

O LUGAR DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA CONTEMPORANEIDADE SOB UMA ÓTICA PSICANALÍTICA

Renata Raíssa Souza de Lima¹

Vitória Fernanda de Oliveira Fernandes²

Érick Leonardo Pereira³

RESUMO

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura, em que se buscou compreender o lugar da angústia no sofrimento psíquico do sujeito contemporâneo, mostrando como acontece o manejo dessa angústia na clínica psicanalítica. Partindo da perspectiva da psicopatologia fundamental de que o sofrimento é inerente ao sujeito, explanou-se aqui o percurso histórico da angústia na teoria freudiana, desdobrando seus mecanismos desde a primeira teoria até a segunda, indicando que a angústia é um fenômeno cuja constituição se dá a partir do desamparo vivido pela criança pouco tempo depois de seu nascimento, e que ela é evocada sempre que o sujeito revive de alguma maneira, experiências semelhantes ao longo de sua vida. Em tal caso, discute-se aqui, as questões sintomáticas e a recusa do sofrimento e da subjetividade feita pelo sujeito na clínica. Conclui-se então, que, a sociedade demanda do sujeito soluções instantâneas para o seu mal-estar. Apostase na psicanálise como uma via de trabalho que permite o sujeito dar lugar a sua angústia e elaborá-la em sua singularidade.

Palavras chaves: Angústia. Sofrimento psíquico. Clínica. Contemporaneidade.

¹Acadêmica do Curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNIRN. E-mail: renata_raissa24@outlook.com

²Acadêmica do Curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNIRN. E-mail: vitoriaf.psicologia@gmail.com

³Professor Orientador do Curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNIRN. Psicanalista de Orientação Lacaniana; Psicólogo; Mestre em psicologia pela UFRN . Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNIRN.

THE PLACE OF SUFFERING IN CONTEMPORANITY AND HIS MANAGEMENT IN THE PSYCHOANALYTIC CLINIC

ABSTRACT

The present piece of work deals with a literature review, in which it was sought to understand the place of anguish in the psychic suffering of the contemporary individual, showing how the management of this anguish in the psychoanalytic clinic happens. From the perspective of the fundamental psychopathology that suffering is inherent to the individual, the historical path of anguish was explored here in Freudian Theory, unfolding its mechanisms from the first theory to the second one, indicating that the anguish is a phenomenon whose constitution occurs from the helplessness lived by the child shortly after birth, and that it is evoked whenever the individual relives somehow, similar experiences throughout their life. In this case, we discuss here the symptomatic questions and the refusal of the suffering and the subjectivity made by the subject in the clinic. It should be understood, then, that the instinctual dynamics of society demand instantaneous solutions to the patient's malaise, when it does not allow him to expose his suffering, withdrawing the right to subjectivity.

Keywords: Anguish. Psychic Suffering. Management. Contemporaneity.

1 INTRODUÇÃO

Tristeza não tem fim. Felicidade sim.
Vinícius de Moraes.

Ao longo dos anos, cada época e cada cultura trouxeram consigo uma forma de lidar com o sofrimento humano e com bases nessas ideologias tentou-se de alguma forma compreender e estudar o sofrimento que perturbava a psiquê.

De acordo com Ceccarelli (2005), cada contexto histórico-político teve sua psicopatologia, ou seja, suas tentativas de “decompor” o sofrimento psíquico. O referido autor, sustentado na teoria psicanalítica, destaca a psicopatologia como um discurso, um estudo, um conhecimento a respeito das paixões e doenças da mente

e da alma. Esta alma estaria adoecida pelo fato de que o conflito pulsional se apresentaria de numa proporção que a psique não conseguiria encontrar soluções sem grandes perdas e atravessassem o mal-estar por vias suportáveis ao ego.

Nesta perspectiva, Cecarelli (2003) ressalta como duas importantes concepções histórico-filosóficas acerca do *pathos* que ainda estão impregnadas em nossa civilização. A primeira delas, na concepção aristotélica, nos conduz a reflexão da ação direta do sujeito sobre o *pathos*, ou seja, no sentido de integrá-lo, de implicá-lo no movimento de sua dor. Por outro lado, no estoicismo, o sujeito é considerado como fonte de alienação, reduzindo assim sua culpabilidade, levando-o a extirpar sua doença. Sendo esta via a que coloca o sujeito na posição de doente, alienado, incapaz de agir ao seu favor.

É diante do contexto social atual que nos vende a ideia de uma sociedade completamente feliz e plena, que vivemos num dilema constante onde nos é exigido uma postura relativamente “normativa”, onde não se pode perder tempo com o sofrimento, uma vez que ele visto como uma anormalidade. Caminhamos assim para uma sociedade que não suporta mais o sofrimento como parte da vida e nesse sentido, percebe-se uma patologização desse sofrimento psíquico.

Posto isso, Szapiro apud Furtado 2014 ressalta sobre a atual conjuntura:

Estamos hoje absorvidos pela ideia de promover nossa saúde, gerir os riscos de adoecer, cuidar do corpo, praticar esportes, administrar a ingestão de alimentos, seguir as regras higiênicas para viver uma vida saudável, adaptar comportamentos que nos façam adquirir novos hábitos e nos levem a uma melhor qualidade de vida, bem-estar e, por fim, felicidade. Ser saudável se tornou, de verdade, um modo de ser e viver, uma busca incansável, um imperativo (SZAPIRO, 2005 apud FURTADO, 2014).

Percebe-se com isso que a sociedade contemporânea vivencia um mal-estar causado por uma determinação e imposição cultural que é necessário ser feliz incessantemente, à vista disso, a experiência com a tristeza torna-se insuportável, no qual o sujeito procura nomear o que está sentindo, classificando-a como um transtorno.

Os mais diversos modelos clínico-teóricos abordam a psicopatologia na intenção de evidenciar os fenômenos psíquicos, reúnem-se como as principais correntes: psicopatologia descritiva, psicopatologia dinâmica, psicopatologia médica, psicopatologia existencial, psicopatologia comportamental-cognitiva, psicologia psicanalítica, psicopatologia categorial, psicopatologia dimensional, psicopatologia

biológica, psicopatologia sociocultural, psicopatologia operacional- pragmática e psicopatologia fundamental. E isso ao longo dos anos acarretou alguns impasses na trama das discussões a respeito das bases elementares que atravessam o sofrimento do sujeito (DALGALARRONDO, 2008).

Em função desses impasses, Cecarrelli (2005) aponta que os manuais de classificação e de diagnósticos passaram a delimitar o campo de pesquisa, partindo apenas das observações dos fenômenos em questão, sem levantar bandeira a nenhuma corrente teórica, com fundamentos que conseguissem alcançar as diversas áreas do saber e que fossem palpáveis à sociedade. No entanto, uma importante questão se coloca com referência aos manuais diagnósticos: como é possível atingir a singularidade do *pathos* a partir de operadores estatísticos gerais?

Para melhor responder à questão acima encontramos nas considerações de Ceccarelli (2005) em que a psicopatologia fundamental buscou resgatar a subjetividade do sujeito, dando vez a sua voz para falar sobre seu *pathos*. Na psicanálise o interesse está na investigação, na observação do sujeito e sua dinâmica, com o apoio da transferência (ROSA, 1996).

Diante disso, procura-se entender o que têm levado esse indivíduo a lastimar-se diante de seus dilemas, e se aparentemente não exterioriza, entendem que é necessário um fragmento da realidade nas modernas fórmulas de cura.

Considerando que este sujeito é produto de uma sociedade que corre em busca de vínculos mais fluidos e que procura respostas imediatas, qual seria o lugar dos processos terapêuticos sustentados no discurso, na palavra, no *talking cure* já sinalizado pela célebre Anna O. a primeira? Como o fazer do analista ficará frente às novas demandas analgésicas?

Ceccarelli (2003) considera fundamental uma reorganização do discurso sobre a paixão, de modo que essa paixão agora transite de um estado de sofrimento para uma condição de experiência, por meio da transferência, construindo outros arranjos pulsionais, se possível.

A emergência do imperativo de felicidade lançou a luz um novo campo de investigação na modernidade no sentido de compreender a imperatividade de um viver sem dor e sem sofrimento, por isso o presente trabalho tem os seguintes objetivos: investigar o conceito de angustia na teoria psicanalítica e seu manejo na clínica, compreender o sofrimento psíquico na psicopatologia fundamental e

identificar e refletir como ocorre o manejo da angústia no tratamento psicanalítico. Apoiado nos fundamentos da psicanálise freudiana buscou-se entender como se origina a angústia, como é expressa nos dias atuais, e que condições permeiam as situações de sofrimento.

2 METODOLOGIA

Realizamos uma busca com descritores “sofrimento psíquico”, “angústia”, “psicopatologia fundamental” e “psicanálise”, nas bases Bvs-Psi, SciELO, LILACS, Portal de Periódicos CAPES, Banco de Dissertações e Teses Brasileiras (BDTD) e Google Acadêmico, bem como levantamento de livros que versam sobre a temática sofrimento psíquico e psicanálise. Este teve como referência o livro escrito por Sigmund Freud, *inibição, sintoma e angústia* (1913/2014). As referências apresentadas no mesmo serviram como ponto de partida para nossa busca.

Para a construção do artigo utilizamos como referências um conjunto de autores importantes que dão sustentação teórica aos pressupostos centrais da pesquisa: Compreender qual o lugar do sofrimento e angústia do sujeito contemporâneo e as principais questões que se abrem com relação às transformações no olhar sobre o sofrimento e a reflexão e articulação sobre o manejo deste numa ótica psicanalítica, e apoiamos também na leitura do sociólogo Zygmunt Bauman (2004).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O SOFRIMENTO PSÍQUICO NA PERSPECTIVA DA PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

Para que possamos entender o sofrimento psíquico à luz da teoria psicanalítica, é necessário antes de tudo considerarmos o percurso histórico-cultural que produziu a noção de sofrimento da nossa sociedade atual.

O conceito de psicopatologia é definido por Ceccarelli (2005) como um discurso, um saber a respeito do sofrimento psíquico. As três palavras do grego: “psyché”, refere-se ao psiquismo, o psíquico, a alma; “*pathos*”, que diz sobre a

paixão, o excesso, o sofrimento e assujeitamento; e “logos”, diz sobre um discurso, um conhecimento, um saber.

Ao longo das épocas, algumas culturas tentaram de alguma forma explicar o sofrimento psíquico. A loucura como assim tratada, foi, e ainda é uma questão que as sociedades se debruçam para tentar explicar. Segundo Pessotti (1995, apud CECARELLI, 2005) pode-se observar na Grécia pré-socrática que a loucura era tratada como um castigo dos deuses, a culpa não era atribuída mais ao sujeito, e sim ao destino (PESSOTTI, 1995).

Esta noção foi descartada com Hipócrates, que defendia a ideia de que o desequilíbrio que os homens carregavam, apenas atestava a disfunção dos mecanismos orgânicos do sujeito, apesar de dispensar qualquer ação divina e sobrenatural sobre a condição humana, revela uma concepção organicista do sofrimento psíquico (CECCARELLI, 2005)

Com Platão, a concepção de psiqué é modificada. O campo da psiqué seria constituído por três almas. A racional, a afetivo-espiritual, e a apetitiva. Deste modo, a razão para loucura seria encontrada no desarranjo entre essas três almas, onde a racional se encontraria em desordem e passaria a não funcionar de forma correta. O conceito sobre “as três almas” na era cristã é aprimorado pelo médico romano Galeno (CECCARELLI, 2005, p. 472)

Galeno define o desarranjo humoral como causa do sofrimento. É na medida em que o cristianismo passou a ganhar força que na cultura medieval a ideia de loucura ficou ligada a possessão, e só vai sendo substituída com o avanço da medicina que acaba por resgatar as idéias de Galeno. Apenas em 1801, com Pinel, após sua obra revolucionária a respeito da alienação mental, que a visão de loucura é radicalmente transformada, e passa a ser enfrentada como distúrbios das funções racionais (CECCARELLI, 2005, p. 472).

O que podemos chamar de psicopatologia, é inaugurada por Karls Jaspers no início do século XX, quando publicou sobre psicopatologia geral (CECCARELLI, 2003). Neste momento a psicopatologia havia se inaugurado como disciplina, e visava estudar e descrever as doenças mentais. O autor afirma que apenas em Freud, a partir da dimensão do desejo, a concepção sobre sofrimento é oposta às concepções anteriores. O desejo, que se submetem as leis

da linguagem, não pode ser mensurado, classificado, pois o sujeito que está a falar, fala sobre o seu *pathos*, ou seja, de sua experiência singular como sujeito.

Conforme Ceccarelli (2003) aponta, na psicopatologia fundamental o trabalho está voltado para a possibilidade de redefinição do campo do psicopatológico. Por meio da transdisciplinaridade, ou seja, através da integração de saberes dos mais diversos modelos teórico-clínicos, a psicopatologia fundamental proporciona um espaço discursivo para que essas diferentes vertentes epistemológicas se conversem. Com uma orientação psicanalítica, a disciplina pretende ouvir o sujeito e possibilitar a experiência através de seu sofrimento. O referido autor afirma que “... o *pathos* manifesta uma subjetividade que é capaz, através da expressão em palavras, de transformar a paixão em experiência, servindo para a existência do próprio sujeito”.

Como Cecarelli (2003) indica, a noção de experiência está firmada na vertente filosófica aristotélica. Para Aristóteles, a paixão seria algo intrínseco da natureza humana, e que o homem de forma nenhuma poderia escolher as suas paixões, somente teria a chance de atribuir a ela à medida que lhe fosse interessante. Nesta visão, o movimento ético permite integrar o *pathos* à vida do ser humano de forma que ao sujeito estava a responsabilidade de corrigir e significar esta paixão, já que renunciar seria algo impossível de acontecer, ele a usaria para o seu proveito. A paixão seria a responsável por tornar significativa para o sujeito todas as suas ações, contudo, o equilíbrio teria de ser encontrado, submetendo a paixão ao domínio do *logos*, ou seja, da razão.

Encontramos uma forte oposição à concepção de Aristóteles na visão advinda de Platão e do estoicismo. A noção da paixão inerente a existência humana é combatida, e nesse momento entende-se a paixão com um problema e um obstáculo que pode destruir o sujeito doente que está preso ao seu *pathos*. Não se acredita que o sujeito possa encontrar na paixão algum fundamento sólido que possibilite a ele o aprendizado e a experiência, pelo contrário, o *pathos* seria responsável por todas as condutas imorais do sujeito, e que a melhor solução seria a e de extirpá-lo de sua vida. Esta noção põe o sujeito na posição de alienado, que não é culpado por suas ações, transferindo-o para o domínio do discurso terapêutico (CECCARELLI, 2003).

É neste dilema entre o que é passional e o que é patológico, entre a ética e a terapêutica, entre a integração ou extirpação do *pathos*, que nos aproximamos do terreno de debate sobre o normal e o patológico, contudo, não é de nosso interesse alimentar uma discussão em volta dessas concepções nesse trabalho.

3.2 A PSICANÁLISE E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A ESCUTA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

A psicanálise revolucionou a forma que os médicos da sua época compreendiam o fenômeno histérico ao dar voz às mulheres que sofriam anomalias e dores em seu corpo, mas que não havia nenhuma causa orgânica e etiológica para tal. Atento ao método iniciado por Jean-Martin Charcot sobre a histeria, Freud concentrou seus estudos nessas mulheres denominadas histéricas e descobriu que a causa desse fenômeno eram palavras não faladas que se expressavam como dor e tinham como causa sofrimentos psíquicos, com lembranças e afetos que não podiam ser reconhecidos. “Os sintomas de pacientes histéricos baseiam-se em cenas do seu passado que lhes causaram grande impressão, mas foram esquecidas (traumas) ” (FREUD, 1914-1916/1996, p.6). Com isso, Freud começa a formular conceitos que embasaram a constituição da psicanálise.

Em estudos sobre a histeria (FREUD, 1893/1895/1996, p.21) o supracitado autor ressalta:

“No caso da histeria comum não é rara a ocorrência, em vez de um trauma principal isolado, de vários traumas parciais que formam um grupo de causas desencadeadoras. Essas causas só puderam exercer um efeito traumático por adição e constituem um conjunto por serem, em parte, componentes de uma mesma história de sofrimento.”

Observa-se assim que na histeria, Freud coloca em relevo o sofrimento psíquico, mostrando que esse sofrimento carrega uma história na vida do sujeito, visto que se sofre pela subjetividade articulada nas formas de vida e não somente por razões médicas ou morais como havia sido abordado ao longo da história.

Por conseguinte, Freud iniciou juntamente com Charcot o tratamento pela sugestão da hipnose profunda em que ele trouxe o conflito do momento e o fator

desencadeante da doença para o primeiro plano da análise (FREUD, 1914-1916/1996).

De acordo com Bastos (2017, p.4):

“Baseada inicialmente na hipnose, método já utilizado por Breuer no atendimento a Anna O. (1882) a Psicanálise inicia sua caminhada e definição. Pois essa paciente contribuiu com o método recém fundado da cura pela palavra, com a expressão da “limpeza de chaminé”, depois substituída pela expressão de ab-reação. Freud atende suas pacientes e vai construindo com elas seu método e aperfeiçoando-o.”

Com a Sra. Emmy Von N. (1889) configura-se a cena psicanalítica, pois com a resistência da paciente para hipnose, ela começa a narrar seus sintomas por meio da sua história sem obedecer às ordens de Freud. No entanto, é com a senhorita Elisabeth Von R. (1892) que Freud passa definitivamente a ouvir a história dessas mulheres e constata que a explicação para os seus sintomas estava relacionada à história de vida da paciente. A conversão, um dos primeiros conceitos psicanalíticos, era o fenômeno no qual a histérica demonstrava seus conflitos no corpo. Dessa forma, Freud define uma nova forma de tratamento psíquico em que para além da doença existia o sujeito doente (BASTOS, 2017).

Então, por meio dos tempos, o evento da histeria com sua origem e tratamento, trouxe-nos a contribuição de um novo saber sobre esse sofrimento que se transformou em escuta do sofrimento psíquico nas práxis das clínicas atuais, uma vez que Freud lançou a luz que a queixa do paciente é o nosso guia para irmos entendendo a história de vida do sujeito e por meio dessa escuta diferenciada reconstruir com ele uma nova forma de se relacionar com sua própria história de vida. O sujeito é a causa do seu sofrimento. A partir disso que se originou a famosa frase psicanalítica “ a cura pela fala”.

3.3 PERCURSOS DA ANGÚSTIA EM FREUD

A teoria da angústia está presente na obra Freudiana desde o princípio da psicanálise. No ano de 1890, Freud iniciou os seus escritos sobre as neuroses atuais, incluindo a neurastenia, síndrome a qual chamou de neurose de angústia. Freud caracterizou a neurastenia como neurose de angústia pelo fato de que esta se organizava em torno de um sintoma principal que seria a angústia.

A sintomatologia clínica descrita por Freud (1895[1894] /1996) é estruturada da seguinte forma:

1. **Irritabilidade geral** – Acúmulo de excitação como também a incapacidade para suportar tal acúmulo.
2. **Expectativa angustiada** – Acompanha uma visão pessimista dos fatos. É um *quantum* livre de angústia que o autor chama de estado livre de flutuação, que sempre se fixaria a qualquer conteúdo representativo adequado.
3. **Angústia** – Maior parte do tempo latente a consciência, embora esteja sempre está à espera, no objetivo de manifestar-se mesmo não tendo sido despertada por alguma representação. Isto é, pode apoiar-se simplesmente em uma interpretação mais aparente como uma representação de extinção da vida ou uma ameaça de loucura. Também pode apresentar-se associada a algumas disfunções corporais, como respiração ofegante, alteração da atividade cardíaca e sudorese.
4. **Distúrbios no sono** – caracterizado pelo pânico durante a noite, associado com dispneia, suor, e pavor mesmo sem a incidência de sonhos ou alucinação.
5. **Vertigem** – Manifesta-se na forma de tonturas, mal-estar, dificuldade de locomoção, geralmente combinados aos sintomas cardíacos e respiratórios.

Quanto à etiologia da neurose de angústia, Freud a caracterizou como um aparente distúrbio provocado pela falta ou inadequação da descarga sexual; ele considera que angústia está diretamente ligada ao nível de energia sexual somática, sendo ela um dos destinos que a energia psíquica tomava após a execução do recalque. Freud conclui que mesmo que a perturbação sexual específica do coito interrompido não seja responsável por provocar uma neurose de angústia no sujeito, ela pode simplesmente contribuir para uma predisposição (FREUD, 1895[1894]/1996).

Mais tarde, deixando de lado temporariamente os estudos sobre as neuroses atuais, Freud (1926/2014) passa a organizar a sua teoria da angústia voltada para

as psiconeuroses. As psiconeuroses teriam suas causas nos conflitos de ordem psíquica, ou seja, a oposição entre desejo e defesa.

Freud investigou a função nas inibições e traça uma relação entre inibição angústia. A inibição seria uma diminuição ou restrição de uma função do Eu, na qual foi renunciada devido às proibições por parte do Super-eu. Para que não houvesse produção de angústia as funções do eu seriam limitadas pelo mesmo. Essas proibições das funções do Eu se dão por motivo de precaução ou de empobrecimento de energia. Freud denota a presença dessas renúncias no caso do Pequeno Hans (1909).

Ao contrário das inibições onde o Eu limita certas funções que lhe trouxesse satisfações, os sintomas, por sua vez se tornam substitutos dessa satisfação sexual que não pode ser alcançada e que passaram pelo processo de repressão. O prazer que se esperaria na satisfação do impulso instintual é transformado em desprazer, sendo o desprazer o seu substituto. Freud explica que os sintomas se formam na tentativa de evitar uma situação de perigo - a castração - que a angústia, por sua vez, venha sinalizar. O medo da castração é o motor que provoca a defesa por parte do Eu, e “... o castigo do Super-Eu é um prosseguimento do castigo da castração” (FREUD, 1926/2014).

- ANGÚSTIA REALISTA

A angústia realista é para Freud como uma reação à uma situação de perigo, que podemos entender como um comportamento “adequado” diante de determinadas circunstâncias, e que está relacionada ao instinto de auto conservação. Essa falta de “sinalização” poderia causar ao sujeito certos danos. O que se pode esperar da angústia é a sua prontidão, no entanto, seu desenvolvimento nada pode acrescentar ao sujeito, a não ser, repetidos estados de angústia.

- ANGÚSTIA NEURÓTICA

Freud considerou na angústia neurótica a presença de uma “angústia expectante” ou “expectativa angustiada”, o mesmo sintoma que já havia mencionado nos seus primeiros estudos sobre a neurastenia. Esta angústia se liga a qualquer conteúdo vagamente apropriado, no intuito de justificar-se (como no medo exagerado de Hans de ser mordido pelo cavalo). Esse afeto une-se a outra representação e assim é deslocado, o que geralmente ocorre nas fobias. “Pessoas

que sofrem desse tipo de angústia prevêem sempre a concretização da possibilidade mais terrível, interpretam todo acaso como sinal de alguma desgraça, exploram toda incerteza no pior sentido ” (FREUD, 1916/2014, p.427)

- **ANGÚSTIA NAS FOBIAS**

A atividade de repressão faz com que o impulso desagradável seja mantido fora da consciência, e um dos destinos que este impulso poderia tomar era o de ser transformado em angústia. Embora esta seja uma via imediata de escape para a libido, não é caracterizada como única. De acordo com Freud (1917/2014) outras neuroses conseguem vincular o desenvolvimento da angústia a outras situações, como por exemplo, nas fobias, como veremos a seguir.

Duas fases na fobia demonstram a forma como o mecanismo de repressão lida com o perigo. Em uma delas a libido é convertida em angústia diante de perigo exterior. A outra fase é caracterizada pela tentativa de estabelecer medidas de proteção, no sentido de evitar proximidade com este perigo.

Freud (1926/2014) equipara essas condições de risco ao ato do nascimento. Ela seria a primeira vivência de angústia de um ser. Assim sendo, qualquer outra situação semelhante encontrada no decorrer da vida, faria com que o sujeito revivesse essa experiência. A angústia gerada na primeira repressão é reproduzida mediante uma imagem mnêmica já existente. Na fobia, a angústia desaparece logo após o primeiro ataque e retorna ante a presença de uma nova situação de vulnerabilidade. Ressalta que aqui a angústia não se trata de um sentimento, e sim de um estado afetivo, que de acordo com Freud, tem incidência na maioria dos casos de pacientes neuróticos.

No caso de Hans, a fobia acompanhada de angústia, expressa no medo de ser mordido por um cavalo indicava a exigência de desejos eróticos pela mãe que não podiam ser satisfeitos, e o desejo de livrar-se do Pai. O medo da castração por parte da criança deslocou-se para outro objeto (cavalo) e seria o motor de todo o conflito, fator esse que levou Hans a considerar como perigo suas saídas de casa. (FREUD, 1909/2015)

- **ANGÚSTIA E HISTERIA**

A angústia nos quadros histéricos geralmente acompanha os sintomas, ou podem simplesmente se apresentarem como acesso ou condição permanente, fazendo com que os pacientes não consigam distinguir o que as angustia.

Comumente, eles associam angústia a alguma fobias, como por exemplo, o medo de morrer, enlouquecer, ou ser acometido por algum derrame. Freud verificou que nos casos histéricos de angústia os relatos correspondem a impulsos libidinais positivos ou hostis que foram substituídos pela angústia. Deste modo, podemos perceber a angústia como “... *a moeda universal corrente, pela qual são ou podem ser trocados todos os impulsos afetivos, quando o conteúdo ideativo a eles ligados foi submetido à repressão*” (FREUD, 1917/2014).

- **RELAÇÃO ENTRE ANGÚSTIA REALISTA E NEURÓTICA: O QUE SE TEME NA ANGÚSTIA?**

O que Freud percebeu é que a causa mais frequente na neurose de angústia é a excitação não consumada, e isso o levou a acreditar que a libido seria transformada em angústia, principalmente ao observar casos de fobias infantis. Ao se deparar com um rosto estranho a criança despertaria seu anseio pela mãe. Esta excitação não poderia ser por ela controlada e logo seria transformada em angústia. Este tipo de angústia não pode ser considerado realista, mas neurótica, por apresentar-se mediante um alerta de perigo interno (FREUD, 1917/2014)

Entendemos que a angústia é um estado afetivo reproduzido sempre ante ao perigo ou a alerta de perigo; o seu objetivo é a auto conservação. Ela surge da libido que não foi utilizada no processo de repressão e que pode ser substituída pela formação de um sintoma.

Se pensarmos na relação da angústia com a formação dos sintomas, podemos articulá-las como uma sendo substituta da outra. Freud (1917/2014) infere que um paciente agorafóbico pode desenvolver um sintoma (inibição) ante a angústia que sente ao andar pela rua. A inibição das funções não permitiria que o sujeito sofresse com ataque de ansiedade. Na obsessão observa-se que a angústia se articula primeiramente de modo a levar o paciente a realizar cerimônias para evitar um novo ataque de angústia, pois é isso que acontece quando são impedidos de realizá-las. Ele se vê protegido por seu sintoma.

Segundo o autor, aquilo que o paciente teme é a sua própria libido. O perigo interno que se teme na angústia neurótica é transformado em perigo externo como se observa na angústia realista. Na fobia, fugir do perigo externo é bem mais fácil que fugir do perigo interno, da mesma forma que, para o obsessivo a

desorganização interna é transformada em organização e limpeza exteriormente, na ideia de estar “limpo” por dentro (FREUD, 1926/2014).

O perigo se caracteriza não somente pelo medo da castração, mas também como o medo de perder o amor do objeto. Nas crianças, Freud observou o temor pela ausência da mãe. Se aquela mãe não está presente, suas necessidades não serão atendidas e isso significa que mais uma vez ela está em situação de perigo e desamparo.

Ainda acrescenta que até mesmo depois do sujeito haver passado por todas as fases de desenvolvimento, quando o perigo da perda do objeto vai se ajustando a cada fase dessas, algumas pessoas ainda não conseguem suportar o temor da perda do amor do objeto, percebe-se que elas sempre estão dependentes do amor e cuidado de outros, comportando-se como crianças. As pessoas que são sofrem de neurose continuam numa posição infantil em relação ao perigo.

3.4 O SOFRIMENTO E O MAL-ESTAR NA CIVILIZAÇÃO

Tudo é dor e toda dor vem do desejo de não sentirmos dor.

Renato Russo.

Seguindo o pensamento freudiano, vimos em o mal-estar da civilização que Freud define e descreve a cultura como uma distinção entre homens e animais, no qual o propósito e finalidade da civilização seria proteger o homem da natureza e das relações deles entre si, mostrando as dificuldades vivenciadas pelo ser humano em viver em sociedade.

Freud compreende que o sujeito necessita da cultura para se constituir como humano e isso consiste que somos seres sociais, contudo não sem dor e sacrifícios, nos fazendo refletir acerca do papel da cultura na condução do mal-estar inerente ao sujeito que acarreta assim, angústia e sofrimento psíquico.

Busca-se dessa maneira um propósito para viver que gere alívio desse mal-estar por meio da felicidade que é vista por Freud como, por um lado a ausência de sofrimento e de desprazer e por outro uma intensa experiência de prazer. Essa felicidade é ameaçada por três fontes de sofrimento descritas por Freud:

O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que, nem mesmo

pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que podem voltar-se contra nós com força de destruição esmagadores e impiedosos; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens (FREUD, 1996, p.52)

Para lidar com essas adversidades agimos sob o princípio da realidade e com isso o princípio do prazer é colocado de escanteio, pois a tarefa de evitar o sofrimento coloca a de obter prazer em segundo plano (FREUD, 1930/1996). Essa reflexão nos mostra que é possível realizar essa tarefa que repercute vários caminhos, são elas:

Contra o sofrimento que pode advir dos relacionamentos humanos a defesa mais imediata é o isolamento voluntário, o manter-se à distância das outras pessoas conseguindo assim a felicidade da quietude que equivale a uma felicidade atravessada por sacrifícios. Contra o temível mundo externo, só podemos defender-nos por algum tipo de afastamento dele ou num outro caminho, e melhor: o de tornar-se membro da comunidade humana exigindo do sujeito um extenso esforço para poder se desenvolver e manter-se nela. O corpo também está fadado ao fracasso (FREUD, 1996, p.53)

Com isso vemos que para Freud a felicidade é a busca pela evitação do sofrimento e por isso é tão paradoxal o desejo inerente do sujeito em busca da felicidade plena. Para o autor, a felicidade é um “fenômeno episódico”. Ela encontra-se no intervalo entre querer e conquistar, entre tensão e relaxamento, carência e satisfação, prazer e desprazer (FREUD 1930/1996 apud RODRIGUES 2015).

Elenos esclarece isso quando revela que os métodos mais interessantes de evitar o sofrimento são os que procuram influenciar o nosso próprio organismo e desses métodos o de maior influência é o químico com a intoxicação visto que o serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade é tão altamente apreciado que o sujeito lhe concede um lugar permanente na sua libido (FREUD, 1930/1996).

A libido por sua vez procura sua satisfação na procura de um objeto externo. Podemos, portanto, ter esperanças de nos libertarmos de uma parte de nossos sofrimentos, agindo sobre os impulsos (FREUD, 1930/1996). Na tentativa desse processo, ocorre o deslocamento de libido possibilitada pelo nosso aparelho psíquico com a sublimação (com ciência, arte, etc.) oferecido culturalmente pela sociedade de maneira que a satisfação obtida é por meio de ilusões originadas da vida da imaginação.

Diante dessa perspectiva ele nos mostra que com a sublimação o sujeito dribla o fato de que todo ser humano é constitutivamente agressivo. Temos a inclinação da agressividade advindos da pulsão de morte, que é uma força destrutiva que permeia todo sujeito. Nessa sequência a respeito da pulsão de morte, ele nos conduz a pensar na civilização como um fenômeno que impõe ao ser humano limitações à sua agressividade assim com à sua sexualidade em troca de organização para a vida comum. Desse modo, a cura do sofrimento em sociedade se mostrará insustentável, pois dentro do sujeito existe uma agressividade oriunda que o compele à destruição.

Freud então nos mostra que não existe possibilidade de uma verdadeira harmonia entre o sujeito e a sociedade, por mais que reconheça a importância do social no nosso percurso, uma vez que nada nos curará da agressividade. Portanto, cada um deve procurar construir seu próprio caminho da sua singularidade: “Não há conselhos que sirva a todos, cada um precisa experimentar a maneira particular pela qual pode se tornar feliz” (FREUD, 1930/1996).

Portanto, a felicidade é em sua essência subjetiva. Desta forma, podemos dizer que o mal-estar é intrínseca e inerente da civilização que é marcada por uma impossibilidade de satisfação plena. Esse insucesso ocorre porque a todo momento a sociedade nos impele a ser felizes, mas é justamente por causa dela que precisamos abandonar o desfrute do princípio do prazer que está sempre atravessado pelo princípio da realidade.

3.5 MAL-ESTAR DA CIVILIZAÇÃO NA SOCIEDADE PÓS-MODERNA

Quem consegue suportar a obrigação totalitária de ser feliz?

Mônica Belgamo.

Zygmunt Bauman, sociólogo polonês, que muito se dedicou a estudar a modernidade e é um autor contemporâneo, percebeu que vive-se, como ele denomina, uma modernidade líquida, fluida e desapegada de promessas ideológicas e com um consumismo exagerado pois a sociedade busca prazeres imediatos sem pensar nas consequências deste para o mundo moderno (COLOMBO, 2012)

De acordo com Bauman (2007 apud NASCIMENTO, 2014 p.21) o estágio atual da modernidade é marcado efetivamente pela dissolução das potências ordenadoras que garantiam ativamente enraizar e reorganizar os antigos sólidos em formas sociais inovadoras, por assim dizer, modernas, o que seria, “o colapso do pensamento, do planejamento e da ação a longo prazo, e o desaparecimento ou enfraquecimento das estruturas sociais nas quais estes poderiam ser traçados com antecedência”. Desta maneira, como as referências sociais que proporcionavam normas e leis para sociedade, na modernidade elas se transformaram num estado de liquefação, termo utilizado por Bauman para caracterizar a modernidade líquida, pois como os líquidos ela se determina pela incapacidade de manter a forma, que produz assim, mudanças na condição humana.

Segundo Freud (1930/1996 apud NASCIMENTO, 2014, p.21) o mal-estar é justamente o traço essencial da incompatibilidade entre o Eu e as determinações da civilização. Logo, nesse contexto líquido, a efemeridade dos eventos culturais é caracterizada pela liberdade que busca novas relações na civilização que é entendida por Bauman como pós modernidade, que consiste em outro momento vivenciado pela sociedade.

O que para Freud a civilização, ou modernidade, é vista como noção de controle, domínio, submissão a uma ordem e ao que é belo (FREUD, 1930/1996) e com isso existe uma distância entre o que o sujeito deseja fazer enquanto indivíduo inserido numa sociedade e o que ele pode fazer enquanto um ser social, uma vez que dentro da civilização existem repressões diante do que a libido gostaria de realizar e nisso resulta o mal-estar. Para Bauman, em detrimento de todas essas questões, o excesso de controle e segurança da vida individual são características da pós modernidade, o que promove liberdades individuais garantidas proporcionando assim uma falta de ordem social e uma sociedade sem forma, caótica e sem ordenação, que se transforma constantemente. Tudo é temporário.

Bauman ressalta então que a ideia de felicidade como alívio para esse mal-estar permeia no discurso da sociedade líquida pós moderna no qual atuam como consumidores na busca de alcançá-la plenamente. Para isso, houve uma inversão de valores em que você é o que você possui, havendo uma modificação na identidade e subjetividade nessa busca desenfreada de comprar tudo que se assume como valor numa dinâmica encarada como administração da vida. A cultura

de consumo é estimulada constantemente com essa visão de suprir às necessidades de satisfação de desejos, geralmente efêmeros.

Posto isso, Nascimento (2014) traz uma leitura para o conceito de felicidade para Bauman (2014, p.57):

É como uma espécie de miragem em que o fértil empreendimento de novos desejos esmaece o excesso de decepções, fazendo com que a fé nessa empreitada não seja abandonada e permaneça assegurando a manutenção de uma cultura, cada vez mais, consumista.

Na obra modernidade líquida (2000) o referido autor coloca em cheque o capitalismo e nos apresenta uma metáfora que no capitalismo tudo que é sólido desmancha no ar e ele aprofunda essa metáfora revelando que as coisas não têm forma, elas se espalham, escorrem pelas mãos, as relações também se configuram líquidas uma vez que pode acabar a qualquer momento. “Vivemos tempos líquidos, nada foi feito para durar” (BAUMAN, 2014). Partindo desse pressuposto, o sofrimento também não foi feito para durar.

A preocupação com a durabilidade de qualquer coisa, com exceção do corpo, desaparece depressa. A felicidade humana já não inclui como valor, a permanência. Uma vida feliz é aquela percebida como a perpetuidade de novos começos (SÁ; BAUMAN, 2014)

Dessa forma, todas as tentativas de mudanças nas articulações do modo de viver numa sociedade sem sofrimento encontram dificuldades e configuram-se como momentâneas uma vez que este sofrimento está inserido num contexto de globalização e pelo sistema capitalista de produção. Embora essa sociedade consumista procure de todas as formas amenizarem esse mal-estar, a exigência imperativa do almejo pela felicidade surge de maneira sofrida.

3.6 PATOLOGIZAÇÃO DO SOFRIMENTO

Na contemporaneidade percebe-se um crescimento de diagnósticos nomeados como transtornos, que são fomentados no DSM V, instrumento atual de diagnóstico para a psiquiatria biológica que classifica os sintomas pela categoria genérica de transtorno e os reduz à dimensão comportamental, convertendo-os em monossintomas e assim o tratamento do sofrimento psíquico está reduzindo-se em

torno da medicalização. A psiquiatria, por meio do modelo biológico esforça-se para investigar e classificar o sofrimento de forma orgânica tal como fora estabelecido pela medicina e isso se verifica pela ascensão e adesão dos psicofármacos.

As indústrias farmacêuticas, um dos setores mais rentáveis do mundo aliadas à psiquiatria moderna, participa incontestavelmente na expansão desse fenômeno uma vez que procura prevenir “anormalidades” com a promessa de correção de estado psíquico e correção de comportamentos inadequados. Nessa perspectiva um dos setores mais rentáveis do mundo e onde os antidepressivos detêm o terceiro lugar entre os fármacos mais vendidos no mundo (Machado et al., 2014):

Somente nos Estados Unidos – onde os antidepressivos foram durante alguns anos o tipo de medicamento mais consumido – o volume de vendas desses fármacos foi, em 2004, de 10 milhões de dólares, mais da metade das vendas mundiais (Machado 2014 apud NICHM Foundation, 2002; Lewis et al., 2005, citada por Hernáez, 2010, p. 114).

Testemunha-se assim, o processo da medicalização da vida que mesmo com a ausência de lesão fisiológica na formação do sintoma, produz sujeitos medicalizados que se definem a partir do que os acomete, tornando o sujeito incapaz de refletir o que esse sintoma diz, revela e trata sobre o seu sofrimento e já relaciona a sua angústia.

Desse modo, o sujeito não consegue se implicar sobre sua dor, uma vez que nesse contexto ele se vê impossibilitado em ver necessidade de pensar na sua subjetividade e na singularidade do seu sofrimento. As concepções e práticas medicalizantes se apresentam de modo importante e alarmante. Mariana Furtado (2014, p.179) alega que:

O fato notável é que parece que hoje o sofrimento, os desânimos, as simples manifestações da dor de viver se tornaram intoleráveis em uma sociedade que aposta no bem-estar como meta. Entretanto, há várias experiências de sofrimento que não são vivenciadas necessariamente como doença, mas como conflitos naturais enfrentados em momentos de transformação e desenvolvimento. Ora isso ocorre porque num contexto que exalta os valores ligados à eficiência, à produtividade, o bem-estar e à felicidade, é de se imaginar que o sofrimento possa ser visto como uma patologia.

Segundo Khell (2008 apud FURTADO 2014 p.182) Dar sentido à própria dor significa admitir o conflito consigo mesmo. O que mudou parece ser o modo de lidar

com a dor, pois num mundo do desempenho e da eficácia como o nosso, não há sequer tempo para digerir a vida e viver o conflito.

É preocupante pensar que uma tristeza pontual e momentânea, tenha se tornado algo tão insuportável para o sujeito que ele busque a medicalização como uma fuga visto que para ele é inaceitável entrar em contato com essa sensação de culpa e fracasso, pois a exigência do bem-estar está produzindo indivíduos incapazes de lidarem com o próprio sofrimento.

A psicanálise, assim como a psicologia, se opõe essas tentativas de transformar e explicar problemas de subjetividade humana pela via restrita dos aspectos orgânicos uma vez que patologizar todas as formas de sofrimento retiram um importante saber sobre a dor da existência, a falta que carregamos como constituintes do nosso ser.

O psicanalista se orienta pelo real do sintoma, trata-se de um saber que se apresenta sob uma forma que supõe a travessia da angústia e que não se confunde com a dimensão da doença biologizante. O psicanalista vai convocar o sujeito a entender que o sofrimento não tem medida e nem padrão, que ele é inerente a existência humana, até mesmo porque o sofrimento nunca é algo pontual, ou seja, sofrer por determinada situação nunca está restrito somente aquela situação e isso faz com que na análise o sujeito se responsabilize pela sua economia psíquica e pela sua forma singular de gozar.

A psicanálise vai dar voz e lugar à dor psíquica do sujeito, diferente da psiquiatria, pois o sintoma na psicanálise é matéria prima do trabalho da análise, é uma forma de acessar a verdade do sujeito por meio da fala.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ANGÚSTIA E MANEJO CLÍNICO

Dois amigos se encontram, um deles está visivelmente abatido. O outro pergunta o que há e ele diz que com sua idade ainda faz xixi na cama, que o deixa mortificado. O amigo sugere que procure um psicanalista. Muito tempo depois eles se reencontram e o queixoso está alegre, confiante e

descontraído:

- Segui seu conselho e estou me analisando.
- Que bom! Então você não faz mais xixi na cama?
- Continuo fazendo, mas agora eu nem me importo!

Essa anedota encontrada no livro de Ignácio Gerber (2003 apud RODRIGUES 2015) nos mostra a frutífera singularidade do ofício da psicanálise visto que diferente das outras psicologias a psicanálise não vai focar na cura do sintoma. A psicanálise não propõe a eliminação do sofrimento, ela vai propor uma mudança na forma que o sujeito vê e se relaciona com esse sofrimento. O que se transforma na análise não é o sofrimento e sim a relação que o sujeito estabelece com este (RODRIGUES, 2015).

Entendemos com as duas teorias de Freud que a angústia é a incapacidade de reação do psiquismo frente aos estímulos exógenos e endógenos. Aquilo que escapa à palavra e que não pode ser apreendido no simbólico atravessa o corpo do sujeito. A função então do sintoma é comunicar o real no corpo (BESSET, 2001).

É por meio do sintoma que o Outro é comunicado, contudo o sujeito apresenta-se apenas como o próprio sintoma. Com base na observação do trabalho psicanalítico realizado por Freud, e no esquema L de Lacan; Svolos (2004) afirma que é através da retificação que os caminhos da subjetividade do sujeito são explorados. Os desejos inconscientes estão propriamente ligados aos eventos que compõe a vida do sujeito e organizam a tela de fundo simbólica correspondendo à forma como o sujeito articula a sua vida.

Besset (2001) a partir de dados abordados na clínica ressalta que no tratamento psicanalítico é necessário que o paciente entenda sua angústia como um sinal, a partir do reconhecimento de seu gozo, e não como uma doença. Baseado nisso, a autora contempla o propósito do tratamento psicanalítico no objetivo de reorganizar a forma como o sujeito se relaciona com esta coisa que é tão resistente a simbolização.

A autora ressalta ainda que a análise busque a *positivação* deste afeto e nunca a sua extinção. O oferecimento de sentido dá recursos e permite ao sujeito lidar com a sua dor e sofrimento. É neste ponto que a análise rompe com a ideia exclusiva de apaziguamento dos sintomas e da “cura”, partindo rumo ao lugar do sujeito, fazendo-o coincidir com o desejo ignorado. A angústia torna-se assim o motor da análise.

É a partir do não saber sobre si e sobre o seu sofrimento que o sujeito procura a clínica, com o propósito de encontrar no analista a resposta para o seu não saber. Para Brito; Besset (2011) o saber que o analista possui não diz respeito a sua técnica, mas ao amor – transferência – que torna-se a única via de acesso.

Existe uma força motriz através desse desejo de cura (FREUD, 1913/1997), porém é diminuída por vários obstáculos que se revelam no decorrer da análise. Desse modo, é papel do analista utilizar a força motivadora do analisando para ressignificação dos seus sintomas, compreendendo que essa força por si só não conhece o caminho da cura e não há energia suficiente para contestar às resistências, somente a transferência pode utilizar sua intensidade para a superação das resistências.

A transferência é o que Freud define de mola propulsora do trabalho analítico, ela é um impulso poderoso que age diretamente nas atitudes do sujeito (FREUD, 1917/1997).

O que define o fazer clínico psicanalítico é justamente o método, o procedimento minucioso de observar, ouvir e escutar e intervir de uma forma muito singular. Desde os primórdios da psicanálise que Freud dá espaço e coloca escuta onde não há, permitindo assim que o sujeito escute aquilo que ele diz e se mobilize a se implicar na sua análise.

Ao se dar conta de que não existe uma causa última para o seu sintoma, o sujeito compreende, no entanto, que há uma multiplicidade de fatores complexos que deram condições para esse sofrimento.

O sofrimento, a angústia, o sintoma, vem pela inflexibilidade do sentido, por essa rigidez em uma causa, em uma explicação da vida. Na medida em que se consegue romper esses campos é possível então agir de outras maneiras. Entender que é possível se colocar diante do mundo e até mesmo do seu sofrimento de outras formas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo interrogamos sobre qual o lugar do sofrimento e a experiência da angústia na contemporaneidade. Inevitavelmente discutimos sobre a busca da felicidade e a negação do mal-estar. Analisamos o percurso do sofrimento psíquico

a partir da perspectiva da psicopatologia fundamental, e observamos que o sofrimento se coloca como algo inerente à existência do sujeito.

Na medida em que este tenta se desvencilhar dela, se depara mais ainda com a impossibilidade, fazendo-o eleger soluções analgésicas no tocante a sua dor. Isso se torna ainda mais viável quando observamos o crescente progresso do setor farmacêutico, que proporciona benefícios de curto prazo a sociedade, porquanto os inúmeros diagnósticos aumentam dia após dia.

A curta duração do tratamento segue como o maior objetivo da medicina. Com quanto tempo estarei curado? – Parece ser a questão mais relevante acerca do bem-estar. Esse questionamento permeia a clínica desde os tempos de Freud, pois na sua obra que ele discorre sobre recomendações médicas aos médicos que exercem a psicanálise ele mostra que a primeira pergunta feita na clínica é “quanto tempo vai durar o meu tratamento?” (FREUD, 1913/1997).

Revelando assim a urgência em desvencilhar-se desse sofrimento. Segundo Salles; Ceccarelli (2012) presenciamos hoje a perda da nossa subjetividade, visto que os recursos da palavra e da simbolização encontram-se defasados.

A angústia, afeto que acompanha grande parte das neuroses, entre elas a histeria, fobia e neurose obsessiva, se apresenta sempre em sua essência traumática, originada de uma situação de desamparo vivida pelo sujeito no seu nascimento, e que repercute sempre que o sujeito teme ou revive uma situação parecida. Situação essa na qual o sujeito se vê impossibilitado de lidar com dor, a angústia e o sofrimento (FREUD, 1926/2014)

Viu-se a procura desenfreada de buscar o alívio do mal-estar e a esperança da felicidade, depositada no consumo de medicamentos que propõe um alívio momentâneo, com caráter de dependência à anestesia de afetação, e não a cura. Ressaltamos da importância do uso da medicalização em situações específicas, porém, ela necessita atuar juntamente com a análise e/ou psicoterapia, numa maneira de dar importância e prioridade à subjetividade do sujeito.

Nesse contexto, a clínica surge como um lugar onde o sujeito pode, antes de tudo, encontrar a escuta, que através da transferência, e seu manejo em direção à verdade do sujeito, pode romper com circuitos de gozo e sofrimentos psíquicos arrebatadores. Sim, reconhecemos o valor terapêutico atribuído à clínica, visto que

até mesmo Freud assegurou a ela esse caráter transformador para o sujeito, paralela, evidentemente, à sua função de permitir ao paciente o contato com a sua natureza, como afirma. (FREUD, 1933[1932]/1996)

REFERÊNCIAS

BASTOS, Gilla Maria Jacobus. **Histeria, Freud e Psicanálise**: um breve histórico. Disponível em: <http://www.circulopsicanaliticors.com.br/_files/artigo/54/5773e26744fd9.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

BAUMAN, Z. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

BERLINCK, Manoel Tosta. O que é a psicopatologia fundamental. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamentals**, São Paulo, p.46-59, 1998.

BESSET, Vera Lopes. A clínica da angústia: um lugar para o sujeito. In: SIMPÓSIO PSICOPATOLOGIA:QUESTÕES ATUAIS DA CLÍNICA PSICANALÍTICA,02., 2001, Brasília. **Temas em Psicologia da SBP**. Brasília: SBP, 2000. p. 137 - 143.

BRITO, Bruna Pinto Martins; BESSET, Vera Lopes. Amor e saber na experiência analítica. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, n. 03, p.681-703, set. 2011.

CECCARELLI, Paulo. A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL PARA A SAÚDE MENTAL. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, p.13-25, 2003.

CECCARELLI, Paulo. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, p.471-477, 2005.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DIAS, Mariana Hollweg; SOUSA, Edson Luiz André de. **Esporte de alto rendimento**: reflexões psicanalíticas e utópicas. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n3/26.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

FREUD, Sigmund. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise: sobre o início do tratamento**, v. XII, 1913.

FREUD, Sigmund. Terceira parte: Teoria geral das neuroses. In: FREUD, Sigmund. **Conferências introdutórias à psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 1917. p. 264-498.

FREUD, Sigmund. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1914-1916.

FREUD, Sigmund. Ansiedade e vida instintual. In: FREUD, Sigmund. **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1932-1936. p.55-75.

FREUD, Sigmund. Conferência XXXIV: explicações, aplicações e orientações, 1932. In: FREUD, Sigmund. **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 135-154. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 22).

FREUD, Sigmund. **Duas histórias clínicas ("o pequeno hans" e o "homem dos ratos")**. Rio de Janeiro: Imago, 1909.

FREUD, Sigmund. INIBIÇÃO, SINTOMA E ANGÚSTIA. In: FREUD, Sigmund. **INIBIÇÃO, SINTOMA E ANGÚSTIA, O FUTURO DE UMA ILUSÃO E OUTROS TEXTOS**. São Paulo: Companhia das Letras, 1926. p. 8-98.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. In S. Freud. Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud (vol. 21). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1930).

FREUD, Sigmund. Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia. In: FREUD, Sigmund. **Primeiras publicações psicanalíticas**. Rio de Janeiro: Imago, 1894. p. 50-67.

FURTADO, Mariama Augusto. **O lugar do sofrimento na cultura contemporânea: patologização do mal estar e medicalização da vida**. 2014. 210 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

MACHADO, Letícia Vier; FERREIRA, Rodrigo Ramires. **A indústria farmacêutica e psicanálise diante da "epidemia de depressão": respostas possíveis.** 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000100015>. Acesso em: 14 jul. 2017.

NASCIMENTO, Marcio Lima do. **Do mal-estar em Freud ao mal-estar em Bauman.** 2014. Disponível em: <<http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/5673/1/arquivototal.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2017.

RODRIGUES, Samara Megume. **Além do riso de massa:** Humor, Psicanálise e Contemporaneidade. 2015. Disponível em: <<http://www.ppi.uem.br/arquivos-para-links/teses-e-dissertacoes/2015/samara>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

ROSA, M. D. O diagnóstico psicanalítico e os métodos projetivos. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 2, p. 10-12, 1996

SÁ, Olga de. **BAUMAN:** O lugar da literatura, na modernidade líquida. Disponível em: <<file:///C:/Users/l1628/Downloads/20926-54936-2-PB.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2017.

SALLES, Ana Cristina Teixeira da Costa; CECCARELLI, Paulo Roberto. Angústia, separação e desamparo na clínica contemporânea. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte , n. 38, p. 23-28, dez. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372012000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 nov. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Memorial das Alunas

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: Renata Raíssa Souza de Lima

Endereço: Rua Coronel Revoredo Filho, 95, AP-2, Condomínio Residencial Serra Branca, Neópolis, Natal/RN.

Disponibilidade de dias e horários: Segunda a sábado, de segunda a sexta no horário de 17:30h às 22h e aos sábados 9h à 12h.

Justificativa da disponibilidade: Trabalho de segunda à sexta, de 7h às 16:45h, então minha disponibilidade de horário só será possível pelo período da tarde e aos sábados pela manhã, horário esse que pode ser negociado com o orientador (a).

Telefone: (84) 99843-1910

E-mail: renata_raissa24@outlook.com

II- FORMAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E ATUALIZAÇÃO

Tenho formação em gestão de serviços condominiais que foi concluído no ano de 2011 na instituição de ensino IFRN; Depois de concluir o curso técnico tentei em 2012 dar continuidade na área administrativa, iniciando o curso de administração na faculdade FANEC onde desisti no primeiro ano por ter entrado em contato com a psicologia nesse período acadêmico percebi nela uma grande identificação; Então em 2014 dei início ao curso de psicologia onde tenho expectativa de uma realização pessoal e profissional, e me vejo atuando na área clínica. Procuo me aperfeiçoar e atualizar através de minicursos, palestras e plataformas digitais onde busco a transmissão e o saber que circulam a sociedade e a psicologia contemporânea.

III - ATIVIDADES ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

Obtive a oportunidade preciosa de participar na colaboração do projeto de extensão, que foi o plantão psicológico no núcleo de atendimento Djalma Marinho de prática jurídica do UNIRN, no qual eu exerci a função de tutora juntamente com quatro colegas de sala de aula, no período de um mês, de outubro a novembro de 2016, no qual ficamos responsáveis pela organização dos horários e dias de atendimento dos alunos da nossa turma, assim como, com a responsabilidade de estar à frente nos dias de atendimento, chegando mais cedo no local e orientando os professores e alunos do núcleo, da existência do plantão e da nossa disponibilidade de escuta e acolhimento. Foi uma experiência valiosa, tanto como pessoa, como uma futura profissional de psicologia, pois me possibilitou um contato maior com os meus colegas de classe e me proporcionou um amadurecimento através do desenvolvimento e aprimoramento das minhas responsabilidades diante do curso.

IV - OUTRAS EXPERIÊNCIAS COMO ESTÁGIOS, PARTICIPAÇÃO DE PROJETOS, EVENTOS, CONGRESSOS, ASSESSORIAS, ETC

Frequento o ateliê de psicologia, que é um projeto de extensão oferecido pela faculdade, onde acontece uma transmissão do saber pelos profissionais convidados, estudantes e ouvintes presentes,

dentre os mais variados conteúdos e apresentações com discursos bastante atuais e eu participei de alguns temas como por exemplo: Suicídio, compulsão sexual: maldade ou doença? , amor platônico, autismo e psicose infantil, psicopatologia e abordagens psicológicas, violência simbiótica: as feridas psicológicas das relações precoces familiares e prevenção. A experiência é sempre muito rica e gratificante pois sempre acontece uma troca preciosa de conhecimento. Em 2015 participei de um evento que abordou o tema autismo: Lei Berenice Piana: do sonho à realidade, realizado no auditório central da UNIRN, no dia 28 de maio de 2015, onde foi a primeira vez que escutei o tema autismo de uma maneira mais profunda. Participei em 2016 do projeto de extensão: Violência sexual e a rede de garantia de direitos de crianças e adolescentes, realizado pela UNIRN no dia 20 de maio, onde me proporcionou uma experiência de suma importância para os meus conhecimentos. Também em 2016 estive presente no minicurso oferecido pelo CONIC com o tema: Os novos papéis de gênero na atualidade: sexualidade, gênero e heteronormatividade; um tema extremamente necessário e atual que me mostrou a importância da aceitação, respeito e tolerância com as diferenças do outro. Nesses três anos, compareci em todos os projetos de semana da psicologia que são promovidos pela instituição. Em 2014 com as respectivas temáticas: Intervenções psicológicas em emergência e desastre e fragilidade das relações na contemporaneidade; em 2015 com a temática: Me formei e agora?; e em 2016 abordou a constituição do sujeito e a intolerância ao outro: Reflexões para um posicionamento da psicologia que propõe uma maior integração e participação dos estudantes de psicologia permitindo um maior desenvolvimento na área da psicologia e como ela manifesta-se na prática.

V- PRODUÇÃO CIENTÍFICA COMO ANAIS (RESUMOS PUBLICADOS EM CONGRESSOS), ARTIGOS, RESENHAS, PUBLICAÇÕES

Participei e publiquei resumos de artigos científicos no congresso de iniciação científica realizado pela UNIRN (CONIC), no ano de 2015 foram duas apresentações na categoria comunicação livre, com os temas autismo infantil e suas devidas orientações e o papel do psicólogo no centro de referência especializado em assistência social (CREAS); no ano de 2016, participei na categoria pôster com o tema: A relação mãe bebe e as novas tecnologias de informação e comunicação, como também participei de um dos minicursos promovidos pelo CONIC descrito no tópico IV. Desenvolvi alguns projetos de pesquisa, como violência infantil intrafamiliar, voto facultativo: relação da escola pública ou particular na decisão política dos jovens que não são obrigados a votar e um relatório de anamnese na disciplina de estatística, esse último teve o objetivo de colher dados para observar o comportamento e hábitos de determinadas crianças, em prol de analisar o seu desenvolvimento social e escolar; e elaborei vários artigos de opinião, cujo o mais recente possuía o tema: O fenômeno da nova era da comunicação e a psicologia; participei de poucos eventos exterior à UNIRN, porém um me chamou bastante atenção que foi ministrado o tema: Transtorno de pânico e depressão, realizado no dia 27 de junho de 2015, realizado pela faculdade Maurício de Nassau.

VI - OBSERVAÇÕES RELEVANTES RELACIONADAS A PRIORIDADES ESCOLHIDAS QUANTO AS LINHAS DE ESTUDO

Logo no início do meu percurso pelos caminhos da psicologia, me identifiquei com a psicanálise. Foi por meio da disciplina História da Psicologia que eu tive o meu primeiro contato com esta abordagem, e nela descobri uma concepção de homem diferente e encantadora, na qual o sujeito é para além do seu sintoma e a sua cura acontece através da fala. Com essa visão de sujeito, a psicanálise concentra a sua prática na escuta da fala em associação livre, e o seu objeto de estudo é o inconsciente e a sexualidade. A clínica psicanalítica me revelou o respeitar, de forma ética, a diversidade dos sujeitos e as suas várias maneiras de sofrimento psíquico, me ensinou que não é preciso arrancar o que dói, pois, a dor também é constituinte do sujeito, e é possível conviver com ela sem ser escravo.

Esses conceitos ecoam dentro de mim, enchendo a minha vida de significado, fazendo brotar o desejo de atuar e de experimentar a prática clínica, para acolher o sofrimento humano, oferecendo uma escuta que cura, pois dá lugar ao que é oculto. Essa é a motivação que me acompanha ao longo do meu trajeto de três anos de graduação e se intensifica à medida em que percebo o estágio se aproximar, alimentando as mais diversas expectativas. Por isso, escolho aqui, não só a ênfase em processos clínicos e de saúde para cuidar da saúde mental, mas escolho também a psicanálise, para cuidar, em primeiro lugar, do sujeito. É nessa perspectiva que almejo trabalhar.

Natal, 20 de fevereiro de 2017.

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Aluna: Vitória Fernanda Oliveira Fernandes

Endereço: Rua Regina Maria de Araújo, 12 a, AP 10, Planalto, Natal/RN.

Disponibilidade de dias e horários: Segunda a sexta feira das 17h às 18h30. Sábados das 08h às 12h, e a partir das 18h.

Sou funcionária uma empresa no ramo de estética, na qual trabalho de segunda a sexta feira, de 08h às 17h, e aos sábados de 13h às 18h. Por este motivo, me encontro com poucos horários disponíveis.

Contato:

(84) 99669-3138 (Tim) / 988102-5950 (Vivo) Whatsapp

vitoriaf.psicologia@gmail.com

II – FORMAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E ATUALIZAÇÃO.

Depois de concluir meu ensino médio em dezembro de 2013, logo ingressei no curso de Psicologia 2014.1, no Centro Universitário do Rio Grande do norte – UNI-RN, no qual me encontro cursando até hoje. Apesar de não ter nenhum conhecimento a respeito da área, desde que terminei o ensino médio senti o desejo de conhecer a psicologia, o que para mim, a priori, se tratava apenas de uma profissão que buscava trazer ajuda e esclarecimento para a vida das pessoas.

No início da caminhada, logo em meu primeiro semestre, tive a oportunidade de conhecer toda a trajetória da psicologia ao longo dos anos, seus precursores, seus marcos históricos, e sua busca para se tornar uma ciência. A partir de então comecei a entender que na verdade a Psicologia não se

tratava de uma área com profissionais “*treinados*” para aconselhar pessoas, e sim de uma ciência que concebia o humano como um ser singular dotado de subjetividade, que procurava entender os processos de desenvolvimento, emoção e comportamento, para lado a lado com este indivíduo trabalhar sua autonomia e capacidade de realizar escolhas, despertando este ser para o autoconhecimento, trazendo mais “*qualidade de vida*” e menos embaraços para a sua jornada. Com base nesta nova “*bagagem*” a psicologia veio suscitando em mim o desejo de conhecer o mundo do sujeito e sua subjetividade, suas complexidades e suas multifaces.

III – ATIVIDADES ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO.

Devido a minha pequena disponibilidade de horários, e principalmente à inconstância relacionada a minha jornada honorária de trabalho, sinto bastante dificuldade em participar de eventos ou me envolver em atividades fora dos horários de aulas. Porém, ao longo do curso consegui desenvolver seminários, a maioria voltada para temas ligados à saúde mental. Participei de alguns plantões psicológicos pela disciplina Existencial-humanista, com abordagem centrada na pessoa, no núcleo de prática jurídica do UNI-RN, no qual não me identifiquei.

IV – OUTRAS EXPERIÊNCIAS (ESTÁGIOS, PARTICIPAÇÃO DE PROJETOS, EVENTOS, CONGRESSOS, ASSESSORIAS, ETC...)

Tive a oportunidade de participar de uma conferência sobre diagnóstico e intervenção em crianças com transtornos de aprendizagem, onde foram explanados transtornos como a dislexia, discalculia, como também disfunções na caligrafia e ortografia. O evento foi direcionado para profissionais e estudantes das áreas de fonoaudiologia, pedagogia e também psicologia.

Em outubro de 2015, estive presente em um debate que tratava sobre a transexualidade e questões de gênero. Neste debate participaram psicólogos, pessoas formadas na área de ciências sociais, e também alguns estudantes trans contribuindo com seus depoimentos pessoais.

V – PRODUÇÃO CIENTÍFICA (ANAIS, RESUMOS PUBLICADOS EM CONGRESSOS, ARTIGOS RESENHAS E PUBLICAÇÕES)

Em 2015, no congresso de Iniciação científica do UNI-RN, tive meus primeiros artigos científicos confeccionados.

No artigo “O envelhecimento: Um estudo sobre as representações sociais”, em grupo, tratamos sobre as representações sociais do Psicólogo social Moscovici e o processo de envelhecimento na visão de alguns estudantes de Psicologia do 1º ano do UNI-RN. Buscávamos entender a partir da pesquisa como os que os estudantes, jovens e adultos, percebiam a velhice e como eles significavam esta etapa do desenvolvimento humano.

No outro artigo “Construção de laços afetivos: Uma análise comparativa entre filho de pais separados e não separados”, em dupla, recolhemos alguns dados através de uma entrevista e a aplicação do teste psicológico (HTP). Com base nesses dados discorremos um pouco sobre as características do

desenvolvimento do apego em adolescentes filhos de pais separados e não separados, e abordamos a teoria do apego do psiquiatra e psicanalista John Bowlby.

VI – OBSERVAÇÕES RELEVANTES RELACIONADAS A PRIORIDADES ESCOLHIDAS QUANTO ÀS LINHAS DE ESTUDO

Depois de toda a minha trajetória durante os últimos semestres, desenvolvi um interesse maior pela abordagem psicanalítica, principalmente porque tive o meu primeiro contato com ela através da professora Glaucineia Gomes. Sua ética, sua experiência e seu amor pela psicanálise me proporcionaram uma das melhores experiências: enxergar o sujeito além da patologia que ele carrega, acolhendo o seu sofrimento e respeitando sua dor. Esta realidade se tornou muito mais significativa para mim depois que decidi ingressar num processo de análise. No início procurei a análise apenas com o interesse de cuidar um pouco de mim; as demandas pessoais foram o estímulo inicial. Todavia, não imaginei que o contato com a terapia pudesse me propiciar tanto conhecimento. Atualmente, vivencio na prática a relação paciente/analista, e venho enxergando a clínica além das quatro paredes. Terminando encontrando nos diálogos a teoria vista em sala de aula, que por sinal, toma outra proporção. É uma projeção dos livros em cada desvelar das sessões. É muito mais desta realidade que desejo estudar e vivenciar.

Natal, 20 de fevereiro de 2017

APENDICE B- TCC I

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE PSICOLOGIA
DISCIPLINA TCC I

**O LUGAR DO SOFRIMENTO NA CONTEMPORANEIDADE E O SEU MANEJO NA
CLÍNICA PSICANALÍTICA**

RENATA RAÍSSA SOUZA DE LIMA

VITÓRIA FERNANDA DE OLIVEIRA FERNANDES

NATAL, JUNHO DE 2017

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE PSICOLOGIA
DISCIPLINA TCC I

QUAL O LUGAR DO SOFRIMENTO DO SUJEITO CONTEMPORÂNEO?

ORIENTADOR: Mestre Érick Leonardo

Parte inicial do artigo apresentado ao curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte- UNI/RN- como um dos Pré-requisitos para aprovação na disciplina de Conclusão de Curso (TCC I), sob a orientação do professor Érick Leonardo

NATAL, JUNHO DE 2017

RENATA RAÍSSA SOUZA DE LIMA
VITÓRIA FERNANDA OLIVEIRA FERNANDES

**O LUGAR DO SOFRIMENTO NA CONTEMPORANEIDADE E O SEU MANEJO NA CLÍNICA
PSICANALÍTICA**

Parte inicial do artigo apresentado ao curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte- UNI/RN- como um dos Pré-requisitos para aprovação na disciplina de Conclusão de Curso (TCC I), sob a orientação do professor Érick Leonardo.

Natal, Junho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Mestre Érick Leonardo
Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

Prof. (Nome do professor avaliador)
Afiliações

Prof. (Nome do professor avaliador)
Afiliações

Prof. (Nome do professor avaliador)
Afiliações

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITARIO DO RIO DO NORTE- UNIRN
CURSO DE PSICOLOGIA

RENATA RAÍSSA SOUZA DE LIMA ⁴
Graduanda do curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNIRN.
Natal-RN

VITÓRIA FERNANDA DE OLIVEIRA FERNANDES ⁵
Graduanda do curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNIRN.
Natal-RN

**O LUGAR DO SOFRIMENTO NA CONTEMPORANEIDADE E O SEU MANEJO NA
CLÍNICA PSICANALÍTICA**

**THE PLACE OF SUFFERING IN CONTEMPORANITY AND HIS MANAGEMENT IN THE
PSYCHOANALYTIC CLINIC**

Parte inicial do artigo apresentado ao curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte- UNI/RN- como um dos Pré-requisitos para aprovação na disciplina de Conclusão de Curso (TCC I), sob a orientação do professor Érick Leonardo⁶.

Natal, Junho de 2017

RESUMO

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura, onde se buscou compreender o lugar da angústia no sofrimento psíquico do sujeito contemporâneo, mostrando como acontece o manejo

⁴ Endereço para correspondências: Rua Coronel Revoredo Filho, N° 95, CEP:59088-755; Bairro: Neópolis, Natal-RN/Brasil. Tel/Fax: (55) (84) 99843-1910. E-mail: Renata_raissa24@outlook.com

⁵ Endereço para correspondências: Rua Marcos A. Teixeira de Carvalho Filho, 2815 (0203 A), CEP: 59073-350; Bairro: Planalto, Natal- RN/ Brasil. Tel/Fax: (55) (84)99669-3138

⁶ Érick Leonardo Pereira – Psicanalista de Orientação Lacaniana; Psicólogo; Mestre em psicologia pela UFRN – Em Psicanálise tem seu tempo de investigação nas áreas de: constituição do sujeito, linguagem, clínica das psicoses e mal- estar na cultura. Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNIRN. Natal-RN.

dessa angústia na clínica psicanalítica. Partindo da perspectiva da psicopatologia fundamental de que o sofrimento é inerente ao sujeito, explanou-se aqui o percurso histórico da angústia na teoria freudiana, desdobrando seus mecanismos desde a primeira teoria até a segunda, indicando que a angústia é um fenômeno cuja constituição se dá a partir do desamparo vivido pela criança pouco tempo depois de seu nascimento, e que ela é evocada sempre que o sujeito revive de alguma maneira, experiências semelhantes ao longo de sua vida. Em tal caso, discute-se aqui, as questões sintomáticas e a recusa do sofrimento e da subjetividade feita pelo sujeito na clínica. Conclui-se então, que, a dinâmica pulsional da sociedade demanda do sujeito soluções instantâneas para o seu mal-estar, quando não lhe permite expor o seu sofrimento, lhe retirando o direito à subjetividade.

Palavras chaves: Angústia. Sofrimento psíquico. Manejo. Contemporaneidade.

ABSTRACT

The present work deals with a literature review, where it was sought to understand the place of anguish in the psychic suffering of the contemporary subject, showing how the management of this anguish in the psychoanalytic clinic happens. Starting from the perspective of the fundamental psychopathology that suffering is inherent to the subject, the historical path of anguish in Freudian theory was explored here, unfolding its mechanisms from the first theory until the second, indicating that anguish is a phenomenon whose constitution occurs From the helplessness lived by the child shortly after his birth, and that it is evoked whenever the subject relives in some way, similar experiences throughout his life. In this case, we discuss here the symptomatic questions and the refusal of the suffering and the subjectivity made by the subject in the clinic. It is concluded, then, that the dynamic dynamics of society demand of the subject instant solutions to their malaise, when it does not allow them to expose their suffering, withdrawing the right to subjectivity.

Keywords: Anguish. Psychic Suffering. Management. Contemporaneity.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO**39**

2- METODOLOGIA**41**

3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**42**

1- INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, cada época e cada cultura trouxeram consigo uma forma de lidar com o sofrimento humano, e que com bases nessas ideologias tentou-se de alguma forma compreender e estudar o sofrimento que perturbava a psiqué. De acordo com Ceccarelli (2005), cada contexto histórico-político teve sua psicopatologia, ou seja, suas tentativas de “decompor” o sofrimento psíquico em seus elementos de base para, a partir daí compreendê-los, classificá-los, estudá-los e tratá-los.

O referido autor destaca a psicopatologia como um discurso, um estudo, um conhecimento a respeito das paixões e doenças da mente e da alma. Esta alma estaria adoecida pelo fato de que o conflito pulsional se apresentaria de numa proporção que a psique não conseguiria encontrar soluções sem grandes perdas e atravessassem o mal-estar por vias suportáveis ao ego.

No decurso do texto, entenderemos como duas importantes concepções histórico-filosóficas acerca do *pathos* ainda estão impregnadas em nossa civilização.

A primeira delas, na concepção aristotélica, nos conduz a reflexão da ação direta do sujeito sobre o *pathos*, ou seja, no sentido de integrá-lo, de implicá-lo no movimento de sua dor. Por outro lado, no estoicismo, o sujeito é considerado como fonte de alienação, reduzindo assim sua culpabilidade, levando-o a extirpar sua doença. Sendo esta via a que coloca o sujeito na posição de doente, alienado, incapaz de agir ao seu favor. (Ceccarelli, 2003)

Essas discussões advindas de momentos anteriores da história, desde a Antiguidade Clássica, não revelam nada de arcaico, mas um tanto fático, de maneira que podemos perceber a influência dessas ideologias na percepção de nossa sociedade contemporânea no tocante ao sofrimento psíquico.

É diante do contexto social atual que nos vende a ideia de uma sociedade completamente feliz e plena, que vivemos num dilema constante onde nos é exigido uma postura relativamente “normativa”, onde não se pode perder tempo com o sofrimento, uma vez que ele visto como uma anormalidade, o que nos leva a reflexão que a infelicidade é proibida e a felicidade é obrigatória por natureza e essa busca desesperada e desenfreada por ela aumenta ainda mais a infelicidade do sujeito. Caminhamos assim para uma sociedade que não suporta mais o sofrimento como parte da vida e nesse sentido, percebe-se uma patologização desse sofrimento psíquico, pois se tornou uma doença que precisa ser corrigida.

Estamos hoje absorvidos pela ideia de promover nossa saúde, gerir os riscos de adoecer, cuidar do corpo, praticar esportes, administrar a ingestão de alimentos, seguir as regras higiênicas para viver uma vida saudável, adaptar comportamentos que nos façam adquirir novos hábitos e nos levem a uma melhor qualidade de vida, bem-estar e, por fim, felicidade. A ideia de ‘estilo de vida saudável’ parece cada vez mais associada à garantia da saúde e à possibilidade de alcançar a felicidade. Ser saudável se tornou, de verdade, um modo de ser e viver. Uma busca incansável. Um imperativo (Szapiro, 2005)

As transformações no conceito de saúde e as repercussões dessas mudanças tem tornado a saúde quase que sinônimo de felicidade. Se olharmos para o campo da cultura esportiva é nítido a insatisfação permanente do atleta na busca de estar sempre no pódio, vitorioso e se superando. Essa superação ser um imperativo cruel e insiste em mostrar que ainda falta e a realização está mais adiante. Logo, o sofrimento – antes considerado inerente ao ser humano- se torna um defeito que precisa ser reparado.

A emergência do imperativo de felicidade lançou a luz um novo campo de investigação na modernidade no sentido de compreender a imperatividade de um viver sem dor e sem sofrimento, se fazendo presente neste trabalho, através dos objetivos de investigar o lugar do mal-estar do sofrimento psíquico e seus sintomas, como por exemplo, a angústia do sujeito contemporâneo e os modos de apresentação desse sofrimento, compreender o sofrimento psíquico na psicopatologia fundamental além de identificar e refletir como ocorre o manejo da angústia na clínica psicanalítica. Frente a essas questões, busca-se compreender como a psicanálise contempla o cenário atual das novas modalidades de sofrimento acompanhado pela angustia. Apoiado nos fundamentos da psicanálise Freudiana buscou-se entender quais as causas da angustia, como ela se elabora nos dias atuais, e que condições permeiam as situações de sofrimento, apontando a distinção entre sofrimento e patologia.

Conforme Birman (2012) aponta em *Mal-estar na contemporaneidade*, a sociedade vivencia um mal-estar, advindo de uma exigência sociocultural de que é preciso ser feliz constantemente. À vista disso a experiência com a tristeza torna-se insuportável, no qual o sujeito procura nomear o que está sentindo, classificando-a como um transtorno.

Os mais diversos modelos clínico-teóricos abordam a psicopatologia na intenção de evidenciar os fenômenos psíquicos. E isso ao longo dos anos acarretou alguns impasses na trama das discussões a respeito das bases elementares que atravessam o sofrimento do sujeito.

Em função desses impasses, Cecarrelli (2005) aponta que os manuais de classificação e de diagnósticos passaram a delimitar o campo de pesquisa, partindo apenas das observações dos fenômenos em questão, sem levantar bandeira a nenhuma corrente teórica, com fundamentos que conseguissem alcançar as diversas áreas do saber e que fossem palpáveis à sociedade.

No entanto, como poderemos melhor compreender o *pathos* através dos manuais de diagnósticos se, em suma, não conseguem atender a demanda subjetiva do sujeito?

É nesta perspectiva que para Ceccarelli (2005) a psicopatologia fundamental buscou resgatar a subjetividade do sujeito, dando vez a sua voz para falar sobre seu *pathos*, pois não é seu objetivo levar o diagnóstico como algo determinante do sujeito, mas encará-lo como um meio de ultrapassar a barreira do rótulo, sempre investigar o que está além dele.

A psicopatologia nada mais é que o conhecimento da paixão, do sofrimento psíquico. E é desta forma que psicopatologia fundamental, a luz do discurso freudiano entende o aparelho

psíquico. Como parte do sistema imunológico do sujeito, instruído a protegê-lo das adversidades que de certa forma o acometem devido a essas paixões. (Berlinck, 1999)

Diante disso, procuramos entender o que têm levado esse indivíduo a lastimar-se diante de seus dilemas, e se aparentemente não exterioriza, como ele têm encontrado êxito nas modernas fórmulas de cura. O que acontece quando este sujeito se vê em uma situação que lhe faz perder o equilíbrio e quais os novos recursos que se buscam no momento de resolver situações que lhes coloque frente a frente com a angústia?

Considerando que este sujeito é produto de uma sociedade que corre em busca de vínculos mais fluidos e que procura respostas imediatas, supomos que há certa expectativa da parte desse sujeito ao ingressar num processo terapêutico. Podemos supor que a priori, o analista também esteja vulnerável a ser contemplado como um simples analgésico. Mas como manejar esta demanda na clínica, se aquele que a procura está às voltas com seu sofrimento, não se identificando com sua angústia, e que a priori não se implica na análise?

É possível pensar em uma proposta que possibilite o sujeito “transformar em experiências a manifestação do seu *pathos*”? (Ceccarelli, 2003, p. 21) O autor defende aqui a idéia de Freud, de que:

“o sujeito – louco ou não – sempre que fala, fala do e a partir de seu *pathos*, que aqui confunde-se com a trama discursiva que o constitui. É esta trama, inicialmente encarnada pelo Outro, que possibilita que o *pathos*, como passividade, alienação, seja transformado, na situação terapêutica, em percepção, em experiência.”(Ceccarelli, 2003, p. 22)

O autor considera uma reorganização do discurso sobre a paixão por meio da psicopatologia fundamental de modo que essa paixão agora transite de um estado de sofrimento para uma condição de experiência, por meio da transferência, refazendo suas escolhas pulsionais e objetivos

2- METODOLOGIA

Realizamos uma busca com descritores “sofrimento psíquico”, “angústia”, “psicopatologia fundamental” e “psicanálise”, nas bases Bvs-Psi, SciELO, LILACS, Portal de Periódicos CAPES, Banco de Dissertações e Teses Brasileiras (BDTD) e Google Acadêmico, bem como levantamento de livros que versam sobre a temática sofrimento psíquico e psicanálise. Este teve como referência o livro escrito por Sigmund Freud, *inibição, sintoma e angústia* (1913). As referências apresentadas no mesmo serviram como ponto de partida para nossa busca.

Para a construção do artigo utilizamos como referências um conjunto de autores importantes que dão sustentação teórica aos pressupostos centrais da pesquisa: Compreender qual o lugar do sofrimento e angústia do sujeito contemporâneo e as principais questões que se abrem com relação às transformações no olhar sobre o sofrimento e a reflexão e articulação sobre o manejo deste numa ótica psicanalítica e apoiamos fundamentalmente na leitura do sociólogo Zygmunt Bauman.

3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CECCARELLI, Paulo. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, p.471-477, 2005.

_____. A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL PARA A SAÚDE MENTAL. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, p.13-25, 2003.

BERLINCK, Manoel Tosta. O que é a psicopatologia fundamental. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamentals**, São Paulo, p.46-59, 1998.

DIAS, Mariana Hollweg; SOUSA, Edson Luiz André de. **ESPORTE DE ALTO RENDIMENTO: REFLEXÕES PSICANALÍTICAS E UTÓPICAS**. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n3/26.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

FURTADO, Mariama Augusto. **O lugar do sofrimento na cultura contemporânea: patologização do mal estar e medicalização da vida**. 2014. 210 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que pela sua bondade nos permitiu trilhar esse caminho com saúde e força ao longo dessa trajetória.

A Freud, por contribuir e inspirar com um saber que encheram nossas vidas de significado.

Ao nosso querido orientador Érick Leonardo, nosso mestre e exemplo de ser humano e profissional, pela generosidade ao compartilhar seu conhecimento, pela atenção dispensada, pela alegria no encontro, pelo cuidado, incentivo, contribuições e escuta acolhedora em todos os momentos desse nosso percurso.

Aos nossos professores, que somaram aos nossos conhecimentos e pela disponibilidade.

Aos nossos familiares, pelo apoio fundamental, dedicação e amor.

Natal/RN, artigo científico depositado em 22 de Novembro de 2017.