



Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica

ISSN: 1516-1498

ISSN: 1809-4414

Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica do  
Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de  
Janeiro - UFRJ

Neves, Tiago Iwasawa

O universalismo da cura em Freud

Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica, vol. XXIII, núm. 1, 2020, Janeiro-Abril, pp. 21-29

Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto  
de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

DOI: 10.1590/1809-44142020001003

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=376563855003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](http://redalyc.org)

## O UNIVERSALISMO DA CURA EM FREUD

---

TIAGO IWASAWA NEVES 

Tiago Iwasawa Neves <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande/PB, Brasil

**RESUMO:** O objetivo é demonstrar que a reflexão sobre a cura é central para o surgimento da psicanálise entre a tradição clínica e a psicoterápica. Além de uma clínica ou uma psicoterapia, a psicanálise deve ser reconhecida como uma experiência de cura. Por fim, defenderemos que, por ter a cura como a realização de uma experiência singular em seu seio, a psicanálise freudiana estabelece uma proposta de cura de caráter universal: em cada realização singular da cura não teremos a integração da singularidade a nenhuma totalidade. A cura como a realização de uma experiência singular não será idêntica a nada.

**Palavras-chave:** cura; universal; Freud; psicanálise.

**Abstract: The universalism of cure in Freud.** The objective is to demonstrate that the discussion about cure is central to the emergence of psychoanalysis between the clinical and psychotherapeutic tradition. In addition to a clinic or psychotherapy, psychoanalysis must be recognized as a cure experience. Finally, we will propose that, by affirming the cure as the realization of a singular experience, Freudian psychoanalysis establishes a proposal of universal healing: in each singular realization of healing we will not have the integration of the singularity into any totality. Cure as the realization of a singular experience will not be identical to anything.

**Keywords:** cure; universal; Freud; psychoanalysis.

DOI - <http://dx.doi.org/10.1590/1809-44142020001003>

Todo o conteúdo deste periódico, exceto onde estiver identificado, está licenciado sob uma licença Creative Commons (cc by 4.0)

## **CURA E RAZÃO DESDE FREUD**

Um dos modos mais comuns de se contextualizar historicamente o pensamento freudiano é afirmando sua originalidade perante a ideia que se tinha de clínica, de psicoterapia e de ciência em sua época. No que diz respeito ao rompimento com a clínica do final do século XIX, temos a assertiva de que, ao fundar a psicanálise, Freud haveria rompido com a tradição médica da época e com os seus imprescindíveis mestres. Mas se, de fato, podemos afirmar a ruptura, o corte ou a subversão da psicanálise em relação ao modelo hegemônico de clínica da época, resta-nos saber de que tradição clínica se tratava. Ora, esta tradição clínica não é outra senão aquela assinalada por Michel Foucault, que nasce a partir da soberania do olhar na experiência médica sob as garantias do desenvolvimento da anatomia patológica e da fisiologia experimental dos séculos XVIII e XIX. Foi o olhar médico que possibilitou “a abertura do espaço de configuração da doença e espaço de localização do mal no corpo” (FOUCAULT, 2008, p. 2).

Clinicar é, segundo as palavras de Foucault, voltar-se para a experiência do leito do paciente e fazer a leitura dos sinais significativos que a doença impele ao corpo; é objetivar o olhar, pois a maneira como as doenças falam através do corpo depende da maneira como é organizado o que há de ser visto. Tendo isso em vista: “Clínico refere-se aqui principalmente ao paciente e metódico exercício de observação, descrição e comparação de fenômenos. O clínico é, sobretudo, um leitor dos signos que formam o campo de uma semiologia e organizam uma diagnóstica de forma a justificar as escolhas de tratamento” (DUNKER, 2011, p. 20-21).

A clínica não é somente um conjunto de técnicas e competências aliado a um método de investigação das patologias, mas, antes, uma racionalidade que versa sobre os fins do tratamento. E uma racionalização sobre os fins é, acima de tudo, um pensamento político. Dito de outra maneira, o espírito clínico não é marcado apenas por uma sistematização e um ordenamento dos fenômenos clínicos, mas especialmente pela dedução e pela defesa política de uma determinada forma de vida. E a forma de vida privilegiada por esse tipo de racionalidade não é outra senão a vida normalizada pela noção de saúde, pré-orientada segundo os valores típicos de uma determinada sociedade e limitada em suas possibilidades de transformação subjetiva.

Para compreender que a normalização de uma forma vida é traço essencial da racionalidade clínica de nossa época, basta estar atento ao fenômeno contemporâneo de massificação das formas de sofrimento (síndrome do pânico e depressão, por exemplo) e sua gradual normalização no discurso da saúde, causada pelo efeito excessivo de determinação diagnóstica. Segundo Christian Dunker (2015), podemos imaginar que uma forma única de sofrimento pode alcançar legitimidade e reconhecimento social na medida em que é nomeada e tem o poder de mobilizar os dispositivos de cura, terapia e tratamento. Assim, há a conversão de um sofrimento indeterminado em uma entidade clínica (diagnóstico) capaz de mobilizar todo um circuito de cuidado com a saúde. Eis o que este autor chama de diagnóstica: o modo clínico de se reconhecer o tipo de racionalidade que determina os fins (política) de um tratamento.

Talvez aqui tenhamos nosso primeiro indício a favor da tese de ruptura entre a clínica freudiana e a clássica, pois a psicanálise, a princípio, não seria mais uma engrenagem do dispositivo normalizador da cura, mas, sim, a abertura a um tipo de experiência clínica no qual a cura estaria necessariamente vinculada à realização de uma forma de vida e não à reprodução de uma vida inscrita nos possíveis do ideário civilizatório.

É fundamental ainda insistir que, apesar de toda aparente vocação científica do método clínico supracitado, nossa hipótese é a de que a principal mutação provocada pelo advento da racionalidade clínica – racionalidade de conversão do mal-estar indeterminado em uma semiologia determinada, vale lembrar – foi a forma como a cura pôde ser definida a partir de então. Se, nas práticas de cura da antiguidade, o saber que o paciente tinha sobre seu mal era assimilado à cura, com o advento da clínica moderna este saber é substituído pelo papel de alguém que relata o que sente, mas que não está autorizado a articular nenhuma suposição sobre seu estado.

A legitimidade da clínica não se extrai, portanto, segundo as palavras de Foucault, da percepção do doente em sua singularidade, mas de uma espécie de consciência médica coletiva que se forma em função do encontro de várias informações sobre a doença, numa tentativa infinita, móvel e enriquecida pelo tempo de totalização do saber sobre a saúde. Este saber-poder se constitui a partir de “várias séries que envolvem um conjunto infinito de acontecimentos separados, mas cuja interligação faz surgir, em sua dependência isolável, o fato individual” (FOUCAULT, 2008, p. 32). O que define, segundo esse modelo de racionalidade, a eficácia curativa de uma doença não é o encontro do médico com o doente, mas o modo preciso de aplicação do método clínico. Portanto, as impressões pessoais sobre a doença, seu surgimento, seu melhor tratamento e sua possível cura são irrelevantes ou até inconvenientes para o fim que se espera desse modelo de clínica.

Não ao acaso, o primeiro argumento levado em consideração para se separar a clínica da psicoterapia é o seguinte: ao contrário da prática terapêutica, que não justifica seus fins pelos meios utilizados, o tratamento clínico pressupõe uma causalidade direta entre o agente e o resultado final do tratamento, fato este que implica, segundo nossa hipótese, em uma noção de cura como o efeito determinado pelo saber clínico e pelo método

de tratamento. Como consequência, teríamos, com a clínica, o suposto benefício de uma proposta metódica e objetiva da cura, contra uma incerta e indeterminada eficácia das outras tantas práticas de cura, incluindo aí as psicoterapias de diferentes inspirações. A consequência disso, a nosso ver, é que o triunfo contemporâneo das modalidades de tratamento formalmente reconhecidas traz como efeito uma política da cura definida pelo excesso performativo das experiências de determinação. Pois, para que seja desativado o mecanismo infinito da normalização – a predicação incessante e sempre deficiente das formas patológicas –, é fundamental pensar a experiência de indeterminação (anormal) não como um desvio que deve ser corrigido, mas como uma potência de transformação do campo dos possíveis. Uma noção de cura antipredicativa e com efeitos de transformação é algo, portanto, que estaria fora do programa clínico que acabamos de definir.

Ora, levando em consideração o argumento exposto, não poderíamos estar em desacordo com a leitura que diz haver uma ruptura entre a psicanálise e o método clínico clássico; um corte entre a ética da psicanálise e a racionalidade clínica do século XVIII. Pois não seria a psicanálise, a disciplina que irá novamente incluir como condição necessária à cura as impressões pessoais sobre os sintomas? Não seria a psicanálise uma proposta de cura que, além de não antecipar com qualificações e predicações seus resultados, irá afirmar o caráter transformativo de sua experiência? O filósofo Vladimir Safatle observa bem esses argumentos:

Diremos que sujeitos não sofrem exatamente por terem sintomas. Eles sofrem por compreenderem os sintomas como mera expressão de uma forma de estar doente. Pois estar doente é, a princípio, assumir uma identidade com grande força performativa. Ao compreender-se como “neurótico”, “depressivo” ou portador de “transtorno de personalidade borderline”, o sujeito nomeia a si através de um ato de fala capaz de produzir performativamente efeitos novos, de ampliar impossibilidades e restrições. (SAFATLE, 2015, p. 293).

Da passagem acima, podemos concluir que “uma grande novidade da psicanálise em relação à diagnóstica médica é que ela considera e inclui o diagnóstico pré-constituído, dado pelo próprio paciente” (DUNKER, 2015, p. 38). Haveria, portanto, uma diferença marcante entre o diagnóstico psicanalítico e o diagnóstico clínico praticado pelo médico: a psicanálise parece resgatar algo que havia sido suprimido pela clínica moderna, a saber, a função que a fala exerce na determinação do modo de sofrer do sujeito. Por ser uma experiência de fala, a prática de cura freudiana parece realmente produzir um campo de experiência no qual o tipo de relação médico-paciente subverte a ideia de que patologia psíquica é determinada por uma causalidade física ou orgânica, o que impõe obstáculos às propostas de cura orientadas por uma determinação positiva da norma de saúde. E, por mais paradoxal que pareça, é exatamente por ser uma experiência constituída pela fala e por relações de poder que ela implica que a psicanálise se aproxima da psicoterapia.

Temos que, ainda hoje, a psicoterapia se caracteriza por um campo difuso de práticas curativas, sendo objeto de desordenadas tentativas de classificação, validação e controle pelo Estado. Apesar disso, concordamos que seus efeitos curativos não podem ser regulados senão pela avaliação pessoal do paciente, uma vez que as psicoterapias são tratamentos embasados na sugestão e na influência que existe na relação terapeuta-paciente. Podemos dizer que é por esta razão que, em um artigo de grande repercussão, Jacques-Alain Miller (1997) tenha afirmado que a relação entre psicanálise e psicoterapia não é de exclusão mútua. Isso, segundo ele, devido a três fatores: 1) ambas operam com a palavra e tomam como princípio fundamental o axioma “a palavra cura”; 2) ambas admitem a existência de uma realidade psíquica como resultado e efeito da função da fala; e 3) ambas são uma prática de incidência e de influência da palavra.

Nesse ponto, estamos de acordo com Miller. Porém, sob esse cenário, em que se debate se, no rastro de constituição da psicanálise, há ou não uma vocação clínica ou psicoterápica, é importante destacar outras questões centrais. Não seria o pensamento freudiano original ao propor a cura psicanalítica assentada na escuta, despida da autoridade de qualquer forma de poder, que o analista faz do paciente? Não seria finalmente a cura, para Freud, a realização de uma experiência particular impossível de ser calculada pelos fins social e cientificamente normalizados? Se as respostas a essas questões são afirmativas no sentido de destacar a originalidade freudiana, então podemos estar seguros de que uma das tarefas fundamentais da psicanálise não é eliminar os sintomas e promover o higienismo mental, mas trata-se, antes, de “dissolver o vínculo do sujeito à identidade produzida pela doença” (SAFATLE, 2015, p. 294).

Mais dois pontos chamam atenção nesse debate. Primeiro: é certo que a psicanálise não toma a saúde como elemento constitutivo de sua ética e política de cura; por isso ela é distinta da clínica. Segundo: a psicanálise não postula, como um dos fundamentos de sua prática, que o psicanalista não deve exercer nenhum tipo de poder sobre a cura de seus pacientes; por isso ela é distinta da psicoterapia. Sem dúvida, tarefa difícil é encontrar na literatura psicanalítica corrente uma opinião contrária ao argumento de ruptura entre a psicanálise e a clínica, de um lado, e a psicanálise e a psicoterapia, de outro. Atualmente, essas distinções são tomadas muito mais como um fato histórico do que uma evidência que deve ser criticada e exposta novamente às condições que

tornaram possível a prática da psicanálise.

Gostaríamos de insistir que, diferente da tese que afirma uma ruptura radical entre Freud, a clínica e a psicoterapia de sua época, Dunker sugere a hipótese de que a oposição entre psicanálise, clínica e psicoterapia pode ser, além de um momento oportuno para a afirmação da soberania da clínica psicanalítica e de seus fundamentos, sede de um paradoxo, “se lembrarmos que o clínico é também um prático e que sua figura descende do cirurgião barbeiro, do médico de família ou do profissional liberal, cujo habitat natural é o consultório e, antes disso, a casa ou a rua, não o hospital e a universidade” (DUNKER, 2011, p. 21). Ocorre, entretanto, que a definição do clínico como o praticante da arte da cura se perdeu com o surgimento da clínica moderna, a qual trouxe consigo um novo modelo de racionalidade médica. Desde o nascimento da clínica, a cura não pode ser mais pensada como o resultado de uma experiência médica assistemática, desprovida de método próprio e rigoroso, descompromissada com a confirmação causal de seus resultados. No século XIX, em tese, a prática clínica nada deve guardar das práticas de cura mágico-religiosas das antigas formas de psicoterapia.

A rigor, para o tratamento clínico, o tipo de influência que o médico pode exercer sobre o paciente ou seja, o tipo de autoridade vinculada ao lugar que o médico ocupa na experiência de cura é um elemento que deve ser suprimido pelo benefício da correta utilização do método. O método, por ser objetivo e imparcial, não pode exercer nenhum tipo de influência no curso do tratamento preestabelecido, cuja expectativa de conversão da doença em cura é resultado da autoridade impessoal do método. Já para os psicoterapeutas, “a forma de apresentação do sofrimento, segundo a nomeação do próprio paciente, em seu sentido popular e local, é o crivo da expectativa de cura” (DUNKER, 2011, p. 22). Teríamos, portanto, uma adesão suspeita da psicanálise a práticas de cura que são anteriores ao saber clínico propriamente dito.

Concordamos com Dunker (2011) quando ele afirma que a psicanálise nasce de uma tradição entre a clínica e psicoterapia. Esta tese traz uma consequência importante para o nosso trabalho: a originalidade da noção de cura em psicanálise não está contida necessariamente nas assertivas de corte entre Freud, a clínica e a psicoterapia e suas respectivas formas de reconhecimento da cura. Ao contrário, são nas tensões próprias ao debate entre a vocação clínica e a psicoterápica da psicanálise que podemos afirmar que, além de ter um método de tratamento (clínica) e de ser uma terapia da palavra e dos modos de influencia e sugestão (psicoterapia), a psicanálise deve ser considerada como uma prática de cura; ou seja, não como uma prática determinada, ética e conceitualmente, pelo fim político da normalização, mas, antes, como uma proposta de cura, como a realização de uma experiência que toca o impossível. A cura, quando é considerada um processo produtor de novas normatividades, coloca em questão os possíveis nos quais a saúde se conforma.

Considerar isso, por outro lado, significa que só os fundamentos clássicos da clínica ou só o saber-fazer da psicoterapia não servem para definir o que é a prática da psicanálise e sua proposta da cura como transformação. Ser uma experiência de cura é, para a psicanálise, desde Freud, uma maneira de não ser somente uma prática de efeito terapêutico de retorno ao estado anterior e restabelecimento do mal-estar ou um método clínico de emprego de meios adequados que engendram a cura como resultado direto de uma ação técnica com esse propósito. Afirmar que a noção de cura em Freud pode ser pensada de um modo antipredicativo significa colocar em discussão tanto seu rastro histórico de vocação clínica quanto de vocação psicoterápica: entre a clínica e a psicoterapia há algo que podemos nomear de “razão desde Freud”.

Sobre esse ponto, é importante reter antes de qualquer outra coisa que “Freud afirmava que a tarefa do tratamento psicanalítico é transformar o sofrimento em miséria ordinária” (DUNKER, 2015, p. 41). Isso demonstra como, para Freud, o domínio ético do tratamento psicanalítico não deve se orientar pelo ideal regulador da saúde. Pois, se há uma ética na clínica freudiana, esta não é regulada por uma política de tratamento pautada pelo ajuste normativo que toma como finalidade a inclusão dos indivíduos na clausura genérica da boa saúde. Mesmo que Freud não tenha tratado diretamente da ética, acreditamos que os textos nos quais ele põe em discussão o tema da técnica permitem uma análise sobre o estatuto da ética na experiência psicanalítica. Portanto, em função da orientação ética em Freud que iremos explorar, pretendemos defender que a proposta de cura que deriva dela é de caráter universalista. Isso significa afirmar que, em cada realização singular da cura, não teremos a integração da singularidade a nenhuma totalidade: a cura como a realização de uma experiência singular não será idêntica a nada.

## **O UNIVERSAL É A REALIZAÇÃO DA SINGULARIDADE**

Sabemos que o inconsciente e a sexualidade infantil são conceitos fundantes de uma razão, que, desde Freud, se estabelece como “o campo de uma experiência fundamental de inadequação que se revela na impossibilidade de os sujeitos produzirem representações adequadas de objetos de gozo, assim como representações adequadas de identidades sexuais” (SAFATLE, 2006, p. 67). Foi em função do conceito de inconsciente e da hipótese da sexualidade infantil, que uma via clínica e politicamente fecunda do pensamento freudiano foi a proposição de

um campo de experiência em que a cura é uma noção antipredicativa, isto é, isenta da predicação positiva dos ideais e das normas comuns. “O sujeito sempre se constitui como exceção à regra e seu sintoma é sua invenção ou re-invenção da regra que lhe falta” (MILLER, 2003, p. 30).

Contudo, resta-nos questionar que tipo de ética inspira essa noção antipredicativa de cura. Eis uma questão que não deixou de produzir efeitos significativos no percurso freudiano, pois, em algumas passagens da sua obra, ele é claro ao afirmar que a vocação ética da psicanálise não se atesta pelo fanatismo da felicidade e da saúde. Freud admite que a cura das enfermidades psíquicas não deve ser o efeito do remédio da saúde ideal, geral e irrestrita para todos. A cura, para Freud, não é a retificação da experiência ideal de saúde, mas a invenção de uma saúde própria que não seja indiferente às condições nas quais ela se torna possível. O objetivo de um tratamento não é buscar a cura e a felicidade com uma predicação jáposta, uma vez que tanto a cura quanto a felicidade adquirem, para cada sujeito, um sentido singular que pode não encontrar estrutura de reconhecimento a partir dos valores normativos que são postos em circulação em uma determinada sociedade.

Por isso, podemos dizer que a noção de cura em Freud tem o valor antipredicativo. Afirmar que, no pensamento freudiano, há uma proposta de tratamento e cura que é antipredicativa significa dizer, antes de qualquer outra coisa, que ela é radicalmente uma proposta que desativa a racionalidade de produção das normalidades.

Freud sempre afirmou ser impossível a prática psicanalítica se pautar em um ideário técnico, mecanizado e invariável. Freud (1913/1969) justifica esta impossibilidade considerando que um sintoma é produzido devido a uma condição psíquica específica, o que impediria o tratamento de todos os sintomas histéricos, por exemplo, com uma mesma técnica interpretativa. Portanto, se Freud fala de recomendações, e não de um critério fixado para a efetivação da cura, é porque existe uma preocupação, além de técnica, de cunho ético.

Podemos dizer que o desejo que move uma análise não é da mesma ordem que o desejo de reparar a norma, ou seja, de curar o erro. É este argumento que se estabelece como o ponto nevrálgico da questão ética, uma vez que a via aberta por Freud não implica outra racionalidade senão a subversão de todo o edifício cultural ordenado pelos valores do bem, do útil e do adaptável; implica, em última instância, o abandono da esperança de controle e educação da libido em prol de uma saúde geral. De fato, o que temos, a partir de Freud, é que a felicidade não pode ser ofertada como promessa de cura.

Se observarmos de perto a discussão empreendida no texto *Psicanálise selvagem* (1910/1969), iremos perceber que a ironia com que Freud taxa a intervenção de um suposto psicanalista à sua paciente não é gratuita. Ao sugerir três possibilidades terapêuticas à paciente que se queixa de crises de angústia após a separação de seu marido (o retorno para o marido, a conquista de um amante e a masturbação), o médico do exemplo de Freud se atrela somente à dimensão sugestiva da cura, prescrevendo as atitudes, possíveis e viáveis, diante uma dada situação.

É fundamental observar que a crítica de Freud incide sobre a perspectiva de cura que aí se desenha: ela não implica a abertura ao impossível de uma situação, isto é, a uma solução na qual o sujeito inventa para si uma nova forma de ser, outra normatividade até então impensável, mas a reiteração de que qualquer decisão deve ser tomada levando em consideração somente as saídas possíveis. Dessa forma, concordamos com Freud que “as três alternativas terapêuticas desse assim chamado psicanalista não deixam lugar para a... psicanálise!” (FREUD, 1910/1969, p.210). Isso também porque a crítica que Freud lançou nesse texto diz respeito ao uso indiscriminado da interpretação fora do contexto de transferência. A transferência é o lugar ocupado pelo analista no qual a demanda de cura e felicidade se desdobrarão no advento do desejo e, ao contrário de uma reabilitação e restauração de um bem-estar perdido, de descobrir nesse caminho do desejo que o mal-estar é irremediável.

Posicionar-se contrariamente a propostas de cura dessa natureza, para Freud, é elevar a importância da cura como a realização de uma experiência despossuída de predicados normatizados, defendendo, assim, uma noção de cura completamente esvaziada de seus predicados positivos (reabilitação, restabelecimento, restauração). Se o objetivo do tratamento não está vinculado aos princípios de reabilitação, restabelecimento e restauração da saúde ideal é porque ele está mais próximo da indeterminação enquanto condição fundamental para a realização de uma experiência de cura. Por esta razão, defendemos a ideia de cura antipredicativa no pensamento freudiano: a cura em Freud só pode ser pensada como a realização de uma experiência que tem valor de acontecimento, isto é, de um evento irredutível, totalmente fora das inscrições simbólicas que forjam os possíveis de uma situação. Defender uma noção de cura antipredicativa em Freud tem também como objetivo destacar que a doença nervosa moderna é justamente o retorno do real excluído pela política da felicidade, do bem-estar e da máxima saúde. Nesse contexto, é oportuno lembrar que:

O verdadeiro desafio da psicanálise não consiste em postular a desintegração do sujeito, mas de encontrar a potência de cura própria às experiências de não-identidade que quebram tanto o círculo narcísico do eu como o quadro controlado de trocas intersubjetivas previamente estruturadas. (SAFATLE, 2006, p. 29).

Temos então uma direção pela qual a ética deve, para Freud, se orientar. O compromisso da cura não é com

a felicidade ou com a realização do bem-estar, ou seja, com nenhum predicado que possa se impor ao sujeito. É importante lembrar que a felicidade é apontada por Freud (1930/1969) como um projeto civilizatório fadado ao fracasso. Defendemos que o compromisso da cura é com a transformação, isto é, com um processo de saída indeterminado por definição. Não sabemos, antecipadamente, o que será, ao final do tratamento, a experiência de cura para um sujeito. Com efeito, essa noção antipredicativa de cura implica no rompimento com toda abordagem que privilegie o bem-estar e a eficácia adaptativa como objetivos do tratamento. A direção do tratamento não se equaciona pela busca da elevação do humor, pela noite bem dormida ou pela diminuição da ansiedade, mas pela busca do que inconscientemente determina uma alteração afetiva, uma insônia ou uma crise de ansiedade. É por isso que Freud (1940/1969) afirma que, talvez um dia, em um futuro próximo, as neurociências possam encontrar os determinantes orgânicos da neurose.

Quanto a isso, de nossa parte, podemos dizer que pouco importa, pois o fundamental é lembrar que a perspectiva organicista e medicamentosa, embora traga avanços significativos na adaptabilidade do sujeito à ordem instituída (ajuste normativo), não pode mais do que mudar o comportamento humano ou o funcionamento do corpo sem com isso provocar uma transformação na posição do sujeito frente a seu sofrimento. É o que nos faz lembrar a crítica freudiana ao *furor sanandi*, ao fanatismo pela cura, em que ele alerta que “acreditar que as neuroses podem ser vencidas pela administração de remedinhos inócuos é subestimar grosseiramente esses distúrbios, tanto quanto à sua origem quanto à sua importância prática” (FREUD, 1914/1969, p. 221).

O argumento freudiano ainda pode significar que a ética da psicanálise não se refere a uma técnica de normatização dos hábitos e dos costumes, tão menos a uma técnica de gerência sobre os possíveis de uma ação. Não tomar o sujeito e o seu sofrimento como uma categoria à qual se pode exclusivamente aplicar a técnica de conversão da doença em saúde: eis, portanto, um modo fecundo de compreender o que é a ética da psicanálise. “Na análise, contudo, as questões técnicas são éticas, por um motivo muito preciso: nela nos dirigimos ao sujeito. A categoria do sujeito é ética e não técnica” (MILLER, 1998, p. 221). Podemos mesmo dizer que, se a psicanálise possui alguma técnica, elas são pouco seguras, tanto no que diz respeito à sua utilização quanto para sua possível avaliação. Sabemos não ser possível localizar um manual de dispositivos técnicos nas recomendações de Freud (1912/1969). A associação livre e o uso do divã são duas das poucas práticas que podem reclamar para si esse lugar de técnica. Concordamos com Lacan a esse respeito: “Afirmamos, quanto a nós, que a técnica não pode ser compreendida nem corretamente aplicada, portanto, quando se desconhecem os conceitos que a fundamentam” (LACAN, 1953/1998, p. 247). Além disso, tanto a associação livre quanto o divã necessitam de uma condução que está condicionada à escuta e ao manejo da transferência para os quais não temos nenhum manual de técnicas objetivas, mas apenas uma orientação ética.

Isso não poderia ser diferente, pois, para a psicanálise, a ética não é o mesmo que uma moral consensualmente constituída como valor soberano de uma sociedade. Conforme observou Alain Badiou, a ética reduzida ao seu sentido moral trata “das relações da ação subjetiva, e de suas intenções representáveis, com a Lei universal” (BADIOU, 1995, p. 16), o que faria dela um princípio para se julgar as práticas de um sujeito, condenando ações e atos que infringem a lei como desprovidos de uma decisão ética. Por esta razão, Badiou afirma que a palavra ética é o termo dos holofotes atuais, a tendência ‘filosófica’ do momento. Diz ele que hoje em dia é impensável que a “ética da política”, a “ética dos direitos do consumidor” ou “ética ambiental” não estejam assentadas em superestimados direitos naturais do homem. Esta superestimação é fruto direto do claro e evidente entendimento daquilo que é ameaça à essência humana, cujo consentimento força a delimitação universal da representação do mal. Desse modo, a significação cotidiana do termo “ética” se reduz, aos dias de hoje, à evidente doutrina dos Direitos Humanos, que assegura ao sujeito os direitos jurídicos ao não-mal: não ser maltratado em sua vida, em seu corpo, nem em sua identidade cultural. A ética, assim, significaria se preocupar com esses direitos e fazer com que eles sejam reconhecidos e respeitados. Ela seria “a legislação consensual refrente aos homens em geral, suas necessidades, sua vida e sua morte” (*ibidem*, p. 21).

Consequentemente, a partir da posição de Badiou, o problema ganha novos contornos: não seria essa determinação *a priori* do mal, do direito e do homem o que serve de obstáculo ao problema ético por definição, a saber, pensar a singularidade das situações, princípio obrigatório de toda ação humana? Nesse sentido, o problema da ética não pode se limitar a formular proibições e interdições. Portanto, “se não há ética ‘em geral’, é porque falta ao sujeito abstrato, aquele que deveria possuí-la. Não há senão um animal particular, convocado pelas circunstâncias a se tornar sujeito” (BADIOU, 1995, p. 53).

Não é ao acaso que aparece no pensamento de Badiou uma forte desconfiança de que ética e consenso formam um par. Vemos, por exemplo, ele defender que a ética não pode ser objeto de consenso; ela por definição não deve ser “representativa, ela se apresenta diretamente; não é jurídica, ela é subjetiva” (*ibidem*, p. 44). E mais: Badiou também é um autor que nos adverte sobre a falsa ligação entre ética e políticas de representação consensualmente instituídas: “Nas políticas de representação, não pode haver ética, pois, para um Sujeito, a

ação ética é justamente aquela que não pode ser delegada nem representada. Na ética, o sujeito se apresenta ele mesmo, decide ele mesmo, declara o que ele quer em seu próprio nome" (*ibidem*, p. 42). A ética não é um saber geral que orienta a ação, isso "porque a ética é relativa ao discurso. Não vamos ficar de lenga-lenga" (LACAN, 1973/2003, p. 539).

Outra estratégia fundamental utilizada por Freud no projeto de defesa de uma noção antipredicativa de cura foi criticar a vocação generalista e totalizante das práticas clínicas e terapêuticas, que determinam de saída as possibilidades de um fim de tratamento. Freud é claro ao dizer que o psicanalista deve tratar cada caso como se fosse o primeiro e que, por isso, seria sem sentido um esforço de totalização dos fins possíveis do tratamento.

Lembremos ainda que, para Freud, a cura deve ser pensada na dimensão da realização do universal e não do particular como regra ou exceção que confirma a regra geral. Isso significa que a proposta de cura no pensamento freudiano não é a adequação particular do indivíduo à norma perdida com a doença, uma vez que o ajuste normativo pode ser sempre particularizado, mas nunca singularizado, já que um evento singular que ainda não possui inscrição na situação obriga a colocar em questão o sistema valorativo que sustenta as normatividades postas. Conforme nos lembra Badiou, o singular ao contrário do particular, que é uma figura que ainda garante a ideia do geral e do total não pode se apresentar como uma identidade suportada pela situação; o singular, ao contrário de sustentar o ofício de produção de normalidades, obriga um rompimento com a identificação, pois o singular só pode se apresentar como uma "incontável infinidade" de formas pelas quais se pode universalmente manifestar a vida humana (BADIOU, 2009, p. 17). E, vale ressaltar,

o universal está vinculado a acontecimentos que ocorrem em situações localizáveis que "colocam a língua em um impasse" por trazerem processos que ainda não têm nome, que devem ser pensados como "fora de lugar, como nomadismo da gratuidade" e que permitem o advento de um "sujeito desprovido de toda identidade", capaz de instaurar uma posição ex-cêntrica, indiferente em relação às possibilidades de ação postas pelo ordenamento jurídico, indiferente aos costumes e hábitos. (SAFATLE, 2009, p. 134).

Assim, se a cura não deve possuir nenhuma identidade ou predicado, é porque ela sempre será a realização de uma experiência singular, por isso, de caráter universal. É por esta razão que o projeto de renovação da ideia de universalismo empreendido por Badiou é imprescindível para a crítica da "universalização totalizante", já que sua proposta é, acima de tudo, defender que todo universal é um singular ou uma singularidade e não a coleção, isto é, a totalidade de predicados particulares. "Chamar-se-á 'particular' o que é identificável no saber pelos predicados descritivos. Já aquilo que, identificável como procedimento em andamento numa situação, subtrai-se a toda descrição predicativa, dir-se-á 'singular'" (BADIOU, 2008, p. 42).

Para reforçar a tese de dessimetria entre o particular e o singular, entre o geral e o universal, uma ótima referência é o livro *São Paulo* (2009) de Alain Badiou. A ideia central da obra consiste em demonstrar como o apóstolo Paulo foi o fundador do estatuto da verdade como singularidade universal. O universal não é a representação de tudo que existe, da soma de todas as particularidades possíveis. Quanto a isso, Badiou é claro ao afirmar que um processo de verdade é aquele que interrompe o estado geral da lei e bloqueia a repetição das formas existentes. É fundamental a correlação entre universal e a ocorrência de um evento indeterminado, contingente e antipredicativo. Portanto, se algo se roga de universal é porque se trata de um processo que "encontra-se em ruptura com o princípio axiomático que rege a situação e organiza suas séries repetitivas" (BADIOU, 2009, p. 18). Assim, todo universal, tal como o evento Cristo, é singular porque não mais se ancora no domínio identitário. O que se liga ao princípio de identidade e organização das séries repetitivas é justamente aquilo que comumente chamamos de generalidade. O que é o geral senão a soma dos predicados possíveis? Podemos afirmar que o espírito paulino, assim como o freudiano, é universalista e não generalista ou totalizante. É o que destaca Badiou, ao defender que a produção de uma verdade é efeito de um acontecimento singular sem identidade: "Sendo a verdade pertinente ao acontecimento, ou da ordem que advém, ela é singular. Não é estrutural, nem axiomática, nem legal. Nenhuma generalidade disponível pode dar conta ou estruturar o sujeito que se reporta a ela. Não poderia, portanto, haver uma lei da verdade" (BADIOU, 2009, p. 21).

Outro modo ainda de compreender o problema, segundo a passagem acima destacada, é pensar que a manifestação do singular sempre será fora da lei, porque é sempre característico de uma lei ser particular, ou seja, é normal que ela trate de institucionalizar as diferenças. Assim, os únicos correlatos da cura são o singular e o universal sem predicados e não as diferenças particulares que se identificam com a regra geral. "Que um acontecimento venha iniciar um procedimento singular de universalização e nele constituir seu sujeito, é antinômico ao par positivista da particularidade e da generalidade" (BADIOU, 2008, p. 44). Assim,

é preciso sustentar que todo universal se apresenta não como regulamentação do particular ou das diferenças, mas como singularidade subtraída aos predicados identitários, ainda que, obviamente, ela

proceda neles e através deles. À assunção das particularidades, é preciso opor a sua subtração. Mas, se uma singularidade pode pretender subtrativamente ao universal, é porque o jogo dos predicados identitários, ou a lógica dos saberes descriptivos da particularidade, não permite de maneira alguma prevê-la ou pensá-la. (BADIOU, 2008, p. 43).

Portanto, a título de conclusão parcial, podemos dizer que a cura psicanalítica, desde Freud, só pode ser de ordem antipredicativa, já que ela não tem outra aspiração senão a universalidade. O projeto clínico de Freud é mostrar que uma proposta universal da cura não pode se contentar com nenhuma norma geral, que em cada realização singular da cura não teremos a integração da singularidade a nenhuma totalidade: a cura como a realização de uma experiência singular não será, enfim, signo de nada. Como diria Jacques-Alain Miller a respeito do reconhecimento do diagnóstico como uma arte: “Neste mundo, um caso particular jamais é um caso exemplar de uma regra ou de uma classe. Somente há exceções à regra. Essa é a fórmula universal, paradoxal, é claro” (MILLER, 2003, p. 27).

Para que a cura não seja uma “tautologia mortífera” das particularidades, a qual não deixa ao sujeito outra possibilidade senão a síntese positiva e possível das diferenças, é necessário que ela seja articulada ao universal da transformação, ou seja, à sua marca indelével de não se assemelhar a nada. Esse é o sentido da cura enquanto a realização de uma experiência, ou seja, a cura é a realização de uma forma de vida: não ser a marca reiterativa das identidades e suas diferenças toleráveis, mas, antes, ser o advento de uma singularidade inominável e inumerável, ou seja, de uma transformação como marca universal de sua realização. Isso significa dizer que a cura é a experiência subjetiva transformada, livre das predicações que dotam a saúde de um valor absoluto e imprescindível, e não o retorno a uma antiga condição ou à produção de uma nova condição já programada. Assim, reencontramos a hipótese que lançamos na introdução deste trabalho: *dizer que a cura é a realização de uma experiência significa afirmar que seu efeito é fundamentalmente uma transformação*.

Por fim, gostaríamos ainda de insistir que, ao defendermos ao longo desse artigo a possibilidade de uma noção de cura em psicanálise que pudesse ser compreendida em seu sentido antipredicativo, isso foi também com o objetivo de apontar para a seguinte questão: não haveria uma potência de transformação, a ser explorada politicamente, na noção de cura em psicanálise uma vez que ela é, tal como vimos até aqui, a realização de arranjos impossíveis? Acrescentaríamos que, se há ainda algum interesse renovado na proposta de que a psicanálise inaugura com Freud uma forma nova de tratamento ou de clínica, é para defender que o “caráter inovador da abordagem clínica psicanalítica é um modo de se perguntar se essa dimensão não deveria ser levada em conta na organização das reflexões sobre o político” (SAFATLE, 2015, p. 291). Acreditamos que a reflexão sobre essa noção de cura antipredicativa e de potência transformativa no pensamento de Freud nos permite contribuir com alguns desenvolvimentos que intentam construir uma teoria da transformação política centrada na realização do impossível e na efetividade que as experiências de indeterminação têm de engendrar aquilo que é novo.

**Recebido:** 1º de junho de 2018. **Aprovado:** 23 de novembro de 2019.

#### **REFERÊNCIAS**

- BADIOU, A. *Ética e política*. In: GARCIA, C. (org.). *Conferências de Alain Badiou no Brasil*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.
- BADIOU, A. *Ética*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.
- BADIOU, A. Oito teses sobre o universal. *Ethica*, ano XV, n. 2, 2008. Disponível em: <https://estudosbadiouianos.files.wordpress.com/2012/12/badiou-oito-teses-sobre-o-universal.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2017.
- BADIOU, A. *São Paulo*. São Paulo: Boitempo, 2009.
- DNKER, C. *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica*. São Paulo: Annablume, 2011.
- DUNKER, C. *Mal-estar, sofrimento e sintoma*. São Paulo: Boitempo, 2015.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- FREUD, S. *Esboço de psicanálise* (1940). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 23)
- FREUD, S. *Observações sobre o amor transferencial*: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III (1914). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 12)
- FREUD, S. *O mal-estar na civilização* (1930). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 21)
- FREUD, S. *Psicanálise Silvestre* (1910). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das

## O universalismo da cura em Freud

- obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 11)
- FREUD, S. *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 12)
- FREUD, S. *Sobre o início do tratamento* (1913). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 12)
- LACAN, J. Televisão (1973). In: LACAN, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- MILLER, J.-A. A arte do diagnóstico: o rouxinol de Lacan. *Carta de São Paulo EBP/SP*, ano X, n. 5. São Paulo: EBP/SP, 2003, p.18-32.
- MILLER, J.-A. *Lacan elucidado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- MILLER, J.-A. Psicanálise e psicoterapia. In: FORBES, J. (org.). *Psicanálise ou psicoterapia?* Campinas: Papirus, 1997.
- SAFATLE, V. *A paixão do negativo*. São Paulo: Editora UNESP, 2006.
- SAFATLE, V. *O circuito dos afetos*. São Paulo: Cosac Naify, 2015.
- SAFATLE, V. Posfácio: de que filosofia do acontecimento a esquerda precisa? In: BADIOU, A. *São Paulo*. São Paulo: Boitempo, 2009.

### **Tiago Iwasawa Neves**

Professor Adjunto do curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande/PB, Brasil. [tiagoiwashawa@yahoo.com.br](mailto:tiagoiwashawa@yahoo.com.br)