



Natalia Amendola Santos

**Estudo sobre a Dor: uma leitura do discurso
freudiano centrada no pensamento de Birman**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof^a Ana Maria de Toledo Piza Rudge

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2013



Natalia Amendola Santos

**Estudo sobre a Dor: uma leitura do discurso
freudiano centrada no pensamento de Birman**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Profª Ana Maria de Toledo Piza Rudge
Orientadora
Departamento de Psicologia -- PUC-Rio

Prof. Joel Birman
Programa de pós-graduação em Teoria Psicanalítica UFRJ/
Saúde Coletiva IMS/UERJ

Prof. Marcos Comaru
UFRJ

Profa. Denise Berruezo Portinari
Coordenadora Setorial de Pós-Graduação e Pesquisa do Centro de
Teologia e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 20 de fevereiro de 2013

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Natalia Amendola Santos

Graduou-se em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro em 2008. Kursou Psicologia Clínica em Adultos pelo CCE/PUC-Rio em 2009. Participou de congressos na área de Psicanálise.

Santos, Natalia Amendola

Estudo sobre a dor: uma leitura do discurso freudiano centrada no pensamento de Birman / Natalia Amendola Santos ; orientadora: Ana Maria de Toledo Piza Rudge. – 2013.

151 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2013.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Dor. 3. Psicanálise. 4. Medicina. 5. Discurso freudiano. 6. Corpo. 7. Melancolia. 8. Inibição. 9. Alteridade. 10. Contemporâneo. I. Rudge, Ana Maria de Toledo Piza. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Para meu pai, que me deixou ao longo deste percurso
e quem mais me ensinou sobre dor.

Agradecimentos

À CAPES e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos e sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

À Ana Maria Rudge, pelas dicas preciosas e pela leitura atenta que puderam dar um tom mais autoral ao trabalho.

Aos funcionários do Departamento de Psicologia da Pós-graduação, Marcelina e Verinha, pela dedicação e atenção com as quais lidam com os alunos.

A todos meus analisandos que em algum momento tomaram a palavra e me narraram suas dores.

À minha querida mãe que sempre me incentivou à leitura, fazendo desta uma 'grande viagem', e também pelo apoio e presença em todos os momentos difíceis.

Ao querido Patrick, parceiro de uma vida e para toda vida, pela paciência, carinho e apoio transmitidos desde o primeiro momento deste percurso.

Aos meus familiares, que sempre incentivaram meus estudos e minhas escolhas.

A Ary Band, por ter sido o meu primeiro grande mestre na transmissão da psicanálise.

A Joel Birman, simplesmente por estar existindo no meu percurso acadêmico e clínico, e por ter ensinado que é possível transformar dor em sofrimento!

A Marcos Comaru, quem sempre me deu muito apoio para iniciar uma vida acadêmica, e quem me acompanhou e auxiliou durante esse difícil caminho teórico sempre com cautela e disponibilidade.

À professora Cláudia Garcia, pela generosidade com a qual me acolheu, pela leitura carinhosa do meu texto e pelas dicas e discussões que me forneceu.

Aos professores do Departamento de Pós-graduação em Psicologia, pela excelência e rigor na transmissão da palavra.

Aos queridos amigos dos grupos de estudos: Patrícia, Inês, Priscila, Natasha, Laura, Natália, Flávia, Vânia, Isadora, Anna e Mariana, pelas trocas incríveis e pelas discussões instigantes que sempre contribuíram para minhas elaborações e que sem dúvida fazem parte da minha formação como psicanalista.

Aos queridos amigos da vida, que se mostraram sempre prontos para acolher as minhas inseguranças e lamentações, assim como para comemorar as etapas percorridas e as alegrias!

Resumo

Santos, Natalia Amendola; Rudge, Ana Maria de Toledo Piza. **Estudo sobre a Dor: uma leitura do discurso freudiano centrada no pensamento de Birman.** Rio de Janeiro, 2013. 151p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A dor vem tem sido tomada como um mal-estar tipicamente contemporâneo, opinião que instigou essa investigação teórica e permitiu identificar a problemática da alteridade e a condição solipsista da subjetividade. Os casos clínicos que apresentam dores físicas crônicas serviram de base para questionar qual seria o lugar da dor na teoria psicanalítica, através de uma metodologia que é percorrer o discurso freudiano na tentativa de compreender de que dor se trata, objetivo principal deste levantamento. O caminho percorrido inicia-se no final do século XIX, quando a linguagem freudiana está ainda muito relacionada à medicina, ponto esse que viabiliza uma importante distinção entre a dor para a medicina e para a psicanálise, e se estende até os textos do final da obra freudiana. A pesquisa realizada trouxe um impasse: como pensar psicanaliticamente uma dor que é física? A resposta vem do próprio discurso freudiano que, ciente da problemática corpo-mente, aproxima dor física e dor psíquica. Além deste apontamento pôde-se também vislumbrar uma associação da dor física com a melancolia, e com a inibição das funções do eu – aproximações que servem de base para escolher certos manejos clínicos.

Palavras-chave

Dor; psicanálise; medicina; discurso freudiano; corpo; melancolia; inibição; alteridade, contemporâneo.

Abstract

Santos, Natalia Amendola; Rudge, Ana Maria de Toledo Piza (Advisor). **Study on Pain: a reading of the Freudian discourse based on the interpretation of Birman.** Rio de Janeiro, 2013. 151p. MSc. Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Pain is considered as a typically contemporary malaise, an opinion which motivated our theoretical investigation and permitted to identify the problem of otherness and solipsistic condition of modern subjectivity. The clinical cases of chronic physical pain served as a basis for studying the place of pain in the psychoanalytic theory and use the methodology of travelling through the Freudian discourse in an attempt to understand what pain is this pain, which is the main objective of this survey. The path begins in the late nineteenth century, when Freudian language was still related to medicine, and this period allows an important distinction between pain for medicine and pain for psychoanalysis, and continues to the final Freudian texts. The survey brought an impasse: how to think psychoanalytically a pain that is physical? The answer comes from the Freudian discourse that, aware of the problematic relationship between mind and body approaches physical pain and psychic pain. In addition to this, I could also discover an association between physical pain with melancholy and with the inhibition of functions of the ego - these associations serve as the basis for choosing certain clinical managements.

Keywords

Pain; psychoanalysis; medicine; Freudian discourse; body; melancholy; inhibition; otherness; contemporary.

Sumário

1. Introdução	10
2. Sobre a dor em Psicanálise: Um breve percurso pelo discurso freudiano	20
2.1 Considerações sobre a Dor em Psicanálise	26
2.2 Breve história da dor	30
2.3 Desdobramentos dos dois campos de saber: Medicina e Psicanálise	36
2.4 Do corpo excluído ao corpo simbólico: como o corpo se representa em psicanálise	46
2.5 Corpo, Pulsão e Repetição na Metapsicologia Freudiana	54
3. A Dor desde <i>O Projeto</i>	57
3.1 Considerações sobre o aparelho psíquico e suas relações com o prazer, o desprazer e a dor no <i>Projeto</i>	60
3.2 Dor: trilhamentos, impressões e marcas	71
3.3 Dor e seu caráter de inassimilável	76
3.4 Dor e Melancolia: possíveis interlocuções	77
3.5 Dor física, Hipocondria e a Problemática da Alteridade	83
4. A Dor no Primeiro e no Segundo dualismos pulsionais	92
4.1 Dor e Trauma	94
4.2 Dor e Pulsão de morte: relações entre masoquismo e Desamparo	103
4.3 Dor: entre Inibição e Angústia	116
4.4 Dor e Discurso Freudiano	124
4.5 Dor e Contemporaneidade	131
Considerações Finais	138
Referências Bibliográficas	139

*A dor é a prova de que nosso corpo é psíquico.
Isto é possível?*

Wittgenstein, *Investigações Filosóficas*

Introdução

A temática desta pesquisa se justifica por conta das mudanças psíquicas observadas na atualidade. Essas mudanças acabam se evidenciando no registro clínico, de forma que as neuroses clássicas se tornam cada vez mais raras. Tal dinâmica se apresenta, sobretudo, pelo fato do conflito psíquico se encontrar menos presente na atualidade.

Alguns autores sugerem que a conflitualidade interior parece ter sido substituída pelos embates entre sujeitos e instâncias exteriores. A consequência disso seriam as performances e a fixação nas imagens, que cada vez mais se superpõem em relação ao discurso.

A contemporaneidade reserva aos sujeitos o privilégio da imprevisibilidade, o que acarreta numa espécie de experiência de *desalento* (BIRMAN, 2009d), justamente pela falta de emblemas simbólicos oferecidos pelos registros coletivos e individuais – esta poderia ser considerada a marca fundamental que diferencia a modernidade de Freud da nossa contemporaneidade, constituindo uma série de pontuações a serem consideradas e discutidas.

Dito isso, o que observamos como desdobramento é que as perturbações psíquicas acabam se evidenciando nos registros da ação, do corpo e das intensidades (Ibidem), de forma que a descarga sobre o corpo e a ação, tal como a passagem ao ato, apresentam-se como mecanismos de tentativa de domínio da regulação psíquica. Nesse contexto, o que destacamos são as manifestações corporais de perturbações psíquicas, nas quais encontramos o mal-estar articulado com as relações com o corpo, com o discurso e com o fantasma -- articulação esta marcada pelo silêncio (BIRMAN, 2006b).

Com efeito, perturbações como síndrome do pânico, doenças psicossomáticas e depressões evidenciam que a grande marca das patologias do contemporâneo se refere a uma fragilidade dos recursos simbólicos.

Nesse cenário, as formas de mal-estar parecem se situar no limite da classificação entre psíquico e somático. Seriam, afinal, novas formas essas manifestações sintomáticas? Acreditamos que não, uma vez que sabemos que afecções psíquicas sempre se manifestaram no corpo -- pois, o corpo já padecia no século XIX com a histeria (FREUD, 1895b/1996). Entretanto, chama a atenção a

frequência e a insistência com as quais essas formas de sofrimento aparecem no corpo, identificando que o mesmo, na contemporaneidade, consolida-se como o único bem do sujeito (BIRMAN, 2009d).

Com isso, como abordar, psicanaliticamente, uma produção sintomática centrada no somático? Sabemos que se a psicanálise se depara com uma série de impasses clínicos quanto aos sintomas somáticos. Isso se deu por conta de certo esquecimento de que o discurso freudiano se fundou a partir da articulação entre corporeidade e subjetividade, viabilizando a consolidação de uma diferença entre corpo e organismo.

Tal esquecimento se deveu a uma espécie de trato realizado entre psicanálise, medicina e psiquiatria, segundo o qual apenas a ordem médica e a ordem psiquiátrica teriam direitos sobre o corpo, enquanto à psicanálise caberia apenas o saber sobre o psiquismo (BIRMAN, 2006b). Assim, foi reestabelecido o dualismo cartesiano que tanto foi discutido e criticado pelo discurso freudiano, proporcionando o descentramento do sujeito e a retirada do foco do Eu e da consciência, deslocando-o para o inconsciente - um lugar fundamental no psiquismo (FREUD, 1915c/1996).

A psicanálise contribui, então, para a ampliação da visão do adoecer ao inserir implicações subjetivas nas perturbações orgânicas. Evidencia-se, assim, que a especificidade da contribuição psicanalítica reside na reflexão sobre a importância do inconsciente nas relações entre psíquico e somático.

Nesse cenário, o corpo se constitui como problemática psíquica, uma vez que passa a ser meio de expressão da dor e do sofrimento (BIRMAN, 2003a), já que estas encontram uma série de empecilhos para se manifestarem em termos psíquicos. Assim, se na modernidade o mal-estar se baseava na conflitualidade psíquica, na qual as interdições morais eram o centro da questão, parece-nos que atualmente o mal-estar se apresenta como dor, referindo-se a outros registros, a saber, do corpo, da ação e da intensidade, destituindo as categorias de pensamento e de linguagem como eixos ordenadores (BIRMAN, 2009d).

Baseados na contextualização abordada acima e instigados pela clínica psicanalítica, o que propomos pesquisar neste ensaio é uma manifestação somática sem indícios orgânicos e com um grave comprometimento psíquico. Situada no campo marginal, entre psíquico e somático, a *dor crônica* e sua

dimensão enigmática se configuram como uma questão em aberto também para a psicanálise.

Diante desses apontamentos, o corpo parece ocupar a forma do somático ao perder a dimensão simbólica e significante, fatores que permitiriam a inscrição do conflito psíquico na superfície corporal (Ibidem).

Nesse sentido, pensar a dor crônica sem alterações orgânicas é estabelecer uma aproximação entre físico e psíquico, é dar conta de pensar em organizações que se apresentam num corpo pela via da sensação e do que se faz possível de ser transmitido em palavras, mesmo sem qualquer ordem lógica. É, portanto, aproximarmos-nos muito mais do registro do poder da linguagem do que do registro médico e biológico. Ademais, é acessar o que há de enigmático no sujeito, ao que apenas ele, na sua condição singular, poderia descrever. Logo, é romper com categorias fixadas e universais.

Diagnosticada pela medicina como *Fibromialgia*, por meio de um mapeamento anatomo-fisiológico da doença, esta síndrome reumática é caracterizada por dor difusa e crônica que se associa à fadiga, à ansiedade, à depressão, à insônia e ao desânimo. Apesar de mecanismos fisiológicos não terem sido estabelecidos, os especialistas apontam para fatores neuroendócrinos, genéticos e psicológicos envolvidos (Revista Brasileira de Reumatologia -- 2010). Contudo podemos dizer que o fator etiológico é desconhecido (Revista Brasileira de Reumatologia -- 2004).

Parte do tratamento médico para esse mal-estar é medicação antidepressiva, entre outras técnicas que prometem o alívio da dor. Dessa forma, temos uma medicalização indiscriminada da dor e do sofrimento, o que evidencia que os pacientes não são acolhidos psicologicamente, sendo levados a experimentarem um alívio temporário, advindo da sensação de terem seu desamparo suavizado.

Entretanto, em alguns casos, notamos a persistência da dor, mesmo quando se utilizam tratamentos com drogas farmacêuticas, o que chama a atenção para esse caráter enigmático e insistente da dor crônica.

A pesquisa permitiu compreender que a *fibromialgia* é uma condição dolorosa crônica e generalizada, a qual se atribui a classificação de síndrome, por englobar outras manifestações clínicas como indisposição e distúrbios do sono.

Esse mal-estar, com diagnóstico apresentado bastante recentemente, apresenta uma riqueza de sintomatologia, porém nenhum substrato físico é encontrado.

Com definição nebulosa e diante da ausência de sinais no organismo que permitam um diagnóstico mais assertivo, a dor crônica é também entendida como uma doença psicossomática e, por vezes, é lançada ao campo *psi*, convocando os profissionais da área a discutirem a respeito dessa patologia.

Vale destacar que o cruzamento entre psíquico e somático permeia toda essa discussão, de forma que até vislumbramos uma possível articulação da dor crônica com a psicossomática. Porém, mesmo sabendo desta possibilidade, optamos em não trazer essa especialidade para a discussão, sobretudo por se tratar de um terreno bastante complexo e escorregadio que recoloca uma barreira entre psíquico e somático ao tentar relacioná-los.

Além disso, a psicossomática é caracterizada por uma disfunção que acomete o orgânico (MELLO FILHO, 1992), o que significa dizer que existe alteração no organismo quando se trata de uma doença psicossomática. Em contrapartida, os casos de dor crônica não apresentam qualquer desorganização em termos orgânicos, constituindo-se assim uma diferença.

Devido à proximidade entre dor crônica, estado depressivo e angústia, e considerando que ela mesma é própria do psiquismo, acreditamos que a psicanálise possa contribuir para uma melhor compreensão sobre esse mal-estar.

Um estudo sobre a dor exige apresentar certa clareza no que diz respeito ao objeto sobre o qual estamos nos debruçando. Pesquisar sobre o tema da dor, entretanto, é entrar num terreno complexo no qual as indefinições se manifestam constantemente, é percorrer um caminho enigmático no qual biológico, psíquico e social se entrelaçam.

É fato que todo ser vivo busca o prazer e o afastamento da condição dolorosa. Contudo, entendemos a dor como um objeto que se faz duplo por natureza - nos referirmos ao cruzamento entre biológico e cultural. Certamente, a dor é uma construção cultural, manifesta-se e é vista de diferentes maneiras, conforme o contexto em que é analisada, porém a mudança de sentido que cada sociedade fornece à dor se apresenta como secundária, já que prevalecem as consequências dessa transformação que incidem sobre o caráter de experiência individual da dor (REY, 2012).

Durante toda essa pesquisa, a preocupação em sistematizar a dor em determinadas categorias se fez presente. Contudo, ao falar de uma dor sem indícios orgânicos, acabamos entrando num âmbito problemático que invariavelmente nos conduz a focar as categorias de dor através das lentes da antiga dicotomia cartesiana, o que em nada contribuiria para os fins deste trabalho.

Sabemos da importância de discutir, também historicamente, a dor, tema que escolhemos como objeto de estudo. Porém, todo o esforço em realizar aqui uma genealogia da dor, implicaria tratá-la a partir de um olhar médico, concreto e biológico, visto que é sob esta ótica que ela é abordada em pesquisas de cunho histórico. Isso se configura justamente como o ponto de desencontro com o objetivo desta pesquisa, que se dedica a tentar constituir um olhar singular da psicanálise sobre a questão da dor. Assim, optamos por um breve levantamento sobre como a dor foi se transformando ao longo da história, percurso esse que acaba esclarecendo e justificando o olhar do campo médico sobre a dor e suas modificações.

Nossa discussão em torno da dor envolve um questionamento sobre a relação do corpo com o psíquico, análise essa que pode ser ampliada se tomarmos como base a diferenciação entre sofrimento e dor como modalidades de mal-estar, estabelecida por Birman (BIRMAN, 2003a; 2009d).

Apesar de considerarmos dor e sofrimento como sinônimos na linguagem cotidiana, não podemos perder de vista que existe uma oposição entre esses termos. Segundo Birman, a experiência de dor implica uma experiência *solipsista*, enquanto o sofrimento seria uma experiência *alteritária*, na qual existiria um confronto com o outro (Ibidem). De acordo com essa leitura, a dor parece ter se consolidado como um traço inconfundível pelo qual o sujeito se depara com o mal-estar contemporâneo (BIRMAN, 2009d).

A palavra sofrimento nos remete à ideia de um sujeito, já a dor é apenas uma objetivação do que é esse sofrimento. Assim, o sofrer (*suffere*, do latim) significa suportar e aguentar algo, indicando a existência de um sujeito, ao passo que o verbo doer (*doleo*, do latim) pode ser usado numa construção impessoal que não envolva um sujeito.

Nesse sentido, é a língua francesa que nos auxilia a esclarecer sobre o tipo de dor a ser discutido nesta pesquisa: no francês encontramos duas formas de se

referir à dor: *avoir mal* e *douler*, enquanto a primeira expressão se refere a uma dor mais corriqueira (dor de cabeça ou dor de barriga), a segunda expressa um tipo de dor mais intensa e durável, a saber, algo que se refere a uma complexidade no mecanismo da dor. É esta última, portanto, o tipo de dor a ser discutido nesta pesquisa.

De toda forma, a dor, quando intensa, implica sempre o ser integralmente, é o sujeito em sua unidade que é atingido e que sente a dor. Em seu aspecto singular, a dor apresenta sempre uma expressão - seja o grito, uma contração fisionômica ou mesmo o silêncio - que mantém relação com os modos de viver a dor e com aquilo que sentimos. Assim, podemos afirmar que “a dor afeta a realidade em que se vive e é caracterizada pelo carimbo da subjetividade” (REY, 2012, p. 23).

Segundo os critérios descritos acima, o objeto desta pesquisa é mais referido à dor do que ao sofrimento. Entretanto, circunscrever a temática de forma ainda mais precisa implica a própria dificuldade conceitual da dor, que não tem um status propriamente definido, sendo localizada, grosso modo, entre a emoção e a sensação, entre o psíquico e o somático.

Baseados nessas observações, levantamos algumas questões que nortearão toda a discussão: o que nos levaria a abordar, dentro do plano da experiência psíquica, sensações e vivências que estão tão singularmente relacionadas com o corpo, com uma região corporal ou mesmo com um órgão? O que de fato diferencia a dor de outras sensações corporais e de afetos desprazerosos, como, por exemplo, a angústia? É possível localizar a dor dentre os afetos penosos ou devemos conceder-lhe uma função prototípica ou mesmo atribuir-lhe o valor de uma experiência irreduzível?

Muitos enigmas se constituem ao percorrermos o estudo sobre a dor, mas acreditamos ser possível tentar circunscrever tal experiência, e que essa forma de sofrimento merece um esforço teórico e metapsicológico maior.

Para isso tomaremos, sobretudo, duas bases de apoio: a primeira será a própria teoria freudiana, visto que Freud, apesar de não ter uma teoria explícita sobre a dor, realizou um diálogo entre dor física e dor psíquica. Portanto, para compreender o que a dor representa em termos psicanalíticos e quais as condições de possibilidade de se constituir um conceito de dor em psicanálise, seremos conduzidos, sobretudo, pela metapsicologia freudiana: uma ficção teórica, forjada

com o intuito de indicar que há algo para além da consciência, formulando a natureza do inconsciente, ao qual Freud deu o estatuto de psíquico (FREUD, 1915c/1996).

A metapsicologia é pensada a partir de três aspectos: as características topográficas, o fator econômico e os atributos dinâmicos, sendo a partir dessa tríade que Freud definia a disposição estrutural e as funções dos sistemas e do funcionamento energético do circuito pulsional (Ibidem). É, portanto, um conceito que remete à especificidade teórica do discurso psicanalítico.

A segunda base será a clínica psicanalítica, uma vez que é sempre por meio desta que observamos os murmúrios do mal-estar, de forma que não há como acessar a dimensão dolorosa e subjetiva de um sujeito, senão pela palavra (FREUD, 1905[1980]/1996).

Foi, sobretudo, instigados pelos impasses com que nos deparamos no percurso clínico, que formulamos o objetivo desta pesquisa. Podemos dizer que foram especificamente dois casos clínicos, atendidos no consultório particular, que despertaram um interesse maior e nos permitiram acessar mais profundamente a teoria sobre as dores crônicas. Em ambos os casos, uma queixa insistente e um fechamento subjetivo eram fatores que despontavam e assumiam um caráter diferencial. O manejo desses casos se configurava com um impasse a cada sessão, evidenciando a dificuldade em jogo quando se trata de um trabalho no qual a palavra não desliza e a queixa se fixa na parte do corpo dolorida.

O desdobramento das sessões nos permitiu observar que, apesar das dores generalizadas, um dos casos sugeria a expansividade de uma conversão histérica, tomando, assim, um destino. O outro caso, por sua vez, caracterizava-se pelo tom queixoso e pela fragilidade subjetiva, evidenciando uma dificuldade de deslocamentos e elaborações, constituindo-se como a principal razão de nosso interesse em desvendar a complexidade que se manifestava por esse empobrecimento simbólico.

Junto à experiência clínica, o contato com o professor Joel Birman nos viabilizou um acesso maior à temática, uma vez que a dor é uma das modalidades de mal-estar contemporâneo bastante pesquisada e discutida pelo psicanalista. Por conta disso, grande parte das associações e elaborações nessa pesquisa são tributárias do que foi transmitido por ele.

Acreditando que as manifestações subjetivas que se apresentam na clínica

funcionam como um reflexo da sociedade e seu mal-estar, trabalharemos a dor crônica como uma forma de manifestação subjetiva do contemporâneo, sustentando a ideia de que ela não se configura como um sintoma propriamente psicanalítico (FREUD, 1915b/1996; 1926[1925]/1996), estando mais próxima de um acontecimento traumático do qual o sujeito não teve condições de elaboração.

Apesar do tema ter sido pouco explorado pela teoria psicanalítica, observamos, com certa frequência, questionamentos na literatura a respeito de pacientes que apresentam dores no corpo sem qualquer causa orgânica identificável pela visão da maquinaria médica. Ao nos depararmos com uma série de lacunas advindas da medicina, como consequência, somos convocados, enquanto psicanalistas, a tentar responder sobre possíveis relações entre a dor sem articulações com o orgânico, e o tumultuado mundo pulsional do sujeito em questão.

Diante desses impasses, e cientes de que muitas questões relativas à dor permanecerão em aberto, nosso objetivo se limita a buscar estabelecer algumas articulações entre a dor crônica e alguns conceitos da psicanálise. Vale ressaltar que não buscamos, com isso, consolidar uma teoria com caráter definitivo, ao contrário, o que pretendemos é mapear o terreno para futuras pesquisas que possam chegar a resultados mais consistentes em relação a este tema. Nesse sentido, as associações da dor com os conceitos psicanalíticos de melancolia, de inibição e de hipocondria, tal como veremos ao longo deste trabalho, não pretendem enquadrar a dor crônica em uma estrutura clínica específica.

Nossa hipótese, em se tratando de dor crônica, é de um funcionamento que parece não estar em jogo recalque, sintoma ou elaboração psíquica. Razão essa que nos levou a tentar aproximar a dor crônica ao campo do não assimilável, daquilo que não deixa marcas ou registros, da compulsão à repetição (FREUD, 1920/1996) em seu papel de tentativa de elaboração de um evento vivenciado como traumático. A partir disso, pensamos a dor como algo que se *apresenta* (*Darstellung*) sem um esboço de *representação* (*Vorstellung*) e sem uma linguagem propriamente que a defina, restando-nos apenas possíveis qualificações a seu respeito, marcadas pela singularidade da questão.

É diante disso que nos deparamos com a falência de uma análise centrada no indivíduo sem articulação com sua condição de sujeito da representação, que implica também uma articulação com a sociedade e a cultura. Dessa forma,

trabalhamos com uma clínica que nos convoca a interrogar a partir do corpo e numa escuta em que se possa ouvir o ‘a mais’ da dor, tratando-se então de um “psíquico que explode de maneira sempre ruidosa no registro somático. No seu limite, no entanto, a manifestação em pauta percorre fendas marcadamente anti expressivas, caracterizando-se principalmente pelo silêncio” (BIRMAN, 2003c, p. 1), de forma que esses ruídos não se articulam ao campo da linguagem.

Vale destacar que a denominação ‘dor crônica’ se originou da medicina, entretanto a qualidade “crônica” remete, especificamente para a psicanálise, a um outro sentido, apontando para a dimensão da insistência e para o caráter de repetição. A característica de ser crônica nos permite inferir certa proximidade entre esse tipo de dor e o registro da compulsão à repetição. Por conta disso, em alguns momentos desta pesquisa lançaremos mão de utilizar apenas o termo ‘dor’ como índice dessa qualidade específica de mal-estar marcada por uma repetição.

Baseados nestas questões iniciais, abriremos o primeiro capítulo com o que poderia vir a ser a *dor* em psicanálise, momento esse em que nos deparamos com a complexidade de falar sobre a dor em psicanálise, uma vez que o discurso freudiano ora fala de uma dor que é física e ora aborda uma dor que é psíquica.

A fim de melhor esclarecer tal impasse e na tentativa de circunscrever esse mal-estar apresentaremos brevemente, no Capítulo II, o percurso sobre a dor realizado ao longo da obra de Freud, para tal realizaremos um levantamento de todos os textos em que a dor foi trabalhada e os contextos teóricos em que isso se deu.

Posteriormente seguiremos a discussão com uma rápida genealogia da dor, com o objetivo de estabelecer uma diferenciação entre a dor para a medicina e para a psicanálise, o que de alguma maneira, nos permitirá construir uma crítica referida aos limites da medicina no que tange à sua abordagem.

Além disso, por se tratar de uma dinâmica que tem o corpo como palco de suas manifestações, vamos ampliar a discussão, inserindo o lugar deste na psicanálise, o que necessariamente incluirá as relações entre corpo, pulsão e repetição.

Após definir nosso objeto de estudo, seguiremos para o capítulo III, que tratará do percurso da dor na primeira teoria pulsional freudiana, no qual esta é trabalhada tal como foi apresentada no “Projeto para uma psicologia científica”

(1950[1895]), e já identificada a um caráter de inassimilável, o que nos sugeriu a associação com a melancolia.

Sabemos que em “Luto e Melancolia” (1917[1915]/1996) Freud fala sobre a disponibilidade dolorosa num momento de perda, referindo-se a uma dor psíquica. Em contrapartida, ao abordar a hipocondria (FREUD, 1914b/1996), que se caracteriza por uma intensa sensibilidade corporal e por incômodas sensações físicas, Freud está se referindo a uma dor física. Entretanto, o que ressaltamos é que em ambas as situações de mal-estar, tanto na melancolia quanto na hipocondria, estaria em jogo um deslocamento da libido para o eu, caracterizando uma dimensão de retração narcísica da libido na dor, seja ela psíquica ou física.

Por fim, no Capítulo IV será destacado o percurso freudiano sobre a dor no âmbito do segundo dualismo pulsional, no qual as noções de inassimilável e não representado se tornam mais claras, permitindo-nos interessantes costuras entre o traumático, o não simbolizado e a perda que não se faz elaborar.

Com essas ideias, chegaremos, então, ao ponto final da discussão que se baseará no texto freudiano de 1926, “Inibições, sintomas e angústia”, e que se refere a uma construção que relaciona a dor com uma *inibição* da função do eu, ao invés de tomá-la como um *sintoma* propriamente analítico.

Além desses apontamentos, buscaremos compreender qual seria o lugar da dor na economia psíquica segundo o discurso freudiano, estabelecendo a hipótese de que dor física e dor psíquica poderiam ser pensadas a partir de uma mesma perspectiva.

Para isso nos utilizamos, sobretudo, dos textos freudianos, buscando auxílio também em alguns autores contemporâneos, tais como Joel Birman, Manoel Tosta Berlinck, Pontalis entre outros psicanalistas.

2. Sobre a dor em Psicanálise: Um breve percurso pelo discurso freudiano

Podemos pensar em uma teoria da dor em Freud? Responder a essa questão se configura como um dos objetivos desta pesquisa, e, para isso, faremos um percurso na obra freudiana, na tentativa de obter algumas considerações sobre a dor e, se possível, circunscrevê-la metapsicologicamente.

Ao longo dessa pesquisa notamos que poucas vezes Freud menciona o tema da dor. Isso se dá, sobretudo, nos textos “Projeto para uma Psicologia Científica” (1950[1895]), “Rascunho G” (1895a), “Sobre o Narcisismo: uma introdução” (1914b), “Recalque” (1915b), “Luto e Melancolia” (1917[1915]), “Além do Princípio do Prazer” (1920), “O eu e o isso” (1923a), “O Problema econômico do masoquismo” (1924b) e “Inibições, Sintomas e Angústia” (1926)¹.

Mesmo não obtendo propriamente uma teoria sobre a dor na obra freudiana, acreditamos ser possível construir um esboço de teoria que nos auxilie na clínica, acessando apenas os textos freudianos.

Segundo Pontalis, a construção do percurso freudiano sobre a dor parece nos levar ao encontro de uma teoria que denota certa “preferência pela escolha de uma ancoragem na dor em detrimento de uma mudança percebida como insuportável renúncia” (PONTALIS, 2005, p. 266). O próprio título do livro de Pontalis -- “Entre o sonho e a dor” -- anuncia um deslocamento da problemática do sonho para a dor, acreditando que a clínica da atualidade é caracterizada pelos impasses no sonhar que remetem à oposição entre a simbolização e a presença intensa da dor.

É com a introdução do narcisismo (FREUD, 1914b/1996), a retomada da questão do trauma (FREUD, 1920/1996), a irrefreável pulsão de morte (Ibidem), a redefinição do masoquismo como primário (FREUD, 1924b/1996), e a reação terapêutica negativa (Ibidem) que notamos uma reaproximação freudiana de questões outrora pensadas a partir do processo primário (PONTALIS, 2005). Uma delas se refere à leitura dos sonhos que, após 1920, com o paradigma das neuroses traumáticas não mais se limitam a realização de desejo inconsciente, mas também

¹ Ressaltamos que apesar de ter sido utilizada a bibliografia freudiana na versão Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, alguns termos tais como Repressão, Instinto, Ansiedade, e Impulso instintivo, serão utilizados, respectivamente, como Recalque, Pulsão, Angústia e Moção pulsional.

a dimensão da dor no psiquismo pela compulsão à repetição como uma tentativa de transformar a dor num símbolo. O que resulta disso é o lugar privilegiado que o registro da dor (BIRMAN, 2009d) passa a ocupar no psiquismo em contraposição ao registro do desejo.

Como sabemos, a invenção da psicanálise por Freud se baseou na clínica da histeria e na lógica do princípio do prazer como dominante do funcionamento psíquico e representado pelo processo primário (FREUD, 1895b/1996; 1894b/1996; 1911/1996; 1915c/1996). Assim, ele fundamentou a teoria dos sonhos como realização do desejo (FREUD, 1900/1996) e o processo de formação de sintomas como uma conciliação entre dois sistemas (FREUD, 1915b/1996). Neste contexto, destacavam-se dois aspectos, a saber, o mal-estar moral e a culpa, indícios que eram do conflito psíquico e do processo de recalçamento (FREUD, 1908/1996).

Entretanto, ao longo da obra de Freud, notamos uma significativa complexificação de alguns conceitos e teorias, sobretudo a partir de 1920 quando são inseridos o segundo dualismo pulsional e o além do princípio do prazer, indícios de uma nova configuração na qual estava em jogo a problemática da ligação pulsional diante de situações traumáticas (FREUD, 1920/1996).

O que mais se destaca é que, desde o “Projeto para uma Psicologia Científica” (1950[1895]/1996), Freud vinha teorizando o funcionamento de um circuito pulsional que operava segundo o princípio do prazer. Após a virada dos 20, com a inserção da ideia de pulsão de morte, e com a relativização do princípio do prazer que deixa de ser hegemônico no psiquismo, Freud passa a lidar com a força da pulsão desligada, com os efeitos de uma elaboração impossível de ser feita e com a ausência de simbolização. Estamos, então, diante de outro cenário, no qual as vicissitudes do trauma se fazem presentes e a compulsão à repetição é lançada na cena a fim de viabilizar a elaboração psíquica de um evento traumático (FREUD, 1920/1996).

Todo esse contexto de 1920 se apresenta como uma espécie de retorno do recalçado da psicanálise freudiana, chamando a atenção para aspectos que até então não tinham sido acessados e elaborados pela teoria. Vale destacar que Freud, desde o *Projeto* (1950[1895]), valorizara tanto a *vivência de satisfação* como a *vivência de dor* e suas implicações, porém acaba por esquecer desta última ao redigir o capítulo 7 de “A Interpretação dos Sonhos” (1900), no qual só se

refere à experiência de satisfação e ao desejo primário, esquecendo a experiência de dor e a repulsa.

Mesmo sabendo que no *Projeto* (1950[1895]) os *trilhamentos* descritos por Freud podem ativar o neurônio secretor, que lança o desprazer no psiquismo quando as memórias são reativadas associativamente, parece-nos que a vivência de dor, que não deixa marcas, é justamente aquilo que só poderia ser trabalhado a partir de 1920, com o novo dualismo pulsional e a força da pulsão desligada.

Assim como a repetição e o corpo são conceituados de formas diversas no primeiro ou no segundo dualismo pulsional, isso também pode ser feito no que se refere à dor.

No primeiro dualismo pulsional, a preocupação de Freud está mais voltada para a dor física, ou seja, a dor tal como foi trabalhada no *Projeto* (1950[1895]). Entretanto, a dor na acepção deste texto envolve não apenas a resposta a estímulos nocivos, mas também a não satisfação de necessidades e o desconforto associado a isto. Já a partir de 1920, com a introdução do conceito de pulsão de morte, notamos certa afinidade entre dor física e dor psíquica, contexto no qual a teoria freudiana já avançava nas considerações sobre o masoquismo como originário, indicação fundamental para compreender a dor na leitura psicanalítica de então.

Se analisarmos o percurso desde seu início, encontraremos no ensaio do *Projeto* (1950[1895]) uma explicação econômica para a dor, que se relaciona a um excesso de excitação que invade o sistema *psi*, gerando aumento de tensão e descarga no interior do corpo (como uma sensação de angústia). Nesse sentido, a dor acaba por produzir uma descarga interna, uma espécie de implosão.

Em 1895 Freud também vai ressaltar que a quantidade (Q) acaba por produzir trilhamentos que deixam facilidades permanentes atrás de si no sistema *psi* (FREUD, 1895[1950]/1996). Baseado nesse fator, podemos inferir que as facilidades favorecem os mecanismos de dor e de repetição, uma vez que a quantidade nos leva a pensar que os caminhos da vida mental tendem a percorrer um trilhamento, evitando, assim, novos caminhos que impõe maior resistência (Ibidem). As facilidades, que provocam a descarga dos neurônios secretores para dentro do psiquismo, fazem com que as memórias ligadas à dor não sejam investidas (Ibidem), ou seja, que não se possa inicialmente pensar ou lembrar experiências ligadas ao objeto hostil. Depois da inibição dessas passagens copiosas pelo Eu, a experiência de dor poderá entrar na cadeia associativa

mediante um sinal de angústia (FREUD, 1926/1996) que caracteriza a vivência como algo a ser evitado.

Encontramos também no *Projeto* (1950[1895]), um esboço da concepção de pulsão, sobretudo pela insistência de Freud na questão quantitativa da excitação, evidenciando sua preocupação com o ponto de vista econômico, entretanto tais enunciados foram apresentados numa linguagem biológica e fisicalista.

O esquema do *Projeto* apresenta aspectos precoces do que viria a ser a pulsão. Isso nos permite o seguinte questionamento: tal como a pulsão se consolidou como um conceito fronteiro entre somático e psíquico pela força do trabalho empreendida à mente (FREUD, 1915a/1996), a dor também poderia ser analisada, neste contexto de 1895, como um conceito fronteiro? Dizemos isso porque no *Projeto* não fica tão claro sobre que tipo de dor Freud está se referindo, a física ou a psíquica, ou se está desconsiderando, no seu campo de investigação, uma diferenciação clara entre ambas.

Nos textos “Rascunho G” (1895a) e “Luto e Melancolia” (1917[1915]) Freud também nos fala sobre a dor, relacionando-a à perda de um objeto. Quando ele caracteriza melancolia e luto, faz referência a certa disposição dolorosa para o luto, que é atribuída à necessidade de abandono de uma posição libidinal (FREUD, 1917[1915]/1996). Dessa maneira, a retirada de investimento do objeto que foi perdido vem acompanhada de sofrimento, justamente pelo fato do *eu* ter que se separar do *objeto* e também pelo ódio contra o mesmo.

É importante ressaltar que qualquer perda para o sujeito vai pressupor a vivência de uma experiência de morte, uma vez que um vínculo, de alguma forma, teve de se romper. Nesses textos, Freud já está claramente se referindo a uma espécie de dor que é psíquica.

No texto “Recalque” (1915b), Freud vai descrever uma experiência de dor a partir de um estímulo externo que, internalizado, provoca um aumento de tensão, adquirindo certa similaridade com uma pulsão, recebendo, então, o nome de *pseudo pulsão*. Trata-se de uma dinâmica econômica (princípio de constância) que tem como objetivo fazer cessar o desprazer, de forma que não há nenhum outro prazer a ser alcançado pelo cessar da dor.

Tal informação nos leva a pensar que, em se tratando da experiência de dor, nada da ordem do recalque estaria em jogo, nem tampouco da formação de

sintoma, uma vez que o recalque não se efetua em situações nas quais a falta de satisfação de uma moção pulsional alcança um grau de tensão insuportável (FREUD, 1915b/1996, p. 152). Nesses casos, o organismo tem de recorrer a outro tipo de defesa, a saber, uma defesa externa advinda do outro. Entretanto é importante levar em conta que o recalque e os sintomas só se erigem diante de um conflito psíquico, ou seja, quando a satisfação de um desejo ou pulsão poderia convocar uma situação de dor. O conflito na teoria freudiana é fundamental, e nesta época tal concepção ainda não tinha sido conceituada de forma mais rigorosa. Por isso Freud se questionava, ante o recalque de uma pulsão: por que a satisfação pulsional, que deveria provocar prazer, provoca desprazer? Dilema que foi superado apenas em 1926, com a construção mais rigorosa da metapsicologia do conflito e da angústia.

Em “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914b), texto central da obra freudiana sobre o conceito psicanalítico de Eu, Freud, referindo-se à hipocondria, destaca que “uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu sofrimento (...) enquanto sofre, deixa de amar” (FREUD, 1914b/1996, p. 89).

No que diz respeito à teoria da libido, isso implica dizer que, ao sentir dor ou algum tipo de mal-estar, o investimento libidinal se volta para o próprio eu do sujeito. Nesse sentido, tanto a libido quanto o interesse da pulsão de autoconservação conservam o mesmo destino, tornando-se indistinguíveis, ou seja, nesse caso não se organiza nenhum tipo de conflito. Nos referimos a tal ausência de conflito uma vez que a pulsão de autoconservação está deixando de estabelecer um dualismo com o sexual, já que o investimento do Eu, responsável pelo cuidado consigo, passa a ser também de ordem sexual.

Mais tarde, em “Além do princípio do prazer” (1920), Freud retorna ao tema da dor ao abordar a problemática do trauma, chamando a atenção para aqueles que desenvolveram a neurose de guerra, diferenciando-os daqueles que sofreram algum tipo de lesão física. Essa diferenciação nos permite compreender a ferida no corpo como tendo um *status* de representação, fornecendo algum sentido justamente por circunscrever a dor. Curiosamente, a neurose de guerra era mais incidente naqueles que não se feriram no confronto.

No texto “O Eu e o Isso” (1923a), Freud apresenta a ideia de que o eu é corporal, identificando que o próprio corpo de uma pessoa e sua superfície se

constituem como lugares dos quais podem originar-se sensações externas e internas, sendo a própria dor um recurso que fornece permite a formação de nossa ideia de corpo.

Em “O problema econômico do masoquismo” (1924b), encontramos um aumento de excitação associado ao prazer (exemplo do prazer sexual), caracterizando que apenas o aspecto econômico não esclareceria o desprazer, sendo necessário inserir um fator qualitativo para descrever o processo, fator esse que Freud não aponta em seu texto. Dessa forma, a equiparação entre princípio do prazer e princípio de constância se vê questionada.

Entretanto, uma leitura atenta do texto de 1924 nos indica que Freud fala de impulsos que são satisfeitos pela punição, pelo sofrimento e pela submissão. Tudo isso são artifícios usados para que o sujeito não se depare com o desamparo de ter sido lançado na vida (FREUD, 1930/1996). A dor que aparece, a partir de então, é uma dor provocada por outrem ou uma condição causada pelo próprio sujeito como uma punição ou sacrifício a que o sujeito se submete. Portanto, esse texto nos serve como referência indicativa da dor na obra de Freud, destacando a fundamental importância da economia do masoquismo na experiência da subjetividade, tal como nos mostra a intrincada relação entre masoquismo e Supereu.

No texto “Inibições, sintomas e angústia” (1926), Freud vai estabelecer uma teoria diferenciada sobre a angústia: sua segunda teoria da angústia. O texto estabelece uma nova leitura metapsicológica da angústia e também da dor. É no “Adendo C” desse texto que ele vai nos falar sobre a dor, articulando-a com o luto e à angústia. Para tal, ele se utiliza do exemplo da reação do bebê diante de um estranho no lugar de sua mãe, a saber, uma reação de angústia da ordem do traumático. A dor é a reação diante da perda real do objeto, enquanto a angústia é uma reação diante do perigo que essa perda pode representar e, por deslocamento, uma reação ao perigo de perder o próprio objeto.

Portanto, esse se configura como o percurso que encontramos na obra freudiana ao rastrear o tema da dor. Tal percurso nos servirá como pano de fundo para ampliar a discussão sobre a dor crônica, e estabelecer uma costura teórica, que a clínica havia sugerido, entre a dor crônica e a impossibilidade, de pacientes que dela sofrem, de realizarem um luto. Assim, podemos entender esse tipo de

mal-estar baseados no modelo da melancolia, qual seja, o efeito de uma experiência traumática na qual não se fez possível uma elaboração.

2.1 Considerações sobre a Dor em Psicanálise

“Os sofrimentos humanos têm facetas múltiplas:
nunca se encontra outra dor do mesmo tom.”
(Ésquilo, 1668)

Se inicialmente tomarmos a ideia de Berlink de que “o humano habita na dor” (BERLINK, 1999, p. 9) e seguirmos na tentativa de ampliar a discussão em torno da experiência da dor em termos subjetivos, talvez possamos abrir caminho para pensar qual seria especificamente o lugar da dor numa perspectiva psicanalítica.

Sabemos que a sensação física de dor se configura como uma das queixas mais frequentes e antigas, em se tratando de clínica médica. Contudo, podemos afirmar que um interesse particular sobre os efeitos da dor, tanto no campo médico quanto no campo *psi*, tem se consolidado apenas recentemente. Com isso, pensar as especificidades da dor sugere, inicialmente, dois possíveis caminhos: a dor física, relacionada principalmente à medicina e ao sistema farmacêutico; e a dor psíquica, a que mais interessaria para estudos psicanalíticos.

Entretanto, diante dos casos clínicos que manifestam dores crônicas sem qualquer relação com causas orgânicas, somos levados a estabelecer certa associação entre dor física e dor psíquica na tentativa de compreender que do essa dor é signo, e qual seria o manejo clínico diante de uma queixa sem articulações subjetivas, na qual o sujeito não se implica na produção da dor - a situação com a qual frequentemente nos deparamos nesses casos.

Algumas considerações sobre a dor se fazem necessárias principalmente no que diz respeito à articulação desta com a clínica psicanalítica que, diferentemente da medicina, não se propõe a eliminar um sintoma atacando-o diretamente, mas tem como seu método a associação livre. O que estamos dizendo é que se faz necessário ouvir no caso a caso o discurso do sujeito, para assim tentar compreender que tipo de dor ele está narrando no contexto analítico. O ataque à dor, a partir de uma proposta de eliminação da mesma, não corresponde a

uma intervenção psicanalítica, antes de tudo, é fundamental compreender a articulação entre a dor manifestada e o sujeito em questão.

Podemos dizer que, para a medicina, a dor seria considerada como um sintoma, ou seja, um sinal de que algo no organismo não está bem, por isso todos os esforços se concentram em eliminá-la.

Já o sintoma para a psicanálise é uma formação de compromisso, uma conciliação entre dois sistemas (FREUD, 1915b/1996). Relaciona-se ao material recalçado que retorna sob a forma de sintoma, é, portanto, uma formação do inconsciente e, por isso, marcado por uma positividade, já que opera a partir da mesma lógica encontrada na formação dos sonhos e também porque se inscreve no tecido psíquico (FREUD, 1900/1996). Portanto, o sintoma não sugere ao psicanalista um raciocínio de causalidade a ser traçado – ponto esse que serve como linha divisória para definitivamente se pensar as diferentes construções conceituais sobre o sintoma na medicina e na psicanálise. Desta forma, no âmbito da medicina, a dor pode ser considerada um sintoma, mas não no campo da psicanálise.

Diante disso, outra consideração sobre o tema seria dizer que toda dor é real. Tal como não duvidamos da angústia quando essa se apresenta, assim também não desconfiamos da dor, uma vez que ela faz parte da realidade psíquica do sujeito. Freud ressalta que “qualquer que seja sua causa, inclusive a imaginação, as dores em si nem por isso são menos reais ou menos violentas” (FREUD, 1905[1890]/1996, p. 276).

Vale destacar que a dor pode ser confundida com *desprazer*² e *mal-estar*, de forma que, em estado de dor, o sujeito, invariavelmente, se depara com essas experiências, entretanto, cabe aqui realizar uma distinção.

Em Freud, encontramos inicialmente a escala prazer-desprazer relacionada a aumentos e diminuições de intensidades que ocorrem no interior do aparelho psíquico, sendo as relações de prazer e desprazer consideradas uma tradução qualitativa para um aspecto econômico (FREUD, 1950[1895]/1996; 1920/1996).

Mas essa correlação entre princípio de prazer e de constância é questionado em 1920. Sobre a metapsicologia do desprazer, desistindo de sua

² Não temos como objetivo equacionar desprazer e dor, uma vez que nos parece que o desprazer seria uma maneira de se manifestar a dor, mas de toda forma ele não representaria a complexidade do mecanismo da dor.

elaboração anterior, Freud levanta a hipótese de que haveria além do quantitativo, um aspecto temporal: “o fator que determina o sentimento é provavelmente a quantidade de aumento ou diminuição na quantidade de excitação *num determinado período de tempo*” (FREUD, 1920/1996, p. 18, grifos do autor).

Quanto ao mal-estar, podemos afirmar que ele se consolida como um conceito psicanalítico em “O mal-estar na civilização” (1930), referindo-se à condição específica do sujeito da modernidade. Sabemos que o fator histórico, assim como a condição pulsional, é um importante dado no que se refere à construção do sujeito. Dessa forma, seriam os destinos da pulsão (FREUD, 1915a/1996), associados aos dispositivos sociais, que constituíram o sujeito tal como o mal-estar correlato (BIRMAN, 2009).

Foi, sobretudo, a retirada do sujeito do registro da natureza e a consequente inserção do mesmo no registro cultural que possibilitou os conflitos e o mal-estar resultante (BIRMAN, 2009), visto que a vida em cultura exige a renúncia pulsional.

Diante disso, o que podemos pontuar é que as possibilidades de felicidade sempre se configuram como restritas, sendo as situações de infelicidade inarredáveis. Nesse sentido, Freud vai pontuar que o sofrimento nos ameaça sob três aspectos: pela invariável decadência de nosso próprio corpo, pelo mundo externo com suas transformações sociais e naturais, e pela complexidade das relações humanas (FREUD, 1930/1996). Assim, o sujeito é lançado na vida com uma série de restrições que o impedem de atingir o tipo de satisfação e felicidade desejados.

Contudo, tanto o desprazer quanto o mal-estar são categorias inseparáveis da experiência de dor, uma vez que esta carrega uma marca específica, a saber, a dificuldade de ser descrita a não ser por meio do desprazer e do mal-estar. Talvez seja falando sobre o que lhe causa mal-estar e desprazer que o sujeito consiga dizer algo da sua dor, uma vez que assim ele passa a subjetivar aquele aspecto que até então o paralisava. Portanto, o que a dor provoca é um gemido, um grito, e, nesse sentido, a palavra se manifesta como se não tivesse efeito.

Ao analisar a dor como uma manifestação sintomática sem lesão orgânica, abrimos caminho para questionar se, em alguma instância, a dor crônica poderia estar fortemente intrincada à história de vida do sujeito, relacionando-se, assim, a aspectos psíquicos do mesmo.

Diante disso, a pesquisa em torno da dor crônica nos permite estabelecer um ponto de destaque: a dor crônica pode se apresentar como uma manifestação sintomática, mas não como um *sintoma analítico*, estando, portanto, muito mais próxima de uma *inibição* da função do Eu (FREUD, 1926[1925]/1996). Isso implica dizer que na dor crônica não está em jogo o *recalque*. Esta ideia nos lança num terreno complexo que envolve toda a questão da ligação pulsional e do sintoma como indício simbólico do recalque (FREUD, 1915b/1996).

É importante ressaltar que os pacientes que apresentam a dor crônica também manifestam sintomas analíticos, entretanto o que ressaltaremos nesta pesquisa se refere à dinâmica apresentada na constituição desta dor, utilizando a expressão *sintoma analítico* apenas como uma referência que se diferencia de algumas manifestações do corpo.

Nesse aspecto, entendemos o corpo físico como sendo um dos componentes do conflito psíquico e não apenas como o contexto em que se apresentam impasses e embates entre as pulsões, os afetos e as representações.

A hipótese que aqui levantamos é que está em jogo na dor crônica uma dimensão enigmática ligada a um evento traumático do qual o sujeito em questão não teve condições de elaboração. Em quadros de dor crônica parece ocorrer certa perda do recurso simbólico de ligação e de representação, deixando que o corpo se torne o principal meio de expressão afetiva do Eu. Dessa forma, sem a ligação do simbólico, o afeto permanece desligado, manifestando-se sob a forma de angústia. O corpo torna-se, então, a via de descarga da angústia e também da precária apresentação do eu (relacionada à inibição das funções do Eu).

Segundo Birman, o traumático pode se manifestar sob a forma de dor, uma vez que houve a expulsão de uma experiência vivida como dolorosa, ficando assim fora de qualquer conjunção psíquica e presentificando-se para o sujeito apenas sob a forma de dor, como signo de um trauma (BIRMAN, 2009d).

Com isso, parece-nos que do ponto de vista médico a dor seria considerada um sintoma, já que ela aponta para algo que não funciona bem no organismo. Nesse aspecto, os sintomas acabam perdendo sua mobilidade e se cristalizam, é a dor imobilizante que acaba por cristalizar o sintoma.

Se inserirmos nesta discussão o discurso médico psiquiátrico, vamos notar que é a própria psiquiatria biológica que contribui para a quebra a possibilidade de circuitos de expressão do sujeito pelo uso de medicações. Baseados nessas

contribuições, seguiremos nossa discussão sobre a dor crônica no terreno da medicina.

2.2 Breve história da dor

“Essa ordem do corpo sólido e visível é, entretanto, apenas uma das maneiras da medicina espacializar a doença. Nem a primeira, sem dúvida, nem a mais fundamental. Houve e haverá outras distribuições do mal.”

(Michel Foucault)

Apesar de a dor não ocupar o mesmo registro ao longo das transformações do tempo e da sociedade, uma marca a caracteriza e se faz constante, qual seja, sua manifestação como experiência individual. Mesmo não se apresentando da mesma maneira em diferentes contextos e sendo sentida de diversas formas, a dor aparece como uma construção social e cultural (REY, 2012) que incide, de forma avassaladora, na subjetividade sofrente.

Um retorno ao passado que destaca a relação da medicina com a dor pode valer como contribuição para obter melhor compreensão dos comportamentos atuais ante a dor, assim como analisar os pressupostos e a estrutura do conceito de dor que, mesmo atravessando épocas, ainda se constitui como uma construção enigmática. Vale ressaltar que a dor abordada neste item se refere à dor física, sendo destacado, sobretudo, o olhar da medicina sobre a mesma. Diante disso, mais uma vez chamamos a atenção para a dificuldade em separar dor física e dor psíquica.

Na antiguidade greco-romana, não havia a consolidação de um discurso médico sobre a dor, de forma que os modos de representação desta não se referiam à oposição físico/moral, mas se articulavam em dois eixos, a saber, as maneiras de percepção da dor em função da temporalidade e da fonte da dor; e as implicações do sujeito na dor (Ibidem).

Enxergada como um evento autônomo, a dor foi concebida como uma invasão do sujeito, impossível de ser domada ou prevista, conduzida apenas pelo fator surpresa. Nesse contexto, a dor era vista como um sinal codificado de graus

de intensidade - leve, forte, aguda - de forma que a localização do foco da dor era de suma importância na identificação da doença e posterior terapêutica aplicada.

Durante a Idade Média até a primeira metade do século XX, tanto a doença quanto a dor e a morte eram enxergados como fatos absolutamente naturais, justamente por conta da baixa expectativa de vida e altos índices de mortalidade por doenças e guerras, sendo a condição de sofrimento e de dor algo inevitável e naturalmente experimentado ao longo da vida. Por influência da racionalidade teocentrista, tanto o sofrimento quanto a dor eram tratados como algo advindo da vontade divina – castigo e/ou expiação – de forma que o uso de substância com fins sedativos podia ser visto como bruxaria, recebendo punições (Ibidem).

Na época do Renascimento, prevaleceu a concepção ontológica de enfermidade, na qual a doença era vista como uma entidade concreta (Ibidem), mal que vem do exterior e que penetra no corpo, sendo que a tentativa de cura se referia à expulsão desse mal que adentrou o corpo.

Destaca-se, também, nesta época uma concepção dinâmica da doença, advinda do mundo grego, que preconizava uma fusão entre o homem e a harmonia da qual adviria o equilíbrio. Qualquer coisa que interferisse em tal equilíbrio originava a doença, que era entendida como uma espécie de esforço da natureza para tentar restabelecer o equilíbrio. Dessa forma, a medicina incidia sobre a potencialização de uma ação natural, uma vez que havia em jogo uma concepção naturalista da doença que era incapaz de ser modificada pela ação do homem.

Destacamos do discurso científico, representado pelo discurso médico, o esforço para transformar o que não faz sentido no corpo em algo passível de ser nomeado e acessado. É dessa forma, que o diagnóstico vai conter uma invenção nominalista diante daquilo que não se sabe, afetando o corpo dos sujeitos com um efeito de nomeação. Assim entendemos a lógica do pensamento moderno que, diante do fracasso do dispositivo religioso em fornecer sentido aos enigmas do corpo, acaba por convocar os cientistas para obturar o vácuo desse dispositivo.

Nos séculos XVII e XVIII, surge uma nova modalidade de poder que detém procedimentos específicos e instrumentos diferenciados em relação aos dispositivos da soberania. Trata-se do *poder disciplinar* (FOUCAULT, 1979/2000; 1977) que se baseia na regulação dos corpos, dos quais se pode extrair tempo e trabalho, supondo muito mais um sistema de coerções materiais do que a presença física de um soberano. Com isso, o corpo começa a ganhar novas

perspectivas por meio da ampliação do poder disciplinar, no qual a disciplina produz a modelagem e o controle dos corpos, ferramentas que norteiam todo o processo de construção do poder e normatização das condutas.

Segundo Foucault, a modernidade está referida a um tipo de racionalidade centrado na ciência, nos valores do mercado e do indivíduo, inaugurando, assim, o que ele chamou de *biopoder* (Ibidem), que incide sobre os processos gerais da vida por meio da regulação dos corpos (o que o filósofo francês designou de *anatomo-política do corpo humano* quanto à disciplina dos corpos). A implementação dessa tecnologia anatômica e biológica, com aspectos individualizantes e voltada para o desempenho do corpo e dos processos da vida, vai caracterizar um tipo de poder que investe sobre a vida para fins de produção e que não mais apresenta como objetivo o matar.

Com o desenvolvimento da ciência, a medicina acaba por se apropriar da racionalidade científica positivista, questionando-se, assim, sobre as teorias que se baseavam em experiências pessoais ou mesmo no senso comum. Dessa forma, a medicina se norteia, a partir de então, pelos achados da fisiologia, da química, da patologia e da farmacologia. A melhoria nas condições de vida, adquirida a partir do desenvolvimento científico da eficácia técnica, acarretaram novas articulações que envolviam o controle, o poder e a ilusão em perspectivas futuras. Assim, o uso da racionalidade científica se deslocou em prol de soluções para sofrimentos que antes eram tidos como naturalizados, como é o caso da dor.

Por conta dessa transformação, o diálogo médico e paciente também se modifica, sendo inserido um convite a se falar sobre as experiências de dor e de doença, o que, de certa maneira, fortalece a lógica associativa entre dor e sinal objetivo ou lesão visível. Assim, toda a queixa que envolva a dor não se encaixa nos critérios ditos objetivos que se associam à lesão ou à disfunção, uma vez que a dimensão da queixa aponta para um tipo de dor tida como invisível (MORRIS, 1998).

O Romantismo também abriu espaço para se pensar numa dor para além da condição médica e da doença: uma dor de criação, introspectiva, incompreensível e incurável. O movimento cultural dessa época contribuiu, à sua maneira, para uma cisão entre dor emocional e dor física que vivenciamos até hoje (REY, 2012), com a chamada dor física e visível (lesão) e a dor emocional e

invisível (considerada menos legítima por isso e muito próxima do que consideram como *dor imaginária*).

Parece que as mudanças ocorridas na concepção de dor, que viabilizaram a demanda pelos tratamentos biomédicos, nos permitem acessar e articular a complexidade da dor como fenômeno, como fator cultural e como conhecimento científico, restando-nos ainda, ao longo desta pesquisa, inserir a psicanálise nesse possível diálogo.

Foi entre os séculos XVIII e XIX que a dor deixa de ser compreendida como meio de poder para se sustentar a manutenção da ordem social. Ao se tornar objeto de estudos científicos e apreendida pelo discurso médico, uma série de tecnologias são forjadas para se tentar controlar a dor. Tal progresso acabou por estabelecer certo distanciamento entre a dor emocional e a dor física, qual seja, criou-se um abismo entre o entendimento da dor narrada pelo sujeito que sofre, e a dor que é visível e pode ser cientificamente controlada.

Segundo Foucault (1980/2011), o conhecimento é um processo descontínuo que não percorre um caminho fluido, mas se dá por rupturas que originam novas formas de leituras da realidade, inserindo alguns aspectos que, embora já estivessem presentes, não desfrutavam do estatuto de verdade.

A medicina moderna se fundou no final do século XVIII, quando a relação entre o visível e o invisível se transformou enquanto estrutura, inserindo o olhar e a linguagem que se apresentavam fora do domínio da medicina tradicional. Segundo Foucault, essa transformação viabilizou uma nova aliança entre as palavras e as coisas, instituindo o *ver* e o *dizer* como aspectos fundamentais. Assim, o olhar, ao invés de redutor, se torna “fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível” (FOUCAULT, 1980/2011: XIII), podendo, com isso, organizar uma linguagem racional. Foi a partir dessa reorganização, que se tornou possível falar de uma experiência clínica, tal como se pôde falar de um sujeito como objeto de discurso científico, o que implica dizer do surgimento da própria possibilidade de um discurso sobre a doença.

Foi, portanto, a mudança que se deu na medicina, em fins do século XVIII, que permitiu a incorporação de um método clínico marcado pela racionalidade dicotômica, abrindo possibilidades para se pensar a natureza, a sociedade e o homem cindido em corpo e alma. É, nesse processo de transformação, que

localizamos a passagem da dor como sintoma para a dor como doença (REY, 2012).

Nesse contexto, os sintomas que se manifestam no corpo são entendidos como sendo a própria doença, que se define como um conjunto de sintomas capazes de serem percebidos pelo olhar e, assim, pela linguagem clínica. Com isso, é abolida a diferenciação entre doença, signo e sintoma, permitindo que o sujeito doente se torne “inteiramente enunciável em sua verdade” (FOUCAULT, 1977, p. 107). Contudo, a ênfase na *observação* traz uma nova questão, a saber, o fato de que nada permanece oculto ao olhar, tudo se acessa.

Vale destacar que os aspectos históricos e transitórios que permeiam uma suposta superposição entre o corpo da doença e o corpo do sujeito doente, são dados que nem sempre se configuram como sujeitos à análise numa época em que prevalece a soberania do olhar. Dessa forma, aquilo que emerge por meio da fala do sujeito, como uma verdade histórica (FREUD, 1937/1996) do próprio, é relegado a um plano inferior.

Outra característica das transformações ocorridas ao longo do tempo se refere à influência do pensamento probabilístico nesse cenário, que também acarretou mudanças, uma vez que o sujeito doente não é mais considerado, passa a ser um fato patológico objetivado, o pensamento médico se orientando mais pela frequência e pela probabilidade do que pelo subjetivo.

Em suma, o que podemos dizer é que a transformação operada no discurso médico quanto à dor se refere a mudanças na estrutura da racionalidade médica e nas experiências que viabilizaram a construção do saber médico moderno. É justo nesse espaço, possibilitado pela ciência e pela prática médica, que podemos situar a dor e sua passagem de sintoma para doença.

Podemos localizar o grande marco que originou a medicina moderna como sendo a articulação entre o “olhar em profundidade” da anatomopatologia e o “olhar de superfície” da clínica da doença (ALCIDES, 2009), o que acabou por gerar certo deslocamento do olhar médico para a lesão, no qual se ouve sobre o sintoma porque este leva diretamente à lesão orgânica. A queixa ou expressão de dor se aloca num registro secundário, sendo consideradas irrelevantes e até indesejáveis. Nesse sentido, a medicina se constitui como ciência que tem o modelo anatomoclínico como produtor de saber (FOUCAULT, 1980/2011).

Sobre a relação estabelecida entre medicina e paciente, Foucault diz que:

Médicos e doentes não estão implicados, de pleno direito, no espaço racional da doença; são tolerados como confusões difíceis de evitar: o paradoxal papel da medicina consiste, sobretudo, em neutralizá-los, em manter entre eles o máximo de distância, para que a configuração ideal da doença, no vazio que se abre entre um e outro, tome forma concreta, livre, totalizada, enfim em um quadro imóvel, simultâneo, sem espessura nem segredo, em que o reconhecimento se abre por si mesmo à ordem das essências. (FOUCAULT, 1977, p. 8).

Assim, a técnica e a tecnologia médica passam a mediar a relação terapêutica, de forma que o que importa é ouvir o sintoma e as informações que conduzirão diretamente para a lesão orgânica. A queixa, como expressão da dor e do sofrimento, é entendida como irrelevante, uma vez que não obedece à lógica da anatomofisiologia (BASZANGER, 1998).

Em relação especificamente à dor crônica, sem dúvida os avanços da medicina proporcionaram benefícios, entretanto, acabaram fortalecendo a lógica de só se poder validar a dor a partir de um sinal objetivo, uma lesão orgânica.

Já no final do século XIX, com o desenvolvimento de exames diagnósticos, os médicos começaram a retirar as dores crônicas da sua competência profissional. Isso se deu, sobretudo, por conta da transformação do entendimento da dor entre os séculos XIX e XX (REY, 2012). Contudo, no início do século XX, a dor era vista pela medicina como um sintoma de uma lesão orgânica, ou seja, era uma resposta direta a um estímulo específico e tinha a função de sinalizar um dano biológico, por isso não era alvo de intervenções. Assim, os pacientes que apresentavam síndromes dolorosas na ausência de lesões eram tidos como loucos, simuladores ou fracos (Ibidem).

A medicina, ao longo da história, já se deparou com impasses em relação à dor, contudo parece que apenas recentemente esta prática se debruçou sobre uma análise mais profunda dos aspectos específicos da mesma. Talvez por esse motivo que a importância deste tema não seja algo reconhecido por toda a comunidade médica. Isso se esclarece pelo fato da dor ainda ser vista por alguns profissionais como um sinal clínico secundário, apontando para uma lesão ou uma doença subjacente. Desta forma, ela é encarada como parte inevitável da doença ou mesmo do tratamento, o que acaba fazendo com que a intervenção terapêutica relativa à dor não receba de fato muita atenção.

Apesar dessas restrições e dificuldades, a dor passou a ser considerada como um objeto legítimo de estudo da medicina (Ibidem), assim como afirma o discurso da biomedicina. Esse discurso, sustentado por um grupo ativo de profissionais, inaugurou um modelo terapêutico chamado de “Clínica da Dor” (BONICA, 1990), com a proposta de trabalhar a dor crônica como sendo um fenômeno biopsicossocial, necessitando, portanto, de uma abordagem multidisciplinar. Com esse movimento, algumas modificações em relação ao estatuto da dor foram implementadas, a saber, a consolidação de um campo de observação e de prática que defendem a particularidade da dor, ressaltando, assim, seu aspecto subjetivo.

Outra contribuição ocorrida a partir da consolidação da dor como objeto legítimo de estudo, foi considerar a dor crônica como uma nova entidade (BASZANGER, 1998), o que implica uma mudança de perspectiva, uma vez não se visa à cura. Por se tratar de uma doença crônica, busca-se uma possível administração da doença e da vida do paciente. Essa particularidade apresenta um efeito significativo na prática médica em relação ao lugar que a subjetividade possa ocupar na relação médico e paciente, além de demarcar uma abordagem específica em relação ao tratamento e viabilizar a constituição de um novo campo de saber e de prática na medicina.

Portanto, tomar a dor como objeto de estudos e de prática clínica, implica assumi-la como um fenômeno problemático marcado pela invisibilidade e incomensurabilidade (ALCIDES, 2009), valendo-se, assim, da importância da narrativa da experiência pessoal em relação à doença – situação bastante diferente dos objetivos tradicionais da medicina e dos testes laboratoriais.

Com essa contextualização da dor, seguimos para a discussão sobre os campos da psicanálise e da medicina no que se refere a nosso objeto de estudo.

2.3 Desdobramentos dos dois campos de saber: Medicina e Psicanálise

“Há doenças piores que as doenças,
Há dores que não doem, nem na alma
Mas que são dolorosas mais que as outras
Há angústias sonhadas mais reais

Que as que a vida nos traz, há sensações
Sentidas só com imaginá-las
Que são mais nossas do que a própria vida.
Há tanta coisa que, sem existir,
Existe, existe demoradamente
E demoradamente é nossa e nós.”

Fernando Pessoa

Para acompanhar a temática da dor, discutiremos alguns aspectos referentes à diferenciação estabelecida entre o registro da medicina e a teoria psicanalítica freudiana. Nesse cenário, o corpo se apresenta como um ponto central de discussão, tanto para pensarmos a dor, quanto para compreendermos a intrincada relação entre os dois campos de saber.

Vale destacar que a medicina se torna impotente diante desses ruídos silenciosos apresentados pelo corpo, tal como a psiquiatria, que também não dispõe de elementos capazes de regular esse mal-estar manifestado no corpo. Nesse sentido, cabe dirigir a palavra à psicanálise que, centrada no campo da fala e da linguagem, aposta que o inaudível possa se transformar em verbo.

A dor crônica se apresenta como uma forma do adoecer que não é capturada pelo registro da objetividade da medicina científica, já que o ato médico se manifesta como algo objetivado que visa à regulação das variáveis anatômicas e biológicas. A crítica da psicanálise ao projeto da medicina objetivista e da medicalização visa restabelecer o lugar do sujeito diante de sua dor e de seu mal-estar.

Já no início do século XX, Freud lançou críticas à medicina positivista que se dirigiam à leitura objetivista dos sintomas e à despreocupação com o fato de que era sempre pela linguagem que o doente narrava sua enfermidade (FREUD, 1905[1890]/1996). Podemos dizer que é radicalmente distinta a narrativa do sofrimento, que apresenta como referência o psíquico, e a narrativa da enfermidade, que tem como referência o somático. Se o mal-estar aparecia sempre inscrito no discurso, era esquecido o fato de que o referente poderia ser tanto psíquico quanto somático (Ibidem).

A grande ruptura realizada pelo discurso freudiano se deu pela ênfase concedida à linguagem e à fala, que promove uma mediação entre os polos do somático e do psíquico (Ibidem).

Foi em um texto tardio de Freud, “Algumas lições elementares da psicanálise” (1940[1938]), que ele mais uma vez se refere à dicotomia cartesiana, tomando a posição já apresentada neste ensaio, a saber, a de que é estreita a relação entre fatores psíquicos e o somático:

(...) uma vez que não se pode desprezar por muito tempo o fato de que os fenômenos psíquicos são em alto grau dependentes das influências somáticas e o de que, por seu lado, possuem os mais poderosos efeitos sobre os processos somáticos. Se alguma vez o pensamento humano se encontrou num impasse, foi aqui. (FREUD, 1940[1938]/1996: 303).

Desde o início Freud trouxe à baila a questão da relação entre psicanálise e medicina, especialmente no que se refere à ruptura ocorrida entre esses dois campos do saber quanto aos sintomas histéricos (FREUD, 1893b/1996; 1895 [1893]/1996; 1896/1996), relacionados ao corpo representado, e que o modelo anatomoclínico da medicina não conseguia explicar.

Se relacionarmos essas descobertas iniciais, relativas ao corpo tal como se apresenta na histeria, ao contexto contemporâneo, em que destacamos o corpo como cenário em que se manifesta a dor, notamos certa semelhança quanto à postura ainda adotada pelos diferentes campos do saber. Enquanto a medicina enxerga o corpo como uma maquinaria funcional, a psicanálise o percebe como uma complexa rede de relações que envolvem o interno e o externo. Neste sentido, sustentamos que toda a problemática que se refere às complexas relações que envolvem corpo e psiquismo, apresentada nos primórdios da psicanálise, é reeditada na contemporaneidade.

Como sabemos, a relação entre medicina e psicanálise foi marcada não só por rupturas, mas também por interlocuções (BIRMAN, 2010) que contribuíram para caracterizar a atualidade desses dois campos do saber. Nesse aspecto, tanto medicina quanto psicanálise se apresentam e se constituem como formações discursivas que se inscreveram historicamente na modernidade (FOUCAULT, 1969/1972).

Vale destacar que a psicanálise nasceu da tradição da clínica médica, e, nesse momento, em nada se referia à psiquiatria da época. Só posteriormente, por

conta da problemática encontrada na clínica da histeria, a psicanálise se deslocou do discurso da clínica médica para o da neurologia.

É nesse contexto que identificamos a genialidade de Freud: a de demonstrar que os sintomas da histeria não seguiam a lógica do corpo anatômico, mas sim a lógica do corpo representado (FREUD, 1895[1893]/1996; 1895b/1996) que se referia ao imaginário popular do registro do corpo e não ao seu mapeamento científico. Os sintomas conversivos mostram que o corpo na histeria leva em conta a representação corporal presente no imaginário social, e não no discurso anatômico. Dessa forma, Freud teve seu encontro fatal com os impasses da histeria, constituindo, assim, as especificidades de um campo de saber e de uma prática clínica.

Vale destacar a diferenciação entre o organismo, como uma maquinaria estritamente orgânica e biológica, e o corpo, tal como o conhecemos na psicanálise: um corpo erógeno, simbólico, constituído a partir do narcisismo, via o investimento do outro. O corpo do *infant* é um corpo fragmentado e atravessado pelas pulsões auto-eróticas (FREUD, 1905/1996). Segundo Freud, uma nova ação psíquica precisa ser acrescentada para que assim o narcisismo se constitua. É a nova ação psíquica que permite o esboço de uma unidade, uma representação inicial e precária do corpo (FREUD, 1914b/1996).

Sendo assim, podemos marcar que Freud distingue corpo biológico e corpo psicanalítico, o que equivale dizer que a psicanálise faz a passagem da lógica da anatomia para a lógica da representação. O corpo, em psicanálise, é um corpo atravessado pela linguagem e pela alteridade.

Demonstrar como os sintomas histéricos se moldavam pelas forças do corpo representado e não do corpo anatomopatológico foi uma grande virada que contribuiu para a inauguração da psicanálise. Desse modo, Freud pôde esboçar algumas especificidades da escuta psicanalítica e iniciar todo um percurso que o levou à dinâmica do funcionamento inconsciente. Encontramos esse percurso freudiano em alguns de seus textos que vamos apontar a seguir.

Num texto bastante inicial, “Alguns pontos para um estudo comparativo entre paralisias motoras e histéricas” (1893[1888-1893]/1996), Freud consolida duas geografias corporais (BIRMAN, 2010), realizando, assim, uma crítica ao discurso da anatomoclínica e abrindo espaço para a possibilidade de se construir o discurso psicanalítico.

O que estava se delineando é que no sintoma histérico não haveria qualquer marca biológica, mas sim um traço psíquico constituído a partir da experiência e da história daquele sujeito (FREUD, 1895[1893]/1996; 1895b/1996). Tal concepção provoca a decisiva ruptura entre os discursos anatômo-clínico da medicina tradicional e representacional da psicanálise.

Dessa forma, as paralisias histéricas, por exemplo, não se remetem ao *corpo objetivo* da medicina, nem ao corpo anatomopatológico, mas sim a um corpo representado pelo doente, um *corpo imaginário e simbólico*, de forma que a conversão se orientava pela geografia corporal estabelecida no imaginário do sujeito enfermo (BIRMAN, 1980). Foi estabelecido, portanto, um *corpo falante* na histeria (BIRMAN, 2003), corpo esse em que a linguagem e a fantasia revelavam as especificidades de sua anatomia imaginária.

A denominação de anatomoclínica se deve a que a variedade de sintomas e signos remetia à lesão localizada no corpo anatômico (FOUCAULT, 1980/2011). Foi assim que a medicina concedeu pouca importância aos registros imaginário e discursivo, presentes que eram na experiência subjetiva do doente. A consequência disso foi que o doente, enquanto singularidade e subjetividade, foi sendo cada vez mais excluído da cena.

Disso tudo, o que mais se destacou foi o lugar concedido pela psicanálise ao discurso e à fantasia na subjetividade, estabelecendo uma ruptura com a medicina positivista.

Outra contribuição freudiana que serviu para consolidar a distinção entre medicina e psicanálise se deu com “A Interpretação dos Sonhos” (1900). Nesse estudo, Freud se aproxima decididamente da tradição popular no que se refere à produção onírica que concedia um sentido aos sonhos, distanciando-se novamente da tradição científica, que lia os sonhos apenas como uma desorganização do sistema nervoso central que era provocada pelo sono.

Sabemos que o sonho foi tomado como uma formação do inconsciente, ou seja, portador de um sentido cifrado. Com esta produção teórica, Freud pôde consolidar uma crítica das leituras médica e neurológica que consideram o sujeito apenas como efeito da neurofisiologia e da neuroanatomia do sistema nervoso central, pensando o psiquismo apenas pelo viés dos aspectos da consciência.

Outro ensaio de grande importância no qual o discurso freudiano se diferencia da medicina científica foi “Tratamento psíquico” (1905[1890]/1996),

no qual ele destaca a importância fundamental da palavra no tratamento de diferentes enfermidades, psíquicas ou somáticas. Isso significa dizer que o tratamento do mal-estar implicará sempre uma abordagem que envolva o psíquico, independente de se ter como referência o corpo ou o espírito, ou seja, a fala se apresenta como central na experiência da subjetividade sofrente.

Para o analista o psiquismo não se identifica apenas com o campo da consciência do eu, mas sim com o campo do inconsciente, o que se caracteriza como polo de oposição quanto às práticas centradas na objetivação da enfermidade. Segundo Freud, a palavra se configura como um importante mediador capaz de gerar alterações anímicas, por isso seu lugar privilegiado na prática analítica.

No texto de 1890, Freud aborda a incontestável relação entre físico e psíquico, tratando-a como recíproca. Destaca, também, que o efeito do psíquico sobre o somático sempre encontrou pouca aceitação pelos médicos que, temerosos de estremecer o terreno da cientificidade, não concediam autonomia à vida psíquica. É desta maneira que os médicos restringiram suas funções ao registro do corpo, deixando aos filósofos a tarefa de pensar sobre os elementos anímicos.

Os doentes descritos por Freud nesse ensaio muito se aproximam dos pacientes que apresentam dores crônicas, uma vez que são sujeitos que se queixam de distúrbios e exigem do médico uma cura para seus males, mas não manifestam sinais visíveis e palpáveis de patologias. Essas pessoas, portanto, foram tratadas como apresentando uma doença “funcional” do sistema nervoso central, e, em parte desses pacientes, descobriu-se que os sinais da doença vinham de “uma *influência modificada da vida anímica sobre seu corpo*” (FREUD, 1905[1890]/1996, p. 274, grifo do autor).

É dessa forma que aproximamos o registro anímico/psíquico do registro corporal, ideia essa embasada pela própria teoria freudiana que traz a seguinte consideração: “ao formar um juízo sobre as dores, que se costuma considerar como fenômenos físicos, em geral cabe levar em conta sua claríssima dependência das condições anímicas” (FREUD, 1905[1890]/1996, p. 276). Assim, foi estabelecida uma nova cartografia na qual o psíquico e o somático se articulariam de forma fundamental.

Foi também em “Contribuição à concepção das afasias” (1891[1986]) que Freud sistematiza sua crítica dirigida ao discurso neurológico sobre as afasias,

formulando um primeiro esboço do que seria o campo psíquico, a saber, um aparelho de linguagem. Anos mais tarde, ele anuncia que o aparelho psíquico não seria apenas um aparelho de linguagem (FREUD, 1895[1950]/1996), uma vez que nele também estariam presentes intensidades -- leia-se aqui, intensidade pulsional -- de forma que a linguagem seria uma condição necessária, mas não suficiente do psiquismo (BIRMAN, 2003).

Nessa leitura, podemos dizer que a intensidade, na metapsicologia, figura a dimensão do desejo (FREUD, 1895[1950]/1996). Dessa maneira, pensamos o psiquismo como um aparelho que captura e canaliza as intensidades, sendo o papel da linguagem o de construir traços nesse sistema de captura.

Freud indicara no texto “Tratamento Psíquico” (1905[1890]) que o mal-estar se manifestava sempre pela fala, independente de se relacionar ao somático ou ao psíquico. No trabalho sobre *As afasias* (1891[1986]), ele enunciou o conceito de aparelho de linguagem, no qual os registros do somático e do psíquico se inscreveriam de forma orgânica, construindo, assim, o ser desse aparelho. Foi por isso que o discurso freudiano sustentou a ideia de que a afasia era uma enfermidade psíquica, para assim articular as substâncias pensante e corpórea no aparelho de linguagem. O ponto de vista econômico é que viria a transformar o aparelho de linguagem em aparelho psíquico, que seria agora um aparelho de linguagem mergulhado em uma economia intensiva (BIRMAN, 2003c).

Podemos dizer que é o investimento materno que realizaria, inicialmente, uma espécie de *suplência* (BIRMAN, 1999a) no que diz respeito ao período de carência originária do organismo num sentido biológico, sobretudo a carência do aparelho neural, que se apresenta como insuficiente para regular as excitações que o acometem, até que ele amadureça. É também esse investimento que vem do outro que possibilita tanto a construção da estrutura psíquica quanto a organização somática, sem as quais o organismo estaria fadado à morte. Nesse aspecto, Freud denomina de “aparelho psíquico o ser do psiquismo humano” (BIRMAN, 1999a, p. 154), que é algo construído após o nascimento, a partir das experiências com o adulto que cuida da criança.

Foi no *Projeto* (1950[1895]) que Freud inseriu a dimensão intensiva no aparelho de linguagem, o que equivale dizer que as inscrições de marcas representando a memória das experiências seriam estabelecidas, constituindo o desejo primário e a defesa primária ou repulsa.

O discurso freudiano postula, desde 1895, um aparelho psíquico que não é inato, mas que se constitui na relação com o adulto em termos de desejo e defesa primários. Tal afirmação significa dizer que a dimensão histórica do aparelho psíquico é fundamental, e que ele é constituído pela mediação da linguagem. Assim, se delineiam tanto a pulsão quanto a fantasia, a partir de vivências que são singulares. Foi desta forma que o discurso psicanalítico criticou o discurso positivista da medicina e inseriu outras possibilidades de se pensar as dimensões da corporeidade, consolidando assim que o corpo pulsional não é o corpo da biologia.

Agora que nos apoiamos na base histórica que envolve esses dois campos do saber, e após ter analisado a importância crucial do lugar da histeria para a prática psicanalítica e seu afastamento da prática médica e psiquiátrica, podemos traçar um limite diferencial sobre a maneira com a qual a medicina lida com a dor crônica e o olhar que a psicanálise apresenta sobre a mesma.

O mapeamento anatomoclínico da medicina tem como objetivo localizar a dor crônica dentro de um organismo que deve ter um funcionamento harmonioso. Por isso a medicalização entra em cena em prol de um bem-estar físico que se espera que tenha efeitos também no psíquico. Já na psicanálise, o que está em jogo é o discurso do sujeito.

Diante disso, ressaltamos que a dor trabalhada pela medicina se restringe, na maioria das vezes, a uma dor física, localizável, curada pelos recursos farmacêuticos e tecnológicos. Entretanto, mesmo com tecnologias invasivas operando sobre o interior do corpo, ainda assim existem questões que permanecem obscuras em relação aos sintomas que se manifestam no corpo. Como exemplo, citamos as síndromes funcionais (COSTA, 2011): quadros apresentados por pacientes que se queixam de sintomas físicos cuja origem biológica é desconhecida, justamente pela ausência de sinais de doença. Mesmo quando há uma base clínica para identificar o quadro, ainda assim, ela não explica a natureza nem a extensão dos sintomas, tampouco a angústia e preocupação do paciente. Nesses casos, quando os exames não apontam nenhum indício de doença orgânica, o paciente é percebido e tratado como um *pseudo sofredor*³. A crítica que podemos levantar é quanto a visão generalista, que reduz o sujeito apenas à

³ Zorzanelli, R. *Novos sujeitos, novos corpos, novas configurações do sofrimento físico e mental* (2011) Palestra exibida no Café Filosófico.

condição biológica e nos fixa ao naturalismo e ao cientificismo, deixando escapar as dimensões pulsionais e histórico-sociais do mesmo e, mais que isso, as recusando-as. Ao invés de encaminhar o *pseudo sofredor* para o psicanalista, às vezes o trata com desprezo.

Diante desses apontamentos, podemos notar que dor, sofrimento e doença não apresentam o mesmo sentido em diferentes disciplinas, o que recomendaria um modelo interdisciplinar de atendimento.

Na atualidade, quase não se fala mais em doenças, mas sim em síndromes. O que o discurso médico faz é transformar doenças em síndromes, sem qualquer preocupação maior com a história da enfermidade. Transforma-se, assim, numa medicina de massa, não concedendo qualquer lugar à singularidade ou à história do sujeito que adoece. O médico parece não mais se preocupar em trabalhar segundo uma relação médico-paciente constitutiva de um ato médico e terapêutico, na qual se estabelece um laço afetivo transferencial. Em geral, os médicos não se questionam se, quando o sujeito adoece, está em jogo algo da ordem da angústia, não medem se aquele sofrimento é diferente de qualquer outro. Assim, perde-se de vista o ponto de singularidade por trás da doença.

A maneira de se compreender o sujeito, visando apenas aos aspectos biológicos, se apresenta como simplista e restrita. A psicanálise, por sua vez, aposta numa construção do sujeito antinaturalista, e assim não se coaduna com a progressiva eliminação do sujeito, conforme observamos em algumas práticas de profissionais da saúde. Cabe, portanto, à psicanálise resistir no que se refere à sustentação da escuta do sujeito do inconsciente pela prática da palavra.

Enquanto clínica, a medicina que se volta para o corpo se constrói por meio de uma operação perceptiva na qual o olhar é a principal estratégia no ato clínico. A dimensão da palavra, enquanto reveladora do patológico, fica, portanto, silenciada. O corpo doente se torna um corpo concreto, visto de modo objetivo e asséptico.

Os novos limiares de positividade não levaram a clínica médica a se distanciar deste paradigma epistemológico (BIRMAN, 1980). Certamente, ocorreram transformações dos meios diagnósticos, como a captação da intimidade corporal pela visualização aprimorada, a implementação de dispositivos altamente tecnológicos e eficazes. Entretanto, não podemos perder de vista que a questão central, a racionalidade, permanece a mesma: a visualização ganhou novos

limiares de positivação, porém o núcleo da operação anatomopatológica continuou o mesmo, já que se caracteriza como o suporte da definição social da prática médica.

O que constituiria uma verdadeira inovação seria a inserção da dimensão subjetiva na clínica da medicina, de forma que o médico poderia intervir simultaneamente em vários planos: o biológico, o afetivo, o das inter-relações. A operação terapêutica perpassaria todo o registro, fazendo com que a racionalidade anatomopatológica se deslocasse para um plano secundário na estratégia da medicina, sobretudo pela mudança de seu espaço de ação e pelos objetivos privilegiados de intervenção. O resultado não seria apenas interrogar se o paciente apresenta algo de origem orgânica ou psicológica, mas sim questionar até que ponto sua doença é orgânica e psíquica, e em que proporções, uma vez que toda e qualquer enfermidade humana estará determinada por esta “dupla ordem causal” (BIRMAN, 1980, p. 140). Nesse contexto, diante de cada caso, caberia não simplesmente excluir uma das séries causais – somática ou psíquica – mas sim tentar integrar a dinâmica do paciente em ambas.

A psicanálise, inserindo o corpo como simbólico, concede um lugar fundamental à palavra desses indivíduos, permitindo interrogar suas lacunas e acessar seus enigmas. Nesse plano, o objeto da psicanálise se constitui sobre esse registro discursivo, rompendo com o saber e o corpo médicos, e estabelecendo uma espécie de corpo linguístico.

Em psicanálise, a palavra é abordada em sua perspectiva sonora, sendo inserida num quadro complexo de associações linguísticas que multiplicam o campo de possibilidades semânticas. A partir dessa complexa rede de possibilidades fornecida pelo campo da linguagem, são constituídos o *corpo fantasmático* e o *corpo libidinal* (BIRMAN, 1999a), opostos ao corpo anatomopatológico. Foi, portanto, o campo psicanalítico que possibilitou a emergência do corpo da palavra (Ibidem).

Após ressaltar as diferenciações entre medicina e psicanálise, dando ênfase maior à questão do corpo, palco no qual se apresenta a dor, consideramos que a pregnância atual da investigação psicanalítica sobre o corpo pode responder ao fato dele ter se inserido insensivelmente no espaço da análise, enquanto a dimensão da escuta foi deslocada pela perspectiva do olhar. Nesse sentido, Birman nos diz que:

Não mais corpo libidinal, representado, sexualizado, mas o corpo concreto nas suas inter-relações com os outros corpos reais nos contextos sociais. Não mais o corpo simbólico, mas o corpo de descargas energéticas. Entretanto, se este objeto se transforma numa problemática privilegiada da pesquisa teórica, isto se deve também às práticas técnicas. Se o olhar ocupa o lugar da escuta, a sua contrapartida é a ação concreta nos processos reais que são visualizados (BIRMAN, 1980, p. 158).

Portanto, considerando a emergência do corpo na clínica contemporânea, podemos compreendê-la como uma resposta ao fato de que houve certo esquecimento da presença do corpo na experiência do sujeito (BIRMAN, 2007a), de tal forma que a subjetividade sofrente, que ficou a cargo dos cuidados *psis*, não se fundava como algo localizado num corpo. Contudo, não podemos nos deixar levar por um dualismo corpo/subjetividade, mas sim compreender essa dinâmica como um “corpo-sujeito propriamente dito” (BIRMAN, 2007a, p. 21).

Dessa forma, dizemos que a psicanálise pode consolidar seus recursos para lidar também com o corpo do sujeito, não deixando este apenas para os cuidados da medicina e da psiquiatria. Sabemos que a divisão corpo e psiquismo não é sustentada pela leitura freudiana, sendo esse talvez um dos principais esquecimentos que se manifesta na maneira com a qual a psicanálise vem sendo trabalhada na atualidade.

Seguir considerando a separação corpo e subjetividade implica restringir a modalidade psicanalítica de escuta, compreendendo-a apenas como uma escuta do psiquismo, enquanto o que podemos ousar afirmar, segundo Birman, a prática analítica é também uma modalidade de ação (Ibidem).

Na tentativa de relacionar o que foi dito pelo discurso psicanalítico sobre o corpo afetado por dores crônicas, deparamos-nos com o fato de que nem sempre o corpo biológico se relaciona a um sistema representacional. Neste ponto, a dor crônica pode ser concebida como uma descarga corporal não traduzida psiquicamente que, atravessando o aparelho psíquico, não se organizaria pela lógica da representação.

2.4 Do corpo excluído ao corpo simbólico: como o corpo se representa em psicanálise

“Quero romper com meu corpo,
quero enfrentá-lo, acusá-lo,

por abolir minha essência,
mas ele sequer me escuta
e vai pelo rumo oposto.”
(Carlos D. de Andrade em *Corpo*)

Iniciamos esse item com o seguinte questionamento: se o corpo biológico não é objeto de estudo da psicanálise, poderíamos pensar numa abordagem psicanalítica do que chamamos corporal? Que corpo é esse que se apresenta e se manifesta, e que pode ser ouvido e acolhido pelo psicanalista?

Sabemos que o corpo em psicanálise se apresenta orientado pela dimensão simbólica (FREUD, 1895[1893]/1996; 1895b/1996). Isso implica dizer que é pela atenção dada ao imaginário popular e ao discurso social que a psicanálise vai além dos registros científicos (FREUD, 1900/1996). Nessa dinâmica que envolve o corpo e o simbólico é o registro da *fantasia* que ganha destaque, uma vez que é tal registro que vai nos indicar o lugar psíquico conferido à sexualidade, para, posteriormente, podermos deslizar para o registro do *corpo* (BIRMAN, 1999a; 2003c).

A sexualidade para Freud está articulada à fala e à linguagem, o que significa que, na fala, está em jogo uma economia de gozo e de desejo, que se faz presente no comportamento sexual. Sabemos que a sexualidade é inseparável da fantasia, considerada como o grande campo do erotismo, logo se há algo de enigmático no erotismo, é pela fantasia que se pode ter acesso a essa obscuridade, tal como é pela fantasia que a sexualidade se manifesta em diferentes comportamentos (BIRMAN, 1999a).

O corpo representado da histeria se relaciona às dimensões do erotismo e do desejo, fato esse pelo qual o corpo não poderia ser reduzido à dimensão anatômica do organismo.

A dimensão pulsional nos permite avançar e compreender que entre os registros da pulsão e da linguagem está também o registro da fantasia (Ibidem), que seria o responsável por direcionar o polo pulsional do aparelho psíquico com vistas à realização do desejo (FREUD, 1905/1996). São então linguagem, pulsão e fantasia os três registros que comporiam o aparelho psíquico e pelos quais

podemos chegar a outras dimensões de corporeidade, a saber, corpo simbólico e corpo erógeno⁴ (BIRMAN, 1991b).

Segundo Birman, “enquanto corporeidade, o fantasma se materializa, pois ele é corporal antes de tudo” (BIRMAN, 1999a, p. 23), marcando que não existe oposição entre corporal e psíquico, já que seria justamente pelo fantasma que gozo e desejo se modelariam enquanto corpo - corpo aqui se refere ao corpo marcado pelas pulsões e pelo erotismo, e não meramente o biológico. Dessa forma, é com Freud que a sexualidade se inscreve articulada ao erotismo, estabelecendo seu lugar na economia geral do gozo do sujeito.

A economia é um aspecto fundamental da metapsicologia freudiana, e implica a intensidade de forças pulsionais que circulam no *corpo-sujeito* (BIRMAN, 1999a) nas quais estão presentes gozo e prazer.

Os diferentes lugares dessa geografia erótica do corpo são as *zonas erógenas* (FREUD, 1905/1996), regiões que fazem fronteira entre a exterioridade e o interno, sinalizando a porosidade corporal e caracterizando a descontinuidade no corpo, a saber, rupturas e fendas na continuidade do corpo. Sob este ponto de vista, a continuidade do corpo se apresenta como uma espécie de ilusão biológica, que veio a ser repensada pela concepção freudiana de sexualidade, na qual é a descontinuidade corporal que viabiliza o erotismo (BIRMAN, 1999a).

Portanto, a fenda corpórea é que possibilita a existência do erotismo, e é por meio desse que o sujeito procura a completude corporal e o fechamento das fendas, desconstruindo a separação existente entre dentro e fora. A correspondência entre os registros somático e psíquico estabelece uma espécie de *borda* para que as pulsões organizem destinos e constituam zonas erógenas, tal como consolide o próprio autoerotismo (FREUD, 1905/1996). Desta maneira, é pelo autoerotismo e pela mediação do outro que o organismo pode vir a ser transformado em um corpo propriamente dito (BIRMAN, 1997; 2007a).

É referindo-se a essa dinâmica que Birman anuncia, a partir de sua própria leitura, que o cogito freudiano sobre o sujeito poderia ser “eu erotizo, logo sou incompleto” (BIRMAN, 1999a).

⁴ O termo corpo erógeno não foi introduzido por Freud apesar de sua pertinência no discurso freudiano, ele denota o corpo vinculado à sexualidade em contraponto a uma topografia puramente biológica.

Freud afirma que qualquer fragmento da superfície corporal pode se constituir como zona erógena, e assim se tornar uma possível fonte pulsional (FREUD, 1905/1996). Mais tarde, no texto “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914b/1996), ele insere também os órgãos internos e os tecidos como zonas erógenas, deslocando a incompletude do corpo para sua profundidade. Sobre essa contribuição, Birman ressalta que:

(...) o gozo seria delineado pelas exigências *locais* das demandas pulsionais diferenciadas de excitação. As pulsões podem se ordenar em qualquer fenda da morfologia corporal, em qualquer fronteira aberta ao intercâmbio com o outro, pois o corpo não detém em si mesmo as possibilidades para a sua satisfação. (BIRMAN, 1999a, p. 34, grifo do autor).

Identificamos, então, um aspecto dispersivo das zonas erógenas. Elas irão se unificar por meio do outro, num corpo totalizado pela *imagem corporal*, resultando assim na constituição do eu e do corpo unificado, o que implica a passagem do autoerotismo para o narcisismo.

Em “O Eu e o Isso” (1923a) Freud vai ressaltar que “o eu, antes de tudo, é corporal” (FREUD, 1923a/1996, p. 39), o que equivale dizer que se trata de um eu encorpado e incorporado em um corpo (BIRMAN, 1999a). É, pois, por conta dessa unificação do eu que se configura outra economia para a sexualidade, marcada por uma equivalência das diferentes zonas erógenas no que se refere ao potencial de gozo.

Ainda nesse texto (1923a/1996), Freud vai ressaltar a dor como responsável pela forma com a qual obtemos maior conhecimento sobre nossos órgãos durante uma enfermidade que nos cause mal-estar, constituindo assim, uma mostra do que pode aproximar à ideia do nosso corpo. Nesse sentido, tal como já vimos no *Projeto* (1950[1895]), sob outro aspecto, a experiência da dor contribui para a noção de eu constituído e unificado.

É também pelo conceito de pulsão que podemos consolidar a costura entre o psiquismo e o corpo, qual seja, o psíquico estaria imerso no corporal, movido pelas pulsões, rompendo assim com a filosofia de Descartes, que opunha corpo e mente. É, portanto, como simbólico e pulsional que o corpo se faz autoerótico e narcísico.

Os destinos pulsionais iniciais (FREUD, 1915a/1996) – passagem da atividade para passividade e o retorno para a própria pessoa -- seriam indícios de

uma proto-subjetividade (BIRMAN, 1999a), na qual estaria em jogo um desenvolvimento da oposição dentro/fora. É pela constituição posterior dos destinos pulsionais que são o recalque e a sublimação que a subjetividade se organizará a partir dessa proto-subjetividade.

O eu propriamente dito só pode se constituir, tal como a oposição entre interno e externo pode se consolidar, pela construção dos destinos pulsionais apresentados por Freud. Somente assim o corpo e suas variadas materializações se tornam possíveis.

Portanto, o corpo vai se constituir a partir de transformações do organismo, vindo a ser uma territorialização deste último. Se o organismo se apresenta prematuro para a vida, é a produção de um corpo e sua materialidade que indicam a viabilidade da tessitura do psiquismo. Com isso podemos afirmar que não existe oposição entre corpo e psíquico, mas entre organismo e psiquismo, uma vez que o que se constitui é um *corpo-sujeito* (Ibidem) regulado pelos princípios do psiquismo.

É pela dependência absoluta e pelos cuidados maternos que o organismo humano se organiza e se transforma com a mediação dos destinos pulsionais, sendo o erotismo o elemento fundamental na constituição do *corpo-sujeito*. Assim, é graças ao prazer e a oferta de objetos, ambos fornecidos pelo outro, que o *corpo-sujeito* se constrói na territorialização do organismo (Ibidem).

O corpo pode ser entendido como não suficiente no que se refere à completude e à possibilidade de se satisfazer, o que garante a importância da presença do outro para mediar as satisfações.

No início da vida é o outro quem escuta e interpreta os sinais manifestados pelo corpo do bebê, numa mediação que só se faz possível se houver um investimento libidinal desse corpo. Assim, o outro tanto conserva a vida como promove a sexualidade, além de ser o fator fundamental de transformação do corpo biológico em corpo erógeno habitado pela linguagem.

Não podemos esquecer a fundamental contribuição de Lacan (1949/1998) ao lançar o conceito do *estádio do espelho* no Congresso Internacional de Psicanálise sediado em Marienbad, contribuindo para a teoria do surgimento do Eu e do narcisismo. Partindo, como Freud, da prematuridade do organismo do bebê, Lacan valoriza a experiência na qual a mãe insere significantes no corpo do mesmo.

Com a teorização sobre o estágio do espelho, entendemos o terror provocado pelo medo da morte que acomete o bebê nos primórdios. Nesse momento, em geral em torno dos oito aos dezoito meses, em que o bebê atravessa o estágio do espelho, ele se encontra ainda bastante imaturo biologicamente. Isso acarreta certo descompasso entre os registros psíquico e nervoso (biológico), gerando uma espécie de predomínio do registro psíquico pelo fato da *imagem corporal* não se confundir com o *esquema corporal* – que só se efetiva em torno dos dois anos de idade com o avanço do sistema nervoso (Ibidem). Assim, esse predomínio do psiquismo se refere à *imago do corpo próprio*, que se constitui por meio da experiência especular (Ibidem), permitindo que a criança ganhe uma *forma corporal* e uma *imagem de si*, consolidando, por meio de uma experiência de alienação (Ibidem), uma verdadeira armadura corpórea (BIRMAN, 2009d).

A experiência de alienação foi descrita por Lacan justamente pelo fato do *infant* só conseguir identificar-se com a imagem projetada no espelho porque existe o olhar da mãe que confirma essa projeção. Dessa forma, a experiência do estágio do espelho é jubilatória e estruturante para a criança, meio pelo qual se constitui o eu e a imagem corporal (LACAN, 1949/1998), a saber, o narcisismo primário e a identificação (FREUD, 1914b/1996) em termos freudianos.

Na conferência “Psicanálise e Medicina” (1966/1985), Lacan retorna a diferença entre o corpo para a medicina e o corpo para a psicanálise apontada por Freud, e ainda insere os conceitos de gozo e de desejo para serem pensados em relação ao corpo. Assim, o gozo é entendido a partir da relação com dinâmica desejante. O gozo, como excesso, ao insistir em se encarnar e se manifestar no corpo, faz com que o significante perca sua capacidade de engendrar o circuito do desejo, por essa razão apenas o significante rodeia a borda do gozo.

Na tentativa de articular gozo e significante, tomamos o corpo como uma referência simbólica. Mesmo sabendo da disparidade Lei/gozo faz-se possível uma conexão se tomarmos uma referência ao significante, no campo fálico ao qual o sujeito está inscrito. É pela Lei da linguagem que o sujeito poderá encadear aquilo que vai se manifestar como gozo fálico, articulado ao laço social. Assim, o corpo, fonte de gozo, aos pouco vai se esvaziando.

Mais tarde, em “Televisão” (1974/1993) Lacan teoriza a respeito do corpo afetado pelo significante. Ele diz que o significante deixa uma marca sobre o corpo do ser falante, marca esta que necessita de uma leitura. O sujeito,

caracterizado por ser uma presa da linguagem, tem seu corpo marcado pela insistência da pulsão, que segundo Freud, seria uma medida de exigência feita à mente por conta de sua ligação com o corpo (FREUD, 1915a/1996). Se pensado assim, o corpo se apresenta como uma estrutura que deve advir a partir de um trabalho mental de enlaçamento de três registros: da imagem que reconhecemos (imaginário), do real do gozo (real) e das marcas inconscientes que o Outro nos fornece (simbólico). Dessa forma, é com a imagem que o sujeito constitui seu corpo e o configura como uma totalidade antecipada para, assim, se proteger da dependência do outro e, em última instância, do desamparo.

Nesse aspecto, o conceito de gozo para Lacan vai implicar uma dimensão do real como impossível, o que remete a pulsão ao gozo do corpo. Com isso, o corpo goza a partir da superfície e das bordas das zonas erógenas. Sabemos, segundo Lacan, que não pode-se ter acesso ao gozo pela representação, tampouco pode-se comunicá-lo por palavras, entretanto ele reconhece que os corpos gozam simplesmente porque falam (LACAN, 1974/1993).

Diz o psicanalista em “Televisão” (1974/1993): “ Um afeto, isso diz respeito ao corpo? Uma descarga de adrenalina, é do corpo ou não? Que isso perturba suas funções, é verdade. Mas em que isso vem da alma? É do pensamento que isso descarrega”. (LACAN, 1974/1993, p. 37).

A partir dessa teorização, podemos compreender que o psiquismo se organiza, originalmente, como uma unidade que pode se fragmentar a qualquer instante se o *infant* não for reconhecido pelo outro. O que está em jogo é uma espécie de repetição do olhar materno que o constitui enquanto imagem, sendo pelo investimento erótico em seu corpo que a criança pode constituir seu eu investindo-o narcisicamente de libido.

O erotismo é o fundamento da constituição da subjetividade desde os primórdios, por isso mesmo o lugar de relevância dado à sexualidade na psicanálise. Pela sexualidade, a pulsão de morte, que se presentifica no organismo humano, se transforma numa diretriz vital, por isso é que encontramos uma relação entre vida e Eros, sendo a sexualidade identificada com a própria vida.

Dessa forma, conforme nos esclarece Birman, “se como *valor* a morte é originária, e não derivativa, na condição humana, em função mesmo dos pressupostos da prematuridade, da incompletude vital e da longa dependência do

outro, isso nos revela que a marca fundamental do sujeito é o *desamparo*”. (BIRMAN, 1999a, p. 162).

No discurso freudiano, notamos que a ordem vital não se apresenta mais como um imperativo, o que implica dizer que a vida humana só se faz possível devido à presença e à intervenção do outro – que é quem inscreve o organismo na ordem vital. Portanto, é preciso estabelecer uma organização capaz de ir contra o movimento natural do organismo, qual seja, a morte. Só com a ajuda alheia se estabelece a vida, como concebia Bichat, como o conjunto de forças que lutam contra a morte, para assim tornar a sobrevivência possível.

Essa organização, segundo Birman, nada mais seria do que o corpo e o psiquismo conjugados. Assim, corpo e psiquismo estariam polarizando a vida e se contrapondo ao movimento da morte. Com isso, podemos dizer que a vida biológica se faz possível pela erotização advinda do outro, de forma que o corpo-psiquismo seria um aparelho que viabiliza a vida. Conforme Birman, “o tal aparelho seria então uma incrustação no organismo, promovido pelo outro, sendo, pois, algo da ordem do artifício e não mais da pura natureza” (BIRMAN, 2003c, p. 14).

O corpo pode ser entendido como “a tessitura de territórios diversos no campo do organismo” (BIRMAN, 2003c, p. 25), de maneira que o retorno para o organismo, orientado pelo circuito pulsional e realizado pelo outro, viabilizaria a territorialização do organismo e produziria o corpo.

O psiquismo, como forma de subjetivação, inscreve-se no território corporal, assim, tanto o corpo quanto o psiquismo, como formas de subjetivação, advêm dos destinos pulsionais, por meio das quais a força de Eros se contrapõe à tendência para a morte.

O discurso freudiano estabelece, assim, uma leitura específica sobre o psiquismo, destacando que o mesmo se funda no corpo, nesse corpo construído pela intervenção do outro. Tal contribuição, relida por Birman, nos permite compreender o papel fundamental da *alteridade* na construção do *corpo-sujeito*, tal como nos revela a condição de *desamparo* que marca todo ser humano, inicialmente pela prematuridade do organismo, e posteriormente nas diversas situações que se impõem na vida em que a sensação de desamparo é revivida.

2.5 Corpo, Pulsão e Repetição na Metapsicologia Freudiana

Como já foi discutido a respeito do corpo anteriormente, estendemos a discussão para pensá-lo de forma mais consistente a partir das noções de repetição e de pulsão. Abrimos esse item, então, questionando se a repetição seria um operador teórico para se pensar o corpo psicanaliticamente.

Segundo Freud, a repetição (FREUD, 1912/1996; 1914a/1996; 1920/1996) segue caminhos diferentes conforme as lógicas pulsionais: no primeiro dualismo pulsional, a repetição pode se manifestar no corpo dentro de uma lógica semelhante à que tem lugar na formação dos sintomas neuróticos, como formação de compromisso e como na transferência. Já no segundo dualismo pulsional, com a ideia de pulsão de morte, a repetição pode ser compreendida pelo ponto de vista do transbordamento pulsional (FERNANDES, 2003), o que nos permite entender a compulsão à repetição manifestada também no corpo, apontando para um conteúdo pulsional traumático e excessivo.

A ideia de repetição em Freud perpassa toda sua obra, sendo articulada à transferência, à resistência e à pulsão. Em “Recordar, repetir e elaborar” (1914a), a repetição aparece tanto como retorno do recaiado como compulsão à repetição, sendo que a ênfase maior é dada à repetição como resistência (quanto maior a resistência, mais o recordar é substituído pela atuação, pela repetição).

Já em 1920, encontramos uma compulsão à repetição que opera a partir de outro impasse, a saber, a força da pulsão desligada, situação a qual a elucidação não passa mais pela rememoração, não está em jogo o aparelho de memória, o que se repete são marcas de representação, não há status de recalçamento. Com isso, a repetição como compulsão à repetição é mais consistentemente trabalhada após a virada dos 20, momento em que ela é indício de uma experiência não recalçada nem simbolizada.

Os eventos que acabam por escapar à representação psíquica são considerados traumáticos justamente pela qualidade de excessivos no que se refere à capacidade do aparelho psíquico de suportar essa inundação. É o caráter compulsivo e insistente desses episódios que se apresentam fora do circuito representacional que indicam a tentativa de inscrição e, ao mesmo tempo, apontam para os limites desse processo.

Portanto, para nossa pesquisa, cabe entender qual o destino para aquilo que não pode ser representado. Nesse aspecto, estamos em consonância com as ideias de Berlinck (1999), de que esses eventos podem seguir o destino do corpo como uma tentativa de se fazer representar.

Contudo, os conceitos de pulsão e repetição podem nos servir para pensar o corpo psicanaliticamente. A pulsão, ao percorrer o corpo, acaba por fazer dele um palco para sua manifestação repetitiva, repetição essa que, ao se utilizar do corpo, acaba por produzir mal-estar e sintomas.

Segundo Garcia-Roza, a pulsão é “disjuntora dos esquemas corporais inatos e produtora de novos esquemas, perversos em relação ao natural” (GARCIA-ROZA, 1986, p. 113). Ao gerar essa disjunção, a pulsão vai fazer do corpo uma superfície propícia para as inscrições da história do sujeito. Nesse sentido, nas suas tentativas de se satisfazer contornando o objeto, a pulsão acaba por fazer do corpo um lugar de inscrição do psíquico e do somático.

No texto de 1915a, “As pulsões e seus destinos”, Freud vai dizer que o alvo, ou finalidade, da pulsão é obter satisfação, porém é desde o *Projeto* (1950[1895]), que sabemos que a busca de satisfação, fraseada como busca da “identidade de percepção”, em sua finalidade de apreender o objeto, está desde sempre fadada ao fracasso. Como capturar o objeto não é possível, cabe apenas à pulsão contorná-lo, como nos disse Lacan (1964/1998), sendo que, por meio desse contorno, obtém-se satisfação.

Destacamos com isso que a pulsão, ao buscar contornar o objeto para obter satisfação, engendra uma repetição e um esboço de corpo. Com o impulso constante, a pulsão atravessa a superfície erógena e tenta apreender o objeto por meio da repetição. É justamente pelo fato do objeto ser impossível de ser reencontrado que se cria um distanciamento entre objeto faltoso e o objeto para o qual a pulsão se dirige, distanciamento que faz com que a pulsão retorne à fonte (zona erógena) para recomeçar todo seu movimento (FREUD, 1915a/1996).

Considerando que os caminhos que a pulsão percorre sobre o corpo são repetitivos, podemos entender que a pulsão se expressa no corpo, atuando a serviço da instituição do princípio de prazer, sob uma forma de repetição que tenta inscrever no corpo algo que não pode encontrar outra maneira de se representar.

Nesse sentido, para tentar aproximar essa discussão do nosso objeto de estudo, voltemos à dor. Poderíamos forjar duas maneiras para apreender o corpo

na obra freudiana: um corpo da representação (e da simbolização) e um corpo do transbordamento, quando a dor se manifesta, mostrando outra maneira de se fazer apresentar aquilo que não pode ser representado (FERNANDES, 2003).

Consideramos que a lógica da representação não esgota a problemática do corpo em Freud. No que se refere ao corpo do transbordamento, a dor seria uma descarga de excesso que atravessa o aparelho psíquico e não se faz representar por conta de um empobrecimento dos recursos disponíveis. Trata-se de um excesso que não pode se valer dos recursos simbólicos, da ordem da linguagem (Ibidem).

Na teoria pulsional freudiana, o que se manifesta repetidamente no corpo, pode apontar para uma tentativa de inscrição. Clinicamente, esse fato aparece nos relatos em que o sujeito se queixa das dores e diz não suportar mais essa insistência que acaba por desregular todas as esferas de sua vida.

Foi justamente pensando na clínica que nos valem de outro tipo de abordagem no que tange à repetição, qual seja, a relação entre compulsão à repetição, pulsão de morte e supereu, tão discutida por Freud a partir de 1920, e que evidencia a insistência em caminhos que levam para o sofrimento. Esse ponto será abordado no capítulo II, momento em que trabalharemos aspectos da problemática da representação e a relação entre dor crônica e melancolia.

3. A Dor desde *O Projeto*

O “Projeto para uma Psicologia Científica” (1950[1895]) é um texto de grande relevância histórica para a psicanálise e objeto de várias interpretações teóricas posteriores, justamente porque nele estão contidos esboços de desenvolvimentos fundamentais da psicanálise.

Por mais que Freud pretendesse definir o psiquismo em termos de ciência natural -- relacionada à biologia, à neurofisiologia e até à física -- para atender às exigências da época, a constituição do aparelho psíquico sugerido por ele nesse texto não se encaixaria nesse modelo de cientificidade. O que ele constrói com o aparelho psíquico é um modelo de subjetividade, que nada se identifica com o mundo das ciências naturais. Nesse aspecto, o *Projeto* é fundamental para se compreender o desenho do aparelho psíquico subsequente, uma vez que é uma genealogia do aparelho psíquico que Freud tenta conceber neste ensaio.

É nesse texto que Freud chama a atenção para a experiência que deixa marcas como resíduo, a saber, as *facilitações* ou *trilhamentos* que constituem o humano, destacando o lugar privilegiado que a experiência da dor e a experiência da satisfação detêm na constituição do aparelho psíquico.

Inicialmente, Freud vai desenvolver suas primeiras hipóteses referentes ao funcionamento do aparelho psíquico, tomando como base o modelo da termodinâmica da física e da medicina neurológica da época, uma vez que a neurofisiologia que ele conhecia era fisicalista, propunha reduzir tudo o que fosse possível na neurologia aos conceitos da física. Assim, Freud coloca em cena a ideia da economia de energia psíquica, trabalhada ainda como sendo Q e Qn , ideia esta que irá permear todo seu pensamento posterior.

Apesar de nossa questão se delimitar ao estudo da dor em psicanálise, não podemos deixar de pensá-la articulada à vivência de satisfação, justo pela estreita relação entre ambas as vivências, correlacionando-as com as categorias de prazer e de desprazer, conforme encontramos no *Projeto*. Por isso faremos uma breve discussão sobre alguns pontos que se destacam neste texto, para posteriormente alcançarmos a noção de experiência de dor.

O sistema psíquico, descrito neste momento, se caracteriza por dois elementos básicos, a saber, a quantidade e os neurônios. No que se trata de quantidades, encontramos dois tipos: a quantidade bruta (Q) – quantidade de

excitação ligada à estimulação sensorial externa – e quantidade reduzida (Q_n) – quantidade de excitação interna, de ordem intercelular (GARCIA-ROZA, 2008). Com isso, o aparelho psíquico, externo ao organismo e ao mundo exterior, é concebido como um sistema de memória que, por meio da percepção, atinge a consciência. Esse sistema é formado por traços que retêm as impressões, traços esses constituídos pelas facilitações entre os neurônios *psi* (Ψ), configurando, assim, uma rede de facilitações onde ocorrem processos que correspondem à cadeia de representações (Ibidem).

Já em relação aos neurônios, podemos compreendê-los como “partículas materiais” (FREUD, 1950[1895]/1996) que fazem contato com outros neurônios por seus prolongamentos, e que são investidos de quantidades. Os sistemas de neurônios tendem a aliviar a quantidade pela descarga dos estímulos internos (princípio de inércia neurônica ou função primária quando se trata da descarga total) ou pela fuga do estímulo externo.

Os neurônios se classificam, a princípio, em dois tipos, e isso porque ao mesmo tempo em que conservam o traço das impressões, também permanecem livres para receber novos estímulos (são influenciados e inalterados). São eles: os neurônios Φ (Phi), considerados a função neurônica primária, e os neurônios Ψ (Psi), considerados a função neurônica secundária.

Os neurônios *Phi* são aqueles que não colocam resistências à passagem da quantidade, são permeáveis, regidos pelo princípio da inércia e destinados à percepção, só transmitem a energia que recebem dos estímulos exógenos (temos como exemplo o reflexo patelar). São os mais externos da rede e acabam por filtrar as excitações para que assim cheguem aos neurônios *Psi* menos intensas. Assim, uma resistência se oporia a elas deixando marcas primevas que constituem o aparelho psíquico.

Já os neurônios *Psi* são impermeáveis, ou seja, apresentam barreiras de contato que resistem à circulação da quantidade, e que se tornam facilitadas após a passagem de energia, conservando, assim, o traço das impressões, e concedendo a possibilidade de representar a memória, a associação e o pensamento. Esses neurônios se conectam com a fonte somática das pulsões - os estímulos endógenos - e armazenam quantidades provenientes de células somáticas.

A diferença entre ambos não se dá tanto pelos neurônios, mas sim pelas quantidades com as quais eles têm de lidar, constituindo apenas uma diferença

estrutural. Os neurônios *Phi* são homólogos aos condutores de energia, já os neurônios *Psi* são homólogos a sistemas termodinâmicos que armazenam energia.

Freud observa que os pontos de contato dos neurônios apresentam resistências (barreiras de contato) à livre passagem da quantidade, implicando um acúmulo de quantidade, e não mais atuando pela descarga total. Constitui-se, assim, a função secundária, que dispõe de uma reserva de energia que servirá à execução da *ação específica, necessária para se livrar de acréscimos de tensão originários de interior do corpo, e não de estímulos externos* (Ibidem).

Ao teorizar o sistema *Psi*, Freud constrói uma primeira concepção de memória. As barreiras de contato e sua função de oferecer ou não resistências à passagem de quantidade bruta, e sua qualidade de diminuir o limiar de resistência, são o primeiro modelo com o qual Freud conceberá a memória.

Apesar das barreiras de contato oferecerem resistências no que se refere à circulação de excitação do aparelho, elas não impedem totalmente a passagem da excitação, uma vez que se criam caminhos de menor resistência, as facilitações (*Bahnung*), que servem ao processo primário, já que traçam as vias preferenciais de descarga da quantidade. Dessa forma, podemos dizer que a memória seria representada por meio das diferenças apresentadas na rede de facilitações constituídas entre os neurônios *Psi*.

É a diferença entre as facilitações nos neurônios *Psi* que funda a memória e, por consequência, o psiquismo. É, portanto, como diferença que a litografia psíquica de cada um é instaurada, tratando-se de uma maneira singular de constituição. Nesse sentido, dizemos que o aparelho de memória não depende do traço em si, ou seja, do neurônio, mas sim da articulação desses traços, das diferenças entre os trilhamentos, formando um sistema da ordem de uma estrutura. A memória de uma experiência vai depender da magnitude da impressão (quantidade que passa pelo neurônio) e da frequência (número de vezes em que tal processo é repetido).

Contudo, é na “Carta 52” (1950[1896]) à Fliess, que melhor compreendemos o aparelho psíquico como sistema de traços articulados, e na qual se define o modelo de subjetividade como sendo uma complexa estrutura de signos. Voltaremos a esse texto no devido momento em que trabalharemos a diferenciação entre traço, impressão e texto, no próximo item.

Freud descreve um aparelho de memória constituído pelo investimento de energia nas representações psíquicas. Trata-se, então, de um aparelho psíquico formado por sistemas mnêmicos que são regulados e que tem o objetivo de evitar o desprazer e a dor por meio da transmissão e transformação de quantidade de energia, a saber, de manter a energia o mais baixo possível. A partir disso, podemos afirmar que Freud já se ocupava do excesso de excitação que invade o aparelho psíquico desde os primórdios de sua obra.

Dito isso, seguiremos para a análise das experiências de satisfação e de dor, que se referem aos primeiros desejos e repulsas, ressaltando que a memória trabalhada no *Projeto* (1895) seria uma memória pulsional que cria tendências e não meras representações.

3.1 Considerações sobre o aparelho psíquico e suas relações com o prazer, o desprazer e a dor no *Projeto*

Por prazer e desprazer entendemos que são sensações relacionadas à diminuição ou ao aumento das quantidades de excitação nos sistemas neurônicos. Dessa forma, o prazer corresponderia à descarga de excitação e o desprazer ao aumento de tensão.

É importante ressaltar que essas peripécias quantitativas são percebidas como qualidades de prazer e de desprazer no sistema *Phi*, sistema responsável pela consciência e pela percepção das qualidades. A explicação para esse caráter qualitativo ao qual relacionamos o sistema *Phi* seria o fator temporal, ou seja, tal sistema trabalha com dosagens pequenas de quantidades não percebendo diretamente a Q_n , mas sim o período de tempo da excitação. Assim, Freud recorre a um fator temporal para explicar a complexidade da qualidade no aparelho psíquico (FREUD, 1950[1895]/1996).

Podemos pensar que o aparelho tende à descarga para evitar o desprazer, sendo assim, notável a relação com o princípio de inércia neuronal, que será posteriormente transformado em princípio de constância e depois em princípio de prazer/desprazer, numa construção de cunho evolucionista. Sobre o princípio de inércia Freud nos diz:

Já que temos um certo conhecimento de uma tendência da vida psíquica a evitar o desprazer, ficamos tentados a identificá-la com a tendência primária à inércia.

Nesse caso, o desprazer teria que ser encarado como coincidente com um aumento do nível de Q_n ou com um aumento da pressão quantitativa: equivaleria à sensação ω quando há um aumento da Q_n em Ψ . O prazer corresponderia à sensação de descarga. Uma vez que se supõe que ω deve ser preenchido a partir de Ψ , decorre daí a hipótese de que, quando o nível em Ψ aumente, a catexia em ω se eleva, e quando, por outro lado, esse nível diminui, a catexia cai. O prazer e o desprazer seriam as sensações correspondentes à própria catexia de ω , ao seu próprio nível; e aqui ω e Ψ funcionariam, por assim dizer, como vasos comunicantes. Desse modo também chegariam à consciência os processos quantitativos em Ψ , mais uma vez como quantidades. (FREUD, 1950[1985]/1987], p. 330-331).

Quando Freud se vê diante do impasse em relação à consciência e à qualidade das sensações, ele recorre a um terceiro grupo de neurônios, os Ômega (ω), que são excitados com a percepção e apresentam a capacidade de produzir qualidades na consciência. É diante dessa configuração que Freud irá afirmar que os neurônios ômega não retêm facilitações, ou seja, não são responsáveis pela memória pulsional como os neurônios *Psi*, e postula uma periodicidade na circulação de energia.

Voltando às sensações de prazer e desprazer, podemos dizer que elas se tornariam pouco rigorosas se as entendêssemos apenas pela via da quantidade, uma vez que elas implicam também as noções de qualidade. Sobre isso o próprio Freud demonstra dúvidas, uma vez que afirma a complexidade da qualidade, que envolve aspectos como o ritmo, o fator temporal das alterações, as elevações, as quedas da quantidade de estímulos e um único sistema responsável por esses processos (sistema ω : percepção-consciência, sistema esse que é excitado junto com as percepções, produzindo diversas qualidades, que seriam as sensações conscientes).

Mais tarde, no texto “O Eu e o Isso” (1923a) Freud vai dizer que o desprazer seria algo tanto quantitativo quanto qualitativo no curso dos eventos mentais, e que ele se comportaria como um impulso recalcado que exerce uma força impulsora, sendo apenas quando a resistência entra em cena contra essa força é que esse desprazer vem à tona na consciência.

Sabemos que o aparelho psíquico se configura como uma estrutura de neurônios, porém não existe correspondência neurônio-representação – que seriam as representações enquanto processos figurados como energia se deslocando pela topografia do aparelho. Os neurônios, por sua vez, são articulados entre si por

meio de *trilhamentos* que, segundo Freud, seria o resultado de uma passagem única de uma grande quantidade (FREUD, 1950[1895]/1996).

Com isso, podemos avançar dizendo que a vivência de satisfação e sua contrapartida - a vivência de dor - seriam experiências que teriam, inauguralmente, efetivado a passagem de uma grande quantidade, originando assim, facilitações diferenciadas. Os trilhamentos, que surgem por essas facilitações, se constituem “como uma rede de caminhos e direções preferenciais que irão influenciar os processos psíquicos a partir de então” (RUDGE, 2006, p. 86), ou seja, são facilitadores em certas direções e dificultadores em outras, sendo também passível de reordenamento, já que as marcas mnêmicas passam por modificações de tempos em tempos, agregando novos nexos (é graças a esse reordenamento possível que existe a memória). Então, os trilhamentos se configuram como uma maneira de condicionar a constituição do desejo como um contraponto à dor.

Para Lacan, as facilitações não são entendidas como efeito do hábito. Diz ele, sobre o conceito: “ele é invocado como prazer da facilidade, e será retomado como prazer da repetição” (LACAN, 1950-60/1997, p. 272). Dessa forma, não se trata de uma simples lembrança, mas, sobretudo o prazer da repetição. No momento em que há uma facilidade, não está em jogo a necessidade, mas a própria pulsão, e que Freud se refere como *desejo primário* no texto de 1895.

Em relação ao *Projeto*, Lacan vai pontuar que a originalidade de Freud decorre justamente da ideia de facilitações, e, assim articula tal ideia à noção de *Das Ding*. Para isso, ele estabelece certa associação entre as facilitações e a orientação do sujeito em direção ao objeto. Segundo Lacan, ocorre o seguinte:

[...] nessa orientação em direção ao objeto, a regulação da trama, as *Vorstellungen* atraem-se uma à outra segundo as leis de uma organização de memória, de um complexo de memória, de uma *Bahnung* – ou seja, de um trilhamento, mas também de uma concatenação, diríamos mais firmemente, cujo jogo o aparelho neurônico nos deixa talvez entrever sob uma forma material e cujo funcionamento é regulado pela lei do princípio do prazer. (LACAN, 1959-1960/1997, p. 76).

Dessa forma, o que Lacan estabelecer uma articulação entre a ideia de facilidade e o fundamento da repetição que caracteriza o pulsional. A diferença entre as facilitações direciona o fluxo das excitações, mesmo que o fluxo se dirija

ao objeto, este nunca poderá ser recuperado na trama das representações, justamente por se tratar da ausência da Coisa (*Das Ding*), como Freud nomeia no *Projeto*.

Outro ponto importante a ser destacado seria que o aparelho neurônico, ao enfrentar estímulos que vem do interior do organismo, como a fome, por exemplo, só obtém descarga por meio de uma *ação específica* (FREUD, 1950[1895]/1996) capaz de modificar as condições do mundo exterior. Portanto, para que essa *ação específica* ocorra é necessário que algo ocorra para pôr fim ao estímulo endógeno. Por essa razão, o sistema neurônico não pode mais descarregar a quantidade a nível zero, uma vez que se faz necessário certo acúmulo de Qn para a realização da *ação específica*. E é por meio desse esquema de funcionamento que descrevemos a originária inércia neurônica como sendo modificada pela urgência da vida (*Not des lebens*) (Ibidem), que vai demandar a manutenção de um mínimo de Qn para possibilitar a *ação específica*.

Tudo isso foi dito para finalmente chegarmos à vivência de satisfação, que se refere ao momento em que a *ação específica* põe fim à excitação neurônica. A estimulação endógena, ligada às necessidades, ou seja, a urgência da vida (*Not des Lebens*), não é resolvida pela simples descarga motora. Para impedir o aumento de tensão, ela exige uma *ação específica*, capaz de eliminar o estado de estimulação na fonte.

A eliminação de certo estímulo interno, originado a partir de um estado de necessidade, como a fome, é o que vai possibilitar a experiência de satisfação. Quando o estado de necessidade for reapresentado, surgirá um impulso psíquico que buscará reinvestir a imagem mnemônica do objeto, de forma que tal reinvestimento não se trata da presença real do objeto de satisfação, como podemos notar nesse trecho do texto “A Interpretação dos sonhos” (1900), no qual Freud retorna a experiência de satisfação, porém sem utilizar referenciais neurológicos:

As exigências da vida confrontam-no, primeiramente, sob a forma das grandes necessidades somáticas. As excitações produzidas pelas necessidades internas buscam descarga no movimento, que pode ser descrito como uma modificação interna ou uma expressão de emoção. O nenzinho com fome grita ou dá pontapés impotentemente. Mas a situação permanece inalterada, porque a excitação que surge de uma necessidade interna não é devida a uma força que produza um impacto momentâneo, mas a uma força que se encontra em funcionamento contínuo. Uma mudança só pode surgir se, de uma maneira ou de

outra (no caso do nenê, através do auxílio externo), pode ser atingida uma vivência de satisfação que põe fim ao estímulo interno. Um componente essencial dessa vivência de satisfação é uma percepção particular (a da nutrição, em nosso exemplo) cuja imagem mnêmica permanece associada, daí por diante, ao traço de memória da excitação produzida pela necessidade (FREUD, 1900/1996, p. 602).

Nesse sentido, notamos que a *ação específica* pressupõe e requer o auxílio do próximo (*Nebenmensch*), marcando, então, o despreparo e o desamparo inicial da criança diante de suas necessidades. Assim se constituem, simultaneamente, o primeiro objeto de satisfação e o primeiro objeto hostil. Freud descreve essa dinâmica da seguinte maneira: a “*ajuda alheia*, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna” (FREUD, 1950[1895]/1996, p. 370).

É neste contexto que podemos ampliar a discussão, inserindo o registro da comunicação, que vai surgir como demanda ao Outro. Assim, a ajuda externa é que provê a satisfação da necessidade e que também introduz o sujeito na ordem simbólica.

A eliminação da tensão advinda de estímulos internos viabiliza a vivência de satisfação. Nesse sentido, é na repetição de um estado de necessidade que surgirá um impulso psíquico, procurando reinvestir a imagem mnêmica do objeto com o objetivo de reproduzir a satisfação original. Sobre isso, Garcia-Roza destaca que:

(...) a vivência de satisfação gera uma facilitação entre duas imagens-lembrança (a do objeto de satisfação e a da descarga pela ação específica) e os neurônios do núcleo investidos. Com o reaparecimento do impulso (*Drang*) ou do estado de desejo (*Wunschzustand*), o investimento passa para as duas imagens-lembrança, reativando-as. O que ocorre, então, é em tudo semelhante à percepção original, só que, o objeto real não estando presente, o que ocorre é uma alucinação com o conseqüente desapontamento que ele implica, já que na ausência do objeto real não pode haver satisfação. (GARCIA-ROZA, 2008, p. 132).

Nesse aspecto, podemos dizer que se a tendência à inércia objetivava apenas a descarga (função primeira), a *ação específica* (função segunda) procura evitar o desprazer. De toda forma, podemos dizer que é pelo desprazer/prazer que se faz possível pensar a experiência de satisfação e a de dor como estando na origem das forças psíquicas chamadas de desejo primário e repulsa, primeiras formulações freudianas para o que chamará depois de pulsão.

Enquanto a *ação específica*, segunda função neurônica, é indispensável à satisfação das necessidades, a fundamental interação entre mãe e criança está na origem das forças pulsionais que não apresenta relação com satisfação de necessidades. O desejo primário visa à identidade de percepção e à presença de algum signo ligado à mãe, independente de qualquer necessidade orgânica.

Após essa exposição, podemos destacar, também, a diferenciação entre vivência de satisfação e prazer, uma vez que quando o sistema reproduz alucinatoriamente a vivência de satisfação ele obtém um prazer (prazer pela descarga alucinatória). O prazer pode se dar pela identidade de percepção, uma força psíquica que Freud chama desejo primário (FREUD, 1950[1895]/1996), e que é independente da necessidade biológica, mas o prazer é a primeira qualidade que se pode perceber, antes mesmo que o aparelho psíquico tenha sido constituído, pela simples eliminação de tensão de origem externa ou endógena.

Tendo mencionado a vivência de satisfação, passemos ao seu contraponto, que seria a vivência da dor e o desprazer.

Podemos acrescentar, logo de início, que Freud vai definir a dor como sendo a “irrupção de grandes quantidades de Q até Ψ ” (FREUD, 1950[1895]/1996, p. 338), evento esse que ocorre quando o dispositivo das telas de terminações nervosas, que protegem *Phi* e *Psi* das quantidades exteriores e interiores, fracassa. Nesse caso, a dor atua como uma espécie de raio que perfura o sistema *Phi* de recepção de quantidades, chegando assim a *Psi* e gerando a sensação de dor. Sobre isso Freud observa que:

As duas tendências ficam, nesse caso, reduzidas a uma só. A dor aciona tanto o sistema ϕ como o Ψ , não há nenhum obstáculo à sua condução, e ela é o mais imperativo de todos os processos. Os neurônios Ψ parecem, pois, permeáveis a ela; portanto, a dor consiste na ação de Qs de ordem comparativamente elevada. (FREUD, 1950[1895]/1996, p. 359).

Ao colocar em movimento ambos os sistemas, a dor vai produzir em *Psi* algumas alterações: um aumento de tensão sentido como desprazer em $\hat{\Omega}$, uma tendência à descarga e um trilhamento entre essa tendência e uma imagem-lembrança do objeto que provocou a dor. Nesse aspecto, a dor apresenta não só um aumento de *quantidade*, mas também uma *qualidade* que se dá pela sensação de desprazer no sistema $\hat{\Omega}$.

A experiência de dor vai inaugurar a força da repulsa ou defesa primária, de ordem psíquica. Quando a imagem do objeto hostil é reinvestida, associativamente, vai se manifestar um estado de desprazer acompanhado da tendência à descarga, entretanto tal estado não seria propriamente a dor, mas algo semelhante a ela e que Freud denomina de *afeto* (FREUD, 1895[1950]/1996), aproximando-se do que posteriormente chamará de angústia.

Ao elaborar as condições relativas à experiência de dor, Freud chama atenção para certa *qualidade* especial que aparece no caso da dor e que se faz sentir junto com o desprazer. Vale destacar que Freud diferencia a dor do desprazer, dizendo que, quando a imagem mnêmica do objeto hostil é reinvestida, surge um estado que não é o da dor, mas que muito se parece com ela. Podemos dizer que somente o fato de pensar no objeto hostil causa angústia, não se tratando mais da experiência de dor, mas sim da repulsa que os signos ligados à vivência passam a despertar pela mera evocação. É desta forma que Freud esclarece que esse estado, semelhante à vivência de dor, inclui o desprazer e também uma tendência à descarga.

Se insistirmos que o desprazer se relaciona ao aumento de quantidade, na experiência da dor propriamente dita é a quantidade externa irruptora que vai aumentar o nível em *Psi*. Sendo que na repetição da experiência, a quantidade adicional se refere àquela que investe a lembrança, que é da mesma natureza que qualquer outra percepção. Ora o aumento de tensão desprazerosa, devido ao investimento das lembranças, não tem origem no estímulo no corpo, mas no próprio aparelho psíquico, o que exige de Freud o recurso de postular neurônios secretores no aparelho psíquico:

Como existem neurônios motores que, quando cheios até certo ponto, conduzem Q_n aos músculos, descarregando-a, devem também existir neurônios ‘secretores’ que, quando excitados, provocam no interior do corpo o surgimento de algo que atua como estímulo sobre as vias endógenas de condução de Ψ (FREUD, 1950[1895]/1996, p. 373).

Na experiência da dor, há uma irrupção de Q que vem do exterior para *Psi*; já na experiência de reprodução da vivência de dor, apenas Q_n investe na lembrança. Tal funcionamento que produz uma descarga no interior do sistema *Psi* é explicado por Freud por meio dos neurônios secretores. São esses neurônios secretores que apresentam um papel fundamental na reprodução da vivência de

dor, porque, uma vez excitados, geram Q_n endógena que acaba por agir como estímulo em *Psi*, aumentando ainda mais a tensão e produzindo desprazer.

Os neurônios secretores ou neurônios-chave não descarregam as Q_n , mas fornecem-nas por vias indiretas. Portanto, temos que, como resultado da experiência da dor, a imagem mnêmica do objeto hostil acaba por adquirir uma facilitação para os neurônios-chave, em virtude da qual haverá liberação de afeto, sentido como desprazer.

Da mesma forma, como a experiência de satisfação cria trilhamentos, a experiência da dor também os cria, e assim são estabelecidos caminhos de condução entre a imagem-lembrança (que se refere ao objeto hostil) e os neurônios secretores. Baseando-se na ideia de que como o desprendimento do desprazer pode ser intenso mesmo com um mínimo investimento da lembrança do objeto hostil, Freud vai dizer que “a dor deixa como sequela uns trilhamentos de particularíssima amplidão” (FREUD, 1950[1895]/1996, p. 366).

Portanto, vale uma importante ressalva: parece-nos que os trilhamentos resultantes se articulam muito mais ao objeto hostil associado à dor do que com a experiência de dor propriamente dita, o que implica dizer que a sensação de desprazer articulada a certo objeto hostil é que vai constituir um trilhamento.

Em relação aos trilhamentos constituídos a partir da experiência de dor, cabe nos questionar de que maneira poder-se-ia abandonar este percurso. O Eu constitui um grupo de neurônios fortemente investidos e ligados entre si, que são responsáveis por uma espécie de investimento colateral, capaz de inibir o trilhamento que leva ao neurônio secretor. A inibição realizada pelo Eu serve para atenuar, de alguma forma, a liberação de afeto, permitindo diminuir a força de defesa, o que vai nos viabilizar pensar no objeto hostil.

O Eu, por meio do investimento colateral, altera a circulação de Q_n , inibindo os processos psíquicos primários. Dessa forma, podemos dizer que a defesa primária consiste na inibição, por via do investimento colateral, do desprendimento do desprazer. Sobre isso Freud diz o seguinte: “o investimento colateral liga, por assim dizer, um montante da Q_n que circula através do neurônio” (FREUD, 1950[1895]/1996, p. 380). Da mesma forma, o Eu inibirá o investimento copioso do objeto de desejo, impedindo a alucinação primária, que seria a primeira forma de satisfação do desejo.

Na *Carta 52* (1950[1896]) Freud apresenta um novo modelo do aparelho psíquico, em que o material mnêmico é apresentado como composto de diversas camadas, organizadas de modos cada vez mais complexos. Cada uma das camadas é composta de signos, e a cada nova camada, existe uma *tradução* ou transcrição do material psíquico para a nova organização. O recalque, por sua vez, é atribuído a uma falha na tradução, que tem como motivo a produção de desprazer. Em relação ao desprazer, entra em cena uma defesa *normal*, por outro lado, e uma defesa *patológica* vai ocorrer apenas diante de um traço de memória de determinada fase anterior que ainda não foi traduzido. É justamente por conta dessa fase anterior que Freud vai formular a inibição, a saber:

Se um evento *A*, quando era atual, despertou uma determinada quantidade de desprazer, então o seu registro mnêmico, *AI* ou *AII*, possui um meio de inibir a produção de desprazer quando a lembrança é redespertada. Quanto mais frequentemente a lembrança retorna, mais inibida se torna, finalmente, a produção de desprazer. Contudo, existe *um* caso em que a inibição é insuficiente. Se *A*, quando era atual, produziu determinado desprazer, e se, quando redespertado, produz um novo desprazer, então este não pode ser inibido. Nesse aspecto, a lembrança se comporta como se tratasse de um evento atual. (FREUD, 1950[1896]/1996, p. 284).

Dessa forma, a dor, sendo “o mais imperativo de todos os processos” (FREUD, 1950[1895]/1996, p. 408) apresenta-se de forma fundamental no que se refere à estruturação do sujeito, gerando uma força de ordem psíquica - a defesa primária ou repulsa que imediatamente *desinveste* a memória do objeto hostil. Portanto, podemos afirmar que a experiência da dor merece estatuto de mesma importância que a experiência de satisfação.

Sabemos que Freud vai se apoiar na vivência de satisfação do bebê para descrever o modelo de emergência do desejo. Em contrapartida, vale ressaltar que ele desconsidera, posteriormente, a vivência de dor (*Schmerzzerlebnis*). Entretanto, não podemos deixar de considerar que já havia em Freud, uma oposição entre vivência de dor e vivência de satisfação. Sob este ponto de vista, o par de opostos seria repulsa -- ou defesa primária -- e desejo primário. As experiências de satisfação e dor são apenas as experiências que possibilitam a emergência das duas forças psíquicas fundamentais.

Apesar de existir certa relação entre a dor e o desprazer, notamos também que a dor tem um caráter próprio, como uma qualidade diferente da série

prazer/desprazer. Dessa forma, temos que a dor no *Projeto* é diferente do desprezer. Nesse momento, ela estaria relacionada a um fenômeno de ruptura de barreiras que se dá quando uma quantidade excessiva de energia invade os dispositivos de proteção, causando, assim, uma descarga no interior do corpo.

Dor e afeto são coisas diversas, a dor não tem qualidade de afeto, a dor é originária de uma experiência inédita e hostil, já o afeto é aquilo que se dá quando a memória do objeto hostil é reativada em sua ausência, gerando a força da repulsa, que visa desativar a memória do objeto hostil. Assim, dizemos que a dor se configura como violação, supõe a existência de limites (do corpo e do eu) e produz uma descarga interna com efeitos de implosão (PONTALIS, 2005).

Apesar de apontar a oposição vivência de satisfação e vivência de dor, Freud, a partir de 1900, deixa de lado o segundo tipo de vivência, dedicando-se apenas ao que se referia às vivências de satisfação: o sonho como realização de um desejo, os sintomas como conciliação, o princípio de prazer como hegemônico, enfim particularidades da teoria freudiana que só serão revisitadas sob um outro ponto de vista a partir de 1920, com o texto “Além do princípio do prazer”.

Entretanto, não se pode esquecer que o princípio do prazer não é apenas busca de prazer, mas a tendência a buscar prazer e a evitar o desprezer. Toda a teoria do conflito psíquico e das formações do inconsciente como compromisso entre forças opostas mantém a referência a um polo defensivo mobilizado pela evitação do desprezer que estabelece certa relação com a defesa do *Projeto* (1950[1895]/1996).

Pensar nessa oposição entre as forças psíquicas do desejo e a defesa implica trazer para a discussão um dado tardio (FREUD, 1924b/1996), mas de suma importância na obra freudiana, e que se refere ao fato do princípio do prazer perder sua relação estreita com o princípio de constância. A concepção de prazer se complexifica e deixa de estar correlacionada com a diminuição de tensão. O aumento da tensão pode também tornar-se prazeroso, como no caso da excitação sexual, tal como um extremo de prazer pode se tornar doloroso.

Desta forma, se por um lado as vivências de satisfação e de dor seriam opostas, no ponto de vista apresentado aqui elas poderiam até caminhar em proximidade. Ambas fazem parte da base sobre a qual o aparelho se constitui. A vivência de satisfação seria a hipótese que nos permite entender o aparelho como

desejante, já a vivência de dor seria a hipótese que nos leva a defesa primária (FREUD, 1950[1895]/1996).

Freud faz uma associação entre vivência precoce da dor e ação traumática comparada à “passagem de um raio” (Ibidem), que deixa em *psi* certos trilhamentos nos quais a resistência das barreiras de contato é anulada, estabelecendo vias de condução com as existentes em *phi*, a saber, por falta de inibição a pressão para a descarga é constante. A dor, então, é definida como “o mais imperioso (ou imperativo) dos processos” (Ibidem).

Desde 1895, Freud apresenta a emergência da função da comunicação, sendo que o choro passa a ser uma chamada para a mãe, uma vez que se configura como pura descarga, face ao acúmulo de excitação, assumindo uma função secundária e fundamental: que consiste na comunicação, sendo a interpretação desse grito ou choro que viabiliza a ação específica pela mãe e a oferta dos primeiros objetos de satisfação. Por outro lado, se em vez da comunicação ocorrer uma espécie de *mal-entendido*, o próprio grito ou choro da criança se inscreve como traço de vivência de dor.

Nesse ponto, voltamos ao caráter inicial de oposição dialética entre defesa e desejo, que são de caráter contraditório, uma vez que subjazem a teoria do conflito - supõe o conflito psíquico como permanente, ideia essa que será fundamental para a psicanálise, por isso ambos se apresentam como fundamentais para a compreensão da estruturação do aparelho psíquico.

Ambas as experiências, de satisfação e de dor, vão deixar atrás de si a tendência a caminhos compulsivos, uma vez que os investimentos relacionados a essas experiências são muito intensos, eles reativam a memória do objeto ligado às experiências de satisfação. Entretanto, no que se refere à experiência de dor, o psiquismo recua de investir a memória do objeto relacionado à experiência de dor, justamente porque a memória da dor provoca desprazer.

Chamamos a atenção, nesse ponto, para a dimensão dos traços mnésicos que representam objeto de desejo e objeto hostil, em ambos há um aspecto que não é propriedade, ou seja, algo que não é signo, constituindo uma dimensão de inassimilável -- *das Ding* (FREUD, 1950[1895]/1996).

Na vivência mítica de satisfação, o objeto de desejo se faz perdido para sempre, sendo apenas reencontrado parcialmente nos objetos. Quanto à vivência

de dor, ela também se encontra neste umbral dos traços mnésicos, só sendo reproduzida como desprazer.

No *Projeto* (1950[1895]/1996) vimos que Freud vai recorrer ao grito como sendo o representante da dor nos primórdios da vida, caracterizando a percepção do objeto hostil. É o grito que permite intuir que houve uma experiência de dor, agora irrecuperável.

Segundo Birman, ao introduzir o princípio de prazer, Freud cria uma espécie de modulação da dor que seria o desprazer. Na realidade, essa foi uma maneira de Freud pensar em como se pode transformar a dor numa possibilidade de prazer/desprazer, retirando, assim, a dor do registro intransitivo (BIRMAN, 1999a). Portanto, seria no sofrimento que a dor se subjetivaria. Assim, Freud cria uma fórmula para transformar dor em sofrimento (Ibidem), sendo o princípio do prazer, fundamental neste processo, algo que vem de um polo de alteridade, do campo do Outro, representante da pulsão de vida.

3.2 Dor: trilhamentos, impressões e marcas

Podemos afirmar certo deslizamento em Freud quanto ao aparelho psíquico: em 1891[1896] (*As Afasias*) ele se referia a um aparelho de linguagem; em 1950[1895] (*Projeto*) a um aparelho neurônico; e em 1950[1896] (*Carta 52*) a um aparelho de memória; e finalmente um aparelho psíquico em 1900 no capítulo 7 de “A Interpretação dos Sonhos”.

Destacamos no *Projeto* a importância atribuída por Freud ao sistema neurônico que vai se relacionar à memória. Portanto, não se trata de uma memória a qual podemos descrever fenomenologicamente, ela não se equivale à memória estudada pela psicologia. A memória trabalhada por Freud se refere à memória do sistema de neurônios *Psi*, trata-se de uma memória inconsciente, que é pré-condição para a formação do aparato psíquico.

Vale destacar que o aparelho psíquico articula representação e linguagem, implica um aparelho concebido tanto como aparelho de memória quanto como aparelho de linguagem, de forma que sem memória ou sem linguagem não haveria aparelho psíquico.

Freud nos diz que a memória se constrói por traços⁵, sendo que todo traço (*Spur*) vem de uma impressão (*Eindruck*) (FREUD, 1939/1996). Ele ressalta, também, após a “Carta 52” e “A Interpretação dos sonhos”, que memória em psicanálise se refere a uma memória concebida no formato de texto, nesse momento, ele estava se remetendo à linguagem dos sonhos.

Para o estudo psicanalítico da dor, a distinção entre traço e impressão se faz de suma importância, entretanto na obra freudiana essas concepções não se apresentam claramente. Sua importância se deve, sobretudo, ao fato de que se tomarmos a dor como o paradigma do irrepresentável, remetendo-nos à pulsão de morte, temos que supor que ela não deixaria marcas que implicariam um esquema simbólico de representação, mas deixaria impressões de ordem sensorial que se manifestam corporalmente.

Dentro da concepção freudiana, compreendemos a impressão como um momento primário da elaboração mnêmica (GARCIA-ROZA, 2008) sendo anterior à inscrição e posterior à sensação, diferenciando-se do estímulo e da representação. Em “Comunicação Preliminar” (1895[1893]), Freud apresenta a ideia de impressão ligada à noção de trauma psíquico e se refere à histeria ao falar de “impressões de época pré-sexual” (FREUD, 1895[1893]/1996, p. 182). Será somente mais tarde, quando a impressão traumática puder ser representada por uma lembrança, que tal impressão se presentificará como símbolo mnêmico, adquirindo assim valor traumático. Aqui encontramos a teoria freudiana do trauma em dois tempos e toda sua relação com a etiologia da histeria – impressão e acontecimento que a reatualizam (FREUD, 1984b/1996; 1898/1996; 1917a/1996; 1920/1996).

Garcia-Roza ressalta que, inicialmente na obra freudiana, encontramos o termo ‘impressão’ sendo empregado num sentido mais passivo (impressão sensorial), diferente de um sentido mais ativo que notamos caber no termo em trabalhos posteriores (FREUD, 1918[1914]/1996; 1920/1996; 1926[1925]/1996). De toda forma, o que vale destacar é que independente de ser passiva ou ativa, Freud não considera a impressão como algo conservado pela memória, uma vez

⁵ Nestes textos: *La Afasia* (1891); *Projeto de uma Psicologia Científica* (1895); *Carta 52* (1896) e *A interpretação dos sonhos* (1900) abordam-se apenas as primeiras considerações sobre a memória, deixando de lado as ideias referentes ao traço (*Spur*), a memória filogenética e a renegação, introduzidas no texto *Moisés e a religião monoteísta* (1939).

que esta só conserva os traços e as representações. A impressão não se constitui como lembrança, portanto, se não pode ser lembrada, deve ser reconstruída.

A impressão é exterior à linguagem e também ao sentido, dessa maneira, ela não está inserida na cadeia significante, não há ligações entre impressões que formem uma série significante, ela seria mais da ordem de uma marca (*Prägung*) ou de um sinal do que propriamente um significante. Segundo Garcia-Roza, devemos pensar a impressão como estando fora do registro do imaginário, se constituindo “como marca da irrupção do real, como uma forma de presentificação da libido ou, mais adequadamente, da pulsão de morte” (GARCIA-ROZA, 2008, p. 55).

A questão que se coloca é a seguinte: se a impressão é uma marca e não uma representação, em que lugar essa marca se faz? Se seguirmos o conceito de pulsão, como uma exigência de trabalho feita à mente, podemos compreender também as impressões como uma exigência ao psíquico, a saber, uma exigência ao aparato mnêmico de elaborar as impressões que são compreendidas apenas como afecções psíquicas.

Outra possibilidade quanto à impressão seria ela ter ficado registrada na memória, mas não como traço ou representação e, desta forma, seria independente do tanto do recalque quanto do imaginário. Trata-se de algo que não foi inscrito, mas que permaneceu no inconsciente “como pura intensidade, memória da pura impressão e não do traço que a representa” (Ibidem).

Em “Inibições, sintomas e angústia” (1926), Freud toma o nascimento como sendo o protótipo de uma situação de perigo, mas adverte que o recém-nascido não disporia de uma representação dessa experiência, como a teoria de Rank poderia supor. O que caracterizaria a vivência de angústia são expressões corporais (batimentos cardíacos e respiração alterados) e não representações de ordem psíquica. Assim, o que se faz repetir em estados de angústia são manifestações corporais e não percepções da situação traumática inicial, o que significa dizer que não há traço mnêmico, só há pura intensidade sem qualquer conteúdo.

A esse esquema angústia-impressão adicionamos a dor, que também se apresenta como uma descarga de pura intensidade sem representação. O que parece estar em jogo na dor é algo da ordem da percepção de uma impressão: uma experiência que deixa atrás de si *facilitações* que evitam percorrer novamente

aquele caminho, deixando assim, impressões que não se transformam em marcas psíquicas, ou seja, não se inscrevem nem se fazem representar.

Na “Carta 52” (1950[1896]), Freud associa as *impressões* aos signos de percepção, que nada mais seriam que os signos não ligados. Já os *traços* ele associa às inscrições dos signos de percepção no inconsciente, formando assim, um sistema de traços ligados. Dessa forma, chegamos ao problema da oposição entre percepção e memória, e de sua impossibilidade de serem atribuídos a um mesmo sistema, justamente por apresentarem diferentes tessituras. Enquanto a memória impõe pensar em modificações permanentes como consequência da experiência, a percepção supõe uma superfície que se mantenha sempre fresca para apreender a novidade. Essa argumentação de Breuer foi sustentada por Freud ao longo de toda sua obra.

Para seguir a discussão faz-se necessário trabalhar o termo *traço* (*Spur*), para assim diferenciá-lo da *impressão*. No que se refere ao traço, podemos dizer que ele se relaciona à impressão, uma vez que é por meio dele que a impressão mantém seus efeitos. Sobre o traço, Garcia-Roza comenta que “diferentemente da impressão, ele supõe uma *inscrição*, sendo que o conjunto das inscrições forma um sistema de signos” (GARCIA-ROZA, 2008, p. 58).

Numa tentativa de distinguir melhor os dois termos, Garcia-Roza chama a atenção para o fato de Freud utilizar o termo *traço* para designar o material mnêmico, enquanto utiliza o termo *impressão* para se referir à descrição da gênese do aparelho psíquico. O traço vai se constituir fundamentalmente por conta de dois fatores: intensidade da impressão e repetição.

Para explicar a repetição neste contexto, recorremos a Derrida, que afirma que “a repetição não sobrevém à primeira impressão, a sua possibilidade já está ali, na resistência pela primeira vez oferecida pelos neurônios Ψ ” (DERRIDA, 1971, p. 186-7). É justamente neste cenário de intensidade da impressão que se instaura pela primeira vez a repetição, sendo a super facilitação inicial que cria a repetição, e não a inibição colateral do Eu, que apenas a modifica. Nesse sentido, segundo Derrida, a repetição vai reeditar sempre a mesma impressão.

Tanto no *Projeto* quanto na “Carta 52”, Freud vai traçando um percurso no qual insere palavras como *signo*, *inscrição* e *transcrição*, sugerindo que o traço é pensado como uma forma de escrita.

Sabemos que as experiências infantis constituem traços que não são apagados, eles são representados pelas inscrições e transcrições que permeiam o aparelho psíquico. Assim, tanto as facilitações têm um papel metafórico, como também os signos (*Zeichen*), a inscrição (*Niederschrift*) e a transcrição (*Umschrift*), apontamentos teóricos já presentes na “Carta 52”, também os tem.

Os traços vão representar os caminhos pulsionais que orientam a repetição, portanto, “os traços mnêmicos da infância são o fundamento da topografia de uma máquina, que é pura ficção teórica, e sua atuação só pode ser pensada correlativamente ao recalque originário (*Urverdrängung*)” (RUDGE, 2006, p. 87). Podemos entender esses traços como sendo da ordem do irrecuperável pela memória, mas, é justamente o que foi perdido pela memória que mais tarde virá irromper como aquilo que governará ações e determinará escolhas e preferências.

Tal como a noção de *escritura* começa a se delinear na “Carta 52”, assim também ocorre com a ideia de *texto psíquico* em “A Interpretação dos sonhos” (1900), sendo este texto comparado aos hieróglifos egípcios a serem decifrados.

O texto psíquico é constituído por imagens e não por palavras, contudo, não deixa de ser estruturado como uma linguagem. Os sonhos possuem uma lógica própria e se constituem como uma escritura psíquica pictográfica, traduzida em imagens, como os hieróglifos. Eles seguem as antigas facilitações (FREUD, 1950[1895]/1996), porém os sonhos repetem diferencialmente, não se trata de uma repetição do idêntico.

Dessa forma, podemos observar que o sonho apresenta, dentre suas características, uma que se faz particularmente interessante para esta pesquisa, que seria o endereçamento ao outro, logo ele comporta a ideia de *alteridade*. Apoiados em Garcia-Roza podemos dizer que o “sonho não se esgota em si mesmo, mas que se dirige ao outro, destinatário-intérprete, numa relação da qual resultará o seu sentido” (GARCIA-ROZA, 2008, p. 66). Assim, o sonho é considerado um texto justamente porque faz *apelo* à fala tanto do sonhador quanto do ouvinte, configurando-se como uma mensagem endereçada ao Outro, mensagem esta dirigida à Ordem Simbólica (GARCIA-ROZA, 2008). Com isso, notamos a natureza de inscrição simbólica apresentada num texto, diferentemente do que descrevemos acima como sendo a natureza da impressão.

Sobre isso, Birman afirma que a *temporalidade* (BIRMAN, 2009d) se configura como aquilo que viabiliza os processos de simbolização no sonho,

permitindo a inscrição do mesmo no registro da *representação-coisa* (FREUD, 1900/1996). Já a *espacialidade* (BIRMAN, 2009d), dimensão da percepção, viabiliza a produção de imagens no registro da apresentação ou da apresentação (*Darstellung*).

Dito isso, podemos aproximar os *trilhamentos* a que Freud se referiu ao falar da vivência de dor (*Projeto*, (1950[1895])) a isto que chamamos até aqui de *impressão*. Nesse aspecto, estaríamos associando dor à impressão sem representação. A dor seria, então, uma impressão que se manifesta no corpo, sem passar pela via simbólica, ideia essa que servirá de base para a construção teórica da dor como uma inibição ou/e como uma angústia, afastada, portanto do campo simbólico do sintoma psicanalítico. Seria relacionada não à vivência de dor, tal como postulada por Freud, mas ao afeto liberado pelos neurônios secretores, sem que a inibição do Eu tenha conseguido inibir seu investimento, reduzindo o afeto a um mero sinal.

3.3 Dor e seu caráter de inassimilável

Se associarmos a experiência de dor ao registro de uma impressão sem representação, somos, com isso, convocados a pensar sobre certo impasse que se refere a tal experiência e que nos foi apresentado desde o *Projeto*. Impasse esse que surge ao tentarmos definir a qualidade da dor: seu caráter de inassimilável.

A dor não possui qualidade própria, sua especificidade se encontra no fato de estar fora do espaço representacional, manifestando-se como pura intensidade. É justamente por não apresentar qualidade nem propriedade que ela pode ser evocada pelo desprazer, que se constitui como um atributo da dor. Nos baseamos aqui no entendimento, já desde o *Projeto* (1950[1895]), de que a dor, por conta de sua intensidade, não constituiria marca no psiquismo, só podendo vir a se apresentar sob a forma de desprazer, maneira pela qual se pode tentar colocar em palavras a sensação provocada quando se trata de dor.

Vale ressaltar que estamos apontando a experiência de dor do *Projeto* como um evento, experiência essa que não pode dar conta de dores como a fibromialgia, por exemplo, caracterizada por ser sem qualquer causa aparente. Diferentemente, a dor na experiência de dor freudiana apresenta uma causa.

Feita essa ressalva, voltemos à impressão, que só pode ser uma consequência ou resíduo da experiência de dor, que ao se repetir, não será mais dor, mas afeto, causado pela reativação da memória (ou impressão).

O grito, como foi dito no *Projeto*, é inserido neste limite - entre excluído e representado - em que se inscreve uma impressão, mas mantém-se, ao mesmo tempo, uma expressão de dor desarticulada da fala, excluída do sistema de signos. Nesse sentido, podemos dizer que o grito no *Projeto* é um prenúncio da fala, marca o objeto hostil com tal qualidade.

A leitura do *Projeto* nos permite agora apresentar a dor como sendo algo que escapa à representação e nos remete a *das Ding*, de forma que prazer e desprazer (aquilo que posteriormente permitirá o desenvolvimento do princípio de prazer) se referem às sensações que ocorrem dentro do aparelho psíquico, apresentando leis que regem as representações. A dor, por sua vez, como algo não representado e sem qualidade, pode proporcionar desprazer, mas o desprazer por si só não causa a dor.

A experiência da dor é tomada, desde 1895, como um paradigma dos limites do interpretável, tal como dos limites do *entendimento* entre dois, como índice da castração que separa o eu e o outro, mas que também permite a constituição do sujeito como diferença face ao desejo do outro.

Portanto, dependendo da intensidade e da capacidade do Eu em fornecer sentidos é que a dor permanecerá como uma vivência traumática ou poderá ser subjetivada como sendo o mais particular de si mesmo. De uma forma geral, podemos afirmar que o que está em jogo é a capacidade de promover ligações psíquicas, ideia que melhor compreenderemos após 1920.

3.4 Dor e Melancolia: possíveis interlocuções

Todo o caminho percorrido até aqui nos aponta para a ausência de representação e o aspecto de inassimilável da dor crônica, ideias essas que nos remetem à pulsão de morte, conceito que será trabalhado no próximo capítulo. Porém, o que poderia impedir a representação? Acreditamos que uma perda significativa, no registro real ou ideal, vivenciada como um evento traumático poderia se constituir como um fator a ser considerado.

Seguindo o percurso freudiano, inserimos na discussão um texto contemporâneo ao *Projeto* (1950[1895]) e que complementa algumas ideias expostas por Freud sobre a dor, a saber, o “Rascunho G” (1895a/1996), no qual ele discute algumas referências à melancolia. Contudo, vamos nos apoiar no modelo da melancolia, tal como Freud nos apresentou em 1917 e em 1895a, para melhor acessar os mecanismos da dor.

Enquanto no *Projeto* Freud nos fornece uma explicação econômica para a dor, relacionando-a a um excesso de excitação que invade o sistema *psi*, gerando aumento de tensão e descarga no interior do corpo; no “Rascunho G” o autor vai mencionar o excesso de excitação relacionando-o à melancolia e, para tal, ele utiliza expressões como “ferida”, “furo no psiquismo” e “hemorragia interna”, chamando a atenção para “um *buraco*, não uma *lacuna*, para um *transbordamento*, não uma *falta*” (PONTALIS, 2005, p. 268, grifos do autor) e, mais ainda, para um esvaziamento do erotismo, uma perda de libido.

Seguindo a leitura de Pontalis sobre o *Rascunho*, destacamos que esse furo ao qual Freud se refere diz respeito a um excesso em relação à excitação. Citemos Pontalis: “o cheio demais cria um vazio. Esse demais que encontramos na expressão comum da queixa monótona de todo corpo que sofre: ‘Meu Deus, isso dói *demais*’” (Ibidem, grifos do autor).

Ao descrever a situação na qual uma grande perda de quantidade de excitação pode ocasionar uma retração para dentro na esfera psíquica, a saber, uma espécie de implosão com efeito de sucção sobre a excitação, deparamos-nos com uma função exercida pelos neurônios, qual seja, a de desfazer-se de sua excitação. É como se o psiquismo tivesse que ceder diante dessa situação, o que acaba por gerar dor.

Segundo Freud, desfazer-se de associações é sempre doloroso, o efeito é um empobrecimento da excitação, como se ela escapasse por meio de um buraco, numa espécie de *hemorragia interna*. Sabemos que Freud vai relacionar “a melancolia a um luto por perda da libido” (FREUD, 1895a/1996, p. 247), podendo se valer desta afirmação para descrever os efeitos da melancolia que muito se parecem com aspectos da dor. São eles: “inibição psíquica, com empobrecimento pulsional e o respectivo sofrimento” (FREUD, 1895a/1996: 252).

Se pensarmos o afeto normal do luto como sendo o afeto da dor, entendemos a mesma como um processo pelo qual o sujeito atravessa ao sofrer

uma perda objetal. No que se refere à melancolia, sabemos que também está em jogo uma perda objetal, entretanto o que se configura é uma espécie de luto “cronificado” com certa suspensão do interesse pelo mundo externo. Parece ser isso o que Freud nos sugere: pela via do luto, compreender, por analogia, a melancolia e sua dimensão enigmática. Em última instância, trata-se de compreender quais destinos psíquicos serão dados à dor provocada pela perda, tal como o que representa a experiência trágica da dor para o sujeito. Assim, a dimensão da dor acaba por impedir que se realize um trabalho psíquico de elaboração da perda.

É em “Luto e melancolia” (1917[1915]) que Freud aborda certa articulação entre dor e luto, ao “chamar a disposição para o luto de dolorosa” (FREUD, 1917[1915]/1996, p. 250), ressaltando que estaremos mais próximos dessa relação quando formos dotados de melhores condições para caracterizar a economia da dor. À disposição dolorosa pode ser atribuído o fato de estar em jogo nessa perda o abandono de uma posição libidinal. Todavia, é neste ensaio que a dor começa a se configurar como psíquica, justamente por se tratar de uma perda, seja ela real ou ideal.

Neste texto, Freud atesta que as mesmas condições se impõem para os que atravessam o luto e para aqueles que ficam na melancolia, tais como influências ambientais e reação frente à perda de um ente querido ou de um ideal. Destaca que a diferença se dá em algumas pessoas, dotadas de certa *disposição patológica*, nas quais as mesmas influências culminam em melancolia e não em luto (FREUD, 1917[1915]/1996).

O estado de luto é uma atitude normal e necessária que será naturalmente interrompida após determinado período de tempo; já na melancolia, isso não ocorre. Algumas características, tais como: desânimo profundo, falta de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição das atividades, diminuição de sentimentos de estima de si que leva a auto-recriminações e autopunições se destacam quando se trata de melancolia. Características essas encontradas também no estado de luto, à exceção da perturbação da estima de si. Contudo, o que vai distinguir o luto da melancolia é uma fixação narcísica que constitui a disposição à tal mal-estar.

O quadro descrito acima muito se aproxima daquilo que encontramos nos casos clínicos que narram dores crônicas no corpo, sobretudo a falta de vitalidade

e o desinteresse pelo mundo externo. A perturbação da própria estima aparece como fator secundário, justamente devido à impossibilidade vislumbrada por esses pacientes em obter uma vida produtiva, levando-os a sentirem-se frágeis e com a sensação de estarem fora do movimento da vida. Nesse sentido, identificamos a *inibição* (FREUD, 1926[1925]/1996) de algumas funções do Eu, justamente pela retirada de libido dos objetos externos e pela desarticulação em relação à vida de uma forma geral, mostrando a fragilidade do laço social.

O que cronifica efetivamente a dor da perda é uma espécie de luto impossível, que significaria, depois de certo tempo, retirar a libido do objeto perdido investindo-a em novos objetos. Não é o tamanho da perda que vai determinar a melancolia, mas a disposição à regressão narcísica.

Na melancolia, está em jogo uma perda de libido que produz inibição psíquica, empobrecimento pulsional e dor, de forma que o que foi perdido é próprio eu do sujeito, identificado com o objeto perdido. Trata-se, portanto, de uma perda de natureza mais ideal, a saber, uma perda de um lugar que se refere tanto ao objeto quanto ao sujeito em relação ao objeto, ou seja, há necessidade de abandonar uma posição libidinal (FREUD, 1917[1915]/1996), dimensão mais inconsciente da perda que é representada pela inibição melancólica, o que não identificamos no processo de luto.

Foi para pensar na relação do sujeito com a morte que Freud teorizou o trabalho do luto, sendo este um imperativo para que a subjetividade sobreviva a uma perda e para que o sujeito não se paralise na melancolia, patologia na qual se enterra estando ainda vivo (BIRMAN, 1999a). Segundo Birman, “a dor provocada pela perda absoluta é tão devastadora que é preciso esboçar sobrevivências e reminiscências possíveis do morto no mundo dos espíritos” (BIRMAN, 1999a, p. 140).

Em relação ao luto, observamos três momentos neste processo (FREUD, 1917[1915]/1996): a *incorporação* do objeto perdido (inserir no próprio corpo o objeto perdido, para assim se transformar no morto e mantê-lo como uma parte presente em si mesmo), a *introjeção* do mesmo (deslocamento para o plano das imagens, para assim reter algo do objeto) e, por fim, a *identificação* com um traço simbólico do objeto, traço esse que se configura por meio da experiência singular constituída entre o sujeito e objeto perdido. Somente após esse processo, podemos

deixar de ser/ter o objeto para conservarmos um traço dele a partir da identificação, dessa forma o trabalho de luto é concluído.

Nesse sentido, a identificação pressupõe o “enterro do morto”, simbolicamente falando e, para que isso se efetue, é preciso atravessar um acerto de contas com o morto, processo no qual nossas faltas e culpas em relação ao objeto perdido vêm à tona (BIRMAN, 2009c).

O eu, então, é composto por vários resíduos simbólicos de perdas, uma espécie de *cemitério de objetos perdidos*, uma vez que é por meio de identificações com traços de objetos perdidos que ele se constitui (FREUD, 1917[1915]/1996).

Podemos dizer que o empobrecimento do eu na melancolia se relaciona à dificuldade em perder e enterrar o objeto, alocando-o nos registros da incorporação e da introjeção. Assim, o sujeito que sofreu a perda, ao não aceitá-la, passa a viver no universo do objeto perdido (“a sombra do objeto recai sobre o eu”) (Ibidem). Essa introjeção do objeto -- uma forma regredida de identificação com o objeto – implica condições de modificações no eu, que é devorado pelo objeto, ficando então, empobrecido.

Talvez encontremos aqui a explicação para um autoalvitamento tão intenso na melancolia, uma vez que o melancólico, ao acusar o objeto de lhe ter abandonado, acaba se autoacusando. Ocorre, assim, um estado de permanente fantasia em torno do sofrimento psíquico, que permite a satisfação dos impulsos de ódio em relação ao objeto/eu.

Não podemos deixar de apontar outra importante articulação que o próprio Freud destacou posteriormente ao dizer que a melancolia era “pura cultura de pulsão de morte”, referindo-se à ação pulsional no *supereu* em “O Eu e o Isso” (1923a). É justamente depois de 1923, com a construção da instância do supereu, que podemos melhor compreender a melancolia, uma vez que encontramos um supereu excessivamente forte e apoiado pela consciência, dirigindo sua ira contra o eu do melancólico. A severidade dessa instância se manifesta na melancolia nos seguintes aspectos: culpabilização, ideias de ruínas e sensação de inutilidade e pequenez, tal como expectativa delirante de punição.

Contudo, apesar de estar em jogo uma dor que é psíquica, identificamos que na melancolia não existe espaço para a angústia, uma vez que é construída uma espécie de cola entre o eu e o objeto perdido, não permitindo, assim, o

desligamento entre a representação (objeto) e o afeto vinculado ao objeto. Nesse sentido, não se pode investir em outros objetos para se obter uma experiência de satisfação. O melancólico, identificado ao objeto perdido, é inserido num circuito em que os afetos e seus desdobramentos parecem não estar em cena.

A perda sofrida na melancolia não apresenta condições de ser elaborada, fixando uma ferida aberta que acaba por atrair para si toda a energia de investimento, esvaziando o eu até seu empobrecimento total. Como consequência, essa ferida aberta deixa o eu indisponível: inibições das funções do eu, abolição do desejo e impossibilidade de investir em amor e objetos do mundo. Com tudo isso em jogo, o eu torna-se *nadificado*.

O empobrecimento do eu, a diminuição de estima de si e a autorecriminação que se manifestam na melancolia, de certa forma também são encontrados nos casos clínicos de dor física crônica, sobretudo, no tom de desespero. A própria dor acaba despertando no sujeito uma grave culpa em relação ao estado de paralisação gerado na sua vida. Surge então uma espécie de “retirada da vida”, certa acomodação no discurso e a certeza de que não se tem saída. A dor passa a dominar a cena analítica, manifestando-se como uma espécie de punição merecida.

A relação que podemos estabelecer entre a melancolia e a dor física crônica nos permite também avançar um passo no que se refere à condição de fechamento narcísico que se opera nesses casos. Nos melancólicos, observamos que ocorre a retirada da libido do objeto perdido, porém tal libido não é reinvestida, o que ocorre é um recolhimento da mesma, que se dirige para o próprio eu, indicando, assim, o fracasso da passagem para o regime objetal. Com isso, o luto e a separação necessários não são plenamente alcançados.

Tanto nos casos de dor crônica quanto na melancolia, notamos esse aspecto do voltar para si próprio, que pode ser melhor compreendido pela expressão do alemão usada por Freud, *Selbst*, a saber, *auto* (autocentramento e autoreferência). Notamos assim, uma dimensão essencialmente narcísica em jogo e um longo distanciamento da dimensão alteritária.

Certamente tal observação nos traz implicações que merecem ser elaboradas e revisitadas, sobretudo no referencial clínico, portanto, seguiremos relacionando esse fechamento narcísico – típico da melancolia e da dor física crônica -- à dinâmica hipocondríaca (tal como trabalhada por Freud em “Sobre o

narcisismo: uma introdução” de 1914b), para fomentar a discussão sobre a problemática da alteridade nos casos de dor crônica.

3.5 Dor física, Hipocondria e a Problemática da Alteridade

“Mistério e fragilidade do corpo, doença e morte,
são os aspectos da hipocondria humana
que nos tomam, a todos, pelas entranhas...”

Henry Ey

A manifestação de uma dor sem qualquer tipo de causa orgânica nos sugere, inicialmente, dois caminhos: uma queixa histérica ou uma hipocondria. Entretanto, vimos que, apesar de identificar a presença de dores e manifestações somáticas na histeria (FREUD, 1893a/1996; 1893b/1996; 1894b/1996), trata-se uma anatomia fantasmática, o que justificaria a falta de interesse do histérico pela descrição das dores e das afecções do corpo, de forma que as manifestações corporais constituem apenas um fenômeno concomitante.

A aproximação entre dor crônica e hipocondria, por sua vez nos parece bastante viável, porém notamos que a construção teórica da psicanálise pouco contribuiu para o desenvolvimento teórico da hipocondria, sobretudo o próprio Freud que nos forneceu apenas percepções fragmentadas, sendo a maior contribuição a caracterização da hipocondria como uma neurose atual da psicose (FREUD, 1895[1894]/1996; 1914b/1996). Assim, uma análise aproximativa entre dor crônica e hipocondria não nos conduziria a um terreno tão proveitoso.

Cientes disso, utilizaremos a concepção de hipocondria, segundo o viés psicanalítico, apenas como indicador da precariedade da alteridade: ponto esse que também se destaca na problemática da dor crônica e que se apresenta como um impasse no âmbito da clínica.

Sabemos que Freud vai opor as neuroses de transferência às neuroses atuais (FREUD, 1895[1894]/1996) justamente pelo ponto diferencial da representabilidade que se apresenta nas neuroses de transferência. Nesse sentido, o princípio de toda neurose seria caracterizado por uma desregulação do campo das intensidades, campo esse que passa a ser regulado pela construção de uma

psiconeurose – que nada mais é do que uma tentativa do aparelho psíquico em dominar as intensidades.

Podemos considerar na neurose dois momentos responsáveis por tentar regular as intensidades: um econômico (o da neurose atual) e outro interpretativo (o da psiconeurose). Uma situação na qual não se pode sustentar a experiência do desejo seria o momento propício para que ocorra a desregulação das intensidades, sendo a interpretação uma forma de regular o excesso intensivo, que fornece um destino ao excesso, viabilizando a produção sintomática (produção semântica).

O impasse que se delinea é na transformação da excitação sexual em circuito pulsional, a saber, transformar as intensidades em produções sintomáticas. Nesse âmbito, as neuroses atuais seriam causadas por uma disfunção libidinal diante a qual o psiquismo não inscreveria a excitabilidade sexual numa cadeia simbólica, realizando a descarga desse excesso no corpo (Ibidem).

Em termos metapsicológicos, sabemos que viabilizar a passagem da pulsão como exigência de trabalho para sua ligação com o objeto, é preciso que uma conjunção se dê. A pulsão como exigência de trabalho se localiza no plano da economia psíquica (FREUD, 1915a/1996), já a ligação da força pulsional aos objetos resulta em um circuito pulsional no qual as intensidades foram capturadas pelos *representantes representação* (FREUD, 1915c/1996). A pulsão, quando não entra no circuito pulsional, é traumática, não há angústia sinal (FREUD, 1926/1996) em jogo. A condição de possibilidade para que o recalque se dê é a ligação da força da pulsão com representações que viabilizam uma experiência de satisfação.

É a partir dessa diferenciação entre neurose atual e neurose de transferência que aproximamos as formas de perturbação contemporâneas, tais como a dor crônica, às neuroses atuais, sobretudo pela ausência de produção sintomática – e ausência de produção simbólica. De toda forma, é importante ressaltar que não se trata de igualar as patologias contemporâneas às neuroses atuais, mas sim de esclarecer semelhanças, uma vez que metapsicologicamente e, clinicamente falando, trata-se de coisas bastante similares.

O adjetivo “atual” da neurose atual pode ser considerado conforme um duplo aspecto: a partir do desencadear da patologia no momento presente, e atualizar no sentido de encontrar uma expressão pela via somática, sem tomar caminhos que levariam a uma produção sintomática. Assim, estaria em jogo

apenas a *atualidade* de uma experiência somática e não uma *atualização* de algo historicamente determinado e sujeito a sobredeterminações inconscientes (PERRIER, 1993).

Sobre isso, Pontalis vai dizer que Freud invoca a neurose atual para falar de uma “carência de elaboração psíquica” (PONTALIS, 1991, p. 23), na qual não se presentifica nenhum jogo de simbolização, demonstrando uma prevalência do registro econômico que evidencia menos conflito psíquico e mais tensão.

Podemos dizer, então, que as neuroses atuais seriam formas do adoecer psíquico dificilmente analisáveis, um verdadeiro desafio clínico, pois nelas seria necessário o trabalho de ligação dos representantes, no qual vale ressaltar a força e o papel da pulsão de vida na tentativa de promover ligações psíquicas que conduziriam às psiconeuroses.

Tomando a hipocondria como uma neurose atual, tal como Freud anunciou, notamos certa fragilidade na via de elaboração psíquica, proporcionando um desvio da sobrecarga de excitação somática para outros canais, que não são psíquicos, fornecendo outras possibilidades de descarga. Constitui-se assim, uma condição de impedimento de falar, de amar, de se relacionar, de viver, de uma maneira tal que as questões do sujeito se tornam desinvestidas.

Sabemos que a hipocondria pode ser compreendida como uma organização psicopatológica que coloca em questão as relações entre o psíquico e o somático, e que foi definida por Freud como a manifestação de angústia própria à psicose. Sobre isso Freud afirma que:

Podemos suspeitar que a relação da hipocondria com a parafrenia é semelhante à das outras neuroses ‘reais’ com a histeria e a neurose obsessiva: podemos desconfiar, vale dizer, que ela está na dependência da libido do ego, assim como as outras estão na da libido objetal, e que a ansiedade hipocondríaca é a contrapartida, enquanto provém da libido do ego, da ansiedade neurótica. (FREUD, 1914b/1996, p. 91)

Contudo, a *queixa somática* é o que há de mais típico na hipocondria, independente de seu estado nosográfico (FERNANDES, 1999). Conforme nos disse Freud:

A hipocondria, da mesma forma que a doença orgânica, manifesta-se em sensações corpóreas aflitivas e penosas, tendo sobre a distribuição da libido o

mesmo efeito que a doença orgânica. O hipocondríaco retira tanto o interesse quanto a libido — a segunda de forma especialmente acentuada — dos objetos do mundo externo, concentrando ambos no órgão que lhe prende a atenção. Torna-se agora evidente uma diferença entre a hipocondria e a doença orgânica: na segunda, as sensações aflitivas baseiam-se em mudanças demonstráveis [orgânicas]; na primeira, isso não ocorre. Mas estaria inteiramente de acordo com nossa concepção geral dos processos de neurose, se resolvêssemos dizer que a hipocondria deve estar certa: deve-se supor que as modificações orgânicas também estão presentes nela certa: deve-se supor que as modificações orgânicas também estão presentes nela. (FREUD, 1914b/1996, p. 90)

As dores crônicas que estamos tentando cercar também não possuem mudanças orgânicas demonstráveis, o que sugere que possam ser, algumas vezes, de cunho hipocondríaco. Contudo, as indicações de Freud sobre a hipocondria não são muito claras, desfavorecendo qualquer tipo de aproximação mais definitiva.

O psicanalista François Perrier descreve a hipocondria como um recurso que resta a determinados sujeitos que não carregam o status de serem loucos mas que seguramente são estruturalmente psicóticos (PERRIER, 1993). Assim, ele se refere a um paciente e seu mecanismo de defesa hipocondríaco da seguinte forma:

(...) é alienando-se em sua mãe que o sujeito ameaçado de psicose procura salvar seu próprio ser, introjetando-o em uma somatização de sua angústia. A esse título, não é senão enquanto sofre, é somente enquanto existe na identificação do órgão doente a ele mesmo. Em outros termos, não é mais uma criança submetida ao supereu materno. Ele é este supereu em relação à criança falso que introjeta. (PERRIER, 1993, p. 242).

Semelhante em alguns aspectos à melancolia da medicina antiga, a hipocondria foi também aproximada à neurastenia, à histeria e ao delírio, sobretudo no século XIX. No entanto, atualmente podemos dizer que ela encontra-se reduzida a uma queixa, sendo o doente hipocondríaco conhecido como um doente *funcional* (FERNANDES, 1999).

Segundo Guedeney e Weisbrot “a originalidade da hipocondria consiste em aliar um sofrimento da alma, feito de uma ‘tristeza e de um temor duráveis’ que, segundo o aforismo de Hipócrates, marca a melancolia a uma dor física específica situada no hipocôndrico” (GUEDENEY e WEISBROT, 2002, p. 34). Essa pontuação nos permite situar a hipocondria no terreno do dualismo corporeamente, tal como abre espaço para nos questionar se a queixa do hipocondríaco não poderia se sobrepor ou mesmo se confundir com a da melancolia.

Ao situar a hipocondria como uma neurose atual, Freud chama a atenção para o caráter *atual* de uma experiência somática real ou suposta, diferentemente do que ocorre nas psiconeuroses, nas quais o sintoma se forma a partir de uma perturbação na economia libidinal, estando em jogo a atualização de uma questão *historicamente* determinada. Portanto, por se tratar de um fato contemporâneo, a localização da hipocondria como uma neurose atual implica considerá-la diferente da histeria de conversão e da melancolia.

Sabemos que diversos impasses também se apresentam uma vez que tratamos de uma psicopatologia sem indícios orgânicos ou símbolos criados pelo próprio sujeito. Assim, diante de um enigma sem lesão orgânica que explique sua dor, o sujeito permanece por vezes incrédulo e desamparado, sem qualquer interação com a alteridade.

No texto “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914b/1996) Freud nos fala da hipocondria baseado na sua teoria da libido, que opõe a libido do eu (angústia hipocondríaca) à libido objetal (angústia neurótica). Essa oposição entre duas libidos nos permite falar de uma retirada da libido do mundo externo e uma consequente regressão da libido para o Eu, identificando nessa regressão uma atitude narcísica.

O retorno da libido para o próprio Eu justificaria o apego hipocondríaco pela função orgânica que o preocupa. Contudo, a teoria da libido e sua relação com a hipocondria nos permite supor que um mínimo de investimento voltado para o próprio Eu é necessário em toda organização psíquica, indicando que a hipocondria pode ser compreendida para além dos sintomas hipocondríacos, como Freud diz ocorrer em qualquer doença orgânica ou mesmo numa dor de dente.

A teoria da libido sustentada em 1914 nos permite compreender a analogia entre os que sofrem de doença orgânica e os hipocondríacos no que se refere ao esvaziamento libidinal do mundo externo. Os atormentados pela dor e pelo mal-estar orgânico deixam de prestar atenção nos objetos do mundo externo, ocorre uma retirada libidinal dos objetos e um retorno libidinal para o próprio eu, de forma que “enquanto sofre, deixa de amar” (FREUD, 1914b/1996, p. 89).

Assim, ao analisar a hipocondria nos deparamos com a teoria da libido e suas implicações desde o momento autoerótico até o narcisismo, contudo, foi baseando-se também na observação sobre o investimento no corpo do hipocondríaco que Freud vai constituir o modelo do retorno da libido para o Eu,

identificando a hipocondria como uma modificação da *erogeneidade* de certos órgãos, que corresponde à modificação do investimento da libido no Eu (FREUD, 1914b/1996).

Em termos da teoria libidinal, podemos dizer que em 1914 tanto a libido quanto o interesse das pulsões de autoconservação se confundem, o que significa que não há *conflito* estabelecido entre elas, somente um mal-estar que resulta da falta de investimento nos objetos e no mundo. Assim, o corpo acaba por assumir o lugar do mundo externo como objeto maciço de investimento, viabilizando assim a hipersensibilidade do órgão que manifesta a dor. O hipocondríaco se apresenta, por vezes, como um paranoico, com a ressalva de que são os órgãos internos que representam de um perseguidor que é interno.

Vale destacar que, com essa aproximação entre hipocondria e dor crônica, não pretendemos tratar a dor como uma experiência exclusiva do campo da psicose, ao contrário, trabalhamos a dor, até o momento, como um fenômeno relacionado a uma perda não elaborada, podendo a mesma se manifestar em diferentes estruturas como um apontamento singular, e tendo diferentes dinâmicas em diferentes pacientes.

Diante de uma série de questões que se colocam no contexto eminentemente clínico, ressaltamos a hipocondria, justamente por transitar entre a psicose e a neurose, entre o psíquico e o somático, entre o normal e o patológico, permitindo-nos, pensar nos questionamentos tão contemporâneos sobre o corpo e os impasses da representação.

Sabemos que, nos primórdios da vida, são as sensações corporais que ocupam o primeiro plano fazendo surgir demandas do bebê que são transformadas em apelo e apaziguadas pelo investimento e pelo cuidado do Outro. É, então, com a teoria da libido que podemos pensar a conservação do corpo e a promoção da sexualidade, tal como observamos a importância da alteridade como eixo constitutivo da subjetividade já desde a origem do investimento libidinal do corpo.

Portanto, em psicanálise o sujeito é atravessado pela alteridade, sendo sua marca constitutiva o entrelaçamento entre o Outro e o corpo pulsional, assim a alteridade é aquilo que surge num acontecimento inaugural entre o si e o outro.

A especificidade da abordagem psicanalítica do corpo vai conceder uma posição fundamental à alteridade (FREUD, 1950[1895]/1996]; 1915a/1996; 1926/1996) justamente pela articulação que realiza entre necessidade e demanda.

Em 1926, no texto “Inibições, sintomas e angústia” Freud marcar mais uma vez a importância da alteridade ao dizer que a angústia sentida pela criança na ausência da mãe é algo bastante complexo, aproximando-se até mesmo de uma experiência de dor. Sobre isso, ele diz que:

Que ela tem angústia não resta a menor dúvida, mas a expressão de seu rosto e sua reação de chorar indicam que ela está também sentindo dor. Nela parecem estar reunidas certas coisas que depois serão separadas. Ela não pode ainda distinguir entre ausência temporária e perda permanente. Logo que perde a mãe de vista comporta-se como se nunca mais fosse vê-la novamente; e repetidas experiências consoladoras, ao contrário, são necessárias antes que ela aprenda que o desaparecimento da mãe é, em geral, seguido pelo seu reaparecimento. A mãe encoraja esse conhecimento, que é tão vital para a criança, fazendo aquela brincadeira tão conhecida de esconder o rosto com as mãos e depois, para sua alegria, de descobri-lo de novo. Nessas circunstâncias a criança pode, por assim dizer, sentir anseio desacompanhado de desespero. Em consequência da incompreensão dos fatos pela criança, a situação de sentir falta da mãe não é uma situação de perigo mas uma situação traumática. (FREUD, 1926/1996, p. 164-165).

Assim, Freud considera que a dialética presença/ausência do Outro pode ser fonte de dor, seja psíquica ou somática. Portanto, ao ser afetado pela ausência, o corpo, que é erógeno, dói.

Conforme já destacamos, a dor, assim como a hipocondria, apresenta-se como uma experiência marcadamente solipsista, na qual a subjetividade se fecha sobre si própria, não permitindo espaço para a alteridade em seu mal-estar (BIRMAN, 2001b; 2003a; 2009d). O caráter de insistência da dor crônica acaba por ocupar grande parte do cenário do sujeito, esvaziando radicalmente as demais experiências da vida afetiva ou social. É dessa forma, que a dor interfere na economia psíquica do sujeito. Nesse esquema, uma espécie de passividade masoquista também se constitui como um importante ponto na experiência da dor, sendo a condição de espera uma justificativa para manutenção da situação de mal-estar.

O que destacamos, então, seguindo Birman, é que a subjetividade, ao permanecer imersa na dor, torna-se essencialmente narcísica, não estabelecendo qualquer tipo de vínculo ou apelo para com o outro (Ibidem). O corpo e a ação se tornam os registros pelos quais o mal-estar transita (BIRMAN, 2003a; 2009d), justificando a condição solipsista da subjetividade, que impedida de interação e endereçamento ao outro, se torna pragmática e pouco simbólica. É nesse contexto

que a medicalização e as variadas práticas que se referem ao corpo são inseridas, contribuindo, assim, para a ampliação dos discursos sobre o controle das intensidades que se manifestam no corpo (Ibidem).

Por outro lado, a experiência do sofrimento, segundo Birman, evidencia um aspecto essencialmente alteritário, uma vez que é inserido um espaço para o outro na subjetividade sofrente, possibilitando a construção de um apelo e endereçamento de demanda, condições fundamentais para o início de um processo analítico. É justamente o reconhecimento de uma falha na autosuficiência que permite a abertura da subjetividade para uma interlocução, destacando um caráter muito mais ativo na experiência de sofrimento do que na experiência de dor.

Observamos com clareza o domínio do solipsismo na subjetividade contemporânea justamente pelo fracasso da mediação nos espaços sociais. Sobre esse aspecto Birman destaca que:

Seria apenas pela presença de mediadores no social, com efeito, que a fala e a linguagem poderiam fluir como discurso, marcadas que seriam estas pela negatividade. Isso porque esta seria a condição de possibilidade da simbolização. Sem a presença da mediação a subjetividade pós-moderna se restringe cada vez mais à pura negação, afirmando-se simplesmente pelos murmúrios do negacionismo impotente. (BIRMAN, 2003a, p. 6).

Com isso, articulamos a importância de mediações simbólicas como sendo um fator fundamental para a transformação da dor em sofrimento, marcando mais uma vez o destaque concedido desde Freud à relação entre a constituição psíquica do sujeito e o outro enquanto agente dessa interação.

Se entendermos a alteridade como um importante fator fundante em relação ao discurso ético (BIRMAN, 2009d) e destacarmos a precariedade da dimensão alteritária, tipicamente contemporânea, levantamos um problema eminentemente clínico que se refere ao lugar do analista como alteridade.

Apontar a condição solipsista da dor crônica implica um questionamento sobre como tratar psicanaliticamente um sujeito sem demandas e sem endereçamento ao outro. Qual seria o manejo clínico para se transformar dor em sofrimento num processo de análise?

Nesse aspecto, o que entra em cena é toda uma discussão sobre o manejo clínico com pacientes que chegam aos consultórios com queixas sobre dores

aparentemente sem nenhuma explicação, sem nenhuma mensagem simbólica, sem qualquer questão a ser elaborada.

Pensamos que, mesmo aproximando a dor ao fechamento solipsista, faz-se necessário destacar que há algo que rodeia o *simbólico* e atravessa o *psíquico*. Referimos-nos ao momento em que o sujeito toma a palavra para falar de sua dor, mesmo que seja por meio de lamúrias em tom queixoso, ainda assim se trata de um endereçamento, de um sujeito acometido pelo mal-estar que conta uma história, seja pela maneira como surgiu, seja pelo que o convoca a sentir em seu corpo.

Para transformar essa dor em sofrimento, o caminho é endereçar ao outro um apelo que se refere àquilo que dói no corpo, e para isso faz-se imprescindível tomar a palavra e falar sobre essa dor. Nesse sentido, a presença do analista, enquanto alteridade, torna-se fundamental, sobretudo, com a finalidade de possibilitar a criação de *representantes representação* (FREUD, 1915c/1996), permitindo que se opere um processo de subjetivação e simbolização por parte daquele que traz a dor marcada no corpo. Esta é nossa aposta no que diz respeito a criar condições de possibilidade para transformar essa dor numa subjetivação.

Ao lidar com a manifestação da dor, destacamos que há em cena algo de traumático que não foi subjetivado e, ao mesmo tempo, há um sentido de urgência, visto que uma ‘ferida aberta’ pede por ser suturada. Nesse aspecto é que podemos inserir a função do analista enquanto ‘carretel’ para se realizar uma simbolização, tal como Freud apresenta em “Além do princípio do prazer” (1920) em relação à presença/ausência da mãe para a criança e à representação disso na brincadeira do Fort Da.

4. A Dor no Primeiro e no Segundo dualismos pulsionais

A dor não se apresenta da mesma forma no primeiro e no segundo dualismos pulsionais. Enquanto na primeira tópica Freud parece não definir claramente sobre o tipo de dor que está analisando, na segunda tópica, nota-se seu interesse voltado para a dor psíquica, sobretudo após suas construções sobre trauma e de pulsão de morte.

No primeiro dualismo pulsional, encontramos a dor relacionada ao corporal no sentido de se utilizar, na qualidade de uma pseudo-pulsão (FREUD, 1915b/1996), do corpo para se manifestar, e criar uma urgência para dela fugir. Ressaltamos, a importante função da dor na estruturação psíquica do sujeito, como vimos no *Projeto* (1950[1895]) e no “O Eu e o Isso” (1923a), quando Freud destaca que: “(...) a maneira pela qual obtemos novo conhecimento de nossos órgãos durante as doenças dolorosas constitui talvez um modelo da maneira pela qual em geral chegamos à ideia de nosso corpo” (FREUD, 1923a/1996, p. 39).

Além disso, podemos dizer que foi em “Luto e melancolia” (1917[1915]) que a dor começa a ser trabalhada também como psíquica ao ser relacionada à perda de objeto. Já a partir de 1920, com as considerações sobre a pulsão de morte, aproximamos-nos da dor como uma espécie de “violação” (PONTALIS, 2005, p. 268), momento em que notamos uma articulação entre a dor física e seus efeitos no psíquico.

Quanto à dinâmica prazer-desprazer-dor, Pontalis observa que:

Há aí um dualismo pelo menos tão fundamental quanto os dualismos pulsionais posteriores, um antagonismo mais interessante ainda porque se inscreve no corpo, em duas vivências corporais elementares e irrecusáveis: o par prazer e dor. (PONTALIS, 2005: 267).

A dor como uma manifestação no corpo reaparece na obra freudiana no texto “Recalque” (1915b), no qual encontramos o seguinte:

Pode acontecer que um estímulo seja internalizado – corroendo e destruindo, por exemplo, algum órgão corpóreo – de modo que surja uma nova fonte de excitação constante e de aumento de tensão. Assim, o estímulo adquire uma similaridade de longo alcance com uma pulsão. A finalidade dessa pseudo pulsão, no entanto, consiste simplesmente na cessação da mudança no órgão e do desprazer que lhe é concomitante. Não há outro prazer direto a ser alcançado pela cessação da dor. Além disso, a dor é imperativa; as únicas coisas diante das quais ela pode ceder

são a eliminação por algum agente tóxico ou a influência da distração mental. (FREUD, 1915b/1996, p. 151).

Nesse ponto, deparamos-nos com uma associação entre a dor e a *pseudo pulsão*, referindo-se a uma produção contínua de excitação de origem corporal no mecanismo da dor, produção da qual não se pode fugir, justamente pelo caráter de pressão que tal fenômeno imprime no psiquismo. Nesse aspecto, a dor se configura como um acontecimento de corpo, caracterizando uma metáfora da unidade corpo e psiquismo.

Sabemos, desde 1895, que a dor se apresenta relacionada tanto a aspectos econômicos quanto à qualidade do afeto. Aproximamos a dor da pulsão não apenas pelo caráter de pressão, mas desde o *Projeto*, quando Freud falava de um afeto que, ao não encontrar escoamento pelas vias motoras, é secretado ou despejado para dentro do aparelho psíquico, a dor já se aproximava da pulsão.

É em 1915a, no texto “As pulsões e seus destinos” que Freud começa a vincular a dor ao prazer, no que diz respeito ao sadismo e ao masoquismo, quando aborda um dos destinos da pulsão que é a transformação em seu oposto. Ele afirma que a dor produz um gozo masoquista, sendo que não é a dor em si que é fruída, mas a excitação sexual concomitante. Sobre isso, ele diz o seguinte:

Pois temos todos os motivos para acreditar que as sensações de dor, assim como outras sensações desagradáveis, beiram a excitação sexual e produzem uma condição agradável, em nome da qual o sujeito, inclusive, experimentará de boa vontade o desprazer da dor. (FREUD, 1915a, p. 134).

As observações a partir dos textos metapsicológicos que tratam do recalque e da pulsão nos permitem caracterizar a dor como um caso especial no processo de subjetivação, a saber, uma *pseudo pulsão* que não estaria necessariamente ligada à obtenção de prazer, tampouco que obedeça ao mecanismo de recalque.

A partir disso, podemos pensar o que estaria em jogo ao se falar de uma pulsão sem representação e de uma não inscrição psíquica, inserindo nosso principal questionamento: de que traumatismo a dor crônica se faz signo?

4.1 Dor Crônica e Trauma

Que *resto* é esse, *resto* tão honesta e imperativamente estudado por Freud, esse algo que no final das contas nem o princípio de prazer e nem mesmo o masoquismo podem dar conta totalmente?

O que propriamente falando, está *além* do princípio de desprazer-prazer, senão a dor?
(Pontalis, *Entre o sonho e a dor*).

Sabemos que a concepção de trauma ganha novas configurações ao longo do discurso freudiano, remetendo-nos a duas teorias: a primeira relativa ao *trauma em dois tempos* (FREUD, 1894a/1996; 1917b/1996) e a segunda relativa aos *impasses da representação* de um trauma (FREUD, 1920/1996).

No primeiro momento da teoria freudiana, o trauma se relaciona à situação real de sedução (primeira cena), de forma que o potencial patológico estaria na lembrança: haveria uma fixação na cena traumática ocorrida na época da infância.

Mais tarde, Freud rele suas colocações sobre o trauma e observa que a primeira cena não teria tanta importância na época em que ocorreu, isso se justifica porque não haveria um valor sexual em jogo. Assim, a cena só é recalcada num segundo momento, pela intensidade do sexual, quando algum evento associa-se à primeira cena, conferindo-lhe valor traumático. Como exemplo temos os sintomas histéricos, que foram compreendidos por Freud a partir de uma referência a um trauma psíquico sofrido na infância em relação à vida sexual do paciente, eles se constituem como uma espécie de defesa contra essa experiência traumática (FREUD, 1984b/1996; 1985b/1996).

Ao abandonar a *Teoria da sedução*, na conhecida carta a Fliess de 1897, Freud retira o pai da cena traumática de sedução na infância, porém o caráter traumático da constituição subjetiva permanece presente, uma vez que existe um aspecto traumático no contato com a sexualidade. Isso significa dizer que a cena real não necessariamente precisaria ter ocorrido, ela passa a ser atribuída às fantasias e à realidade psíquica, que assumem um lugar de maior importância.

A partir dessa leitura sobre o trauma, que insere e valoriza a realidade psíquica, os traumas infantis não estariam presentes na memória consciente, mas

apareceriam nos sintomas. Portanto, não são as experiências em si que agem de modo traumático, mas sua revivescência como lembrança quando o sujeito já se encontra na maturidade sexual.

Sabemos que Freud em 1920 vai retornar à teoria do trauma que estava abandonada desde 1897, abandono esse que permitiu a constituição da psicanálise como modalidade diferenciada de clínica que, ao investigar o traumático, traz para primeiro plano a realidade psíquica do sujeito, que é constituída tanto de memórias de acontecimentos quanto de fantasias. Note-se que a concepção de trauma sofrerá uma modificação consequente. O trauma não pode ser caracterizado pelo acontecimento, mas pelo impacto de certos eventos na realidade psíquica, ou seja, o que é traumático para um sujeito não necessariamente será para outro.

É nesse aspecto que conferimos um lugar fundamental ao pai no discurso freudiano, uma vez que o próprio discurso freudiano realiza uma manobra para salvar a figura do pai. Ao deslocar o aspecto traumático da cena da sedução para o registro da fantasia, Freud protege o pai das acusações históricas de sedução, não aceitando o lugar de figura perversa reservado ao pai (BIRMAN, 1999b; 2003b).

Portanto, foi em 1920 que o discurso freudiano reinsere a figura do pai à cena traumática, caracterizando-a como aquele que não mais possuía condições de proteger o sujeito diante das experiências traumáticas (Ibidem). Nesse sentido, a figura do pai é relacionada à falha, não à falha pela sedução, mas uma falha por não conseguir antecipar os perigos que pudessem produzir um efeito traumático. Além da relação da figura do pai como uma figura que falha, notamos também a condição de falta, uma vez que o pai não pode proteger a subjetividade das mazelas do destino.

Esse cenário se diferencia bastante daquele delineado por Freud nos primórdios da psicanálise. Com a introdução do conceito de pulsão de morte (FREUD, 1920/1996), observamos o caráter regressivo das pulsões, o que leva Freud a defender a hipótese de que todas as pulsões querem reproduzir um estado anterior, ou seja, “faz remontar a origem de uma pulsão a uma necessidade de restaurar um estado anterior de coisas” (FREUD, 1920/1996, p. 68). Sobre isso, ele afirma que “trata-se de pulsões parciais cuja função é garantir que o organismo seguirá seu próprio caminho para a morte, e afastar todos os modos possíveis de retornar à existência inorgânica que não sejam os imanentes ao próprio

organismo” (FREUD, 1920/1996, p. 50). Assim, ele vincula a pulsão de morte com o princípio do Nirvana, que por sua vez é definido como “a tendência dominante da vida anímica, e talvez da vida nervosa em geral, de baixar, manter constante, suprimir a tensão interna de estímulos” (FREUD, 1920/1996, p. 54).

É desta forma que compreendemos o conceito freudiano de pulsão de morte, caracterizado pela dimensão do silêncio e pela falta de representantes pulsionais, correlato da presença de um excesso e de uma intensidade na subjetividade, identificando, assim, uma falha no que diz respeito ao aspecto representacional da pulsão.

Segundo Birman, a partir de 1920, as condições para que a experiência traumática ocorra giravam em torno desse excesso ruidoso da pulsão, que na ausência da representação produzida pelo pai, configurava-se como possibilidade para o trauma. Dessa forma, a experiência traumática se apresenta como uma possibilidade sempre presente, indicando uma fragilidade e um desamparo que seriam inerentes ao psiquismo (BIRMAN, 1999b; 2003b; 2007a; 2009d).

Diante desse contexto é forjado o conceito de angústia sinal (FREUD, 1926/1996) por Freud, apontando para a possibilidade do sujeito de antecipar-se em relação a um acontecimento com efeitos traumáticos. É dessa maneira, que o trauma passa a ser entendido como uma possibilidade sempre eminente em função da falha e falta paterna. Essa mudança de perspectiva em relação à figura do pai acarreta também uma valorização do registro econômico na metapsicologia freudiana, inserindo a compulsão à repetição (FREUD, 1920/1996) como uma forma de estruturação do psiquismo, condição pela qual o sujeito tentaria dominar a angústia ligada às vivências traumáticas. Toda essa relação só foi possibilitada por conta da posição do pai que falha enquanto proteção.

Após analisar sumariamente as implicações da posição da figura do pai ao longo do discurso freudiano, passemos para a descrição do segundo dualismo pulsional freudiano. O trauma, em “Além do princípio do prazer” (1920), é considerando uma ruptura do escudo protetor, ruptura essa causada por excitações vindas do exterior e, diferentemente da dor corporal, que ocorre numa área limitada, a ruptura se dá numa área extensa. Diante dessa situação, o psiquismo reage estabelecendo um poderoso contrainvestimento que empobrece os demais sistemas, de forma que as funções psíquicas remanescentes ficam bastante reduzidas ou quase paralisadas.

Isso nos permite sugerir a hipótese de que um evento traumático pode levar a manifestação de uma dor, seja ela psíquica ou física. Em ambos os casos, a situação vai requerer do psiquismo um considerável investimento libidinal no órgão afetado, *desinvestindo*, em contrapartida, outras funções psíquicas.

A tentativa de submeter o trauma no texto de 1920 é basicamente uma inibição dos deslocamentos de libido pela inibição dos processos primários. Os processos primários são além do princípio do prazer, como uma forma de pensamento, do qual não se conhece muito bem o caminho, mas apenas o final, que seria a descarga ou o ato.

Somente quando o Eu, efetuando a inibição, viabilizar a passagem de pequenas quantidades, o aparelho poderá garantir a vigência do funcionamento do princípio de prazer. Nesse aspecto, conforme for a capacidade de vinculação psíquica, maior ou menor podem ser o caráter paralisante do sofrimento, tal como pode variar o empobrecimento dos outros sistemas que não foram atingidos.

Em 1920, notamos que a neurose de guerra era desencadeada, especialmente naqueles que não sofreram qualquer tipo de lesão física, sugerindo, assim, que a ferida no corpo apresentava um status de representação justamente por circunscrever a dor.

A excitação dolorosa numa parte do corpo corresponderia, então, a uma tentativa de dominar a excitação traumática, assim a dor física esvaziaria o eu do excesso pulsional e emitiria uma excitação para contrainvestir o excesso pulsional que inundou o aparelho, estabelecendo uma espécie de para-excitação. Além da defesa estabelecida, a dor também vai produzir uma descarga imediata e bruta no psiquismo, descarga essa que ocorre num dado momento em que o processo de ligação ainda não pôde ser efetuado por conta do excesso de quantidade de excitação.

Com isso, Freud passa a discutir o aparelho psíquico, destacando a importância de sua superfície externa calcinada, que funcionaria como camada protetora contra estímulos excessivos externos. O trauma seria, então, a ruptura dessa camada protetora resultando numa inundação do aparelho por um excesso de intensidade que bloquearia o princípio do prazer. Nesse aspecto, a sujeição da energia pulsional no aparelho psíquico é fundamental, uma vez que é a transformação da energia livre em energia quiescente que vai sustentar a manutenção do princípio do prazer em funcionamento. Desta forma, quanto mais

energia quiescente, maior será a possibilidade de se realizar vinculação e menor será a suscetibilidade ao trauma.

A partir disso, entendemos como traumáticas quaisquer situações em que as excitações provindas de fora sejam suficientemente fortes para atravessar o escudo protetor, colocando o princípio de prazer fora de ação momentaneamente. Assim, o aparelho mental é inundado com grandes quantidades de estímulos e surge o problema de dominar as quantidades de estímulo que irromperam e de vinculá-las num sentido psíquico. (FREUD, 1920: 40). Sobre isso Freud nos fala o seguinte:

(...) um sistema que é altamente catexizado é capaz de receber um influxo adicional de energia nova e de convertê-la em catexia quiescente, isto é, de vinculá-la psiquicamente. Quanto mais alta a própria catexia quiescente do sistema, maior parece ser a sua força vinculadora; inversamente, entretanto, quanto mais baixa a catexia, menos capacidade terá para receber o influxo de energia e mais violentas serão as consequências de tal ruptura no escudo protetor contra estímulos. (FREUD, 1920/1996: 41).

Desta forma, notamos que a preparação para um perigo (angústia sinal de 1926) e o investimento do sistema perceptivo protegeriam o aparelho psíquico, fazendo com que o escudo protetor contra intensidades excessivas opere a fim de evitar o trauma. Contudo, a diferença entre sistemas investidos ou pouco investidos pode ser bastante decisiva no desencadear de um trauma. O que podemos concluir disso é que, impossibilitado pela fragilização da sua capacidade de investimento de se preparar para a angústia, o psiquismo fica vulnerável ao trauma.

Voltemos, então, às dores crônicas, sobre as quais podemos dizer que a energia, tornada livre, é transferida para o registro corporal com uma espécie de último recurso disponível para conter a inundação de excitações no psiquismo. Em 1920 Freud se refere a essa transferência de energia ao distinguir a dor como ruptura do escudo de proteção numa área limitada, enquanto o trauma seria uma ruptura de grande extensão. Diferentemente do trauma, a dor se configura como efração e reação defensiva, uma vez que desencadeia um movimento energético de contenção de excesso e de contra força para equilibrar a quantidade da excitação do aparelho psíquico.

Portanto, diferentemente de uma lesão física, tomamos a dor crônica como uma espécie de trauma sem lesão somática.

A partir da nossa clínica, sustentamos nessa pesquisa o fato de estar em jogo na dor crônica uma dimensão enigmática de um evento traumático do qual o sujeito em questão não teve condições de elaboração. Nesse sentido, podemos pensar que nos quadros de dor crônica ocorre certa perda do papel de ligação e simbolização do afeto, deixando com que o corpo se torne o principal meio de expressão afetiva do eu. Sem a ligação do simbólico, o afeto permanece desligado, manifestando-se sob a forma de angústia, assim, o corpo torna-se a via de descarga da angústia e também da precária apresentação do eu. Nesse aspecto, a linguagem é substituída pela atuação compulsiva na tentativa de uma inscrição.

Em 1920, Freud volta a valorizar não apenas com a pulsão tendo sua força ligada, mas também com a pulsão desvinculada, o que abre a possibilidade de pensar nos impasses dessa ligação psíquica da pulsão. Esse dado pode auxiliar a compreensão dos casos com que nos deparamos na contemporaneidade. A ligação da pulsão ao objeto significa que se está no circuito pulsional, no qual as intensidades foram capturadas pelo *representante representação*, sendo essa ligação a condição de possibilidade para se efetivar o processo de recalçamento.

A compulsão à repetição, como apresentada por Freud em 1920, procura constituir um *representante representação*. Logo, o que se repete compulsivamente são marcas pulsionais que não ganharam status de representação nem de recalçamento. O que está em jogo na compulsão à repetição seria um *nem esquecido* e um *nem rememorado*, ou seja, são traços de experiências traumáticas não representadas, nem recalçadas, signos de marcas traumáticas.

A dor, segundo nossa hipótese, parece ser a expressão de um trauma que não foi subjetivado, existe ali um sentido de urgência, uma ferida aberta que pede por sutura e por elaboração. É desta forma que entra em cena o trabalho da compulsão à repetição, a saber, o trabalho de cicatrizar a ferida criando *representantes representação* e emblemas simbólicos da experiência, passando por um processo de elaboração subjetiva no qual pulsão de vida e de morte se fusionam, para que assim se possa esquecer o evento que provocou determinada situação. Talvez esse argumento se coadune com a observação feita inicialmente sobre o caráter insistente encontrado nos pacientes com dores crônicas, no que se refere a falar, repetidamente, sobre a dor que os acomete.

Em “Além do princípio do prazer” (1920), Freud começa a elaborar a importância do fator surpresa diante de um evento traumático, destacando o susto como falta de qualquer preparo para a angústia. Nesse sentido, o trauma está relacionado ao susto e a não antecipação ou à intensidade apenas. Porém, é somente em 1926, no texto “Inibições, sintomas e ansiedade”, que o autor vai definir claramente a importância da angústia sinal diante de uma situação de perigo a fim de evitar que a angústia real seja desencadeada.

Observamos que, em 1920, Freud descreve que uma situação traumática pode provocar um investimento narcísico maciço como uma resposta defensiva diante à efração sofrida pelo aparelho psíquico. Já em 1926, tal discussão é ampliada com a incorporação de outras questões suscitadas pela segunda teoria da angústia. Nesse momento, o trauma é associado ao desamparo, como se destaca no uso da expressão “situação traumática de desamparo”, e este, por sua vez, é entendido estando associado à origem da angústia. Sobre isso, Freud nos diz que “a angústia é o produto do desamparo mental da criança” (FREUD, 1926/1996, p. 161), e se repete ao longo da vida como angústia sinal e angústia real.

Ao questionar sobre o lugar do trauma após a segunda teoria da angústia, deparamos-nos com a experiência traumática como estruturante do psiquismo e como fundamento do laço social. Se num primeiro momento a angústia era consequência do recalque, na segunda teoria, que não invalida a primeira, é a angústia que determinaria o recalque.

Ao destacar a prematuridade do *infant* e o desamparo infantil, Freud insere a presença do outro como fator fundamental da sobrevivência, o que permite o alívio do desprazer e da dor. E, além disso, a presença do outro impede a morte do organismo, de forma que o laço com a adulto se apresenta como uma condição fundamental para se constituir a estabilidade psíquica, sendo o amor deste que protegeria a criança da inundação provocada por estímulos internos e externos. Contudo, todas as situações traumáticas estariam referidas ao desamparo, uma vez que são situações que envolvem separações e perdas.

Com a segunda teoria da angústia, notamos que Freud não valida que as neuroses traumáticas envolviam apenas a pulsão de autoconservação, deixando o valor etiológico da sexualidade de lado. O argumento de agora é a concepção do narcisismo, que necessita da dependência de um investimento libidinal dos

objetos amados e do próprio eu, permitindo, assim, estabelecer uma relação entre as neuroses traumáticas e a sexualidade (FREUD, 1920/1996).

O que parece estar em jogo nas neuroses traumáticas é o medo da morte, em última instância trata-se de medo do desamparo (BIRMAN, 1999b), que nos conduz ao registro das separações que foram representadas ao longo da vida, com perdas e separações do peito, do amor, das fezes. Se com a ideia de narcisismo articulamos neurose traumática e neurose espontânea, não podemos esquecer que a sexualidade apresenta em cada uma delas condições diversas, de forma que “na neurose traumática, a sexualidade participará na tentativa de elaboração de uma resposta possível ao trauma, o acontecimento inesperado e sem sentido, e não como constituindo o próprio acontecimento traumático” (RUDGE, 2003, p. 114). Notamos mais uma vez a importância da alteridade no que se refere ao investimento libidinal no eu, fundamental à saúde psíquica.

Sabemos que somos marcados pela falta de recursos simbólicos para lidar com acontecimentos que nos remetem à situação de desamparo e nos lançam a uma posição de impotência perante um acontecimento doloroso o qual nos tornamos incapazes de fornecer qualquer sentido. É esse mecanismo de falta de recursos para lidar com determinado evento que o caracteriza como traumático. Nesse sentido, é o *signal de angústia* que vai viabilizar a antecipação e a fuga perante uma situação traumática (FREUD, 1926/1996).

Assim, Freud destaca a importância da *expectativa* como função protetora nas situações de desamparo, já que o preparo, o esperar por alguma situação de perigo, evoca a angústia sinal, protegendo, assim, o sujeito para a ação. Diferentemente, em situações as quais não se deu a angústia sinal, o sujeito é acometido pela angústia real, característica do estado de desamparo em situações traumáticas, situações essas em que o aparelho psíquico é inundado por intensidades que ultrapassam seu limiar de suportabilidade. Diante disso, o que sustentamos é que sistemas investidos são aqueles nos quais a possibilidade de expectativa se faz presente, de forma que a intensidade traumática em situações de perigo é menor.

Se levarmos em conta o sentido de realidade como funcionando em oposição à fuga da dor, notamos que antecipar o futuro com precaução e preparo implicam certa inibição e tolerância da angústia: indícios tão afastados e até temidos na nossa contemporaneidade.

Dessa forma, o trauma não vai se basear no recalçado, ao contrário, ele parece sinalizar um vazio (RUDGE, 2003), apontando que é justamente por não ter sinal de angústia que a angústia real se instaura e estabelece o estado traumático. O trabalho da compulsão à repetição é tentar estabelecer um sinal que domine o estímulo excessivo do trauma, portanto este se configura como um trabalho de elaboração que implica construir alguma coisa onde nada existia. Nesse sentido, Rudge traz uma importante contribuição ao tema que se refere à temporalidade no evento traumático, ela diz que:

Não há, portanto, uma temporalidade *Nachträglichkeit*, na gênese de uma psicopatologia traumática. Isto se manifesta com clareza na *literalidade* que caracteriza o sintoma traumático, assim como na resistência à representação do trauma por metáforas (Seligmann-Silva, 2000). É este vazio que não permite caracterizar teoricamente o trauma apenas pelas qualidades do acontecimento que surpreendeu dolorosamente o sujeito. O valor traumático do acontecimento é relativo a um determinado psiquismo, e, portanto, regido não apenas pelas qualidades do fato, mas também pela história do sujeito. O que a história justifica é a impossibilidade de antecipar ou de integrar um evento, como algo dotado de uma significação que possa se articular às narrativas que o sujeito se dá de si mesmo e do mundo em que vive. Por isto mesmo, o sintoma assume a feição de uma interminável repetição, em que a tentativa de integrar o corpo estranho que é o acontecimento traumático vivido, à própria história, é o móvel dominante. (RUDGE, 2003, p. 114).

Na experiência do horror, o psiquismo não diferencia qualquer relação entre os polos do sujeito e do objeto, tal como não diferencia dentro e fora, de forma que os índices de regulação de outros cenários mentais se tornam falhos. Por conta desse prejuízo, gerado na experiência do horror, é que a subjetividade entra em determinado esquema de suspensão em relação ao mundo dos objetos, sendo o fator do susto um operador que não entrou em cena a fim de diminuir esses prejuízos (BIRMAN, 1999a).

Nesse sentido, quando a ausência não pode se constituir como tal, a capacidade de representação fica intensamente prejudicada. O processo da perda se constitui como um processo lento que é acompanhado de contrainvestimentos narcísicos na construção da representação do objeto perdido, representação esta que se encontra cindida e distante do processo secundário que ensaia reativá-la.

Sabemos que o trabalho analítico em pacientes que vivenciaram experiências traumáticas não segue as mesmas vias que seguiriam um trabalho com neuroses clássicas ou espontâneas. No caso do trauma, não se trata de lidar

com fantasias recalçadas que subjazem o sintoma como satisfação pulsional substitutiva, mas sim de favorecer a reconstrução e o investimento das fantasias, para que assim a experiência traumática possa receber uma inscrição psíquica. O trabalho de análise parece consistir na nominação e ligação, estabelecendo uma cadeia associativa que liga os elementos do discurso num esforço de construção de sentidos.

Essa conjugação nos remete à força da pulsão de vida, já os impasses desse processo nos aproximam da irrefreável pulsão de morte e seu caráter disjuntivo. Por conta disso, faz-se necessário trazer para a discussão elementos da segunda tópica freudiana, a saber, a pulsão de morte e o masoquismo originário, para que assim seja possível abordar alguns pontos cruciais sobre a clínica com sujeitos que sofrem de dores crônicas.

4.2 Dor e pulsão de morte: relações entre masoquismo e desamparo

"...a dor tem, como o prazer, seu termo: é o esvanecimento do sujeito"
(Lacan, em Kant com Sade).

A discussão sobre dor e trauma, pós 1920, remete-nos aos efeitos psíquicos provocados pela pulsão de morte e ao desdobramento da noção de masoquismo como originário (FREUD, 1924b/1996), apontamentos esses que se presentificam na problemática da dor. Baseados nesse referencial, inserimos alguns pontos de destaque que se referem à pulsão de morte e sua qualidade de inassimilável, e às questões suscitadas a partir do masoquismo e os efeitos do supereu, pontos esses que podem contribuir para o entendimento da dor crônica como uma manifestação índice de um traumatismo.

Sem dúvida, a noção de masoquismo é uma importante via de compreensão para a experiência erótica no discurso freudiano. Já desde os “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905/1996) a ideia de masoquismo aponta para uma co-excitação, identificando que existe um aspecto sexual nas produções do psiquismo de uma forma geral, produções essas que incluem também a manifestação da dor.

Já as tão discutidas pulsões de vida e de morte foram resultado de uma reformulação elaborada por Freud e que se refere às suas concepções dualistas, reformulação esta que abriu caminho para o desenvolvimento teórico da segunda tópica freudiana e recuperou o dualismo pulsional que, por conta da concepção do narcisismo de 1914, havia ficado relativamente suspenso.

Foram as neuroses traumáticas que levaram Freud a pensar a questão da pulsão de morte como tendo um aspecto repetitivo que vai para além do princípio do prazer. As neuroses traumáticas se referiam ao sofrimento que afligia os participantes da guerra, de tal forma que os acontecimentos traumáticos e dolorosos não eram facilmente esquecidos, ao contrário, eles insistiam em retornar tanto em sonhos quanto em memórias de cunho às vezes semelhante ao alucinatório. A partir disso, Freud elabora que o princípio de prazer, nesses casos, é secundário, uma vez que a força da pulsão de morte e a realidade externa não permitem que prevaleça o princípio do prazer (FREUD, 1920/1996). Portanto, foram manifestações da repetição na clínica que contribuíram para a reformulação freudiana, introduzindo a segunda tópica e, sobretudo, a nova teoria pulsional.

A partir das concepções freudianas sobre pulsão de morte, compreendemos-a como uma pulsão sem representação, acentuando que há uma eficácia psíquica aquém da simbolização, permitindo, assim, pensar aquilo que se considera o irrepresentável na metapsicologia.

É importante considerar, também, que além dessas manifestações clínicas, o contexto Pós-Primeira Guerra Mundial levou Freud a lançar luz sobre a destrutividade, destacando que não se tratava apenas de um conflito sobre a questão sexual, como ele pensava a sua clínica anteriormente (referimos-nos ao primeiro dualismo pulsional: pulsão do eu X pulsão sexual - FREUD, 1915a/1996), mas chamando a atenção também para um impulso para a destruição que se faz presente intensamente na humanidade (FREUD, 1930/1996; 1933[1932]/1996). É no além do princípio do prazer que nos deparamos com os *confins* do sujeito, que se caracterizam pela crueldade, formas de masoquismo, violência contra si próprio, enfim sinais evidentes da pulsão de morte que podemos, tal como Freud, associar ao supereu, observando algumas dessas manifestações no cotidiano da nossa clínica (RUDGE, 2003).

Portanto, é com a introdução do conceito de pulsão de morte, na segunda tópica freudiana, que podemos melhor compreender a questão da não

representação no aparelho psíquico. A ideia de traumático e sua impossibilidade de simbolização podem ser entendidas como a maior expressão daquilo que não pode se fazer representar.

A pulsão de morte tem como principal fundamento a tarefa de conduzir a vida orgânica de volta ao estado inanimado (FREUD, 1920/1996) e, por outro lado, a pulsão de vida visaria a complicar a vida e ao mesmo tempo a preservá-la. Nesse sentido, ambas seriam conservadoras, uma vez que se esforçam “para restabelecer um estado de coisas que foi perturbado pelo surgimento da vida” (FREUD, 1920/1996, p. 53). É o próprio Freud quem nos fornece um caminho para compreender as pulsões de vida e de morte, relacionando a primeira a um anabolismo (construção) e a segunda a um catabolismo (desconstrução) (FREUD, 1925b/1996). Vale dizer que trata-se de metáforas, visto que estes processos fazem parte do campo da biologia.

Freud vai introduzir o conceito de pulsão de morte - ideia tida como especulativa - por meio de um traçado que é próprio da biologia, identificando a tendência para conduzir o ser vivo para o estado inorgânico (FREUD, 1920/1996). Nesse aspecto, a pulsão de morte apresenta uma conotação de um processo radical de desligamento, de desarticulação, de ruptura, processo que tem como objetivo o de realizar-se, imprimindo a marca do pulsional a partir de seu caráter repetitivo e parcial (PONTALIS, 2005).

Com efeito, o que estava em jogo no discurso freudiano de 1920, ao estabelecer uma oposição entre pulsão de vida e pulsão de morte, era a experiência do traumatismo, diante da qual a possibilidade da morte se apresenta contra a potência da vida. Dessa forma entra em cena a mediação do fantasma e do desejo, meios pelos quais o sujeito pode consolidar o erotismo como forma de contrapor o terror da morte (BIRMAN, 1999a). Se a pulsão de vida já não se apresenta com tanta potência, é a morte que se presentifica no psiquismo sob a forma de trauma e de dor (BIRMAN, 2009d).

Lacan, por sua vez, aponta que a pulsão de morte na experiência analítica deve ser situada no domínio histórico (LACAN, 1960/1986, p. 248) e não reduzida a uma tendência no sentido energético ligada ao domínio biológico. Nesse sentido, a pulsão de morte se manifesta na experiência analítica como uma experiência de discurso (LACAN, 1969-1970/1991, p. 17). Com Freud, podemos partir da pressuposição de que as pulsões de vida e de morte estão fusionadas para

assim seguir o curso da vida (FREUD, 1920/1996; 1924b/1996; 1925b/1996). Essa concepção da fusão pulsional não retira de cena a importância atribuída por Freud ao conflito psíquico, uma vez que o novo dualismo pulsional se justifica também como sustentação teórica desse conflito.

Lacan, por sua vez, vai afirmar que “a distinção entre pulsão de vida e pulsão de morte é verdadeira, na medida em que manifesta dois aspectos da pulsão” (LACAN, 1964/1979, p. 243), ideia essa que nos sugere não uma oposição entre pulsões, mas sim entre duas formas de funcionamento pulsional. É justamente por conta disso que se faz necessário um trabalho constante a fim de manter o funcionamento pulsional sob os limites do princípio do prazer (FREUD, 1911/1996).

Tomando a pulsão como um conceito fronteiro entre o psíquico e o somático, como uma exigência de trabalho feita à mente (FREUD, 1915a/1996) podemos compreender a pulsão de morte como uma forma de funcionar da pulsão que atua em processo primário.

Diante disso, inserimos nessa discussão a pulsão de morte pelo seu caráter de irrepresentável, de não inscrição e de não ligação com os objetos da pulsão, de maneira que a parcialidade não se opera nem se inscreve (FREUD, 1920/1996; 1924b/1996; 1925b/1996). Vale ressaltar que há algo na natureza da própria pulsão que desfavorece a realização da satisfação completa (FREUD, 1915a/1996).

Nesse aspecto, a busca da pulsão seria pelo encontro com o objeto para, assim, fechar o circuito e suturar o furo. Porém, a satisfação é parcial, ou seja, “o alvo não é outra coisa senão o retorno ao circuito” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 170), assim, não há qualquer adequação entre falta e objeto, ao contrário, há sempre um resíduo.

O próprio Freud vai dizer que:

(...) uma das mais antigas e importantes funções do aparelho psíquico, a de ‘ligar’ os impulsos pulsionais que lhe chocam, substituir o processo primário que neles governa pelo processo secundário, transformar sua energia livremente móvel em investimento predominantemente quiescente. (FREUD, 1920/1996, p. 60).

São essas características da pulsão de morte que não se associam com o que chamamos de *Vorstellung* (representação) (FREUD, 1915c/1996), uma vez que a representação se encontraria no campo da fusão pulsional pela força de

Eros. Por representação, entendemos um conjunto de elementos associados entre si, sugerindo uma ideia de conexão, seria justamente aquilo que “antes que o objeto se vem inscrever nos sistemas mnésicos” (LAPLANCHE e PONTALIS, 1988, p. 583).

A dor física crônica, se pensada sob esses aspectos, apresenta-nos (*Darstellung*) uma doença, mas não uma representação, uma vez que não se configura como sintoma analítico, ao contrário comporta apenas uma descarga direta da excitabilidade psíquica, além de um considerável prejuízo na vida do sujeito. Na compulsão à repetição, o que se repete compulsivamente são marcas pulsionais que não ganharam status de representação nem de recalçamento. Contudo, se algo é repetido, não é uma simples energia dispersa, mas identifica que existem desejos e defesas primários que visam sempre a identidade de percepção, ou seja, o reencontro do objeto perdido, evitando o objeto hostil mesmo em pensamento.

A dor psíquica é traumática justamente porque não foi subjetivada, existe ali um sentido de urgência, uma ferida aberta que pede por sutura. Nesse sentido, entra em cena o trabalho da compulsão à repetição, a saber, o trabalho de cicatrizar a ferida criando emblemas simbólicos da experiência. Faz-se necessário constituir um processo de elaboração subjetiva no qual pulsão de vida e pulsão de morte se fusionam, para que assim se possa esquecer e elaborar o evento que provocou determinada situação.

Ao inserir a noção de pulsão de morte, enunciada como silenciosa e de destruição, o discurso freudiano sugeriu a Derrida a ideia de que existe algo no psiquismo que apaga os traços e as marcas arquivadas. Vale destacar, a título de complementação, que o objetivo teórico de Derrida foi questionar o conceito de arquivo, fundamental no campo teórico da História. Para tal ele se baseia em concepções da psicanálise, tais como inconsciente (FREUD, 1900/1996; 1915c/1996) e pulsão de morte (FREUD, 1920/1996).

A grande inserção de Derrida foi afirmar que o *arquivo*, um conjunto de documentos referentes a acontecimentos variados que se deram numa determinada ordem social, seria sintomático e lacunar, ou seja, ele seria descontínuo e atravessado pelo esquecimento por conta de sua própria virtualidade. Além disso, o *arquivo* seria perpassado pelo *mal de arquivo*, que se configura como a condição de possibilidade para que o processo de arquivamento se efetue. Nesse

aspecto, “seria a dimensão *constituente* do arquivo que assim se destacaria pelo enunciado do mal de arquivo” (BIRMAN, 2008a, p. 110). Dito isso, podemos compreender que a constituição do arquivo vai depender do apagamento e do esquecimento dos seus traços, configurando-se como condição fundamental para sua renovação (DERRIDA, 1995[2001]).

Portanto, o discurso freudiano vai colocar em questão a versão clássica sobre o *arquivo*, contribuindo, assim, para sua desconstrução. Se o discurso freudiano afirmou que o inconsciente seria da ordem de uma escrita (FREUD, 1950[1986]/1996; 1900/1996), tal escrita se apresentaria como um arquivo (DERRIDA, 1995/2001, p. 45), colocando em questão toda concepção clássica de arquivo (DERRIDA, 1971).

Contudo, foi com a introdução do conceito de pulsão de morte (FREUD, 1920/1996) que podemos pensar na existência de algo no psiquismo que apaga marcas e traços (DERRIDA, 1995/2001). É como produção de silêncio (FREUD, 1920/1996), que a pulsão de morte, enquanto pulsão de destruição, apagaria marcas e traços arquivados. É assim que observamos a positividade da pulsão de morte segundo Derrida, uma vez que ela viabiliza tanto o esquecimento quanto a renovação do arquivo pelo seu caráter *arquiviolítico* (DERRIDA, 1995/2001, p. 24).

Assim, destacamos duas vertentes que correspondem à pulsão de morte: seu caráter silencioso e destrutivo, por um lado, e seu aspecto positivo por conta de sua potência de produção.

De toda forma, apesar dessas associações entre o irrepresentável e a pulsão de morte, e que se referem à repetição, terem sido propostas para se pensar a dor crônica, não podemos nos esquecer de outra relação fundamental, a saber, aquela entre compulsão à repetição e pulsão de morte, tão discutidas por Freud a partir de 1920 e que dá conta da insistência em caminhos que levam para o sofrimento.

Nesse aspecto, mesmo após ter formulado uma força biológica que nos conduz para o inorgânico, ainda assim Freud não conseguia explicar fenômenos clínicos que persistiam (FREUD, 1920/1996). Isso se deve ao fato do supereu (FREUD, 1923a/1996), enquanto instância psíquica, ainda não ter sido apresentado por Freud.

Sabemos que o supereu é uma importante ferramenta teórica para se pensar a repetição na clínica psicanalítica, de forma que “na passagem da pulsão

de morte, entendida como força biológica que afeta o ser vivo, para a destrutividade de ordem psíquica – entendida pelo analista como forjada historicamente – o supereu é uma mediação indispensável” (RUDGE, 2006: 81).

Ainda baseados nesta construção, seguimos as ideias de Rudge que apontam semelhanças em relação aos fenômenos clínicos apontados por Freud ao se referir à pulsão de morte e às manifestações tirânicas do supereu, qual sejam, a reação terapêutica negativa - repetição nos sonhos e neuroses traumáticas, além de na transferência do que causou desprazer. Desta forma ressaltamos que tanto a pulsão de morte quanto o masoquismo como originário são inseridos na teoria psicanalítica em uma época muito próxima e referentes a impasses clínicos (RUDGE, 2006).

Freud, em “Inibições, sintomas e angústia” (1926), vai apontar cinco tipos de resistências, sendo uma delas a resistência do supereu, resultado da necessidade de punição e sentimento de culpa, ambos inconscientes. Esses mecanismos acabam dificultam os movimentos para a melhora no processo analítico, questão essa, já apontada em 1924 (“O problema econômico do masoquismo”), e que envolve o masoquismo como fundamento de toda a esfera pulsional, e não mais um aspecto de uma pulsão parcial, a pulsão sadomasoquista, como era entendido desde “Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905). É assim que o masoquismo justifica a força que mantém o sujeito na doença e no sofrimento, resistindo à possibilidade de uma melhora (FREUD, 1924b/1996).

Nesse contexto, o supereu, outrora visto como herdeiro do complexo de Édipo (FREUD, 1924a/1996), também passa a ser primário e considerado o núcleo do eu, sugerindo, assim, seu ponto de origem. Dessa forma, observamos um tipo de repetição na qual supereu e pulsão de morte estão fortemente intrincados, indicando que a necessidade de punição inconsciente e o sentimento de culpa são representantes de uma parte da pulsão de morte que está psiquicamente vinculada ao supereu, tornando-se, assim, reconhecível (FREUD, 1923a/1996; 1925b/1996; 1926/1996).

É dessa forma que optamos por trazer para essa discussão a relação entre pulsão de morte, supereu e masoquismo, indício de uma construção que se refere à mesma problemática, a saber, a repetição do mesmo, entendida como um obstáculo no sentido da cura (RUDGE, 2006). É por essa via que podemos compreender as implicações da piora no tratamento e nos deslocar um pouco mais

do discurso desesperado e desesperançoso das patologias contemporâneas (Ibidem).

No texto “O problema econômico do masoquismo” (1924), Freud questiona o domínio do princípio de prazer na vida psíquica ao destacar que:

(...) se os processos mentais são governados pelo princípio de prazer de modo tal que o seu primeiro objetivo é a evitação do desprazer e a obtenção do prazer, o masoquismo é incompreensível. Se a dor e o desprazer podem não ser simplesmente advertências, mas, em realidade, objetivos, o princípio de prazer é paralisado – é como se o vigia de nossa vida mental fosse colocado fora de ação por uma droga. (FREUD, 1924b/1996, p. 177).

Portanto, questionar a função exercida pelo princípio de prazer requer repensar a relação do sujeito com a dor e com o sofrimento, ressaltando que está em jogo uma conotação de preservação da vida e de defesa contra o desamparo associados à submissão ao outro (FORTES, 2007).

Por outro lado, dizer que o masoquismo é originário significa dizer que o ponto de vista econômico se configura como lugar estratégico na metapsicologia freudiana. Se desprazer e dor passam a ser alvo da pulsão implica destacar que o princípio do prazer é colocado fora de ação (FREUD, 1920/1996), configura-se, assim, o problema econômico do masoquismo: como pensar um represamento de energia associado à sensação de prazer, se outrora a descarga de energia era que proporcionava o prazer?

Segundo Schneider, parece estar em jogo a possibilidade do psiquismo manter a energia num determinado nível no qual há a presença de dor e de desprazer, porém há também uma extração de satisfação desse represamento (SCHNEIDER, 1980). Configura-se, assim, um aspecto de excesso e não de esvaziamento dos estímulos, excesso esse que nos possibilita pensar na segunda tópica pulsional e na fusão e des fusão pulsionais.

A libido tem a função de neutralizar os aspectos negativos da pulsão de morte, e para isso realiza um desvio da pulsão para o exterior, muitas vezes sob a forma de agressão (FREUD, 1924b/1996; 1930/1996; 1933[1932]/1996). Outra parte dessa pulsão não se desvia e permanece no organismo, caracterizando este momento (do encontro entre libido e pulsão de morte), com aquilo que Freud vai identificar como sendo masoquismo como originário (FREUD, 1924b/1996). Ressaltamos, desse modo, um movimento que é libidinal, mas que não se

apresenta como uma descarga uma vez que a tensão vai permanecer dentro do organismo sob o auxílio de uma excitação que é sexual. Portanto, trata-se de uma experiência de dor que também é erótica (FORTES, 2007).

Pensar o princípio de prazer como secundário nos permite também compreender o desprazer a partir de um viés qualitativo e não apenas quantitativo. Além disso, se o princípio de Nirvana funciona a serviço da pulsão de morte, significa que o processo primário sofreu algum tipo de modificação que o levou a se transformar em princípio de prazer. Essa modificação é atribuída à fusão pulsional que participa da regulação dos processos vitais, identificando não apenas uma oposição entre a força da pulsão, mas também uma intrincação entre elas que se constitui como fundamental para o funcionamento psíquico (FREUD, 1924b/1996).

Baseado nisso, Freud vai afirmar que o masoquismo erógeno seria um vestígio da coalescência entre as pulsões de vida e de morte, sendo essa a maneira pela qual a dor pode ser investida libidinalmente e se transformar em prazer (Ibidem). Questionamos, então, se poderíamos pensar num modo de prazer que não é regulado por um princípio. Podemos dizer, segundo Fortes, que se trata de um prazer com uma potência eruptiva, uma experiência que conduz a uma abertura à excitação e não como evitação da excitação, em última instância, diríamos se tratar de uma experiência de prazer que consente a presença da dor (FORTES, 2007). Logo, entendemos o masoquismo como uma posição de vulnerabilidade ao consentir a presença simultânea de prazer e de dor, “abrindo a possibilidade de uma relação ao prazer que se inscreve como uma brecha na hegemonia do princípio de prazer, dessa regulação que funciona de forma unicamente defensiva frente a qualquer perturbação” (Ibidem). Vale ressaltar que o princípio do prazer inclui a dimensão da busca do prazer, mas obedece também ao objetivo de evitar o desprazer. Pode haver prazeres que não obedecem a esta injunção.

Já nos masoquismos moral e feminino, o sofrimento advém da satisfação das exigências do supereu como instância crítica. Nesse sentido, essas modalidades de masoquismo seriam a prova de que existe a fusão pulsional, uma vez que o masoquismo se origina da pulsão de morte, mas mantém um componente erótico (FREUD, 1924b/1996). Dessa forma, o masoquismo feminino e o moral indicam as diversas posições do sujeito frente ao desamparo,

sendo uma estratégia de defesa oferecer-se como objeto ao outro - maneira desesperada de se proteger do horror de se deparar com o fato de que não existe qualquer artifício fálico que possa mascarar a condição de desamparo (BIRMAN, 1999b). Portanto, a submissão seria uma forma de refalicização do sujeito perante seu confronto com o masoquismo erógeno e o encontro com o desamparo, constituindo-se como mecanismos defensivos que o sujeito lança mão para evitar a experiência de angústia.

Em 1924, com a anterioridade do princípio de Nirvana, identificamos também que a tendência originária do organismo é a morte. Portanto, se a morte como valor é originária, podemos dizer que a marca fundamental do sujeito seria a condição de desamparo, o que acarreta na dependência inevitável do outro (FREUD, 1924b/1996).

Contudo, é capturada pelo desamparo que a subjetividade assume uma direção decisivamente regressiva, oscilando entre a autonomia absoluta, e sua condição solipsista como recusa do desamparo, e os enigmas de suas origens que jamais são esquecidos e que remetem à alteridade.

O masoquismo erógeno coloca em cena a dimensão de dor que se articula com a emergência do desejo, uma vez que o desejo encontra condições de possibilidade na ruptura com o registro fálico, ruptura essa que não se efetiva sem consequências, ela implica a presença da dor (FORTES, 2007). Se pensado nesse aspecto, o masoquismo erógeno se constitui como estruturante do sujeito (FREUD, 1924b/1996).

A reação terapêutica negativa, como efeito do sentimento de culpa ou da necessidade de punição, constitui uma das mais sérias resistências no trabalho de análise. Tal afirmação nos permite pensar que a necessidade de punição estaria em função da pulsão de morte (RUDGE, 2006), gerando prazer no 'sofrimento pelo sofrimento', mas por outro lado, em virtude da ligação com os componentes eróticos provoca uma satisfação libidinal. Baseados nisso, ressaltamos a relevância do masoquismo e da economia da dor na regulação dos processos psíquicos e vitais do sujeito (FORTES, 2007).

Pensar o masoquismo pós 1924 implica estabelecer uma clara relação com o desamparo, que também apresentou algumas modificações ao longo do discurso freudiano, passando de adjetivo a conceito (BIRMAN, 1999b). A grande transformação se deu após a virada dos 20, momento em que a vida já não era

mais entendida como a origem do ser, ao contrário ela seria uma aquisição a partir do Outro, sendo assim, a morte se constituía como algo originário do vivente (Ibidem).

A prematuridade biológica do organismo proporcionaria o movimento de tendência para a morte, inserindo como condição *sine qua non* para a sobrevivência a intransponível dependência do outro, assim “seria o outro como ordem que inscreveria o infante marcado pela desordem no registro da vida” (BIRMAN, 1999b, p. 20).

Portanto, se o movimento primeiro tendesse para a descarga e quietude, a possibilidade de instauração da ordem vital viria de algo externo, uma espécie de contraforça vital ao movimento de descarga. O externo nada mais é do que o Outro que, com os cuidados e com a erogeneização, viabiliza a ordem vital e transmite a vida (Ibidem). Isso significa dizer que a pulsão de morte seria regulada pela pulsão de vida via trabalho do outro, permitindo a ligação da força da pulsão de morte aos objetos de satisfação. Assim, a pulsão se torna sexual e regulada pelo princípio de prazer, inaugurando um circuito pulsional no qual o outro tem um papel fundamental na interpretação das demandas e na oferta de objetos de satisfação.

Os destinos pulsionais, descritos em “A pulsão e seus destinos” (1915a) por Freud, seriam o efeito desse processo engendrado pelo outro, no qual a força erógena poderia combater a tendência para a morte e, nesse sentido, entendemos que o corpo erógeno seria a produção maior desse processo, instituindo uma ordem vital que se refere ao sexual.

Por tudo isso que foi exposto, atribuímos ao surgimento do desamparo enquanto conceito no discurso freudiano, que somente após a concepção da pulsão de morte, pôde ser lido como tal, nos remetendo à ideia de que “o excesso se constitui enquanto tal em decorrência da deiscência vital da natureza humana” (BIRMAN, 1999a, p. 24). A condição de desamparo e a conseqüente dependência do outro são fundamentos que se repetem ao longo da vida pela própria exigência de trabalho da pulsão (BIRMAN, 1999b), identificando assim um *gap* entre a força pulsional, os representantes e os objetos de satisfação. *Gap* esse que necessita ser mediado pelo trabalho de conjugação do outro que transforma a força pulsional num circuito pulsional.

Nesse contexto, inserimos a angústia do real (FREUD, 1926) como sendo uma manifestação da força da pulsão, que, pelo seu caráter de excesso, colocaria a subjetividade diante do desamparo, tornando também o trauma uma condição iminente no humano, justo pela falta de recursos capazes de proteger contra o excesso e a força da pulsão.

Diante do que foi explanado, o masoquismo originário se configura como o fruto do excesso e da força pulsional, constituindo-se como o efeito da angústia real num registro subjetivo no qual o desamparo se encorpa e incorpora (BIRMAN, 1999b). Assim, o masoquismo se apresenta como uma forma de subjetivação presente nas psicopatologias, uma modalidade pela qual a subjetividade tenta manejar os efeitos gerados a partir do masoquismo e da condição de desamparo.

É dessa forma que também podemos compreender uma diferenciação realizada pelo discurso freudiano, em 1924, que se refere ao masoquismo, enquanto estruturante e enquanto defesa, a saber, uma diferenciação que apresenta como critério distintivo o reconhecimento da condição de desamparo, de forma que, no masoquismo erógeno, a condição de desamparo seria reconhecida e funcionaria como estruturante, enquanto nos masoquismo moral e feminino, o desamparo seria recusado, introduzindo o sujeito na dinâmica da submissão como mecanismo defensivo.

Portanto, a introdução do masoquismo originário como estruturante implica também pensar a questão do desamparo no âmbito clínico, inserindo o lugar do analista e o manejo como instrumentos fundamentais que mediam a ligação entre o objeto, a força pulsional e as possíveis representações, para que assim sejam constituídos destinos estruturantes para o desamparo. A viabilização desse trabalho envolve, segundo Birman, uma inscrição da palavra e da linguagem no registro da ação, para que assim se possibilite a construção de um corpo erógeno (BIRMAN, 1999a).

Por fim, trazemos para a discussão as situações de impasse no mecanismo de expulsão da excitabilidade sob a forma de sadismo. Esses impasses acarretam a ausência de um princípio de mediação que viabilize o movimento de expulsão (FREUD, 1924b/1996). A partir desse apontamento, questionamos-nos se os casos de dor crônica seguem esse mesmo princípio, a saber, uma impossibilidade de *expulsão* de excitabilidade, resultando numa *implosão* no próprio organismo.

A discussão sobre pulsão de morte e, sobretudo, sobre os diferentes masoquismos nos convoca a pensar o mecanismo da dor segundo um duplo aspecto. Por um lado, identificamos uma espécie de congelamento na dor, no qual nenhum trabalho de simbolização se constitui, conduzindo-nos a compreender a dor como uma fixação na face negativa do masoquismo, principalmente pelo tom de repetição do mesmo com o qual nos deparamos nos casos de dor crônica e pela dificuldade de expulsão da excitabilidade. Haveria, assim, uma tendência a inserir a dor crônica como um efeito da submissão masoquista perante o desafio de encarar o desamparo diante de uma perda significativa, de forma que a dor se constituiria como defesa contra a angústia. Podemos nos questionar sobre qual seria a fantasia que estaria organizando essa experiência masoquista, como um indicador de qual direcionamento seria dado ao tratamento.

Por outro lado, poderíamos pensar a dor como uma maneira de se sentir um corpo, afirmação essa que implicaria uma busca pela erogeneização, indicando que algum avanço, relativo ao atravessamento do desamparo, constituiu-se (FORTES, 2007).

Tomando a dor crônica como efeito de uma situação traumática que envolve algum tipo de perda, deparamos-nos justamente com o impasse do atravessamento do desamparo, situação que remete ao processo de luto a ser elaborado. Se a melancolia se constitui a partir de uma perda que não se efetivou (FREUD, 1917[1915]), está em jogo um processo no qual houve o impedimento de uma renúncia ao objeto de amor – logo, um impedimento também no sentido do atravessamento da angústia -- instaurando-se, assim, uma experiência de punição a partir de um posicionamento masoquista.

Contudo, assim como se deu com a angústia no discurso freudiano -- que inicialmente se aproximava de um problema econômico e mais tarde foi atribuída a outra dinâmica, a saber, presença e ausência de objeto (FREUD, 1926), passamos também a compreender a dor crônica não apenas pelo seu aspecto econômico, mas destacamos, sobretudo, sua complexa relação com a questão do desamparo e os impasses para o atravessamento da angústia.

Portanto, se o desamparo implica a dor para o sujeito, um funcionamento psíquico em que a dor predomina como forma de se submeter ao outro não necessariamente se identifica com o horror. Afirmamos isso em virtude do masoquismo erógeno que indica uma outra forma de relação do sujeito com o

desamparo, uma vez que o que está em questão aqui é a suspensão do referencial fálico (BIRMAN, 1999b). Assim, a passagem pelo masoquismo erógeno é uma maneira de se desligar da impostura fálica e poder viver a relação consigo mesmo e com o outro, estabelecendo, outro tipo de relação com o erotismo, identificada como um destino possível para o desamparo (como a sublimação, por exemplo).

Nesse sentido, encontramos o que há de erógeno no desamparo, a saber, uma possibilidade de se reinventar. Em contrapartida, a face negativa do desamparo se manifesta como masoquismo, pela inexistência do erotismo e pela presença da dor mortífera. Nesse aspecto, o que vai nos mover no erotismo é a certeza de nossa incompletude, em contrapartida, a crença na completude acaba funcionando a favor do gozo (Ibidem).

Com a releitura do masoquismo como originário, podemos incluir a dor psíquica à metapsicologia freudiana, constituindo, assim, um lugar para que essa manifestação subjetiva seja melhor analisada.

Como demarcamos uma diferença entre dor e sofrimento a partir da leitura de Birman (2001b; 2003a; 2009d), afirmamos que o sofrimento implica o desamparo como condição de possibilidade para a subjetivação, sendo justamente o masoquismo como originário uma forma de transformar a dor em sofrimento ao dirigir um apelo ao outro (Ibidem).

A dor crônica, por sua vez, parece estar em maior consonância com o masoquismo como defesa, justamente por estar em jogo uma dimensão melancólica na qual a experiência traumática de perda estaria representando a ausência de proteção contra o desamparo.

4.3 Dor: entre Inibição e Angústia

Seguindo nosso percurso, chegamos à parte final dessa discussão que traz à tona aproximações e oposições entre o sintoma como conceito psicanalítico e a inibição de funções do eu, relação essa tão discutida por Freud em “Inibições, sintomas e angústia” (1926). Segundo o próprio Freud, tal distinção não seria relevante se não fossem casos em que observamos inibições e a ausência de sintomas.

Pensar a dor como a manifestação de algo de ordem psíquica que se transfere para o corpo implica fazer uma articulação entre a dor, entendida como

um sintoma analítico, tal como observamos no sintoma de conversão histérica (FREUD, 1893a/1996; 1893b/1996), e a dor como uma descarga no corpo sem qualquer representação (como notamos no caso das dores crônicas, fenômeno esse que não se restringe a uma estrutura clínica). Baseado nesse duplo aspecto da dor no corpo, faz-se necessária uma discussão sobre o sintoma analítico, a fim de compreender o que estaria em jogo na dor que se apresenta no corpo.

Se tomarmos o texto de 1926 para articular com a problemática que abordamos nesta pesquisa, percebemos que a dor crônica não se apresenta como um sintoma, o que sugere a seguinte questão: se não se trata de um sintoma, estaria ela mais próxima de uma angústia resultante do trauma, pela ruptura do escudo protetor e a liberação do afeto, que permanece solto? Ou poderíamos pensar na dor crônica como resultante de uma inibição da função do Eu, na qual se presentificam passividade do sujeito, restrições no laço social e ausência de índices simbólicos?

Pensando no Eu como uma organização que se baseia na manutenção de uma livre correspondência e influência recíproca entre todas as partes, é justamente esta instância que impede os sintomas de se tornarem isolados e alheios, fazendo o possível para agregá-los e incorporá-los em sua organização (FREUD, 1926/1996). Nesse sentido, o Eu se adapta ao sintoma, tornando-o egosintônico devido à natureza de síntese dessa instância (Ibidem).

Sobre isso Freud diz o seguinte:

É do próprio sintoma que provém o mal, pois o sintoma, sendo o verdadeiro substituto e derivativo do impulso recalado, executa o papel do segundo; ele continuamente renova suas exigências da satisfação e assim obriga o eu, por sua vez, a dar o sinal de desprazer e a colocar-se em uma posição de defesa. (FREUD, 1926, p. 103).

Baseado nisso, Freud diz que o processo mental transformado em sintoma por meio do recalque existe agora fora da organização do Eu e independente dele, tal como seus derivados que também usufruem do privilégio da extraterritorialidade.

Se considerarmos todo o percurso da formação do sintoma, deparamos-nos com o fato de que a dor crônica pode se configurar como sintoma apenas para a medicina, enquanto que, para a psicanálise, ela se constitui como uma afecção no real do corpo, que se pauta na compulsão à repetição.

Analisar o percurso feito por Freud em relação ao sintoma implica pensar em conceitos como pulsão e recalque, tal como entender a dinâmica da sexualidade, temas esses que não serão aprofundados nesta pesquisa, mas que já foram apontados, de forma sumária, anteriormente. Entretanto, esses conceitos fundamentais da psicanálise são importantes para tentar esclarecer aquilo que Freud anuncia ao se referir ao sintoma neurótico como uma expressão de conflitos entre o Eu e a pulsão.

Na Conferência XIX, “Resistência e recalque” (1917d/1996), Freud observa que durante a formação do sintoma “algo deve ter-se passado, que agora podemos reconstituir a partir de nossas experiências durante a *resolução* de seus sintomas” (FREUD, 1917d/1996, p. 300, grifo do autor). Ele segue o texto sustentando que há uma condição para a existência do sintoma, de forma que está em jogo algum processo mental que não foi conduzido até seu objetivo normal, que seria o de tornar-se consciente. Assim, o sintoma seria o substituto do que não foi possível de se realizar nesse ponto.

A condição para a formação de um sintoma, conforme descrito por Freud, seria o recalque, um “processo patogênico, que é demonstrado pela resistência” (Ibidem). Nesse sentido, os sintomas se apresentam como um substituto de algo que foi afastado pelo recalque, além de servirem à intenção tanto da satisfação de desejos sexuais como do rechaço da mesma, de forma que se apresentam “como satisfações substitutas daquilo que se perde na vida” (FREUD, 1917d/1996, p. 306).

Em “Os caminhos da formação dos sintomas” (1917c/1996), esses são descritos como atos prejudiciais ou inúteis à vida da pessoa, sobre os quais se constitui uma queixa que o mostra como indesejado e causador de desprazer e de sofrimento. De fato está em jogo um dispêndio permanente de energia para manter a luta contra o sintoma, o que gera um empobrecimento na vida do sujeito em relação à energia mental disponível e, às vezes a paralisação das atividades do sujeito. Nesse aspecto, Freud abre possibilidade para se pensar na dimensão quantitativa que está presente na formação do sintoma.

É baseado nessa descrição que entendemos os sintomas neuróticos como um resultado de um conflito que apresenta uma nova maneira de satisfazer a libido. O que está em jogo é uma reconciliação entre as forças que entraram em conflito no processo de formação do sintoma, reconciliação essa que ocorre por

meio de um acordo representado pelo próprio sintoma: o chamamos de formação de compromisso. Segundo Freud, o sintoma vai se manifestar “como um derivado múltiplas vezes distorcido da realização de desejo libidinal inconsciente, uma peça de ambiguidade engenhosamente escolhida, com dois significados em completa contradição mútua” (FREUD, 1917c/1996, p. 363).

Freud vai destacar que aquilo que representava uma satisfação para o sujeito em dada época, passa a originar resistência e repugnância. Assim, um sintoma vai representar uma satisfação à maneira infantil, mas não se reconhece no sintoma uma satisfação libidinal, embora sua presença invariavelmente se confirme (Freud, 1926/1996).

Vale ressaltar, também, a importância das fantasias na formação dos sintomas (FREUD, 1917c/1996): por vezes os sintomas representam eventos realmente ocorridos, nos quais percebemos a fixação da libido, porém, em outros casos, os sintomas representam fantasias do sujeito, sendo que geralmente estes dois aspectos são indistinguíveis. A introversão da libido para a fantasia está sempre presente na forma de satisfação proporcionada pelo sintoma.

Os sintomas, para Freud, possuem um sentido e uma intenção, revelando assim alguns traços singulares do sujeito e evidenciando a íntima relação entre sintoma e inconsciente. De forma mais ampla, podemos dizer que o sintoma seria um substituto e um sinal de uma satisfação pulsional que se manteve em estado latente, ele é uma consequência do recalque (Ibidem).

Após a exposição sobre o sintoma analítico, podemos agora abordar a distinção entre a *inibição* e o *sintoma*. Demarcar essa diferença entre ambos implica esclarecer se estamos nos referindo a um campo fenomenológico no qual observamos manifestações psicopatológicas, ou se estamos tratando de mecanismos psíquicos envolvidos na inibição e no sintoma (BERLINCK, 2003).

Sobre isso, Berlinck ressalta que se seguirmos o caminho das manifestações psicopatológicas enquanto fenômenos observáveis, deparamos-nos com o sintoma se manifestando sob a forma de uma conversão, de um ritual obsessivo ou de uma fobia. A inibição, por sua vez, pode se manifestar como um impedimento de se realizar algo, presentificando-se tanto na fobia quanto na neurose obsessiva e na histeria (FREUD, 1926/1996).

Por outro lado, ao levar em conta os mecanismos psíquicos que estão presentes nessas manifestações, notamos que tanto inibição quanto sintoma

podem estar presentes nas neuroses, mas não se pode reduzir a inibição ao sintoma, uma vez que cada qual indica uma particularidade (Ibidem). Apesar de nos depararmos com algumas dificuldades no que diz respeito a essa diferenciação, encontramos um terreno proveitoso para pensá-las no texto “Inibições, sintomas e angústia” (1926), momento no qual Freud define o sintoma e sua complexidade da seguinte forma:

Um sinal e um substituto de uma satisfação pulsional que permaneceu em estado de recalque; é uma consequência do processo de recalque. O recalque se processa a partir do eu quando este – pode ser por ordem do supereu – se recusa a associar-se com um investimento pulsional que foi provocado no isso. O eu é capaz, por meio do recalque, de conservar a representação que é o veículo da moção repreensível a partir do tornar-se consciente. A análise revela que a representação amiúde persiste como uma formação inconsciente. (FREUD, 1926/1996, p. 95).

Nesses termos, o recalque seria o processo psíquico responsável pela formação do sintoma, constituindo-se como um mecanismo de defesa do Eu contra uma associação à moção pulsional produzida pelo Isso. É por meio do recalque que o Eu vai conservar a representação que se constitui como uma formação do inconsciente, enquanto o afeto permanece solto até se unir a uma nova representação.

Nesse sentido, o recalque transforma o prazer esperado em desprazer, uma vez que a moção pulsional que foi ativada no Isso, pelas exigências do Supereu, é inibida pelo Eu e pela influência no Eu (Ibidem).

Ao emitir um sinal de desprazer, o Eu pode suprimir uma moção pulsional, portanto só teremos notícias desse processo caso o recalque venha a falhar, permitindo o retorno do recalçado sob a forma de sintomas (FREUD, 1915b/1996). Nessa circunstância, a moção pulsional encontra um substituto reduzido que quando levado a efeito é sentido com a “qualidade de uma compulsão e não de prazer” (FREUD, 1926/1996, p. 98).

Já em relação à inibição, identificamos também uma debilidade no Eu, porém trata-se de um trabalho diferenciado, a saber, um trabalho que não envolve a formação de compromisso que caracteriza o sintoma. Nesse aspecto, a inibição é apenas uma forma de expressão de uma restrição funcional do Eu que pode ter causas diferenciadas (FREUD, 1926/1996).

Na inibição, está em jogo um Eu que se tornou enfraquecido desde que a renúncia foi realizada. É justamente por esse caráter de debilidade que o Eu procura não entrar em conflito com as outras instâncias, por isso não opta pela formação de compromisso (sintoma). Assim, a renúncia entra em cena como sendo a defesa possível, e as inibições dentro da esfera do Eu impedem um novo recalçamento, evitando conflitos entre as instâncias Eu, Supereu e Isso (Ibidem).

Algumas inibições representam o abandono de certa função porque sua prática gerava angústia. Um apontamento freudiano que pode nos auxiliar nessa compreensão se refere à relação entre inibições e funções erotizadas. Freud nos indica que as inibições neuróticas ocorrem porque os órgãos físicos em ação se tornaram muito erotizados. As funções que foram inibidas podem representar algo de um desejo proibido de ordem sexual, que gerava angústia. Com isso, o Eu renuncia a tais funções para não precisar adotar novas medidas que envolvam o recalque e, em paralelo, não entrar em conflito com o Isso (Ibidem).

Essa restrição nas funções do eu estão relacionadas ao sexual, uma vez que a inibição não é de uma função qualquer do Eu, mas sim, de uma função *erotizada*. Sobre isso Freud nos diz que “descobriu-se como ato geral que a função do eu de um órgão fica prejudicada se a sua erogeneidade – sua significação sexual – for aumentada.” (FREUD, 1926/1996, p. 93).

Portanto, as funções que foram mais investidas pelo psiquismo se tornam agora inibidas, constituindo prejuízos à vida do sujeito, uma vez que os laços sociais e as atividades de seu interesse tornam-se bloqueadas.

Em geral as inibições também atendem a outras finalidades, como, por exemplo, numa tarefa psíquica mais difícil (no luto, numa supressão de afeto, num fluxo contínuo de fantasias sexuais que deve ser controlado), na qual o Eu perde certa quantidade de energia e, com isso, tem que reduzir o dispêndio da mesma em muitos pontos simultaneamente, o que acarreta inibições de certas funções (Ibidem). É diante desse mapeamento que conferimos ao sintoma todo um trabalho psíquico, enquanto que na inibição observamos um impedimento que envolve renúncia ao trabalho psíquico e sua complexidade.

Mesmo tendo apontado o trabalho psíquico como aspecto decisivo na diferenciação entre sintoma e inibição, sabemos que as relações entre ambos são muito estreitas, uma vez que, em alguns casos, manifestam-se simultaneamente.

Em 1926, ao trabalhar o sintoma e a inibição, Freud descreve o caso do pequeno Hans associando a situação edípica (amor e ódio em relação ao pai) à fobia desenvolvida por Hans, atribuindo a fobia à tentativa de solucionar o conflito ambivalente o qual o pai é o objeto amado e odiado. No sintoma da fobia, que é o medo de ser mordido por um cavalo, Freud identifica que ocorreu a transformação de um aspecto ativo da moção pulsional hostil para um aspecto passivo. Tal transformação ocorre a partir do processo de recalçamento que atua com o auxílio da regressão como mecanismo de defesa do Eu perante uma moção pulsional desagradável.

Nesse momento, Freud esclarece que não se pode compreender a angústia, neste caso de fobia, como um sintoma, uma vez que o que irá transformar uma fobia em neurose é a substituição do pai pelo cavalo, somente isso constitui o sintoma. A incapacidade de sair às ruas, também apresentada por Hans, configura-se como uma manifestação de inibição que vem à tona a fim de evitar a angústia.

No *Seminário X* (1962-63/2005), sobre a angústia, Lacan utiliza o exemplo freudiano da locomoção para se referir ao movimento e ao movimento impedido, ele diz que “a inibição está na dimensão do movimento, no sentido mais amplo desse termo. [...] Existe movimento, pelo menos metaforicamente, em toda função, mesmo que não seja locomotora [...] Na inibição, é da detenção do movimento que se trata” (LACAN, 1962-63/2005, p. 18).

Contudo, identificamos que o processo de formação de sintoma implica transformações da moção pulsional, substituições e recalçamentos (FREUD, 1915a/1996; 1917a/1996; 1917c/1996; 1917d/1996; 1926/1996), a saber, um trabalho de elaboração psíquica bastante distante da superficialidade da inibição, que parece envolver apenas a instância psíquica Eu, enquanto a complexidade das moções pulsionais e o conflito entre instâncias psíquicas se reserva apenas para situações em que o sintoma se constitui.

Notamos, assim, uma intrincada relação entre a inibição, o sintoma e a angústia, o que nos permite observar que o reconhecimento do perigo da castração, manifestado pelo sinal de angústia fornecido pelo Eu, inibe o processo de investimento ameaçador no Isso por meio da regulação prazer-desprazer. Nesse caso, a angústia de castração acaba por levar à elaboração de uma formação substitutiva, o sintoma, possibilitando o controle sobre a ameaça de perigo. Todo esse mecanismo defensivo que cria uma inibição e forma um sintoma se efetiva

para que a angústia ao se deparar com o objeto fonte de ameaça seja evitada (FREUD, 1926/1996).

Se entendermos a angústia como o sinal de uma discrepância entre o ambiente e a errância do humano, conforme nos esclareceu Berlink (2003), o ser humano invariavelmente se constitui como um ser angustiado, necessitando, portanto, de recursos para lidar com a manifestação da angústia, e tanto o sintoma quanto a inibição são recursos para isso.

De fato o que notamos ao percorrer do texto freudiano de 1926, são quatro pontos diferenciais em relação à dinâmica sintoma-angústia-inibição. O que mais se destaca seria o trabalho psíquico de elaboração na formação sintomática que não se apresenta quando se trata de uma inibição de uma função do Eu. Outros aspectos diferenciais que se destacam se referem ao papel do Eu. Na formação do sintoma, o Eu exerce seu poder de influência sobre a moção pulsional desagradável, estabelecendo, assim, um jogo de forças. Já a inibição evidencia justamente a expressão de fraqueza e uma limitação funcional do Eu. Por fim, o fato do sintoma afirmar sua existência fora da organização do Eu indica toda uma rede de complexidade que vai para além da inibição que se restringe ao Eu.

Dessa forma, dizemos que a inibição seria a expressão de restrição de uma função do eu (simples redução de função), sem necessariamente apresentar implicações patológicas (FREUD, 1926/1996). Porém, ressaltamos novamente que não se trata da inibição de qualquer função, mas sim de uma função erotizada.

Falar de sintoma denota um processo patológico (nesse sentido Freud vai argumentar que uma inibição poderia ser também um sintoma) e implica quando uma função passou por alguma transformação inusitada ou quando uma nova manifestação surgiu a partir desta (Ibidem).

Após essa breve diferenciação entre inibição e sintoma no discurso freudiano, inserimos o argumento de que a dor crônica, como algo de ordem *psíquica* que se manifesta como uma descarga no *corpo*, não se configura como um sintoma para a psicanálise. Nas dores crônicas não estaria em jogo a complexa transformação de moções pulsionais, tampouco a construção de uma metáfora via retorno do recalado.

Se tomarmos a nossa base inicial que associa a dor manifestada no corpo à melancolia, estaríamos trabalhando com dois aspectos, a saber, dois tipos de dores

(física e psíquica) que, segundo o próprio discurso freudiano, apresentam-se como intrincadas, dificultando uma delimitação entre ambas.

Ao analisar a melancolia descrita em 1917 por Freud, notamos que nesta forma de mal-estar a angústia não se apresenta, destacando-se apenas o esvaziamento libidinal, as auto-acusações e a disposição dolorosa. Se pensarmos nesses termos, identificamos que nos casos de dor crônica, a angústia também não se manifesta como tal. Nesse sentido, tendemos a pensar que a dor se aproxima muito mais de uma *inibição* do que de um *sintoma* propriamente analítico, ou mesmo de uma *angústia*. Essa ideia se complementa se pensarmos a inibição, como já descrevemos anteriormente, como uma forma de defesa contra a angústia, nesse aspecto, a inibição nos casos de dor entra em cena a fim de impedir que o sujeito sinta a angústia. Tal associação, como já foi dito anteriormente, convocamos a pensar na dor como uma manifestação que não apresenta qualquer esboço simbólico, configurando-se apenas como uma queixa insistente e redundante.

A relação entre a dor crônica e a inibição de uma função do Eu leva à questão do manejo clínico no tratamento do paciente com dor crônica, sobretudo à questão da interpretação. Do ponto de vista clínico, não se interpreta uma manifestação que não remete a nenhum sintoma. Nesse caso, o manejo clínico se baseia na sustentação do analista enquanto presença e alteridade, para que assim alguma coisa do discurso do sujeito possa emergir a fim de estabelecer ligações psíquicas.

4.4 Dor e Discurso Freudiano

“Não me toquem nessa dor
ela é tudo que me sobra
sofrer, vai ser minha última obra”
(Paulo Leminski)

No âmbito da segunda teoria da angústia apresentada por Freud (1926), esta não mais se limita a uma consequência de um evento, mas passa a antecipar algo e a sinalizar um perigo, manifestando-se como *angústia sinal*. Gera, assim, certa ruptura conceitual que institui outros modos de relação entre o recalque, a angústia e o sintoma, além de destituir o ponto de vista econômico como exclusivo para abordar a angústia.

Num primeiro momento, a angústia era apenas considerada um destino do afeto que foi separado do representante pelo recalque, nesse sentido ela seria posterior ao recalque. Nessa época, o mecanismo da neurose de angústia servia como modelo para se pensar a dinâmica da angústia, indicando uma articulação entre uma espécie de angústia inscrita no corpo e a precária elaboração psíquica (FREUD, 1895[1894]/1996). Essa abordagem se revela pouco consistente em relação à diferenciação entre a angústia que se apresenta na neurose de angústia e a angústia das neuropsicoses de defesa, evidenciando certa ambiguidade entre o afeto enquanto representação psíquica (quota de afeto) e enquanto excitação somática (soma de excitação).

Encontramos na teoria da angústia uma “dificuldade em delimitar a oposição qualidade/quantidade, psíquico e somático” (LAPLANCHE & PONTALIS, 1998, p. 421). O afeto da angústia é, nessa teoria, um processo que envolve “descarga motora e aspectos da percepção dessa descarga que são da ordem prazer/desprazer” (FREUD, 1915a/1996, p. 204 -205). Dessa forma, temos que a angústia, enquanto afeto, não seria apenas psíquica, envolveria também uma descarga no somático, inserindo, assim, o fator quantitativo como fundamental na excitação somática e a quota de afeto como uma manifestação qualitativa particular.

Já em 1926, a angústia é entendida como a manifestação de uma experiência traumática, na qual não há separação entre externo e interno, que é revivida como símbolo mnêmico em uma situação de ameaça. Nessa segunda concepção, o que se destaca é que não existe um aparelho psíquico organizado e capaz de lidar com a angústia, por isso esta acaba se dando como o efeito de uma experiência traumática.

Se relacionarmos a angústia a uma situação de perigo, tal como Freud considerou em 1926, seguiremos na direção de considerar que os sintomas são criados para retirar o eu de uma situação de perigo, na qual este se encontra desamparado diante de uma exigência pulsional crescente, cuja satisfação almejada pode mobilizar uma situação hostil. O conflito psíquico está na base. A angústia coloca a formação de sintoma em movimento, sendo, portanto, um pré-requisito dela, pois “se o *eu* não despertasse a instância de prazer-desprazer gerando angústia, não conseguiria a força para paralisar o processo que se está

preparando no *isso* e que ameaça com perigo” (FREUD, 1926/1996, p. 142, grifos meus).

Dito isso, podemos inserir a *angústia sinal* como um recurso que o psiquismo lança mão a fim de evitar o fator surpresa e o contato com a *angústia real* (Ibidem). A angústia sinal presupõe que o recalque tenha se efetivado. A angústia real ou traumática já pressupõe a falha da angústia sinal, como se algo não tivesse sido cartografado na memória. Com isso, podemos dizer que o que se atualiza no traumático é a angústia real, enquanto angústia de morte, destacando que a dimensão da dor, enquanto dor psíquica, caracteriza exatamente a presença do perigo de ameaça à vida (Ibidem), representanda pela ausência do outro enquanto alteridade capaz de atender ao apelo.

A presença de afecções no corpo parece indicar justamente a falha no mecanismo da angústia sinal, tal como a precária simbolização como recurso diante o perigo, identificando que alguma coisa se deu em relação à subjetividade que a impossibilita de mediar suas relações com o outro e descarregar a tensão por vias que não sejam corpóreas (FERNANDES, 2003).

Em 1926, fica claro que o papel da angústia, como uma reação do eu perante situações de perigo, é o de evitar ou afastar-se de tal situação. Ela surge originalmente como reação a um estado de perigo, sendo sempre reproduzida quando um estado dessa espécie se repete, o que significa dizer que essa experiência primária é subjetivada em cada situação posterior de perda, nas quais a angústia é mobilizada.

Com isso, dizemos que a subjetivação ocorre num momento de perda. A presença do objeto -- enquanto perda -- é o que vai viabilizar a subjetivação, estabelecendo, assim, um traço a ser inscrito no psiquismo. É justamente por conta dessa perda e desse traço como signo que vai se estabelecer uma ausência ou uma presença da angústia sinal. É somente a partir da simbolização da perda, ou seja, pela simbolização de uma ausência mediada por uma presença, que se poderá constituir um traço psíquico e antecipar a situação de perigo como medida de proteção do psiquismo.

A antecipação supõe também que o sujeito possa *fantasiar* aquilo que ainda não existe, inscrevendo no registro psíquico da imaginação a antecipação e a categoria de tempo. Não podemos esquecer que para desejar é preciso fantasiar, meio pelo qual o desejo vai se ordenar (BIRMAN, 2009d).

A ameaça de perigo pode ser entendida como tudo aquilo que remete, em última instância, ao medo da morte, representando o abandono pelo Super-eu protetor e a entrega aos poderes do destino. É dessa forma que podemos compreender a angústia como uma reação à perda ou à separação, caracterizando-se como um estado afetivo com alto grau de desprazer.

A angústia se faz acompanhar de sensações físicas de órgãos que nos levam a pensar que as inervações motoras (processos de descarga) desempenham um papel no fenômeno geral da angústia. O estado de angústia seria a reprodução de alguma experiência que encerrava as condições necessárias para o aumento de tensão e provocava uma descarga por trilhas específicas. É por isso que o desprazer da angústia apresenta um caráter de especificidade. Contudo, são os atos de descarga e a percepção desses atos que se configuram como aspectos diferenciais entre angústia, luto e dor, uma vez que se encontram ausentes em situações de dor e de luto (Ibidem).

No período de imaturidade biológica, a criança descobre que um objeto externo pode pôr fim à situação vivenciada por ela como uma situação de perigo. Nesse caso, o conteúdo do perigo é deslocado para a perda de objeto. O primeiro passo adotado pela criança para sua autopreservação é representado pela transição do aparecimento da angústia real para a reprodução intencional da angústia como um sinal de perigo. Assim, compreendemos a construção freudiana que coloca “a angústia como o produto do desamparo mental da criança” (FREUD, 1926/1996, p.136).

As situações de perigo são representadas a partir de uma experiência traumática, produzindo um confronto entre o sujeito e a mortalidade a partir dos limites de sua corporeidade. Nesse sentido, concordamos com Lacan e sua afirmação de que a angústia é o único afeto que não engana (LACAN, 1962-63/2005), uma vez que ela evidencia ao sujeito sua condição insofismável diante da morte.

Se o sujeito não consegue mobilizar recursos para pôr em funcionamento a angústia como um sinal, ele fica estagnado em sua autossuficiência narcísica, podendo ser pego pelo inesperado e lançado numa situação traumática. É desta forma que a angústia do real vai se apresentar no psiquismo (Ibidem), com sua amargura e tonalidade de dor, colocando o sujeito em posição de desamparo (BIRMAN, 2009d).

Após descrever a angústia a partir do discurso freudiano, seguimos para a diferenciação entre dor e angústia apontada por Freud em “Inibições, sintomas e angústia” (1926), momento em que sugere que a ausência da mãe vai provocar *dor* no bebê, uma vez que ele não sabe distinguir entre uma separação temporária e uma perda definitiva. Devido à incompreensão temporal e à perda de percepção do objeto, a situação recebe o status de traumática.

Como já descrevemos, é a prematuridade do organismo biológico que lança o bebê à vulnerabilidade, estabelecendo uma valorização acentuada do objeto, recurso capaz de protegê-lo contra os perigos, e cria a necessidade de ser amado para não correr o risco de ser abandonado.

Nos primórdios da existência, a ausência da mãe não se confunde com a ausência de um objeto, uma vez que ela ainda não representa um objeto para a criança. O que existe seria apenas uma necessidade a ser satisfeita, sendo nesse sentido que a ausência da mãe se insere como uma situação de perigo a qual é experimentada pela criança como dor (FREUD, 1926/1996, p. 164), signo de uma situação traumática. Portanto, é por uma questão de sobrevivência que a criança depende do outro.

Voltemos, então, à questão lançada por Freud no texto de 1926: quando é que a separação com o objeto causa angústia, quando provoca luto ou quando provoca apenas dor? Quais as situações o sujeito sofreria por angústia ou por dor? Segundo Freud, a angústia se constitui como uma reação afetiva ao perigo que a perda representa, enquanto a dor seria uma reação real diante à perda de objeto. Nas palavras do próprio Freud, “A dor é assim a reação real à perda de objeto, enquanto a angústia é a reação ao perigo da perda do próprio objeto” (FREUD, 1926/1996, p. 165). É dessa forma que ele insere o outro, enquanto presença ou ausência, na origem de toda dor, seja ela psíquica ou somática.

Como observamos, a dor psíquica remete a uma perda objetal realmente vivida, perda essa que se situa na origem da angústia. Pontalis estabelece uma articulação entre objeto perdido (*Das Ding*) e dor dizendo o seguinte:

Irremediavelmente perdido, mas sempre mantido, o objeto não poderia ser reencontrado pela via da representação, que torna presente um outro, a um só tempo mesmo e diferente. Lá onde há dor, é o objeto ausente, perdido, que está presente; o objeto presente, atual, que está ausente. De repente a dor da separação parece secundária em comparação com uma dor nua, absoluta. (Pontalis, 2005, p. 272).

No texto “Luto e Melancolia” (1917[1915]), alguns impasses sobre a dor se apresentam como obstáculo teórico que ainda não foi ultrapassado, tal como nos aponta Freud, dizendo que “não podemos prosseguir (...) antes de obtermos melhor entendimento sobre a economia da dor, primeiramente a corporal e em seguida a anímica, análoga a ela” (FREUD, 1917[1915]/1996, p. 225). Apesar dos impasses no que se refere a alocar a dor a partir de uma visão psicanalítica, mais uma vez parece que a questão econômica se configura como um importante fator a ser considerado ao abordar dores físicas e dores psíquicas.

Contudo, ao apontar características da dor, quais sejam, a dor como consequência da ruptura dos dispositivos de para-excitação e a dor como uma excitação pulsional constante, frente a qual a ação muscular se torna impotente, Freud destaca que essa descrição em nada se parece com uma situação de perda de objeto, ele ressalta ainda que o estímulo periférico, fator fundamental à dor, não se apresenta neste contexto. Citemos Freud:

Esse determinante da geração de dor parece, contudo, ter muito pouca semelhança com a perda de um objeto. E, além disso, o elemento que é essencial à dor, o estímulo periférico, está de todo ausente da situação de anseio da criança. (FREUD, 1926/1996, p. 166).

Baseado nestes questionamentos, Freud infere que a palavra dor não foi sem razão utilizada para caracterizar uma dor que é interna, supondo que um sentimento de perda objetual poderia se equivaler a uma dor que é física. Ele diz: “Contudo, não pode ser para nada que o uso comum da palavra tenha criado a ideia de dor interna mental e tenha tratado o sentimento de perda de objeto como equivalente à dor física” (FREUD, 1926/1996, p. 166).

Portanto, baseados no próprio discurso freudiano, afirmamos que a passagem de uma dor corporal para uma dor psíquica está relacionada a uma transformação do investimento narcísico em investimento objetual no qual há a representação de um objeto que toma o lugar do corpo investido pela quantidade de excitação (Ibidem). Nesse sentido, o componente doloroso que se refere à perda do objeto está associado ao luto. Como apontamos no Capítulo II, na melancolia o objeto não se deixa perder, fica introjetado, de forma que a experiência de perda não se efetua em luto, constitui-se assim uma espécie de vivência de um vazio e não de uma experiência de perda.

De toda forma, em ambas as situações, de dores físicas e psíquicas, há um excesso de investimento que não pode ser descarregado, qual seja, da parte do corpo que emite dor (dor física) e do desejo pelo objeto perdido (dor psíquica). Assim, criam-se condições econômicas semelhantes, o que permite a Freud afirmar que a transição da dor física para a dor psíquica seria equivalente a uma mudança no investimento narcísico para o investimento objetal. Ele destaca ainda que na dor corporal existe uma intervenção de um investimento narcísico elevado na representação do local dolorido, o que produz um efeito de esvaziamento do Eu, sobre isso ele comenta que:

Quando há dor física, ocorre um alto grau do que pode ser denominado de investimento narcísico do ponto doloroso. Esse investimento continua a aumentar e tende, por assim dizer, a esvaziar o eu. Sabe-se que quando os órgãos internos nos transmitem dor recebemos representações espaciais e outras representações de partes do corpo que de maneira comum não são absolutamente representadas em ideias conscientes. Ademais, o fato marcante de que quando há um desvio psíquico ocasionado por algum outro interesse, mesmo as dores físicas mais intensas deixam de seguir (não devo dizer 'permanecem inconscientes' nesse caso) pode ser explicado por haver uma concentração de investimento no representante psíquico da parte do corpo que está emitindo dor. Penso ser aqui que encontramos o ponto de analogia que tornou possível levar as sensações de dor até a esfera mental, pois o intenso investimento de anseio está concentrado no objeto do qual se sente falta ou que está perdido (um investimento que aumenta com firmeza porque não pode ser apaziguado) cria as mesmas condições econômicas que são criadas pelo investimento da dor que se acha concentrada na parte danificada do corpo. (FREUD, 1926/1996, p. 166).

Na dor física há, então, um grande investimento narcísico do ponto doloroso, deixando, em contrapartida, o eu esvaziado. Faz-se possível localizar a dor no registro psíquico, identificando que o investimento de anseio pelo objeto perdido cria as mesmas condições econômicas que as que ocorrem na dor física, quando os investimentos libidinais se concentram na parte danificada do corpo. Na dor física esse aumento de investimento se dá na parte do corpo que emite a dor, e na dor psíquica esse aumento de investimento se dá pelo anseio em relação ao objeto ausente. Dessa forma, criam-se condições econômicas semelhantes para ambos os casos:

Uma representação de objeto que esteja altamente investida pela necessidade pulsional desempenha o mesmo papel que uma parte do corpo investida por um aumento de estímulo. A natureza contínua do processo de investimento e a impossibilidade de inibi-lo produzem o mesmo estado de desamparo mental. (FREUD, 1926/1996, p. 166).

A dor, tal como a angústia e o luto, apresenta-se como o destino de uma experiência dos elevados níveis de investimento – em relação ao corpo e ao objeto perdido – que não encontram via de descarga e por isso produzem sensação de desprazer. Nesse sentido, os aspectos econômicos em jogo seriam os mesmos, qual seja, um investimento nostálgico em relação ao objeto perdido (angústia) e um investimento que se concentra em determinada parte do corpo ferida (dor) (Ibidem).

Portanto, encontramos a dor ao longo do discurso freudiano como um excesso que apresenta consequência tanto no corpo quanto no psíquico, constituindo como característica da dor a indiferenciação dos limites, tornando “pouco nítidas essas fronteiras” (PONTALIS, 2005, p. 272).

É assim que localizamos a dor entre o luto e a angústia, entre o investimento narcísico e o investimento objetal. Contudo, parece-nos que a dor é uma experiência marcadamente solipsista, como se um corpo estranho adentrasse no próprio corpo, constituindo uma espécie de ruptura entre o limite psíquico e somático. Nesse aspecto, Pontalis (2005) vai ressaltar que a dor seria uma espécie de acoplamento que engloba o dentro e o fora, a fantasia e a realidade, o tempo passado e o presente.

É, então, em 1926 que Freud tenta responder a um impasse que se apresentou desde o *Projeto* (1950[1895]), o de compreender a relação entre dor física e dor psíquica. A dimensão econômica de ambas é o caminho apontado por Freud para melhor articular as experiências. Com isso, observamos que a transferência da dor corporal para o domínio psíquico se relaciona ao direcionamento do investimento libidinal, a saber, depende da mudança do investimento narcísico para o investimento objetal.

De toda forma, podemos localizar a dor na obra freudiana referida a um excesso que apresenta consequências tanto no corpo quanto no psiquismo, sendo própria da dor a indiferenciação dos limites e das fronteiras, sugerindo-nos pensar que dor física e psíquica talvez sejam indissociáveis (PONTALIS, 2005).

4.5 Dor e Contemporaneidade

Optamos por descrever uma breve análise sobre a contemporaneidade e seus efeitos no mal-estar e na subjetivação por considerarmos que nosso tema de

pesquisa apresenta um caráter bastante atual. Desta forma, sabemos que o fator externo sempre se constituiu como um importante aspecto a ser considerado nas formas de subjetivação, desde a época em que Freud construiu sua teoria psicanalítica. Aqui também não poderíamos esquecê-lo.

O sociólogo Ehrenberg (1998) retoma a noção de neurastenia (século XIX) para falar sobre como a denominação “distúrbio funcional”, aplicada a tal patologia, tornou insuficiente a explicação sobre a hereditariedade em relação a esse mal-estar. Ela foi atribuída ao “esgotamento nervoso” que se presentificava na vida moderna, e não a uma degenerescência.

Com isso, ressaltamos que influências externas ao organismo provocam alterações internas, indicando o lugar privilegiado do registro social no sentido etiológico. Nesse sentido, acreditamos que a vida na sociedade traz um efeito subjetivo para o sujeito.

Baseados nisso, ressaltamos que há uma diferença fundamental entre o *pai* inicial do discurso freudiano (*pai* protetor de “Totem e Tabu”, 1913[1912-13]) e o *pai* pós virada dos 20. A queda da teoria do trauma em favor da teoria de sedução seria uma maneira do discurso freudiano salvar a figura do pai. Depois de “Além do princípio do prazer” (1920), o discurso freudiano acreditava que a figura do pai não poderia mais garantir proteção aos filhos. Dessa forma, a figura do pai é de impotência e falha, por isso ficamos expostos aos perigos, à morte, ao trauma e ao desamparo. Nesse sentido, o desamparo pode ser articulado à nostalgia do pai, que, por estar ausente em termos simbólicos, acaba se manifestando como presença por meio do severo supereu, fazendo com que a subjetividade contemporânea se depare com perturbações psíquicas relacionadas à destrutividade.

Freud retoma a teoria do trauma vinte anos depois por conta da evidência de que não se pode mais contar com o pai enquanto figura de referência simbólica. O discurso freudiano culmina, então, com o mal-estar na cultura, que nada mais seria do que o mal-estar na modernidade, uma vez que o pai não garantiria mais nada em termos de proteção subjetiva. No ensaio de 1930, Freud chega a enunciar que uma das formas de sofrimento neurótico seria a nostalgia do pai, o que se configura, no imaginário masoquista, como um apelo à proteção contra o desamparo.

Lacan, por sua vez, relê o mal-estar em Freud ressaltando que a humilhação da figura do pai seria índice do mal-estar moderno e, diante disso, a psicanálise tentaria inscrever a imago do pai no psiquismo para assim poder dar outro destino ao mal-estar (LACAN, 1948[1998]).

A própria condição da dor crônica, enquanto enigma para medicina e para a ciência, traz à tona a impossibilidade de se proteger do mal-estar por meio de medicamentos preventivos – indício que é da nossa condição atual de falta de proteção e de desamparo. Por isso tratamos a dor crônica como um fenômeno estritamente contemporâneo que se relaciona também com a questão do desamparo e a falta de recursos para lidar e elaborar uma situação vivenciada como traumática.

A discussão em torno da dor crônica nos remete às ditas novas formas de patologia, a saber, estados limites, anorexias, afecções psicossomáticas e novas formas de depressão. Atualmente encontramos uma espécie de *depressão do vazio*, caracterizada pela perda da vitalidade e pelo sentimento de esvaziamento subjetivo, que não são precipitados pela experiência de perda.

Na clínica contemporânea, assistimos, sobretudo, a sentimentos de insuficiência, de vergonha e de paralisação, o que nos permite identificar o domínio da *inibição psíquica* e de *mecanismos defensivos* que vão para além do recalque. A isso tudo, acrescenta-se a exacerbada experiência de desamparo vivenciada pelos sujeitos contemporâneos pela falta de emblemas simbólicos, desamparo esse que se relaciona também à constituição subjetiva, que pode incluir uma fragilidade de ordem narcísica.

As formas de organização das subjetividades contemporâneas desafiam o discurso psicanalítico, pois nos levam a pôr em questão a concepção de um sujeito invariante e universal. Passamos a falar de variadas formas de subjetivação em vez de falar em sujeitos, uma vez que a subjetividade se liga a formas de produção e que a psicanálise se organiza por meio dos registros ético, estético e político, o que implica pensar o sujeito em relação à história e ao social (BIRMAN, 2007a).

Essas ditas novas patologias seriam formas de impasses na subjetivação, formas de manifestação psíquica que estão coladas à experiência corporal. Se antes as modalidades de sofrimento giravam em torno de um conflito psíquico (impulso e interdição moral), agora elas se referem muito mais ao registro do corpo e da ação, de forma que a corporeidade está em questão como palco das

manifestações de sofrimento (BIRMAN, 1999a; 2006b; 2009d). Nesse contexto destacamos os registros da linguagem e do simbólico como aspectos empobrecidos.

Cláudia Garcia nos auxilia nesse sentido ao fazer uma análise da clínica psicanalítica contemporânea em seu artigo “O Trauma e o Narcisismo Negativo” (2010), no qual ela chama a atenção para o manejo clínico fazendo a seguinte observação: “se a interpretação e o silêncio, modalidades princeps do fazer clínico, já não nos parecem tão eficazes com grande parte dos pacientes que hoje atendemos, a disponibilidade para acolher e testemunhar a repetição na transferência nos parece crucial na condução de certas análises” (GARCIA, 2010, p. 74).

Além disso, a autora vai destacar a importância do analista se fazer presente não apenas como escuta, mas, sobretudo, como presença, uma vez que é a possibilidade de investimento do paciente que está em jogo via transferência.

Poderíamos dizer que algumas patologias contemporâneas se referem a formas de desrealização da experiência corpórea que apontam para uma insuficiência narcísica. Dessa forma, a experiência de perda não se daria, existiria apenas algo que não se deu e nem se inscreveu psiquicamente, resultado de uma fragilidade psíquica incapaz de se estruturar.

Sobre essa fragilidade subjetiva Cláudia Garcia argumenta que:

(...) o sujeito contemporâneo se mostra especialmente vulnerável a traumas como reflexo não apenas da intensidade dos eventos que experimenta, mas também como falta de preparação para a angústia (Freud, 1920), e um precário desenvolvimento da expectativa (Freud, 1926), efeitos, por sua vez, de um desinvestimento pulsional. (GARCIA, 2010, p. 66).

Intensidade dos eventos traumáticos e falta de preparo para lidar com o excesso pulsional se mostram signos da realidade contemporânea, características essas que acabam se manifestando na clínica por meio do agir em detrimento da rememoração e da elaboração.

Ferenczi, com sua vasta experiência em casos considerados difíceis, vai afirmar no texto “Análise de crianças com adultos” (1931/2011) que, por vezes, é preciso que o paciente aja em vez de rememorar. Isso ocorre por conta de uma espécie de cisão sofrida pela lembrança traumática que, sem se inscrever no inconsciente, acaba se presentificando pela via do corpo.

Sobre essa relação da não inscrição com a manifestação no corpo, Ferenczi nos diz o seguinte:

Um paciente abandonado em sua infância, por pai, mãe e, poderia acrescentar, pelos deuses, exposto aos piores sofrimentos físicos e psíquicos, desperta de um coma traumático com uma das mãos insensível e de palidez cadavérica; de resto, deixando de lado a amnésia, mostra-se relativamente calmo e quase imediatamente em condições de retomar o trabalho. Não foi difícil surpreender, em flagrante, por assim dizer, o deslocamento de todo o sofrimento, mesmo da morte, para uma única parte do corpo: a mão de palidez cadavérica representava a pessoa sofredora por inteiro e o desfecho de seu combate na insensibilidade e morte iminente. (FERENCZI, 1931/2011, p. 92).

Como o material emergente na clínica muitas das vezes se caracteriza como um conteúdo que não possui status de representação, configurando-se apenas como impressões e não como marcas psíquicas inscritas, os pacientes traumatizados não conseguem responder terapêuticamente às interpretações, é preciso antes integrar suas partes dissociadas e clivadas. Segundo o autor, somente em um ambiente favorável e sincero é que as clivagens -- resposta a uma situação traumática -- poderiam ser acessadas e dissolvidas, instaurando a possibilidade de reviver a experiência traumática e viabilizando a própria associação livre. Somente assim o paciente pode trazer à tona, muitas das vezes por meio da atuação, lembranças do acontecimento traumático, reproduzindo sua “agonia psíquica e física que acarreta uma dor incompreensível e insuportável” (FERENCZI, 1931/2011, p. 90).

Todo esse cenário foi descrito para nos inserir na ideia de que o funcionamento psíquico se apresenta muito mais pautado no modelo da ação do que num modelo de elaboração. Podemos dizer que o sujeito atualmente seria muito mais traumatizado do que neurótico, o que o faz um sujeito dotado de uma identidade bastante fragilizada e perfeitamente governável do ponto de vista farmacêutico (EHRENBERG, 1998). Assim, é a própria psiquiatria biológica que quebra a possibilidade de circuitos de expressão do sujeito pelo uso de medicações.

Acreditando que as manifestações subjetivas que se apresentam na clínica funcionem como um reflexo da sociedade e seu mal-estar, entendemos a dor crônica como uma forma de manifestação subjetiva do contemporâneo, sustentando a ideia de que ela não se configura como um sintoma propriamente

psicanalítico, estando mais próxima de um acontecimento traumático, do qual o sujeito não teve condições de elaboração.

Articular as novas formas de padecimento psíquico com o contemporâneo implica trazer para a discussão a concepção nietzschiana de que Deus está morto (NIETZSCHE, 1882[2001]). Diante disso, assistimos à dificuldade das subjetividades se organizarem num contexto no qual não há mais pai nem lei. As típicas formas de subjetivação da contemporaneidade seriam tentativas neuróticas e perversas de restaurar algum tipo de ação num plano imaginário. Isso se dá através de um gozo masoquista com a figura de um pai todo poderoso que supostamente protege o sujeito, concedendo-lhe um destino para seu desamparo. O que resulta disso é a dificuldade do sujeito em conseguir inventar novas formas de vida diante do contexto em que está inserido, tal como criar novas formas de lidar com o seu próprio desamparo.

O cenário contemporâneo nos permite observar claramente a falência da alteridade tal como a melancolização dos sujeitos, que por serem altamente conservadores e fragilizados narcisicamente não vivenciam experiências de risco nem experiências do vazio, que se coloca de maneira trágica. É dessa forma que percebemos o predomínio da dor sobre o sofrimento, o que nos indica a falência do polo alteritário em prol do polo narcísico.

Com isso, os sintomas também perdem sua mobilidade e se cristalizam, é a dor imobilizante que cristaliza o sintoma, remetendo-nos à seguinte questão: que recursos mobilizar para metabolizar a dor em sofrimento? Sabemos que esta se apresenta como uma sofisticada questão clínica, para a qual não teríamos instrumentos capazes de lançar qualquer resposta, porém o objetivo de mencioná-la se concentra em lançar questões a serem discutidas futuramente sob os impasses clínicos e a atualidade da psicanálise. Pensar a psicanálise na atualidade, para nós, implica construir uma relação necessária com a cultura contemporânea.

Diante dessa dificuldade de transformar a dor em sofrimento no contexto atual, podemos notar, com Birman, que “isso se deve à impossibilidade do sujeito, que lançado na vida nua e no mundo sem sentido se chafurda no abismo da depressão. Enfim, o vazio da subjetividade atual é o correlato do mundo que perdeu o sentido” (BIRMAN, 2003a, p. 6). Birman destaca ainda que seria apenas por meio de mediadores no social que a fala e a linguagem poderiam se tornar

discurso e se consolidar como condição de possibilidade para a simbolização. Caso contrário, a dor não seria endereçada ao outro como apelo (Ibidem).

Conforme descrevemos no Capítulo II, a leitura do *Projeto* (1950[1895]) nos permite apresentar a dor como algo que escapa à representação e nos remete a *das Ding*, de forma que prazer e desprazer se manifestam dentro do aparelho psíquico, apresentando leis que regem as representações. A dor, por sua vez, como algo não representado e sem qualidade, pode proporcionar desprazer, mas o desprazer por si só não causa a dor. O grito, segundo o *Projeto*, é inserido no limite entre excluído e representado, em que se inscreve apenas uma impressão, mas se mantém, ao mesmo tempo, uma expressão de dor desarticulada da fala, excluída do sistema de signos.

Com isso, podemos dizer que, dependendo da intensidade e da capacidade do eu em fornecer sentidos, a dor permanecerá como uma vivência traumática ou poderá ser subjetivada. De uma forma geral, podemos afirmar que o que está em jogo é a capacidade de promover ligações psíquicas.

Considerações Finais

Já desde o *Projeto* (1895), a dor se encontrava bastante presente no discurso freudiano, constituindo-se como um problema, qual seja, criar uma forma do vivente lidar com a dor, estabelecendo formas de regulação da mesma. Assim, identificamos que a ideia de um excesso de tensão constitui-se como um grande impasse para os sujeitos, sendo fundamental a consolidação de uma relação entre o 'si próprio' e o mundo externo.

Tomando a construção de Birman que insere o mal-estar contemporâneo nos registros do corpo, da intensidade e da ação, notamos que a dor crônica, como um paradigma do mal-estar da contemporaneidade, permeia todos esses registros ao se referir a um excesso de tensão (*intensidade*), vivenciado sempre como sentimento de desprazer de uma perda que, por não encontrar qualquer via de simbolização, acaba por desaguar no *corpo*, numa tentativa de se fazer inscrever.

Com efeito, a esse excesso, que funciona como irrupção incontável, o psiquismo tenta responder, utilizando-se de uma ação correspondente para a descarga, evitando, assim, uma paralisação diante da angústia real. O grande impasse se refere a essa dificuldade de escoamento do excesso pela *ação*, o que resulta numa descarga sob o corpo. A contrapartida dessa dinâmica seria um grave prejuízo nas atividades e no laço social do sujeito, estabelecendo uma espécie de impedimento para a *ação*. Assim, o posicionamento do sujeito é de refém de um *corpo estranho* dentro do próprio psiquismo, resultando numa subjetividade incapaz de regular as intensidades e num colapso que gera paralisia psíquica.

Sendo assim, vale destacar que, ao estabelecer uma relação entre sujeito e mundo externo, o que se presentifica é a construção de um aparelho psíquico capaz de lidar com esse excesso de tensão. Portanto, como descarregar a excitação? Qual o anteparo possível para se criar condições de possibilidades para destinos viáveis para esse excesso, para a dor? De fato, que recursos mobilizar para metabolizar a dor em sofrimento?

Sabemos que, para se estabelecer destinos para a dor, a mediação pela alteridade é necessária. Nesse cenário, acreditamos que a alteridade seja um ponto central, no que se refere a criar destinos possíveis para a experiência de dor na contemporaneidade.

Referências bibliográficas

- ABRAHAM, N. & TOROK, M. (1987[1995]). *A casca e o núcleo* (M. J. F. R. Coracini, trad.). São Paulo: Editora Escuta.
- AISENSTEIN, M.; FINE, A. e PRAGIER, G. [Orgs.] (2002) *Hipocondria*. São Paulo: Editora Escuta.
- ALCIDES, R. (2009) *Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica: uma genalogia da clínica da dor*. Dissertação de mestrado não publicada. Curso de Pós-graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Centro Biomédico, IMS.
- ANTÔNIO, S. F. (2001). Fibromialgia. In: *Revista Brasileira de Medicina*. n. 58 (pp. 215-24).
- ASSOUN, Paul-Laurent. (1996) O Corpo: o Outro metapsicológico. In: *Metapsicologia freudiana: uma introdução*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- AULAGNIER, P. (1979) *A violência da interpretação: do psicotrama ao enunciado*. Rio de Janeiro: Editora Imago.
- BASTOS, Liana. A M. (1998) *Eu-corporando: o ego e o corpo em Freud*. São Paulo: Editora Escuta.
- BASZANGER, I. (1998) *Inventing pain medicine: from the laboratory to the clinic*. New Brunswick, N.J.: Rutgers Univ. Press.
- BERLINCK, M. T. & FÉDIDA, P. (2000) A clínica da depressão: questões atuais. In: Berlinck, M. T. (Org.) *Psicopatologia Fundamental* (pp. 73-91). São Paulo: Editora Escuta.
- BERLINCK, M. T. (1999) (Org.). *Dor*. São Paulo: Editora Escuta.
- _____ (2000). *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Editora Escuta.
- BERLINCK, M. T. & HENCKEL, M. (2003) Considerações sobre inibição e sintoma: distinções e articulações para destacar um conceito do outro. In: *Estilos da Clínica*. V. 8, n. 14 São Paulo, jan./jun.
- BIRMAN, J. (1978) *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Editora Graal.
- _____ (1980) *Enfermidade e loucura. Sobre a medicina das inter-relações*. Rio de Janeiro: Editora Campus.

_____ (1991) *Freud e a interpretação psicanalítica: a constituição da psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará.

_____ (1991b) A mais valia vai acabar, seu Joaquim: sobre o mal-estar da psicanálise. In: Lo Bianco, A. (Org.) *Cultura da ilusão*. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa.

_____ (1997) Le Corps et L'affect en Psychanalyse - Une Lecture Critique du Discours Freudien. In: *Che Vuoi?* v. 7, (pp. 13-26). Paris.

_____ (1998) A Epopéia do Corpo e a Psicanálise. In: Bastos, L. A. M. (Org.). *Eu Corporando: o ego e o corpo em Freud* (pp. 3-23). São Paulo: Editora Escuta.

_____ (1999a) *Cartografias do Feminino*. 1. ed. São Paulo: Editora 34.

_____ (1999b) A dádiva e o outro: sobre o conceito de desamparo no discurso freudiano. *Physis: Revista Saúde Coletiva*. v. 9, n 2, (pp. 9-30). Rio de Janeiro.

_____ (2001a) O sentido da retórica: Sobre o corpo, o afeto e a linguagem em psicanálise. In: Bezerra Jr., B.; Plastino, C.A. (Org.). *Corpo, Afeto, Linguagem: A questão do sentido hoje*. v. , p. 173-198. Rio de Janeiro: Editora Contra-Capa.

_____ (2001b) Subjetividades contemporâneas. *Psychê: Revista de Psicanálise*. Ano v, n. 7. (PP. 151-159). São Paulo: Unimarco Editora, Universidade de São Marcos/SP.

_____ (2001c) *Gramáticas do Erotismo: A feminilidade e as suas formas de subjetivação em psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.

_____ (2001d) *Entre o Cuidado e o Saber de Si*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará.

_____ (2003a) Dor e Sofrimento num Mundo sem Mediação. In: *Cultura* v. 95, (pp. 25-29). Rio de Janeiro: Editora Vozes.

_____ (2003b) Fraternidades: Destinos e Impasses da Figura do Pai na Atualidade. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 13, n.1, (pp. 93-114).

_____ (2003c) Corpos e Formas de Subjetivação. In: Milnitzky, F. (Org.). *Desafios da Clínica Psicanalítica na Atualidade* (pp. 55-89). Goiânia: Editora Dimensão.

_____ (2006a) O sentido do adoecer. In: Anais XIV Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática (pp. 11-16). Belo Horizonte – Minas Gerais: Associação Médica de Minas Gerais.

_____ (2006c) *Arquivos do mal-estar e da resistência*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.

_____ (2006d) Dor e Sofrimento na Contemporaneidade: sobre o sujeito na modernidade. *Trieb*, v. 5 (pp. 165-181). Rio de Janeiro.

_____ (2007a) *Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.

_____ (2007b) Laços e Desenlaces na Contemporaneidade. *Jornal de Psicanálise*, v. 40 (pp. 47-62).

_____ (2007c) Escritura e Psicanálise: Derrida leitor de Freud. *Natureza Humana*, v. 9 (pp. 275-298).

_____ (2007d) A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* v. 14, n. 2 (pp. 529-548) abr.-jun.

_____ (2008a) Arquivo e Mal de Arquivo. Uma Leitura de Derrida sobre Freud. *Natureza Humana*, v. 10 (pp. 105-127).

_____ (2008b) Pensamento do traço e discurso freudiano: Derrida, leitor da Psicanálise. In: Vladimir Safatle e Ronaldo Manzi (Orgs.) *A Filosofia após Freud*. v. 1 (pp. 137-156) 1ed. São Paulo: Editora Humanitas.

_____ Hipocondria e a epidemia do medo. *Jornal Folha de São Paulo*, Caderno Mundo, São Paulo, p. A14 - A14, 02 maio 2009.

_____ (2009a) *As pulsões e o seu destino: do corporal ao psíquico*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.

_____ (2009b) Agressividade, violência e crueldade. In: *Cadernos sobre o mal*. v. 1 (pp. 244). Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.

_____ (2009c) A dor dos vencidos e dos vencedores. In: *Cadernos sobre o mal*. v. 1 (pp. 116-126). Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.

_____ (2009d) *Cartographie du Contemporain. Espace, douleur et détresse dans l'actualité*. 1. ed. Lyon: Parangon/Vs.

_____ (2010a) Crueldade e Psicanálise. Uma leitura de Derrida sobre o saber sem alibi. *Natureza Humana*, v. 12 (pp. 055-084).

_____ (2010b) Discurso Freudiano e Medicina. In: Birman, J.; Fortes, I. Perelson, S. (Org.). *Um novo lance de dados: psicanálise e medicina da contemporaneidade* (pp. 13-46). Rio de Janeiro: Editora Companhia de Freud.

_____ (2011) Psicanálise como saber sem álibi: uma leitura de Derrida sobre a crueldade. In: Oliveira, C. (Org.). *Filosofia, Psicanálise e Sociedade* (pp. 97-116). Rio de Janeiro: Azougue Editorial.

_____ (2012a) A dor na constituição do discurso freudiano. In: Fortes, Isabel. (Org.). *A dor psíquica*. 1ed, v. 1 (pp. 13-23). Rio de Janeiro: Editora Companhia de Freud.

_____ (2012b) O Sujeito na Contemporaneidade. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.

BONICA, J. J. (1990) *The management of pain*. 2. ed. Philadelphia: Lea & Febiger.

CANGUILHEM, G. (1978) *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

COSTA, J. F. (2004) *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Editora Garamond.

COSTA, M. F. (2011) A clínica da psicofísica. [Documento da internet, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pusp/2011nahead/aop1111.pdf>].

DEJOURS, C. (1991) *Repressão e subversão em psicossomática: pesquisas psicanalíticas sobre o corpo*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.

_____ (1988) *O corpo entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

DELOUYA, D. (1999) A dor entre o corpo, seu anseio e a concepção de seu objeto. In: Berlinck, M. T. (Org.) *Dor*. São Paulo: Editora Escuta.

DERRIDA, J. (1971) Freud e a Cena da Escrita. In: *A Escrita e a Diferença*. (trad. Maria Beatriz Nizza da Silva). São Paulo: Editora Perspectiva.

_____ (1995[2001]) *Mal de arquivo. Uma impressão freudiana*. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará.

EHRENBERG, A. (1998) *La fatigue d'être soi: dépression et société*. Paris: Ed. Odile Jacob.

ELIA, Luciano. (1995) *Corpo e sexualidade em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Editora Uapê.

ÉSQUILO. (1968) *As suplicantes*. Trad. A. P. Q. F. Sottomayor. Coimbra: Faculdade de Letras/Instituto de Estudos Clássicos.

FERENCZI, S. (1929[2011]) A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: *Obras Completas*, 2 ed. v. 4. São Paulo: WMF Martins Fontes.

_____ (1931[2011]) Análises de crianças com adultos. In: *Obras Completas*, 2 ed. v. 4. São Paulo: WMF Martins Fontes.

_____ (1934[2011]) Reflexões sobre o trauma. In: *Obras Completas*, 2 ed. v. 4. São Paulo: WMF Martins Fontes.

FERNANDES, M. H. (1999) A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica. *Percurso*, n. 23 (pp. 43-52).

_____ (2003) *Corpo* (Coleção Clínica psicanalítica). São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____ (2002) Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista. *Percurso*, n. 29 (pp. 51-64).

_____ (2001) As formas corporais do sofrimento: a imagem da hipocondria. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. V. IV, n. 4 (pp. 61-80).

FORTES, I. (2007). Erotismo versus masoquismo. In: *Psicologia Clínica Rio de Janeiro*. v. 19, n 2 (pp. 35 – 44).

_____ (2008). A dimensão do excesso no sofrimento contemporâneo. In: *Pulsional Revista de Psicanálise*. Ano 21, n 3, setembro 2008 (pp. 63-74).

FOUCAULT, M. (1969[1972]) *A arqueologia do saber*. Tradução Luiz Felipe Baeta Neves, revisão Ligia Vassalo. Petrópolis: Vozes, Lisboa: Centro do Livro Brasileiro.

_____ (1977) Os corpos dóceis. In: *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 5 ed. Petrópolis: Vozes.

_____ (1979[2000]) *Microfísica do poder*. 15ed. Organização e tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Editora Graal.

_____ (1980[2011]) *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

FREUD, S. (1891[2004]) As Afasias. Argentina: Nueva Visión.

_____ (1891[1986]) Contribution à la conception des aphasies. Paris: PUF.

FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (ESB) Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996.

_____ (1892[1996]) Caso 5 - Srta. Elisabeth von R. -- *Estudos sobre a histeria*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. II.

_____ (1893[1888-1893][1996]) Alguns pontos para um estudo comparativo entre paralisias motoras e histéricas. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. I.

_____ (1893a[1996]) Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação Preliminar. -- *Estudos sobre a histeria*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. II.

_____ (1893b[1996]) A psicoterapia da histeria. -- *Estudos sobre a histeria*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. II.

_____ (1894a[1996]) Rascunho E – como se origina a angústia. -- *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. I.

_____ (1894b[1996]) As neuropsicoses de defesa. -- *Primeiras Publicações Psicanalíticas*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. III.

_____ (1895[1893]). Comunicação Preliminar. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. II

_____ (1895a[1996]) Rascunho G – melancolia. -- *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. I.

_____ (1895b[1996]). Estudos sobre a histeria. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. II.

_____ (1895c[1996]). Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. III.

_____ (1950[1895] [1996]) Projeto para uma psicologia científica. -- *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. I.

_____ (1895[1894] [1996]) Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia. -- *Primeiras publicações psicanalíticas*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. III.

_____ (1896[1996]) A etiologia da histeria. -- *Primeiras publicações psicanalíticas*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. III.

_____ (1950[1896][1996]). Carta 52. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. I.

_____ (1898[1996]) A sexualidade na etiologia das neuroses. -- *Primeiras publicações psicanalíticas*. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. III.

_____ (1900[1996]) A psicologia dos processos oníricos. -- *A interpretação de sonhos* – continuação. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. V.

_____ (1905[1890][1996]) Tratamento psíquico. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. VII.

_____ (1905[1996]) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. VII.

_____ (1908[1996]) Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. IX.

_____ (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. X.

_____ (1910[1996]) A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In: *Cinco lições de psicanálise*. ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XI.

_____ (1911[1996]) Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XII.

_____ (1912[1996]) A dinâmica da transferência. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XII.

_____ (1913 [1912-13][1996]). Totem e tabu. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XIII.

_____ (1914a[1996]) Recordar, repetir e elaborar -- Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XII.

_____ (1914b[1996]) Sobre o narcisismo: uma introdução. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV.

_____ (1915a[1996]) As pulsões e seus destinos. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV.

_____ (1915b[1996]) Recalque. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV.

_____ (1915c[1996]). O Inconsciente. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV.

_____ (1917a[1996]) *Conferências introdutórias sobre psicanálise (continuação)* – Conferência XVII: O sentido dos sintomas. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XVI.

_____ (1917b[1996]) *Conferências introdutórias sobre psicanálise (continuação)* -- Conferência XVIII: Fixação em traumas - o inconsciente. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XVI.

_____ (1917c[1916]) *Conferências introdutórias sobre psicanálise (continuação)* -- Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago v. XVI.

_____ (1917d[1996]) *Conferências introdutórias sobre psicanálise (continuação)* -- Conferência XIX: Resistência e Recalque. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XVI.

_____ (1917e[1996]) *Conferências introdutórias sobre psicanálise (continuação)* -- Conferência XXIV: o estado neurótico comum. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XVI.

_____ (1917f[1996]) *Conferências introdutórias sobre psicanálise (continuação)* -- Conferência XXV: a angústia. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XVI.

_____ (1917g[1996]) *Conferências introdutórias sobre psicanálise (continuação)* -- Conferência XXVI: A teoria da libido e o narcisismo. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XVI.

_____ (1917[1915] [1996]) Luto e melancolia. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. IVX.

_____ (1918[1914][1996]) História de uma neurose infantil. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XVII.

_____ (1920[1996]) Além do princípio de prazer. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XVIII.

_____ (1921[1996]). Psicologia das massas e análise do ego. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XVIII.

_____ (1923a[1996]) O Eu e o Isso. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX.

_____ (1923b[1922][1996]) Observações sobre a teoria e a prática da interpretação de sonhos. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX.

_____ (1924a[1996]). Dissolução do complexo de Édipo. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX.

_____ (1924b[1996]) O problema econômico do masoquismo. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX.

_____ (1925a[1996]). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX.

_____ (1925b) A negativa. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX.

_____ (1926[1925][1996]) Inibições, sintomas e angústia. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XX.

_____ (1930[1996]) O mal-estar na Civilização. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XXI.

_____ (1932[1996]) Conferência XXXII: angústia e vida pulsional. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XXII.

_____ (1933 [1932][1996]) Por que a guerra? In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XXII.

_____ (1937/1996) Construções em análise. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XXIII.

_____ (1940[1938]). Algumas lições elementares de psicanálise. In: ESB. Rio de Janeiro: Imago, v. XXIII.

FREUD, S. (1976) *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu.

_____ (1905[1976]) *Tres ensayos de teoría sexual*. In: Amorrortu, v. VII.

_____ (1915[1976]) *Pulsiones y destinos de pulsión*. In: Amorrortu, v. XIV.

_____ (1920[1976]) *Más allá del principio de placer*. In: Amorrortu, v. XVIII.

_____ (1930[1976]) *El malestar en la cultura*. In: Amorrortu, v. XXI.

FUKS, L. B. (2000) A insistência do traumático. In: FUKS, L.B. & FERRAZ, F.C (Orgs.). *A clínica conta histórias*. São Paulo: Editora Escuta.

GALLO, H. (1991). De la agresividad a la pulsión de muerte. In: Miller, J.-A. (Org.) *Agresividad y pulsión de muerte* (pp. 59-88). Medellín: Edita f.f.m.

- GARCIA, C. (2010) Continuidade e ruptura no processo de constituição psíquica. In: *Entre o eu e o outro: espaços fronteiriços*. (pp. 29-46) Curitiba: Editora Juruá.
- _____ (2010) Trauma e narcisismo negativo: questões para a clínica contemporânea. In: *Entre o eu e o outro: espaços fronteiriços*. (pp. 65-76) Curitiba: Editora Juruá.
- _____ (2011) Trauma e clivagem nas patologias contemporâneas. *Colóquio Internacional Sofrimento psíquico: Ontem e hoje*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- GARCIA-ROZA, L. A. (1986[2003]). *Acaso e repetição em psicanálise: uma introdução à teoria das pulsões*. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- _____ (1990) *O mal radical*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- _____ (1996) *Freud e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- _____ (2008) *Introdução à Metapsicologia Freudiana 2: A interpretação do sonho (1900)*. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- _____ (1990) *O mal radical*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- GIOVANNETTE, A. (1999) A dor como fenômeno psicanalítico em Freud. In: *Percurso*, n. 23 (pp. 107-116).
- GROMANN, R. M. G. (1999) Dor e sonho: reflexões. In: Berlinck, M. T. (Org.) *Dor*. São Paulo: Editora Escuta.
- HANNS, L. A. (1996) Dicionário comentado do alemão de Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- KAUFMANN, P. (1996) Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LACAN, J. (1946[1998]). Formulações sobre a causalidade psíquica. In: *Escritos* (pp. 152-194). Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- _____ (1948[1998]). A agressividade em psicanálise. In: *Escritos* (pp. 104-126). Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- _____ (1949[1998]) O Estádio do espelho como formador da função do eu. In: *Escritos* (pp. 96-103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____ (1954-1955[1985]) *O Seminário, livro 2- O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.

_____ (1956-1957 [1995]) O seminário, livro 4 - A relação de objeto. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.

_____ (1959-1960[1997]) *O Seminário, livro 7- A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.

_____ (1960-1961[1986]) *O Seminário, livro 8 - A transferência*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.

_____ (1963[2005]) *O Seminário, livro 10 – A angústia*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.

_____ (1964[1998]) *O Seminário, livro 11 - Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.

_____ (1966/1985) Conferência Psicanálise e Medicina. Não publicado.

_____ (1969-1970[1991]) *O Seminário, livro 17 – O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.

_____ (1974/1993) Televisão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____ (1974) *Télévision*. Paris: Seuil.

LAMBOTTE, M. C. (1997) O discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia. Rio de Janeiro: Cia. de Freud.

LAPLANCHE, J. (1998) *Problemáticas I: A Angústia*. São Paulo: Editora Martins Fontes.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. P. (1988) *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Editora Martins Fontes Livraria.

LECLAIRE, S.(1979) O corpo erógeno: uma introdução à teoria do complexo de Édipo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LEMINSKI, P. (1996). *Melhores poemas de Paulo Leminski*. (seleção Fréd Góes) São Paulo: Editora Global.

MAIA, M. S. (2003) *Extremos da alma – dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Garamond.

MARTY, P. (1998) *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

MCDOUGALL, J. (1991) *Teatros do corpo - o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

MELDRUM, M. L. (2003) A capsule history of pain management. *Jama* v. 290, n.18 (pp. 2470-2475).

- MELLO FILHO, J. (1992) *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- MORRIS, D. B. (1998) An invisible history of pain: early 19th-century Britain and America, *Clinical Journal of Pain*, v. 14, n. 3 (pp. 191-196).
- NAVES, J. O. de V. & FÉRES, T. C. (2007) A melancolia: entre o somático e o psíquico. In: *Estilos da Clínica*. Vol. XII, n. 23 (pp. 148-165).
- NIETZSCHE, F. (1882[2001]) *A Gaia Ciência* (tradução de Paulo César de Souza). São Paulo: Companhia das Letras, 1ª ed.
- _____ (1887[2009]) *Genealogia da moral*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- _____ (1871[1996]) *O nascimento da tragédia*. Tradução de J. Guinsburg. São Paulo: Companhia das Letras.
- PERES, U.T. (Org.) (1996) *Melancolia*. São Paulo: Escuta.
- PERRIER, F. (1993) *A formação do Psicanalista*. Tradução de Mirian Magda Giannell. São Paulo: Editora Escuta.
- PESSOA, F. (1983) Cancioneiro. In: *Obra Poética*. Rio de Janeiro: Editora Nova Aguilar.
- PONTALIS, J. B. (1991) Atualidade do mal-estar. In: *Perder de vista: da fantasia de recuperação do objeto perdido*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- _____ (2005) *Entre o sonho e a dor*. Tradução de Cláudia Berliner. Aparecida, São Paulo: Editora Ideias & Letras (Coleção Psicanálise Século I).
- PORTE, J. M. (1999) La douleur: concept limite de la psychanalyse. In: *Rev. Franç.Psychosom.*, n. 15 (pp.149-166).
- RABINOVICH, D. (2004) Clínica da pulsão – as impulsões. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- RUDGE, A. (2006) Pulsão de morte como efeito do supereu. In: *Ágora*, v. IX, n. 1 jan/jun (pp. 79-89) Rio de Janeiro.
- _____ (2006) *Traumias*. São Paulo: Escuta.
- _____ (2003) Trauma e temporalidade. In: *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, ano VI, n. 4, Dez (pp. 102-116).
- _____ (1998) Pulsão: entre o corpo falante e o corpo mudo. In: *Pulsão e linguagem: Esboço de uma concepção psicanalítica do ato*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.

SCHNEIDER, M. (1977). Freud et le plaisir: du principe à l'expérience. *Topique – Revue Freudienne*, n. 20 (pp. 87-114).

_____ (1978). La séduction et l'excitation consentie. *Topique – Revue freudienne*, n. 21 (pp. 105-127).

_____ (1980). *Freud et le plaisir*. Paris: Denöel.

VOLICH, R. M. (1999) De uma dor que não pode ser duas. In: BERLINCK (Org.). *Dor*. São Paulo: Escuta.

_____ (2002) Hipocondria: impasses da alma, desafios do corpo (Coleção Clínica psicanalítica). São Paulo: Casa do psicólogo.

ZORZANELLI, R. *Novos sujeitos, novos corpos, novas configurações do sofrimento físico e mental*. Palestra exibida em julho 2011 no Café Filosófico.