, ou seja, a partir do conhecimento objetivo da naturalidade dos fenômenos a serem governados. Além disso, considerando que no interior da racionalidade econômica liberal os sujeitos econômicos são empresários de si mesmos, o principal objeto de governo passou a ser a própria autonomia desses sujeitos. Com isso, o exercício do cuidado de si, hoje, pode ser identificado à demanda de cuidados. O exercício do cuidado de si é praticado desde a antiguidade grega – exercício que foi desenvolvido e transformado pelo advento do cristianismo em uma espécie de captura do mal interior a ser identificado e eliminado. As transformações que culminaram no cenário da psiquiatria contemporânea, predominantemente biológica, nos fazem pensar que trata-se de um campo teórico-prático que se desenvolve buscando atender à demanda de cuidado característica do governo autônomo da vida no século XXI. A psiquiatria contemporânea busca oferecer recursos legítimos para a captura e eliminação do mal-estar, tendo em vista que se trata de ferramentas que atuam na objetividade do mal em questão. Para a psiquiatria biológica, o acesso ao mal que habita o sujeito se faz pela via do funcionamento neuroquímico, via privilegiada de conhecimento da naturalidade dos fenômenos da vida. Privilegiando os aspectos biológicos do mal-estar psíquico, acredita-se incidir na sua objetividade e, assim, eliminar o mal em questão.

Vejam os como o advento da psicanálise e o desenvolvimento de certos conceitos no percurso da produção freudiana colaboraram para uma proposta de governo do mal diversa da lógica governamental moderna que tem a objetividade do fenômeno como objeto a ser conduzido.

### 4.3

#### **Freud e o Governo do Mal**

O sistema teórico de Freud foi responsável por uma grande subversão no projeto da psicologia do século XIX de encontrar no homem o prolongamento das leis que regem os fenômenos naturais (Foucault, 1957). A herança da metodologia das ciências naturais utilizada pela psicologia oitocentista para encontrar as leis que regem o homem consistia em considerar dois postulados filosóficos: o de que a verdade do homem encontra-se no seu ser natural e o de que o conhecimento científico deve resultar do estabelecimento de relações quantitativas, da construção de hipóteses e de verificação experimental (Foucault, 1957). No final do século XIX, a psicologia sofreu as consequências de um movimento denominado por Foucault (1957: 125) de “a descoberta do sentido”, movimento que diz 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 aquilo que, no homem, escapa às determinações da natureza, aquilo que funciona de acordo com leis estranhas às que, segundo as ciências naturais, regem os fenômenos naturais. Para Foucault (1957), aliás, o anormal é o objeto original da psicologia; o que justifica sua existência é a reflexão sobre as contradições do homem em relação a ele mesmo, ou seja, sobre aquilo que no homem contradiz suas próprias normas. Para esse autor, a psicologia se transformou em psicologia do normal em um segundo momento, como um esforço para dominar as mesmas contradições que motivam a existência da psicologia (Foucault, 1957).

Os modelos físico-químico, orgânico e evolucionista foram as versões da psicologia naturalista apontadas por Foucault (1957). 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). O modelo orgânico já não declara obediência às coordenadas de Newton e Lavoisier, mas tenta definir a realidade humana pela sua natureza orgânica. 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. Fechner e Wundt foram importantes pesquisadores do modelo orgânico da psicologia. Apontado por Foucault como o terceiro modelo da psicologia que aderiu aos métodos das ciências naturais, o modelo evolucionista na psicologia foi o primeiro a mostrar 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). Diante dos modelos naturalistas da psicologia, quando a verdade do homem não é encontrada no seu ser natural – mas forjada na construção do sentido de sua existência –, quando não pode ser representada quantitativamente – mas expressa sua intensidade –, quando se destaca o fenômeno humano imprevisível e irreproduzível experimentalmente: é aí que Foucault reconhece o movimento de desvio no interior da psicologia tornada científica.

Nenhum pensamento psicológico deu mais importância à construção histórica de sentido do que a psicanálise (Foucault, 1957), ainda que, no final do séc. XIX, o aparecimento do modelo psicodinâmico de Kraepelin tenha marcado a psiquiatria moderna trazendo a tona uma abordagem fenomenológica, voltada para a descrição da experiência subjetiva do sofrimento. Esse modelo era alternativo ao modelo organogênico voltado para as doenças da lesão e que evidencia a pesquisa etiológica, buscando a objetividade do fato patológico (Bezerra Jr., 2006).

Podemos pensar que a intenção da psicologia – que se pretende conhecimento positivo – de prolongar as leis que regem os fenômenos naturais aos fenômenos humanos diz respeito à possibilidade de certa normalização da subjetividade humana (Foucault, 1957). No tópico 3.2, vimos que o

funcionamento do poder sobre a vida ao qual Foucault se refere, o biopoder, não se exerce sem certo funcionamento do poder sobre a morte, que se caracteriza pela exclusão do mal inerente à vida. Exclusão do mal que opera em um processo de normalização que define a norma pela verdade encontrada na suposta naturalidade dos objetos a serem governados. Supõe-se detectar a naturalidade de um fenômeno, o que inspira e autoriza a criação de normas a seu respeito. Essa eleição de elementos que ficam dentro e que ficam fora da norma obedece a critérios de saberes que supostamente capturam a essência, a verdade ou a naturalidade do fenômeno em questão. Veremos como se pode reconhecer no percurso freudiano uma forma de governo do mal distinta daquela predominante no dispositivo médico, de onde a própria psicanálise emergiu e seguiu em direção ao campo psicológico, promovendo um movimento subversivo no interior da psicologia científica emergente. Voltemo-nos para algumas das construções teóricas de Freud que tornam explícito o descentramento promovido na modernidade pela psicanálise.

Em 1900, Freud deu início à sua *Interpretação dos Sonhos* (1900), obra onde declara o caráter predominantemente psicológico de sua pesquisa. Tentando aproximar 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. Além disso, a literatura científica tendia a abordar o sonho através do estabelecimento de analogias com condições patológicas como as alucinações, por exemplo. Freud, no entanto, afirma que sua pesquisa sobre os sonhos é predominantemente psicológica – abandonando o campo da neurologia ao qual se referia na elaboração da *Interpretação das Afasias* (1891)<sup>23</sup> e

---

<sup>23</sup>Nessa obra, ainda dedicado ao campo da neurologia, Freud denominou sua posição de “mudança de perspectiva científica” (Freud, 1891: 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; Garcia-Roza, 1991).

ingressando no campo psicológico – e que, por isso, não aborda o problema do sono, sendo este, essencialmente, um problema da fisiologia. (Freud, 1900).

Os sonhos são formados mediante a 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). No capítulo VII da obra de 1900, o autor utiliza o que ele chama de “algumas representações provisórias” (Freud, 1900: 567), através das quais retrata o aparelho psíquico como um instrumento composto por “instâncias” ou “sistemas” (Freud, 1900: 567). Neste que foi o primeiro modelo de aparelho psíquico proposto por Freud, 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). Tais desejos são atemporais, ou seja, não estão submetidos à sequência “passado-presente-futuro” que rege a temporalidade da consciência, por isso, permanecem sempre ativos. Para Freud, a consciência é considerada como “um órgão sensorial que percebe dados surgidos em outros lugares.” (Freud, 1900: 178). O primeiro aparelho psíquico freudiano é um “aparelho reflexo” (Freud, 1900: 568) que possui uma extremidade sensorial receptora das percepções e uma extremidade por onde passa a atividade motora. As percepções que incidem sobre esse aparelho reflexo nele permanecem como “traços mnêmicos” (Freud, 1900: 568). A função dos traços mnêmicos é a memória. O sistema perceptual que recebe os estímulos perceptivos não preserva nenhum traço deles, por isso não tem memória. Já os sistemas mnêmicos transformam as excitações momentâneas do sistema perceptual em traços permanentes. Nossas lembranças são inconscientes em si mesmas, estado no qual permanecem produzindo efeitos. As percepções permanecem ligadas na memória a partir da associação promovida pela transmissão da excitação entre os elementos mnemônicos; transmissão que é facilitada pela diminuição das resistências da instância crítica do aparelho que se situa em sua extremidade motora, o sistema pré-consciente. Neste que é o sistema detentor da chave do movimento voluntário, o processo excitatório é obrigado a submeter-se a modificações. Nos sonhos, o que se passa é que em vez da excitação se propagar para a extremidade motora do

aparelho, ela se movimenta no sentido da extremidade sensorial, atingindo o sistema perceptivo, percurso no qual os traços mnêmicos inconscientes são distorcidos pela censura do sistema pré-consciente (Freud, 1900).

Freud estendeu os avanços promovidos pela análise dos sonhos ao tema da constituição dos sintomas psiconeuróticos, na medida em que também estes são realizações de desejos inconscientes (Freud, 1900). Além disso, o autor introduziu a ideia de que o sintoma resulta tanto do desejo inconsciente quanto do desejo pré-consciente, os dois sistemas em conflito<sup>24</sup> (Freud, 1900). Com isso, Freud apontava para o entendimento do sintoma psiconeurótico como uma formação de compromisso entre duas forças em conflito no aparelho psíquico.

Mais adiante, Freud vai ainda além e estende a determinação inconsciente dos sonhos e dos sintomas psiconeuróticos à própria vida psíquica como um todo:

“É essencial abandonar a supervalorização da propriedade 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: 637)

A ênfase freudiana na motivação inconsciente da vida psíquica revela 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.

Após enfatizar a motivação inconsciente da vida psíquica, Freud, em 1905, no primeiro dos Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade (Freud, 1905), refletiu sobre as aberrações sexuais, perversões em relação à norma dos comportamentos sexuais de sua época, tais como desvios em relação ao objeto e ao alvo sexual (Freud, 1905). A partir da análise de tipos de perversão sexual, Freud sugeriu que, entre a pulsão sexual e o objeto sexual, o vínculo estabelecido

---

<sup>24</sup>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).

é mais frouxo do que nos fazem pensar os quadros ditos normais, nos quais a pulsão parece trazer o objeto consigo (Freud, 1905). Assim, aquilo que aparece como essencial e constante na pulsão é alguma outra coisa que não as características do objeto em si (Freud, 1905). Ainda no primeiro ensaio, Freud apresenta a pulsão como

“...o representante psíquico de uma fonte endossomática de estimulação que flui continuamente [...] é um dos conceitos da delimitação entre o anímico e o físico [...] em si mesma, ela não possui qualidade alguma, devendo apenas ser considerada como uma medida da exigência de trabalho feita à vida anímica. O que distingue as pulsões entre si e as dota de propriedades específicas é sua relação com suas fontes somáticas e seus alvos. A fonte da pulsão é um processo excitatório num órgão, e seu alvo imediato consiste na supressão desse estímulo orgânico.” (Freud, 1905: 159)

Dessa forma, Freud concluiu que a disposição para as perversões é característica originária e universal da pulsão sexual humana, sendo o comportamento tido como normal o resultado tanto de modificações orgânicas como de influências da vida que culminam em inibições psíquicas (Freud, 1905). A sexualidade humana se caracteriza, portanto, pelo desvio em relação à fixidez do objeto sexual, condição na qual nem o objeto da sexualidade, nem a forma na qual se expressa são previamente determinados: sexualidade perverso polimorfa. A leitura psicanalítica do erotismo, precisamente o conceito de sexualidade polimorfa, rompeu com os pressupostos básicos do projeto de medicalização em voga no final do século XIX, a saber, os conceitos de degenerescência e de hereditariedade (Birman, 2006; Birman, 2007; 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 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” (Serpa Junior, 1998: 69), marca da degradação de uma família. Assim, a hereditariedade tornou-se “um mecanismo de funcionamento do próprio processo degenerativo, no qual não há apenas transformação, mas degradação progressiva.” (Serpa Junior, 1998: 70). A hereditariedade é “... uma das bases sobre a qual a teoria da degenerescência se apóia.” (Serpa Junior, 1998: 71). Nesse contexto, a noção de degeneração dizia respeito a um amplo leque de infortúnios supostamente responsáveis pelo rebaixamento da espécie humana, tais como o vício e o pauperismo (Serpa Junior, 1998) <sup>25</sup>. Temida pela moral burguesa do século XIX, a questão da degenerescência se expandia socialmente principalmente no interior da preocupação em prevenir um mal que tanto pode ser herdado, como adquirido socialmente. O comportamento desviante, nesse contexto, é um mal contagioso; assim, a possibilidade de adquirir o caráter degenerado acaba por impor certos constrangimentos aos costumes estabelecidos, o que fazia da higiene moral o tema de destaque no contexto da psiquiatria nascente.

Se a moral é a maneira através da qual os homens se submetem mais ou menos completamente a um princípio de conduta, às regras e aos valores que lhe são propostos (Foucault, 1984), então, o caráter degenerado é, sobretudo, um desvio de conduta em relação às normas estabelecidas socialmente. Quando Freud afirma que a disposição para as perversões é característica originária e universal da pulsão sexual humana (Freud, 1905), o caráter degenerado é identificado à própria condição humana, tendo em vista que o alvo imediato da pulsão consiste na supressão de sua fonte de estímulo, processo para o qual não há objeto pré-estabelecido (Freud, 1905). No pensamento freudiano, portanto, o conceito de pulsão considera o impulso vital desviante por excelência e não por contágio.

---

<sup>25</sup>Serpa Junior (1998) teve o *Traité des Dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et les causes qui produisent ces variétés maladives* (Morel, 1857) como referência principal de sua pesquisa.

Em 1920, o conceito de pulsão sofreu transformações que são determinantes para flagrarmos de que maneiras a questão do mal é tratada pela psicanálise. Na primeira parte de *Além do Princípio de Prazer*, Freud (1920) colocou em questão o domínio do princípio do prazer na vida psíquica, princípio que até então se constituía como o único regulador da vida psíquica. A hipótese do princípio de prazer sugere que os eventos mentais tenham seu funcionamento regulado pela tendência à redução da tensão desagradável, ou seja, pela evitação de desprazer, o que coincide com a produção do prazer (Freud, 1920). Segundo essa hipótese, o prazer e o desprazer seriam 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).

Em 1920, no entanto, Freud afirma que “... é incorreto falar na dominância do princípio de prazer sobre o curso dos processos mentais.” (Freud, 1920: 19). Segundo esse autor, a experiência geral contradiz a hipótese do princípio do prazer, e o máximo que podemos afirmar é uma “forte tendência no sentido do princípio de prazer” (Freud, 1920: 19), o que não garante que este prevaleça na vida psíquica. Freud partiu de algumas evidências clínicas para desconfiar da predominância do princípio de prazer, tais como a neurose traumática e a compulsão à repetição (Freud, 1920), situações que apontavam para um funcionamento psíquico que a teoria construída até então não conseguia explicar a partir do princípio de prazer. O que Freud destacou, a partir de alguns dos limites que sua clínica lhe impunha, foi uma função do aparelho psíquico que é independente do princípio de prazer e que é mais primitiva do que o intuito de obter prazer e evitar o desprazer (Freud, 1920). Em decorrência deste impasse na teoria e na prática psicanalítica, Freud desenvolveu um sofisticado percurso argumentativo, o qual não detalharemos neste trabalho, mas que culminou na elaboração do conceito de pulsão de morte. Conceito essencial para considerarmos

a psicanálise como um governo do mal-estar alternativo àquele predominante no moderno dispositivo médico característico do funcionamento do biopoder.

Freud distinguiu dois tipos de investimento pulsional, um que flui livremente e pressiona no sentido da descarga, e um investimento quiescente que permanece em repouso. O aparelho psíquico promove a mudança do fluxo livre para o estado quiescente do investimento (Freud, 1920), promovendo, assim, a vinculação do investimento livre. As pulsões, “... representantes de todas as forças que se originam no interior do corpo e são transmitidas ao aparelho mental...” (Freud, 1920: 45), esses impulsos que pressionam no sentido da descarga, não se constituem como investimento vinculado e sim como investimento livre.

“Parece, então que uma pulsão é um impulso, inerente à vida orgânica, a restaurar um estado anterior de coisas, impulso que a entidade viva foi obrigada a abandonar sob a pressão de forças perturbadoras externas, ou seja, é uma espécie de elasticidade orgânica, ou, [...] a expressão da inércia inerente à vida orgânica.” (Freud, 1920: 47)

Freud enfatiza um aspecto da pulsão que não se direciona para a mudança ou para o desenvolvimento, ao contrário, que é “uma expressão da natureza conservadora da substância viva.” (Freud, 1920: 47). Tal natureza conservadora indica que “o objetivo de toda vida é a morte” (Freud, 1920: 49). No entanto, a pulsão sexual, privilegiada pela teoria das neuroses, não apresenta esse aspecto mortalista (Freud, 1920), por isso, é à pulsão sexual que podemos atribuir um movimento de manutenção da vida (Freud, 1920). Assim, as pulsões de vida operam contra o propósito de descarga característico da pulsão de morte, movimento que Freud denomina “esforços de Eros” (Freud, 1920: 53). Mais adiante, Freud conclui que as pulsões de morte estão associadas às pulsões de vida, de modo que não é possível determinar a quantidade de uma e de outra nesse imbricamento (Freud, 1920). Em 1984, o conceito de pulsão de morte foi revisto e discutido em um simpósio realizado na França – discussão publicada em *A Pulsão de Morte* (Green, 1988) – ocasião em que a diversidade de interpretações do conceito forjado por Freud em 1920 tornou-se explícita.

Para Laplanche (1988), a morte considerada no conceito de pulsão de morte não é a do organismo biológico em si, mas daquele organismo que, no ser humano, representa os interesses do organismo biológico, o *eu* (Laplanche, 1988). Na interpretação que esse autor propõe do texto freudiano, a fonte da pulsão são as representações inconscientes, é o recalque originário que faz nascer a pulsão de morte e a situa no núcleo do Isso, como núcleo da pulsão sexual (Laplanche, 1988). O encontro entre o adulto e a criança promove mensagens que são carregadas de sentido e de desejo por parte do adulto, mas, para a criança, são mensagens enigmáticas. O esforço para ligar esse material excessivo para o qual a criança ainda não possui representações possíveis resulta no recalque desses primeiros significantes, até então, enigmáticos. Essas primeiras representações inconscientes, resultado do recalque originário, constituem a fonte da pulsão (Laplanche, 1988). Ainda que o biológico esteja representado no conflito pulsional, a pulsão não é uma força biológica, “... nem mesmo a exigência de trabalho exercida pelo somático sobre o psíquico.” (Laplanche, 1988: 19). Apesar de nascer do limite entre o biológico e o psíquico, a pulsão não é um “ser-limite” (Laplanche, 1988: 19). Esse autor admite a existência de uma assimetria fundamental entre os modos de funcionamento energético das pulsões de vida e de morte. As pulsões de vida funcionam segundo o princípio do investimento quiescente cuja finalidade é a síntese, a ligação; e as pulsões de morte funcionam segundo o princípio do investimento livre cuja finalidade é a descarga pulsional total. Ainda assim, Laplanche (1988) defende que esta oposição se dá sobre a base de uma energia libidinal comum, por isso denomina “pulsões sexuais de vida” e “pulsões sexuais de morte” (Laplanche, 1988: 27).

Também presentes no Simpósio de 1984 (Green, 1988), Rechartt&Ikonen (1998) consideram que a interpretação de Laplanche (1998) sobre o conceito freudiano de pulsão de morte é, na verdade, uma proposta de um conceito monista da pulsão (Rechartt&Ikonen, 1998). Também a partir de uma leitura diversa da de Laplanche (1988), Segal (1988) admite a pulsão de morte como uma pulsão biológica que insiste no retorno ao inorgânico, conforme o conceito forjado por Freud em 1920. Concebida dessa forma, a pulsão de morte pode ser interpretada

como uma especulação biológica, no entanto, a motivação clínica para a formulação freudiana em questão (Freud, 1920) torna evidente o teor psicológico do conflito entre pulsão de vida e pulsão de morte (Segal, 1988: 34). Considerando a fusão, anunciada por Freud (1920), entre a pulsão de vida e a pulsão de morte, Segal (1988) reconhece que a libidinização está quase sempre presente nesse imbricamento que pode se dar de diferentes formas. Se as pulsões de vida predominam, a pulsão de morte é desviada a serviço das forças da vida. Já sob a égide da pulsão de morte, a libido está a serviço das forças destrutivas (Segal, 1988). Apesar do componente biológico na fonte da pulsão, trata-se de uma “aspiração psíquica fundamental” (Rechartt, E., 1998: 47) e não de um princípio biológico demonstrável. Admitir que existe algo de biológico na fonte da pulsão não justifica reduzi-la ao seu aspecto biológico.

O impacto das invenções freudianas promoveu tanto a recusa de alguns dos seus conceitos quanto a redução destes a outros já existentes no contexto científico-cultural do início do século XX (Garcia-Roza, 1990). O conceito de pulsão muitas vezes foi e é identificado à noção de instinto, já existente na tradição médica, o que indica a redução do conceito freudiano ao seu aspecto biológico. Ora, nos parece que 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 corporal da fonte da energia que produz a vida psíquica. A materialidade corporal abordada por Freud – de onde parte uma demanda que não é atendida senão em processo de negociação psíquica – não obedece às leis de funcionamento biológico preconizadas pelas ciências naturais. Não se trata, para a psicanálise, do corpo concebido pela ciência naturalista – corpo como totalidade organizada, com os caminhos de sua articulação com o mundo preestabelecidos – mas do corpo pulsional (Garcia-Roza, 1990). Assim, a produção freudiana recusou a ordem natural como princípio explicativo, ordem que concebe o corpo como organismo. Este último é, antes de tudo, uma ideia que dá forma à materialidade do corpo, ideia de “... uma totalidade formada de partes, com limites definidos, organização própria e princípio de funcionamento.”

(Garcia-Roza, 1990: 18). No entanto, a matéria corporal<sup>26</sup> também pode ser concebida como “pura potência indeterminada, pluralidade de intensidades anárquicas.” (Garcia-Roza, 1990: 18). Assim, as pulsões constituem uma “nova realidade corporal, irreduzível ao natural, ao instintivo” (Garcia-Roza, 1990: 18, 19). “As pulsões designam um estado de dispersão de intensidades corporais.” (Garcia-Roza, 1990: 19), dispersão que caracteriza aquilo que Freud chamou de pulsão de morte.

Desse modo, percebemos que a concepção freudiana torna quase impossível conceber a materialidade corporal purificada de psiquismo, conforme preconizada pela ficção cartesiana. Por isso, o conceito de pulsão promoveu a “desnaturalização do corpo” (Garcia-Roza, 1990: 56). Não se trata de um conceito limite entre a mente e o corpo, como entidades distintas, mas sim de um conceito que versa sobre as “...relações entre o corpo e os objetos do mundo.” (Garcia-Roza, 1990: 13). Portanto, um conceito limite que versa sobre algo que se dá entre aquilo que a materialidade corporal demanda e aquilo que essa demanda produz, a vida psíquica. Nota-se que na versão freudiana não é a materialidade corporal que produz a vida psíquica. Esta é resultado do déficit, promovido pela linguagem, entre a demanda de descarga de energia por parte do corpo e a satisfação dessa demanda, que nunca são plenamente correspondentes (Garcia-Roza, 1990). Situação da qual resulta uma energia excedente que se transforma em exigência de trabalho psíquico, de onde se torna possível a negociação entre o tipo de investimento quiescente e o tipo de investimento livre.

Jurandir Freire Costa (2004) promoveu uma crítica à pulsão onde destaca a relação desse conceito com o dualismo cartesiano mente/corpo. Segundo o autor da crítica, ainda que concebamos a pulsão como um processo, afastando-a, assim, da glândula pineal cartesiana – órgão que promoveria a ligação entre o corpo e a mente – trata-se de uma noção herdeira do antigo problema de como o fenômeno somático se transforma em fenômeno psíquico. Discutindo sobre a relevância teórica do conceito de pulsão, Costa (2004) propõe concebermos “... a palavra

---

<sup>26</sup>A noção de matéria não constitui um consenso, sendo um problema para a filosofia, conforme abordado por Garcia-Roza (1990).

pulsão como uma abreviação de certas propriedades relacionais dos organismos biológicos com capacidade linguística...” (Costa, 2004: 29). Nessa perspectiva, a pulsão é um “impulso atual ou potencial para atividade.” (Costa, 2004: 41). “A pulsão, portanto, seria a profissão de fé materialista da teoria analítica. É ela que enraizaria o psiquismo no corpo, fundaria o inconsciente, criaria a divisão do sujeito e produziria a força que anima o desejo.” (Costa, 2004: 27). Com isso, podemos identificar a novidade freudiana no fato de não se ocupar da purificação ou da naturalização do corpo, tendo em vista que a psicanálise não se remete ao corpo senão àquele afetado pelo psiquismo: corpo constituído pela história.

A linguagem é aquilo que promove o déficit entre a demanda da materialidade corporal e sua satisfação e, ao mesmo tempo, promove a ordenação da dispersão por ela provocada (Garcia-Roza, 1990). Assim concebido, o corpo é um território conquistado e ordenado pela linguagem que dá forma à matéria: “corpo-linguagem” (Garcia-Roza, 1990: 19). Em oposição à ordem promovida pela linguagem que dá forma ao corpo, as pulsões em estado bruto dizem respeito àquilo que o corpo mantém de anárquico. A pulsão sexual, portanto, é a que está referida ao corpo-linguagem (Garcia-Roza, 1990), enquanto que o conceito de pulsão de morte diz respeito aos “estímulos mentais pré-linguísticos”, proporcionando experiências psicológicas sem qualificação no quadro das emoções descritas pela linguagem, sendo o caso da angústia, tal como conceituada por Freud, por exemplo (Costa, 2004). Assim, a pulsão de morte se refere a forças que não pertencem ao domínio do psíquico, mas que se fazem presentes nele (Garcia-Roza, 1990). É importante notar que a proliferação de categorias diagnósticas correlatas ao processo de classificação de emoções desagradáveis, apesar de inserir o mal-estar no campo da linguagem, não colabora para a extinção das manifestações de angústia, por exemplo, o que nos remete para uma dimensão singular e imprevisível do fenômeno humano; dimensão indispensável para que seja deflagrada a produção de sentido.

A defasagem entre a demanda de satisfação e o destino da pulsão equivale ao fato de que, a rigor, não há como prever o destino das pulsões. É da impossibilidade de satisfação plena que se trata. O que falta é o objeto absoluto,

aquele que tornaria possível a satisfação plena; trata-se da impossibilidade de plenitude na relação corpo-objeto mediada pela linguagem (Garcia-Roza, 1990). O instinto tem objeto próprio, já a pulsão não exige a exclusividade do objeto apto a proporcionar satisfação, por isso, a aptidão do objeto da pulsão é ocasional, depende menos da sua fonte e mais da fantasia criada a seu respeito (Garcia-Roza, 1990). 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. O desejo é o impulso em direção ao objeto e à situação de prazer, ou seja, aquela que proporcionaria a satisfação plena (Costa, 1984). O desejo em questão é o da plenitude da satisfação, no entanto, tal expectativa encenada na fantasia jamais encontra o objeto adequado à fantasia produzida, o que faz do objeto limitado, mas nem por isso incapaz de promover alguma satisfação. “Sendo um fenômeno da cultura e não da natureza, não se pode atribuir ao psiquismo um hipotético rumo natural, independente desta cultura.” (Costa, 1984: 16). Como não há psiquismo anterior ao encontro com o objeto, toda satisfação é uma ficção.

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<sup>27</sup> (Freud, 1914):

“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

---

<sup>27</sup>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: 311)

joguete 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: 311)

Em 1915, em Reflexões para os tempos de guerra e morte (Freud, 1915), 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: 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: 309)

Em Sobre a Transitoriedade (Freud, 1916), 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. Em relação à Primeira Guerra Mundial, Freud destaca:

Maculou a elevada imparcialidade da nossa ciência, revelou nossas pulsões em toda a sua nudez e soltou de dentro de nós os maus espíritos que julgávamos terem sido domados para sempre, por séculos de ininterrupta educação pelas mais nobres mentes.” (Freud, 1916: 319)

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). 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).

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, a emergência do conceito de pulsão de morte trouxe à tona a questão do desamparo como condição existencial e insuperável do humano. Trata-se de uma modalidade de pulsão sem representação e que só se inscreve no circuito da satisfação através da mediação de um objeto (Birman, 2000). A ênfase no desamparo como condição primária do sujeito é marca da leitura freudiana da inserção do sujeito na modernidade, aspecto que podemos identificar em *Mal-estar na Civilização*, de 1930. Na primeira parte desse trabalho, Freud indica o desamparo infantil como a origem da atitude religiosa. Segundo o autor, a condição do desamparo, à qual a existência humana está submetida, justifica a necessidade de proteção e o medo do poder superior do destino, estes, sentimentos fundadores da atitude religiosa (Freud, 1930). A respeito do que os homens têm como propósito de vida, Freud conclui que, originalmente, é graças ao programa do princípio do prazer, que tem a felicidade como meta, que os homens esforçam-se por tornarem inexistentes o sofrimento e o desprazer e buscam experiências de intensos sentimentos de prazer. Contudo, Freud esclarece que o programa do princípio do prazer se encontra em desacordo com o mundo, com as normas do universo, sendo sua execução impossível. Em vez da felicidade, portanto, é possível que experimentemos manifestações episódicas de satisfação. Dessa forma, o prazer intenso deriva mais do contraste entre o prazer e o desprazer do que da estabilidade (Freud, 1930).

O sofrimento nos ameaça de três direções – do corpo, do mundo externo e das relações inter-humanas –, por isso, cercado pelas adversidades, o desenvolvimento psíquico transformou o princípio do prazer em princípio de realidade, dimensão na qual o prazer pode ser adiado, subordinado ao privilégio de evitamento do desprazer (Freud, 1930). Nesse contexto, o do princípio de realidade, o isolamento pode ser a fuga do sofrimento que advém dos relacionamentos humanos; já a fuga do sofrimento que advém do mundo externo

pode ser o ataque à natureza e sua sujeição à vontade humana; e contra a própria sensação de sofrimento podemos intervir no nosso organismo (Freud, 1930).

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 que não existe regra que se aplique a todos, cada um deve descobrir por si mesmo suas estratégias (Freud, 1930). Trata-se de estabelecer para si uma economia de felicidade regulada pela equação entre a satisfação real que se espera 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 seus desejos (Freud, 1930), fatores que evidenciam 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 realização.” (Freud, 1930: 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). Nesse sentido, Freud nos lembra que a neurose advém da falta de tolerância à frustração imposta pelo processo civilizatório (Freud, 1930). 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). Ou seja, as possibilidades de controle do mal-estar proporcionadas pelos avanços científicos modernos não nos eximem da experiência de frustração. A civilização à qual Freud se refere é aquela que se desenvolve em direção à dominação da natureza, à valorização da beleza e da ordem (Freud, 1930).

“A ordem é uma espécie de compulsão a ser repetida, compulsão que, ao se estabelecer um regulamento de uma vez por todas, decide quando, onde e como uma coisa será efetuada, e isso de tal maneira que, em todas as circunstâncias semelhantes, a hesitação e a indecisão nos serão poupadas.” (Freud, 1930: 100)

Na civilização à qual Freud se refere, a regularidade imposta pela ordem funciona segundo os princípios da razão.

“Nenhum aspecto, porém, parece caracterizar melhor a civilização do que sua estima e seu incentivo em relação às mais elevadas atividades mentais do homem – suas realizações intelectuais, científicas e artísticas – e o papel fundamental que atribui às idéias na vida humana.” (Freud, 1930: 100)

Retomando o conceito de pulsão de morte, Freud esclarece 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: 123)

Com isso, Freud 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 (Freud, 1930). O impulso à agressividade é o derivado e principal representante da pulsão de morte. A civilização é um processo a serviço de Eros, ou seja, tem como propósito combinar indivíduos humanos que devem estar libidinalmente ligados entre si. Tal processo se dá em um campo de batalha onde lutam as forças de Eros e as forças da Morte (Freud, 1930). Por isso, “A substituição do poder do indivíduo pelo poder de uma comunidade constitui o passo decisivo da civilização.” (Freud, 1930: 101). Assim, os membros da comunidade são aqueles que se restringem em suas possibilidades de satisfação como contribuição a um estatuto legal (Freud, 1930). 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). Dessa forma, Freud sustenta que a civilização se constitui graças a uma renúncia, a uma não satisfação de poderosos movimentos pulsionais (Freud, 1930).

“A civilização tem de utilizar esforços supremos a fim de estabelecer limites para as pulsões agressivas dos homens e manter suas manifestações sobre controle por formações psíquicas reativas.” (Freud, 1930: 117)

“Se a civilização impõe sacrifícios tão grandes, não apenas à sexualidade do homem, mas também à sua agressividade, podemos compreender melhor porque é difícil ser feliz nessa civilização.” (Freud, 1930: 119)

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 caracteriza-se como uma eterna gestão do desamparo. A tarefa do sujeito, desamparado é, pois, a de construir “... uma forma singular de existência e de um estilo próprio para habitar seu ser.” (Birman, 2000: 45). Nesse sentido, o encontro com o analista deve tornar possível “o advento do sujeito em sua singularidade” (Birman, 2000: 46). Para tal, a figura do analista não poderia se prestar ao papel de engodo, na ânsia de promover a salvação da condição de desamparado do paciente, que, aliás, também é a condição do analista. Uma postura assim seria identificada à de uma terapêutica de enfermidades, o que não é o caso da psicanálise, desde que abandonou o ideal de cura. A figura do analista seria, portanto, aquela capaz de sustentar “a experiência limite da morte indicada pela dor do desamparo, acreditando que, da fronteira com o horror do impossível, o sujeito vai advir.” (Birman, 2000: 46).

Dessa forma, a experiência psicanalítica se parece mais com o movimento de “normatividade biológica” (Canguilhem, 1966:175) do que com o de normalização das condutas, em voga desde o século XVIII. A partir de 1920, a cura, no contexto psicanalítico, passa a se configurar como um projeto infinito (Birman, 2007), de maneira que a experiência de cura passa a ser a possibilidade do tratamento analítico. Experiência de cura através da qual a pulsão de vida deve se impor à pulsão de morte em direção à construção de novas formas de vida, de novas normas de funcionamento possíveis para a economia psíquica. A

normatividade da vida sugere uma forma de poder que promove a transformação, diferente do poder em jogo no processo de normalização: poder que fixa normas e captura normalidades. Diante de uma forma de governo da vida que consiste em capturar a suposta naturalidade dos fenômenos, governamentalidade que caracteriza o biopoder como modo de funcionamento do poder na modernidade, o que a invenção freudiana destrói é “... a ilusão de uma recuperação da ordem primeira através de uma ortopedia empreendida pelo filósofo-psicanalista.” (Garcia-Roza, 1990: 24).

## Conclusão

O governo do mal-estar na atualidade foi abordado tanto a partir da psiquiatria contemporânea quanto de uma perspectiva freudiana. Investigamos o quadro atual da psiquiatria – campo onde predomina uma abordagem biológica do sofrimento psíquico – buscando compreender o modo de conduzir o mal-estar inerente a tal abordagem. As evidências formuladas pelas neurociências e a proliferação de categorias psicopatológicas publicadas em manuais diagnósticos colaboram para a legitimação e proliferação de discursos sobre a pílula. Discursos recheados de promessas de cura para os eventuais déficits nas performances, em relação aos quais cada indivíduo das sociedades contemporâneas pode vir a se queixar; discursos que ultrapassam o terreno das produções científicas e invadem o campo publicitário, jornalístico, literário, chegando à indústria alimentícia. Enfim, discursos frequentemente úteis para a formulação de oferta de qualquer produto que prometa colaborar para exclusão do mal da vida.

A moderna governamentalidade se caracteriza pelo funcionamento do biopoder, uma forma de exercício de poder que conduz todos os aspectos da vida, maximizando sua potência a partir da exclusão das suas limitações. Nesse processo, a norma é o elemento que se constitui, adquirindo sentido, função e valor, graças ao fato de existir fora dela algo que não corresponde à exigência à qual ela obedece. Assim, o estabelecimento do normal é a extensão e a exibição da norma, ao mesmo tempo em que indica o anormal, ou seja, aquilo que encontra-se fora da norma (Canguilhem, 1966). O funcionamento do poder sobre a vida é, pois, correlato ao processo de normalização da vida. Na normalização disciplinar, desenvolvida ainda no século XVII, o que é fundamental e primeiro para que sejam definidos o normal e o anormal é a norma – um modelo ótimo construído em função de certo resultado e estabelecido por adestramento. O normal é aquele que se conforma à norma pré-estabelecida, enquanto que o anormal não é capaz de se aproximar da norma (Foucault, 1978). Nos dispositivos de segurança, desenvolvidos a partir do final do século XVIII – momento onde o

biopoder, que já atuava no nível do corpo anatômico, passou a atuar no nível mais amplo dos fenômenos da população – a norma se fixa e desempenha seu papel operatório a partir do estudo das normalidades. Ou seja, no contexto onde se exerce uma biopolítica da população, a norma passou a ser definida a partir do que é considerado normal por estudos interessados em capturar a naturalidade dos fenômenos da população (Foucault, 1978). Assim, o funcionamento da tecnologia de poder centrada na vida depende do efeito de verdade conferido ao saber a partir do qual as normas são fixadas (Foucault, 1976a).

A medicina que se desenvolveu na Europa a partir da segunda metade do século XVIII inseriu-se no funcionamento da biopolítica da população. Assim, a medicina moderna, tornada científica, é uma medicina social (Foucault, 2007), peça fundamental do processo de normalização operado pelos dispositivos de segurança, segundo o qual o normal objetivamente capturado indica a norma a ser fixada. Nesse contexto, a Psiquiatria foi inaugurada, na passagem do século XVIII para o XIX, a partir da medicalização da loucura endossada pela tradição filosófica moderna de soberania da razão, inaugurada por Descartes no século XVII – lógica segundo a qual a racionalidade humana detém o acesso à verdade (Birman, 2000).

Na governamentalidade moderna o objeto a ser governado é a naturalidade dos fenômenos da população. Naturalidade a ser capturada pela racionalidade governamental que, no entanto, não deve intervir reguladoramente sobre a espontaneidade dos fenômenos da população. Para tal, a moderna arte de governar deve se atribuir limites intrínsecos formulados em termos de veridicção – forma de governo denominada por Foucault (1979a) como “liberalismo”, em sentido amplo. A partir do séc. XX, o decrescimento da governamentalidade de Estado corresponde ao deslocamento do objeto da análise econômica: do governo para toda conduta racional. Assim, no modelo americano de governamentalidade neoliberal, toda conduta finalizada que implique uma escolha estratégica de meios, de caminhos e de instrumentos é objeto de análise econômica (Foucault, 1979a). Segundo essa lógica de expansão ilimitada dos objetos governados, o indivíduo, para o mercado, não é mais um mero consumidor, pois, além de

condensar os termos do mercado (competência, renda, produção, consumo), condensa em si mesmo seu capital, o produtor e a fonte de sua renda (Foucault, 1979a). Por isso, o fato mesmo de ser consumidor, no neoliberalismo, torna-o produtor de sua própria satisfação. Com isso, o indivíduo passou a ser empresário de si mesmo e a subjetividade humana passou a ser conduzida em direção ao incremento do capital humano.

A norma de autonomia, em voga nas sociedades ocidentais contemporâneas, impõe a ideia de que, para se cuidar, é necessário incrementar as performances individuais pela via privilegiada da saúde mental (Ehrenberg, 2008): retorno a si em direção à identificação do tipo de cuidado a ser demandado. No cenário atual da psiquiatria, a terapêutica biológica é o recurso oferecido não só para o tratamento dos distúrbios mentais como para sua prevenção, tendo em vista que é possível ser medicado preventivamente, sem necessariamente apresentar a sintomatologia característica de qualquer diagnóstico. Assim, o sofrimento psíquico é medicalizado, restando ao sujeito autônomo que demande cuidados específicos para cada modalidade de mal-estar a que possa estar submetido, movimento de medicamentação (Wannmacher, L., 2007; Mbongue et AL, 2005) do sofrimento psíquico: mal-estar capturado e, ao mesmo tempo, multiplicado. Em direção ao bem-estar pleno – hoje, sinônimo de saúde – o governo da vida em exercício na abordagem biológica do campo psiquiátrico conduz todo e qualquer mal-estar para fora da vida considerada saudável.

O ingresso de todo e qualquer mal-estar no quadro das psicopatologias incrementa o repertório das “metáforas da desordem” (Guilhon Albuquerque, 1978), no qual a loucura ingressou na passagem do século XVIII para o XIX. Na medida em que é o objeto a ser excluído no processo da cura, o mal-estar passa a pertencer ao campo do patológico. Ao mesmo tempo, o mal-estar em questão no processo de medicamentação do qual participamos – sofrimentos aos quais podemos estar submetidos em algum momento da vida, como: a tristeza, a insônia, a angústia, o *stress*, a perda de libido, a vergonha, a autoestima baixa, o sentimento de impotência e de baixo desempenho, por exemplo – não carrega o estigma da loucura. A medicamentação do mal-estar diz respeito a um modo

de conduzir a vida que identifica todo e qualquer sofrimento psíquico ao mal a ser eliminado da vida.

Finalmente, apresentamos algumas noções forjadas por Freud a partir de 1900, que culminam na elaboração do conceito de pulsão de morte, em 1920, e indicam a possibilidade do governo do mal-estar funcionar de modo a conduzir o sofrimento psíquico por vias diversas da perspectiva da cura. Nesse sentido, o advento da psicanálise promove um movimento de ruptura com o moderno processo de normalização da vida. O conceito de pulsão versa sobre a disposição originária e universal da pulsão para as perversões (Freud, 1905). Trata-se da defasagem, promovida pela linguagem, entre a demanda de satisfação e aquela alcançada (Garcia-Roza, 1990). Isso quer dizer que não há objeto específico capaz de proporcionar a plena satisfação pulsional, restando ao sujeito o trabalho de inventar satisfações possíveis. A experiência psicanalítica dá lugar à palavra, situação que convoca a singularidade dos discursos produzidos sobre o mal que nos acossa. Se o mal em questão no modo através do qual a psicanálise aborda o sofrimento psíquico, como a angústia, por exemplo, é expressão da desordem promovida pela pulsão que não pôde se inscrever no aparelho psíquico, concluímos que a psicanálise se constitui como uma proposta de governo do mal-estar que inclui o mal no cerne da própria vida.