



**Clarice Medeiros**

## **A dor na clínica psicanalítica**

### **Tese de doutorado**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau em Doutor em Psicologia Clínica

Orientadora: Maria Isabel de Andrade Fortes

Rio de Janeiro,

Abril de 2019



**Clarice Medeiros**

## **A dor na clínica psicanalítica**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora.

**Profa. Maria Isabel de Andrade Fortes**  
Orientadora  
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Prof. Marcus André Vieira**  
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Prof. Joel Birman**  
Instituto de Medicina Social - UERJ

**Profa. Vera Lucia Silva Lopes Besset**  
Instituto de Psicologia - UFRJ

**Profa. Ana Maria de Toledo Piza Rudge**  
Psicanálise, Saúde e Sociedade - UVA

Rio de Janeiro, 05 de abril de 2019.

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

### **Clarice Medeiros**

Graduou-se em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro de 2009. É Mestre em Teoria Psicanalítica pelo Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. É Especialista em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Atua em clínica como psicanalista e é docente do curso de Graduação em Psicologia e de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica e Prática Clínico-institucional da Universidade Veiga de Almeida.

### Ficha Catalográfica

Medeiros, Clarice

A dor na clínica psicanalítica / Clarice Medeiros ; orientadora: Maria Isabel de Andrade Fortes. – 2019.

194 f. : il. color. ; 30 cm

Tese (doutorado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2019.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Psicanálise. 3. Dor. 4. Lesão. 5. Trauma. I. Fortes, Maria Isabel de Andrade. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

*À vida da minha vida, Catarina*

## Agradecimentos

À minha família, em especial, a minha mãe Leonilde, ao meu pai Francisco (*in memorian*) e ao meu irmão Marcelo, pelo apoio incondicional de sempre.

À minha orientadora, Isabel Fortes, por me aceitar e me acolher em minha proposta, pelos debates teóricos, pelo entusiasmo, pela generosidade e pela parceria ao longo desse tempo. Muito obrigada!

Aos professores que compõem a banca de avaliação, pelas reflexões suscitadas e contribuições dadas ao longo deste percurso.

Aos demais professores do Programa e aos colegas que em muito contribuíram para construir meu objeto de pesquisa.

Aos professores e alunos da Universidade Veiga de Almeida que acreditam no meu trabalho e me impelem a continuar.

Aos amigos, obrigada pela força e abraços na vida.

## Resumo

Medeiros, Clarice; Fortes, Isabel. **A dor na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro, 2019. 210 p. Tese de doutorado. Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A dor é uma construção cultural, possuindo diversos significados ao longo da história. Até a constituição do sentido atual, encontramos dois momentos centrais de virada: a assunção de um sentimento de si e a clínica médica moderna, pautada na anatomia e no olhar. A partir da medicina moderna e da criação da psicanálise, a dor apresenta-se como um fenômeno limite, que explicita a torção da concepção cartesiana realizada pela teoria psicanalítica na medida em que não é mais possível conceber uma dicotomia entre mente e corpo. Apesar de Freud não possuir um escrito exclusivo sobre a temática da dor, podemos encontrar em sua obra contribuições únicas, que permitem não situá-la apenas dentro do saber médico. Nesse percurso de investigação sobre o lugar da dor na clínica psicanalítica, dedicamo-nos às modalidades da dor: sintoma, fenômeno psicossomático, luto e melancolia. Além dessas, pesquisamos, a partir da psicanálise, a dor oriunda da lesão física, uma modalidade que consideramos particular e diferente das demais. Sua particularidade seria a quebra da noção de causalidade, uma vez que defendemos que lesão é a ordem do trauma que, ao se incorporar, apaga um antes e um depois; ao desorganizar, organiza, ao mesmo tempo, o psiquismo. A partir de então, debruçamo-nos sobre a incidência clínica da dor, concebendo-a como destinos da dor, petrificação, silêncio e grito. Nessa trajetória, em que a dor é o objeto de estudo, deparamo-nos com o desafio imposto à clínica psicanalítica.

## Palavras-chave

Psicanálise; Dor; Lesão; Trauma

## **Abstract**

Medeiros, Clarice; Fortes, Isabel. **Pain in psychoanalytic clinic**. Rio de Janeiro, 2019. 210 p. Tese de doutorado. Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Pain is a cultural construction, having had many definitions throughout history. Until the constitution of actual current sense, there were two defining moments: the assumption of a 'self' feeling and the modern medical clinic, based on anatomy and gaze. From modern medicine and the creation of psychoanalysis, pain presented itself as a limit-phenomenon that explains the twist of the Cartesian conception carried out by psychoanalytic theory, insofar it was no longer possible to conceive a dichotomy between mind and body. Although Freud does not have an exclusive writing about the theme of pain, we can find in his work unique contributions that allow us not to situate it only within medical knowledge. In this research, about the place of pain in psychoanalytical clinic, we dedicate ourselves to the modalities of pain symptom, psychosomatic phenomenon, mourning and melancholy. Besides these, we investigate, from a psychoanalytical point of view, the pain originated from the physical injury, a modality that we consider private and different from the others. Its particularity would be the breaking of the notion of causality, since we defend that injury is the order of the trauma that, when incorporating erases a before and a after; in disorganizing, it organizes, at the same time, the psyche. From then on, we focus on the clinical incidence of pain, conceiving it as destinies of pain, petrification, silence and scream. In this trajectory, where pain is the object of study, we are faced with the challenge imposed on psychoanalytic clinic.

## **Keywords**

Psychoanalysis; Pain; Injury; Trauma

## Sumário

<b>1. Introdução.....</b>	<b>11</b>
<b>2. História do corpo e da dor.....</b>	<b>20</b>
2.1. A dor na medicina clássica .....	20
2.2. A assunção do sentimento de si: “eu sinto dor” .....	23
2.3 A clínica médica moderna: anatomia e dissecação de cadáveres ....	27
2.4 A coincidência entre corpo e doença .....	29
2.5 A clínica da dor .....	32
2.6 A singularidade da dor: a contribuição da psicanálise .....	37
<b>3. Que corpo é esse que dói?.....</b>	<b>41</b>
3.1 O sujeito é seu corpo? .....	41
3.1.1 Descartes, a ciência e a psicanálise .....	44
3.2 Da anatomoclínica à anatomia fantasmática .....	48
3.3 Da carne ao corpo.....	50
3.4 Corpo fragmentado: a perda encarnada .....	53
3.5 Libra de carne: objeto <i>a</i> .....	56
3.6 Corpo e pulsão.....	59
3.7 O corpo goza de si mesmo .....	61
<b>4. A teoria freudiana sobre a dor .....</b>	<b>66</b>
4.1 A dor nos escritos iniciais de Freud .....	67
4.2 O eclipse da dor e seu retorno .....	73
4.3 Dor, novamente e ainda.....	76
4.3.1 Masoquismo .....	78
4.3.2 Angústia e dor.....	80
<b>5. Modalidades da dor.....</b>	<b>84</b>
5.1 A dor de Elisabeth Von R.: sintoma .....	84
5.2 Dor crônica: fibromialgia .....	95
5.2.1 A cronicidade da dor .....	97
5.2.2 Sintoma ou fenômeno psicossomático? .....	99
5.2.3 A dor crônica como acontecimento de corpo .....	106
5.3 A dor do luto.....	108
5.4 A dor de existir: melancolia .....	114

<b>6. Dor e lesão .....</b>	<b>120</b>
6.1 A lesão na cadeia associativa da histeria .....	120
6.2 Trauma: noção <i>princeps</i> em Freud .....	123
6.3 O trauma e o encontro com o real.....	128
6.4 A circunscrição do trauma: a lesão .....	131
6.5 Trauma, lesão e escrita.....	133
6.5.1 Da cifra à letra .....	139
<b>7. Destinos da dor .....</b>	<b>145</b>
7.1 A petrificação .....	145
7.1.1 As armadilhas da inibição .....	146
7.1.2 A petrificação da dor .....	149
7.2 O silêncio .....	152
7.2.1 A pulsão de morte é silenciosa .....	157
7.3 O grito .....	160
<b>8. Conclusão .....</b>	<b>168</b>
<b>9. Referências bibliográficas.....</b>	<b>178</b>

## Lista de figuras

Figura 1. Banda de moebius .....	57
Figura 2. Toro.....	130
Figura 3. Modelo do aparelho psíquico na <i>Carta 52</i> (Freud, 1986/1996, p. 282).....	134
Figura 4. Quadro da angústia (Lacan, 1962-1963/2005, p. 89).....	148
Figura 5. Quadro <i>O grito</i> de Edvard Munch .....	161

# 1

## Introdução

A dor sempre esteve presente na humanidade e lhe foram atribuídos os mais diversos significados e as mais variadas tentativas de apaziguá-la. Existe uma proximidade e uma intimidade do ser humano com a dor, de modo que ela pode chegar a ser enlouquecedora dada sua permanência, constância e imperatividade.

Em nossa prática com atendimento a atletas de alto rendimento, deparamo-nos frequentemente com lesões e relatos de convívio com a dor. A prática esportiva visa, através do aprimoramento físico, técnico e tático, fazer com que o atleta alcance altas marcas, sejam elas um melhor índice, um pódio ou uma medalha. Assim, o atleta trabalha o tempo todo sobre seu corpo. A consequência é o aparecimento de lesões e dores tanto em treinamentos como em competições. A recorrência é tamanha que os próprios atletas as consideram intrínsecas à prática e, portanto, inevitáveis. As lesões são consideradas apenas mais um obstáculo a ser transposto. Uma atleta, por exemplo, após alguns anos de prática, fez “lesão por estresse”, pequenas fraturas no osso devido ao impacto de um movimento. Outra atleta, após ter operado o joelho, relatou: “o que dói mesmo, não é a dor física, mas a dor psíquica”.

A partir dessa vivência, questões sobre lesão e dor se impuseram a nós. Seria a dor da lesão, na perspectiva da psicanálise, da mesma qualidade que a do sintoma histérico, por exemplo? Como pode a psicanálise conceber a lesão e a dor?

Com os ouvidos atentos e atravessados por essas indagações, reparamos que essa temática não decorre apenas da prática dos atletas de alto rendimento, estando presente também nos relatos de pacientes não esportistas no consultório. Introduziremos alguns fragmentos para ilustrar<sup>1</sup>.

Rômulo queixava-se de dores: no pé, de tanto correr; no antebraço, devido ao excesso de peso na musculação; no ombro, devido a uma lesão da época de atleta. Este paciente, formado em Educação Física, era um *prepara-dor* físico.

Fabiana relatava dores em diferentes pontos de seu corpo, mas delas nada mais apresentava a não ser uma descrição médica. Antes de atingir sua

---

<sup>1</sup> Os nomes foram alterados em razão do sigilo ético.

maioridade, fez uma cirurgia na coluna devido às dores que a impossibilitavam de andar, sentar, deitar.

Vanessa procurou análise devido à dor que sentia no coração e no estômago. Contou que devido a ela foi diversas vezes ao hospital porque achava que estava enfartando e sempre retornava sem diagnóstico. Narrava uma história de perdas. A inicial, a da mãe, dera origem às dores. Desde então, a cada ano, uma pessoa de sua família ou alguém amado falecia e as dores se intensificavam.

Letícia chorava bastante nas sessões. Buscou análise devido à separação do marido. Sob transferência, começou a atuar diversas perdas, perdeu a sessão, perdeu o celular, perdeu a chave do trabalho, perdeu a agenda... Chegou, então, à sua principal perda, a da mãe, quando ainda era criança, em um acidente de carro. Apontava para o coração e dizia “é uma dor mesmo, dói mesmo”.

Diante desses relatos, encontramos diversas causas e manifestações da dor. De uma maneira ou de outra, as narrativas retratam a singularidade da dor e modos particulares de suportá-la. Entretanto, a dor pode chegar a ser uma sensação insuportável e, quando isso ocorre, mergulha o homem na desordem (CROIX, 2012). Percebemos que nenhuma palavra consegue por si só explicar ou sintetizar o que é experienciar a dor. Ao se impor ao sujeito, ela se revela, pelo seu caráter, sem sentido, indomesticável. Por isso mesmo, alguns autores defendem que a dor é sempre um fenômeno limite: entre corpo e psique, entre o eu e o outro, entre o funcionamento bem regulado do psiquismo e seu constante desregulamento. Afirmam que a dor se encontra nos liames e nos limiares, justamente por consistir em uma resposta a uma fratura nos limites do organismo e do psiquismo (BERLINCK, 1999; NASIO, 2008; MARBLÉ, 2001). Por esta razão, Berlinck (1999) chega a afirmar que a dor é um afeto que incide na carne.

Diferente de uma concepção puramente biológica ou fisiológica, que concebe a dor como um mecanismo de defesa do organismo e, portanto, presente em todo o reino animal, podemos considerá-la uma propriedade humana (CROIX, 2002). Quando abordamos a dor, não se trata de algo que pode ser inserido em uma ordem específica, justamente por ela causar a desordem, a confusão, o caos. Esse caráter limítrofe dificulta situar a dor em apenas um registro, físico ou psíquico, como demonstram os relatos dos pacientes. Trata-se de um desafio, pois estamos inseridos em uma sociedade e em uma cultura cujo pensamento foi

construído a partir das formulações de Descartes, que propõe uma separação entre mente e corpo.

Lidar com a dor impõe, portanto, um trabalho constante ao analista, que frequentemente pode escorregar na dicotomia cartesiana e buscar um lugar para se apoiar. Se o profissional busca explicações biológicas e fisiológicas, pode acabar recuando em escutar os pacientes; se procura se respaldar em uma teorização mental, pode acabar desconsiderando o corpo afligido. Propomos pensar a dor sempre como algo que se experimenta no corpo e no psiquismo e, por esta incidência, o analista não deve recuar. Quando se trata da dor, o analista, como um equilibrista, anda na corda bamba.

Diante da imperatividade da dor, seja ela aguda ou crônica, há um debate: quem trata aquele que experimenta a dor? A medicina? A religião? A fisioterapia? A psicanálise? Durante muito tempo, o tratamento da dor era exclusivo de médicos ou da religião. Todavia, a clínica da dor, inaugurada pelo anestesista John Bonica, revelou a necessidade de um olhar múltiplo sobre ela.

A psicanálise introduziu uma leitura diferenciada no discurso biomédico e produziu contribuições sobre as dores que afetam o sujeito. Se durante bastante tempo se debruçou sobre as dores sem correspondência orgânica, como nos casos da histeria e hipocondria, e, hoje em dia, tem se voltado a investigar a fibromialgia e outras doenças consideradas psicossomáticas, pouco é dito sobre aqueles que sofrem de dor oriunda de lesão corporal, como no caso dos atletas de alto rendimento ou de doenças como o câncer. Desse modo, apesar de importantes formulações acerca da dor, a oriunda, por exemplo, do conflito neurótico ou da perda do objeto amado, pouco se escreve sobre a dor advinda da lesão ou da doença, como se este fosse um campo exclusivo da medicina e com o qual a psicanálise não devesse operar.

A partir disso, Pontalis (2005) e Aubert (2017) acreditam que, apesar das contribuições freudianas sobre a dor, há uma resistência no campo da psicanálise em trabalhar este tema. Aubert (2017) comenta que o obstáculo com o qual os psicanalistas esbarram é o caráter paradoxal das manifestações dolorosas no tratamento, uma vez que ao mesmo tempo em que elas podem suscitar a demanda de tratamento, podem também condenar seu sucesso devido à reação terapêutica negativa que pode se instalar. De maneira semelhante, Pontalis (2005) considera que, embora a psicanálise tome o sofrimento do sujeito como condição para

entrada em análise e tenha como efeito a diminuição desse sofrimento, “ela não aceita muito bem ver-se assimilada a um reconhecimento da dor” (p. 266). Mesmo com argumentos que apontam uma resistência do campo psicanalítico em se debruçar sobre a dor, eles não nos parecem suficientes para explicar porque encontramos tão poucos autores se dedicando a essa questão. De qualquer forma, essa discussão não será o objeto do nosso trabalho. Intrigados com as narrativas de dor dos atletas e dos pacientes, propomos, aqui, levantar as contribuições que a psicanálise teceu sobre a dor, especificamente, a oriunda de lesão.

De saída, defrontamo-nos com uma tensão: a dor revela algo da ordem tanto do físico quanto do psíquico. Freud produz uma subversão que não mais permite que o discurso da psicanálise se localize na separação entre ambos, retirando-a da dualidade cartesiana, concebendo o corpo como psíquico. Procuramos marcar, com esta pesquisa, que a dor é sempre algo sentido no corpo, não podendo ser situada apenas no registro físico ou psíquico. Tal esmorecimento revelado pela dor pode ser encontrado ao longo da obra freudiana. Por mais que Freud não tenha dedicado um escrito ao tema da dor, sua teoria realizou diversas contribuições sobre o assunto, sem, em nenhum momento, reduzi-la ao modelo médico, nem tampouco menosprezar seus efeitos.

Segundo Aubert (2017), dor em alemão é *schmerz* e tal termo significa pena e mal. Em sua conotação de verbo, ao substantivo *schmerz* podem ser acrescentados dois sufixos: *zen* – *schmerzen* – que denota causar dor, de maneira intransitiva. Sempre que se trata de uma dor física, o termo é utilizado. *Leiden* – *schmerzleiden* – refere-se ao sofrimento psíquico e é usado com o sentido de lamentar, desgostar, entristecer. De uma forma ou de outra, Aubert (2017) enfatiza que, mesmo no alemão, língua de Freud, há uma confusão etimológica, de modo que “a dor negocia com o terror” (p. 27). Essa diluição de fronteiras entre físico e psíquico também aparece na língua portuguesa, em que a dor é definida como

sensação desagradável ou penosa, de intensidade variável, causada por um estado anômalo do organismo ou parte dele e mediada, configurando-se como um sofrimento físico e como um estado de espírito caracterizado por decepção, desgosto ou desgraça; sofrimento moral; decepção, dissabor, mágoa; sentimento de quem lamenta ter cometido um erro, uma falta, prejudicando a si mesmo ou a outrem; arrependimento, pesar, remorso; sentimento de pesar com relação a alguém ou a si mesmo; comiseração, dó, piedade (MICHAELIS ONLINE).

Consideramos importante marcar que as fronteiras entre psíquico e somático, como estamos explicitando, são diluídas quando falamos de dor, uma vez que abordar a dor é “tratar de uma questão que atinge o corpo e penaliza a alma” (AUBERT, 2017, p. 29). Notamos que há uma dificuldade intrínseca de colocar a dor em apenas um dos registros e, por esta razão, o percurso freudiano sobre a dor também esbarra nessas questões. Por isso, em seu estudo, Aubert (2017) conclui que, antes de tudo, a indicação clínica é fundamental para distinguir as modalidades de dor.

As manifestações das dores são sempre singulares, surpreendentes e escapam a qualquer padrão predeterminado, de modo que as diferentes formas de expressar e lidar com a dor sinalizam maneiras peculiares da relação que o sujeito estabelece com seu corpo e com o real que lhe acomete.

A presente pesquisa se lança ao desafio de marcar a subversão que a teoria psicanalítica produziu tomando como objeto a dor. Apresentaremos a amplitude de qualidades de dor (sintoma, dor crônica, luto, melancolia e dor da lesão), mas destacamos que o objeto principal, devido à nossa experiência, é a dor oriunda da lesão. Se por muito tempo esta modalidade ficou restrita ao campo da medicina, dos estudiosos da psicossomática ou até mesmo da psicologia hospitalar, hoje, de maneira mais contundente, os psicanalistas têm se defrontado com relatos sobre dor como os expostos anteriormente em fragmentos clínicos.

Para tanto, no primeiro capítulo abordamos como a dor era concebida e tratada ao longo dos tempos. Destacamos dois momentos que consideramos serem pontos de virada: o sentimento de si e a clínica médica moderna. A assunção do sentimento de si é um convite ao indivíduo para se observar melhor, visando conhecer suas possíveis fontes de desordem e males físicos. O corpo passa a ser pensado como um prolongamento da consciência e do afeto e cada um é convidado a debruçar-se sobre o que sente. Tal movimento permitirá ao indivíduo enunciar: “eu sinto dor”.

Com a sucessão dos anos, a empreitada médica de construir um saber sobre a dor muda através da clínica anatomopatológica, o que abre o acesso do olhar para o interior do corpo doente, fazendo com que a doença deixe de ser uma entidade nosológica para se tornar uma realidade existente no corpo e identificada pela lesão. O nascimento da clínica médica permite não apenas uma reorganização dos conhecimentos, mas, principalmente, uma reestruturação do discurso sobre a

doença. Como quase não existem doenças que não sejam acompanhadas de dores, a consequência disso foi a consolidação de uma lógica que não valida a dor sem a presença de uma lesão.

Diante do caráter plural da dor, nos períodos pós-guerras, diversos profissionais se juntaram para formar a clínica da dor, cuja principal proposta era um tratamento multidisciplinar, a fim de minimizar e apaziguar os danos causados. A partir da psicanálise, uma nova proposta surgiu para conceber a dor na atualidade. O mal-estar, principal vetor para reconhecer as transformações da sociedade e as relações que o sujeito estabelece consigo e com o outro, aparece marcado pela dor. Salientamos uma distinção: o mal-estar na atualidade é mais vivenciado como dor do que sofrimento. Devido a uma subjetividade narcísica, o mal-estar expressa-se frequentemente como dor, cujo caráter solipsista não encontra um endereçamento ao outro, o que a distingue do sofrimento, que possui uma dimensão alteritária.

No segundo capítulo, partindo do pressuposto de que a dor, seja ela qual for, é sempre algo que se sente no corpo, interrogamo-nos sobre a concepção psicanalítica de corpo a partir da questão: “que corpo é esse que dói?”. René Descartes propõe uma ausência de identidade entre corpo e ser, uma vez que há uma separação entre *cogito* (pensamento) e não *cogito* (o corpo). Inaugura assim o *cogito* pela famosa proposição “*cogito, ergo sum*”, traduzida em português como “penso, logo sou”.

No entanto, podemos recolher desde o começo da obra freudiana indicações de como a dicotomia entre mente e corpo vai sendo diluída na teoria psicanalítica: a neurastenia, a neurose de angústia e as neuroses atuais revelam um corpo cujo sintoma possui um núcleo de excitação somática; o sintoma conversivo histérico demonstra um corpo fantasmático e não biológico; o narcisismo coloca uma superfície de onde emanam os investimentos pulsionais e que ao mesmo tempo é objeto destes investimentos; o conceito fundamental da psicanálise, a pulsão, dilui ainda mais essa dicotomia, uma vez que é descrita exatamente como o limite entre o físico e o psíquico. Ou seja, as diversas formulações freudianas demonstram que o corpo gera material psíquico como um agenciamento articulado do organismo.

No terceiro capítulo, percorremos as postulações freudianas sobre a dor encontradas pontualmente ao longo de alguns textos. Optamos por fazer um recorte de três tempos, seguindo a trilha de Annie Aubert.

Primeiramente, através dos estudos sobre a cocaína, reconhecemos um Freud às voltas com a dor. A substância era utilizada para fins de pesquisa e tratamento de pacientes acometidos por dor, mas o próprio uso que Freud fez da cocaína denunciava uma tentativa de lidar com suas próprias dores. Anos depois, ele escreveu o *Projeto para uma psicologia científica*, onde dedicou dois pontos a essa temática: “dor” e “experiência de dor”. Nesse escrito, Freud concebeu a dor como uma ruptura das barreiras de proteção devido ao excesso que assola o psiquismo. Contemporâneo a esse texto está seu estudo sobre a histeria, que relata o caso de Elisabeth Von R., uma jovem acometida por dor.

Os anos seguintes foram marcados pela submersão da temática da dor na teoria psicanalítica, em prol do princípio do prazer no aparelho psíquico, quando a dor se apaga em benefício do desprazer. Contudo, apesar da tentativa freudiana de afastar a dor das teorizações psicanalíticas, a pesquisa sobre a psicose e os temores causados pela Primeira Guerra Mundial obrigaram-no a reconsiderá-la, mas sob uma nova perspectiva: o paradigma do narcisismo.

Em um terceiro momento, encontramos o final do percurso freudiano sobre a dor. A conclusão da formulação sobre a dor e a emergência da pulsão de morte ocorre em meio à clínica das sequelas traumáticas deixadas pela Primeira Guerra. Freud reconhece, então, a presença de uma compulsão à repetição, o que lhe permite finalizar sua noção de dor, articulada, agora, ao trauma. Além disso, dedica um anexo do escrito *Inibição, sintoma e angústia* à dor, quando se esforça para diferenciar luto, dor e angústia a partir da perda do objeto amado.

Se no capítulo anterior tivemos a intenção de percorrer os diferentes tempos das formulações freudianas sobre a dor, no quarto capítulo nos dedicaremos especificamente a quatro modalidades da dor: sintoma; dor crônica (fibromialgia); luto; e a dor de existir, presente na melancolia.

A dor como sintoma é explorada a partir do caso Elisabeth Von R., no qual a modalidade sintomática está presente no conflito neurótico da paciente. A conversão somática se apropria do corpo do sujeito, atingindo membros, órgãos ou vísceras a partir de uma linguagem cifrada que sustenta o sintoma.

Adiante, abordamos a dor crônica primeiramente para distingui-la ou como sintoma ou fenômeno psicossomático. Tomando a fibromialgia como um fenômeno psicossomático, propomos ainda pensar qual seria a sua especificidade. A dor, especialmente se assume forma crônica, é uma experiência que se encontra

no limite do significante, daquilo que não pôde ser elaborado psiquicamente pelo sujeito e, não sendo representável, pode ser denominada de *assignificante*. Além disso, propomos pensar ainda a dor crônica não como fenômeno psicossomático e sim como um acontecimento de corpo. Ao investigar a clínica da dor crônica, é preciso estar atento à função que ela tem para o ser falante. Nos casos de psicose, em que o Nome-do-Pai não funciona como ordenador, como na neurose, a dor pode ser o elemento que vem em seu lugar ou ainda que possa desempenhar essa função. Neste caso, as dores da fibromialgia podem ter a função de tratamento do real.

No que diz respeito à perda do objeto amado, dirigimo-nos a duas vias: luto e melancolia. No luto, seu caráter penoso e dolorido decorre de uma dupla via: a ruptura das associações referentes ao objeto perdido, imposta pelo luto, cujo efeito contrário, uma vez que não abandonamos facilmente as ligações com esse objeto, é o alto investimento na sua representação.

Na melancolia, a dor é decorrência da dissolução das associações da cadeia inconsciente, apresentada pelo furo no psiquismo. Essa quebra da cadeia de significantes é concomitante a uma “hemorragia” de libido, e a dor então sinaliza o fracasso do aparelho psíquico, apresentando-se como uma dor profunda, a qual Lacan nomeia como dor de existir.

No quinto capítulo, exploramos outra modalidade de dor, que possui uma particularidade que não pode ser posta junto às anteriores, a dor da lesão. Partimos as proposições freudianas acerca da lesão na histeria, concebida como uma ruptura na cadeia associativa. A noção de trauma já aparece nesse momento como aquilo que ocasionaria um rompimento. A partir da clínica com pacientes que lutaram na I Guerra Mundial, Freud retoma esta ideia. A partir dos atendimentos realizados a ex-combatentes, concebe que um grande dano físico causado pelo trauma diminui a possibilidade de uma neurose se desenvolver. A justificativa era que, ao mesmo tempo em que a violência do trauma libera uma quantidade de excitação que, diante da ausência de uma proteção eficiente, teria um efeito traumático, o dano físico (lesão) simultâneo causado por este impacto exigiria um investimento narcísico na parte do corpo lesionado, o que sujeitaria o excesso de excitação liberada. A lesão, então, pode ser compreendida como a marca do trauma em certos pontos de impacto no corpo inclusos na economia narcísica.

A partir disso, enveredamos ainda para a noção de escrita, uma vez que Lacan, a partir dos fenômenos psicossomáticos, especificamente da psoríase, afirma que a lesão, nesses casos, é uma escrita no corpo. Para compreender essa proposta, partirmos do modelo da *Carta 52*, de onde recolhemos a noção de signo de percepção, o qual diz respeito ao trauma que incide sobre o eu-corpo, sem intermediação simbólica deixando marcas no corpo. As impressões traumáticas invadem o aparelho psíquico e deixam signos de percepção, uma marca que não é traço mnêmico, mas que se dá no corpo através das lesões. A escrita no corpo comparece como uma possibilidade de invenção por parte do sujeito para responder ao buraco e ao excesso do real (*troumatistme/tropmatisme*).

Por fim, dedicamos o último capítulo aos destinos da dor. Na clínica, encontramos uma dificuldade dos pacientes que são acometidos por dor intensa em conseguir expressá-la. Seus relatos são lacônicos, repetitivos, centrados quase exclusivamente na descrição fenomenológica das dores em suas minúcias. Ou, conforme indica Lacan, o sujeito se petrifica ou até mesmo se cala; por vezes, também presenciamos uma dor que impele ao grito.

Diante disso, elegemos, então, três destinos possíveis para a dor: petrificação, silêncio e grito. A complexidade da dor demonstra a supressão ou a remoção de certa qualidade subjetiva, o que constitui seu caráter insuportável. Dessa forma, a dor é um campo, da ordem da existência, em que não há possibilidade para o ser de se mover, petrificando-se. A petrificação, entretanto, não diz respeito ao campo da motilidade, mas sim do sujeito; é a dimensão subjetiva que fica paralisada, o que faz com que a dor permaneça muda.

O silêncio como um dos destinos possíveis da dor remete à pulsão de morte, uma vez que Freud a concebe como silenciosa. A articulação do pulsional com o traumático introduz a concepção de que a pulsão como força não pode ser inscrita na representação. Isso é explicitado pelo não poder dizer, pela mudez desesperada que a dor veicula. Quando a dor é vivida como invasão aniquiladora, os primeiros recursos para conter esse desmoronamento são o grito e a palavra, sendo o primeiro mais rudimentar e mais primitivo. A entrada do sujeito na linguagem é possível através do deslocamento de um grito puro de aniquilamento, como por vezes conseguimos reconhecer em pacientes do dor, para o grito como um apelo ao Outro, que poderá escutá-lo e realizar ações para apaziguar ou sanar, temporariamente, o estado de caos em que o sujeito se encontra.

## **2** **História do corpo e da dor**

Para compreender as conceituações de corpo e dor nos dias atuais e suas correlações, precisamos primeiramente reconhecê-las como construções históricas. Nesse percurso, percebemos que não são termos distantes. Pelo contrário, possuem diversos pontos de equivalência. Por mais que a dor esteja presente desde sempre na história da humanidade, a interpretação que se faz dela mudou ao longo do tempo. Com isso, a percepção e significado que cada indivíduo possui sobre ela também se alterou (CORBIN, 2005; REY, 2012).

Neste capítulo, iremos percorrer essas histórias principalmente sob a perspectiva do campo médico. Marcaremos, para isso, três tempos: o da medicina clássica, também nomeada por Foucault (2006) como medicina das espécies; o da medicina moderna; e o da medicina contemporânea. Dentro desse recorte histórico, há dois momentos que, em nossa opinião, possuem um caráter central e contribuem para uma mudança da visão de corpo e de dor. São eles: a ascensão de um sentimento de si e a clínica anatomopatológica.

### **2.1** **A dor na medicina clássica**

Baseada no modelo botânico de classificação, a medicina clássica construiu seu saber por meio da nosologia taxonômica, buscando organizar o mundo das doenças em uma classificação sistemática e hierárquica de gênero e espécie. A consequência disso foi a interpretação das doenças de maneira equivalente àquela pela qual as espécies eram compreendidas pela biologia. Por esta razão, Foucault (2006) nomeou o tempo da medicina clássica como o da medicina das espécies.

Contudo, notamos um paradoxo nessa disposição do saber médico. Por um lado, a doença era vista como um fenômeno da própria natureza e, como tal, poderia ser comparada às plantas e aos animais. Por outro lado, era considerada uma desordem que comprometia a ordem natural e, por isso, seria um fenômeno da contranatureza (MACHADO, 2007).

Nesse contexto, o olhar servia como o principal instrumento de exame, investigação e intervenção. A doença, para a medicina clássica era definida como uma estrutura visível e se mostrava inteiramente a um olhar que percorria a

superfície corporal. A patologia era, por isso, compreendida no campo da visibilidade e, somente ao olhar os sintomas, o médico descobriria a verdade da doença. Guiando-se por estes sinais, a medicina identificava a essência de cada doença e a situava em um quadro nosográfico de parentescos mórbidos. Assim, a medicina clássica, fundada a partir do modelo taxonômico da história natural, considerava a doença uma essência, independente do corpo do doente, que deveria ser analisada em gêneros e espécies. Tratava-se de uma medicina das espécies patológicas (FOUCAULT, 2006; MACHADO, 2007).

Supunha-se que a doença não tinha nenhuma ligação inerente ao corpo. Ou seja, não existia um “corpo doente”. Havia uma disjunção entre o corpo e a doença e, por isso, a medicina clássica interessava-se por direcionar seu olhar para a realidade da doença, que se encontrava em um espaço ideal da nosografia. O saber médico para fins diagnósticos não partia do exame do corpo humano, porque este não constituiria a realidade básica a partir da qual a doença se originaria e adquiriria suas formas. Definir uma doença era enumerar sintomas (MACHADO, 2007). Nesta perspectiva, a configuração da doença não se superpunha a seu espaço de localização em um corpo doente.

Se corpo e doença não coincidem, qual seria a relação entre corpo e dor? Para responder tal questão, as formulações de Roselyne Rey em *A história da dor* (2012) são particularmente importantes. Naquele tempo, havia, justamente, uma interrogação sobre a funcionalidade da dor, cuja resposta era a de que ela era sinal de uma doença e como tal serviria como instrumento para conhecimento do corpo. Ao olhar a dor e escutar o relato do paciente, interessava aos médicos a descrição de sua fonte, de modo que o uso de adjetivos como durável, rápida, aguda e cortante eram importantes de serem recolhidos da narrativa do paciente para que fosse possível exibir as qualidades da sensação dolorosa. Desse modo, a maneira como o doente era capaz de falar da dor que sentia constituía um índice precioso para o médico realizar o diagnóstico e conduzir o tratamento. Na apreciação do sinal de dor, os médicos atribuíam grande importância à temporalidade e à extensão da região atingida, em razão do diagnóstico e do prognóstico se basearem prioritariamente nos ritmos da dor e na extensão da zona dolorosa. Desta forma, a dor configurava-se como um sintoma que permitia o diagnóstico das doenças e anunciava as crises. A questão que restava para a medicina era a de saber se a descrição algica pelo paciente era suficiente para reconhecer qual parte do corpo

fora afetada e, conseqüentemente, determinar a doença. Então, o reconhecimento da dor passou a ter uma dupla função: permitir o diagnóstico de uma doença e realizar um prognóstico (REY, 2012).

Entretanto, Rey (2012) reconhece naquele período a existência da uma tensão entre o que seria da ordem da dor física e o que remeteria a uma dor moral. Enquanto a primeira seria decorrente de uma lesão ou doença, com base determinada no corpo, a segunda corresponderia a um erro de julgamento da alma, ao mesmo tempo que denunciava o elo entre corpo e alma. Apesar de uma tentativa de distinguir as duas, a autora defende que não há uma confusão sobre o estatuto da dor, por ambas possuírem um caráter real e sinalizarem um afetamento no corpo.

A dor passa a assumir um estatuto especial, pois era caracterizada não como uma mecânica ou um puro sinal de disfunção corporal, como um sintoma o faria, mas como uma manifestação da alma nas funções orgânicas. Nesse sentido, a dor não se reduz a um fenômeno puramente fisiológico de reação a um estímulo, pois requer uma participação do sujeito em sua atividade mental. Com essa visão, a dor passa a ser interpretada como sinal de sofrimento da alma e como esforço para livrar-se dele, não podendo ser reduzida a um sintoma fisiológico, tendo a função de vincular corpo e alma.

Ao conceber a dor como sinal de doença e de manifestação da alma, ela passa a ser compreendida como uma voz que precisa ser ouvida e não somente eliminada. Emergia uma nova interpretação sobre a dor, pois mais do que diagnosticá-la e classificá-la, os médicos acreditavam que ela contribuía para o desenvolvimento da vida. Embasada em uma concepção vitalista, que compreendia o corpo vivo em um espaço dinamizado, onde múltiplas vias de comunicação e caminhos se cruzavam, a dor passou ter uma utilidade: a de estimular as forças vitais enfraquecidas ou adormecidas (CORBIN, 2005; REY, 2012).

Nesse contexto, em termos de prognóstico, o discurso científico sustentava duas atitudes contraditórias frente à dor. De um lado, era interpretada como intrínseca e inevitável para todo ser vivo e, de outro, havia ações para aliviá-la e livrar-se dela. Esta última interpretação decorria da percepção de que, por mais que possa ser vista como algo inerente à vida, a dor do doente é intolerável e inaceitável aos olhos da razão. Para os médicos vitalistas, por mais que houvesse uma funcionalidade de sinalizar a doença, a dor também era uma experiência nefasta.

Ainda de forma paradoxal, para fins de tratamento, o médico era levado a provocar a dor para poder curar, uma vez que ela sinalizava a doença e o órgão afetado. Assim, o tema da utilidade da dor como meio de luta pela vida constituía um cálculo erudito sobre os benefícios que o paciente poderia esperar do tratamento. A dor entrava na terapêutica, se necessário, por permitir o despertar da energia vital. A ideia era a de que, ao transformar uma dor crônica em aguda, gerando uma crise, seria possível alcançar a cura. É importante ressaltar que esse paradoxo frente à dor era constitutivo do próprio campo da medicina (REY, 2012).

A separação entre corpo e doença e a questão da funcionalidade da dor deram origem a uma nova interpretação e terapêutica da dor com a assunção da anatomia patológica. Contudo, há um tempo intermediário, que acreditamos merecer destaque: a assunção de um sentimento de si e a criação da categoria de indivíduo. Esses dois fatores permitiram a coincidência entre doença e corpo.

## 2.2

### **A assunção do sentimento de si: “eu sinto dor”**

Um movimento diferente começa a se construir no século XVII. A dor passa a ser encarada como uma doença em si e não como sinal dela, como era compreendida pelos médicos vitalistas da época clássica da medicina. Todavia, isso implica uma nova percepção de corpo e o advento do sentimento de si, como veremos a seguir.

Até então, os sentidos corporais eram definidos como sentidos externos e compreendiam a audição, o paladar, o olfato, o tato e a visão. Enquanto era função dos sentidos informar à alma sobre os acontecimentos do mundo e prevenir o corpo dos perigos que poderiam ameaçá-lo, a consciência era a instância responsável por receber essas informações. Através dela, intenções e ideias davam notícias das percepções externas. A importância de um lugar para consciência, como instância interior, consistia em um estabelecimento de uma diferenciação e de uma independência da experiência dos sentidos, de modo que ela se constituía como o lar do pensamento e do saber (VIGARELLO, 2016).

Assim, o reconhecimento de uma instância que existiria não somente para os sentidos, ou seja, para além de um mero receptáculo dos acontecimentos externos, permitiu a emergência de uma instância reflexiva que aglutinava

consciência e espírito: a consciência de si. Havia, aqui, uma separação entre a consciência e o mundo do sensível. A alma constituía o interior, enquanto os sentidos referiam-se ao que vinha de fora. Os sentidos tinham a função de serem vigias, sentinelas do corpo e alertar, comunicar, informar sobre o exterior. Já o corpo seria uma fortaleza, que precisava ser alertada por esses sentidos. O corpo participava dessa dinâmica sendo apenas uma casa, uma fortaleza, uma prisão cuja função era proteger a alma, de modo que o papel dos sentidos era o de apenas informar a alma sobre perigos externos. Vigarello (2016) esclarece: “são os sentidos que, sempre acolhendo as informações vindas de fora, devem agenciá-los em pensamento para melhor fazê-las existir” (p. 44).

Dessa forma, os sentidos se constituíam como dispositivos que faziam uso do externo e provocavam um ordenamento espiritual, mas não corporal. Ao alertar sobre os perigos externos, permitiam instaurar uma consciência de si (VIGARELLO, 2016). No entanto, é importante observar que a instauração de uma consciência sobre si constitui ainda um primeiro momento de uma instância reflexiva, não se tratando ainda de um sentimento de si.

A atenção à dor, neste contexto, assumiu lugar de destaque no mundo do sensível, já que era impossível ignorá-la, pois são as sensações que perturbam a vida do corpo. Dessa maneira, com este destaque dado à dor, o sentimento de corpo e de si foi ganhando espaço no pensamento clássico (VIGARELLO, 2016).

A dor vinha a cumprir, neste momento, dois papéis. Ao desencadear um movimento reflexo de retração e evasão, favorecia o conhecimento do automatismo neuromuscular e, ao ultrapassar certo patamar de intensidade, exatamente num ponto em que a impressão sensível era percebida como dolorosa, fazia chegar à consciência a vida interior do corpo que, de outra forma, continuaria despercebida pelo doente e pelo médico. Foi por meio da experiência de dor que corpo e alma se uniram. Por mais que a dor propiciasse uma atenção ao corpo, o sentimento de si ainda não havia sido construído, pois esse corpo não conseguiria ainda atingir o estado íntimo da pessoa (REY, 2012).

A assunção do sentimento de si ocorreu no século XVIII, quando foi dada atenção específica aos sentidos internos. Com isso, o indivíduo passa a se identificar com um corpo e a sentir um corpo afetado e capaz de dizer eu. O corpo deixa de ser concebido como mera proteção da alma e passa a ser uma instância primária. Tratava-se de uma sensação inédita, de um “de dentro”, um interior,

uma vez que “ela leva ao seu termo uma das certezas das Luzes: atribuir aos sentidos e ao sensível um papel primordial na construção do indivíduo” (VIGARELLO, 2016, p. 24). A categoria de indivíduo passa a ser correlata àquilo que ele pode sentir organicamente. Daí, a maneira completamente nova de experimentar o orgânico, de traduzi-lo e vinculá-lo à existência imediata como condição primária da vida. Dessa forma, a presença do corpo muda de estatuto. Ele não era mais um acompanhante, contingente, paralelo ou até mesmo um oposto ao eu, mas um elemento fecundante, um todo que envolve a pessoa. A experimentação da sensação interna, corporal, passa a ser fundadora da própria existência. Existir seria, em primeiro lugar, viver um estado orgânico, com suas impressões, confusões e efeitos imaginários, onde se inscreveria e viveria a identidade. Era uma maneira totalmente inédita de designar o indivíduo e de pensar a sua existência, uma vez que o corpo tornou-se uma continuidade intuitiva do “si”, mais do que um distanciamento de si. Com isso, o corpo comparece como “testemunha contínua daquilo que cada indivíduo percebe de si mesmo, instância presente ao menor esboço de perturbação ou desconforto” (VIGARELLO, 2016, p. 72).

O tema do sensível adquire, assim, uma renovação. Essa guinada no mundo das sensações foi tamanha que o cotidiano do indivíduo foi transformado, pois havia um apelo incessante à presença do corpo a ponto de avivar a consciência. Incômodos contínuos, perturbações existenciais, transtornos até então vagos e pouco relevantes tornaram-se bruscamente perceptíveis. As percepções adquiriram mais presença e passaram a ser mais valorizadas. Assim sendo, as perturbações corporais passaram a acompanhar a vida do indivíduo a ponto de não se distinguirem dele. Sentir passou a ser uma experiência perturbadora, na qual a sensibilidade interna era mobilizada de imediato, presente no cotidiano, alertada no espaço social (VIGARELLO, 2016).

Portanto, a novidade, instaurada no século XVIII, foi a de que o corpo e suas próprias sensações foram colocados em primeiro plano. O território das sensações se ampliou e a exploração de uma interioridade corporal regularmente alertada prosseguiu. Devido ao destaque dado à dor nesse momento, o corpo pôde ser pensado como um prolongamento da consciência e do afeto, de modo que cada indivíduo era convidado a debruçar-se sobre o que fisicamente sentia à primeira emoção, visando apreender melhor suas próprias fragilidades. Trata-se da

constituição de um universo íntimo em que o carnal e o afetivo se misturam, pontua Vigarello (2016).

Diante disso, consideramos interessante notar que essa maneira de associar o corpo à pessoa levou a uma mudança maior do que uma expansão da sensibilidade. Os próprios termos foram alterados. Não se tratava mais do espírito e da alma, mas do “si”. Segundo Vigarello (2016), Denis Diderot foi pioneiro na concepção de uma interioridade e concebeu um novo uso ao termo “si”, antes usado apenas como pronome ou vocábulo. O filósofo francês definiu o “si” como a origem da rede sensível, uma parte que constitui o ser. Essa partícula, atualmente disseminada, tornou-se a instância que define o indivíduo, sua interioridade, seu princípio de reconhecimento íntimo. Com isso, foi aberta uma nova maneira de falar sobre o indivíduo, não mais definido pela moral ou pelo espírito, mas por um enraizamento corporal ao qual o modo de pensar, a expressão pessoal e o reconhecimento de si mesmo seriam indissolúvelmente vinculados. O “si” passa a comandar a pertença individual, na medida em que a interioridade do corpo torna-se objeto de uma apropriação pessoal.

Um marco importante nesse percurso histórico, portanto, foi a instituição da categoria “indivíduo” e a consequente percepção de si. Foi preciso que o sujeito adquirisse uma “presença de si”, uma relação com seu próprio corpo para que a dor pudesse ser percebida. Sem esta percepção, não era possível afirmar a existência da dor. A dor era concebida como sendo fruto de um temperamento individual, que existia a partir do sofrimento, em consequência de uma alteração anormal da paixão, ou algo que dilacera, corta e destrói (VIGARELLO, 2016).

Entrava em cena o preceito “conhece a ti mesmo”, um convite para olhar para si e fazer uma autoanamnese, precedendo o diagnóstico médico. Pois antes mesmo de qualquer classificação das formas da dor, esta era vista como uma sentinela ou sinal de alarme, que dava o sentimento de existência do sujeito e advertia sobre os perigos que o corpo corre. De caráter benigno e salutar, ela desviava o sujeito de um estilo de vida ruim e prevenia a doença, convidando a uma mudança antes que fosse tarde. Com isso, o relato do paciente adquire suma importância (REY, 2012).

Contudo, nos deparamos aqui com um movimento contraditório. Se, por um lado, o indivíduo estava sempre sendo convidado a observar suas sensações, por outro, a sociedade buscava reprimi-las. Do mesmo modo, se por um lado a

medicina sempre convocava o indivíduo a ser questionado, por outro, às vezes, negligenciava a sensibilidade do doente, até mesmo ignorando-a. Se o médico, com isso, inventa um conhecimento indiscutível sobre o corpo e a dor, a complexidade aí desenhada tornava necessário para o médico sempre escutar o relato sobre o sensível (VIGARELLO, 2016). Assim, a dor enunciada, sem maquiagem ou disfarce, era colocada sob a luz tão crua da anatomia que se tornava insuportável. Ao mesmo tempo que era relegada ao espaço interior, escondida, mais aparecia. Desse modo,

na divisão entre o que se diz e o que se cala, a dor que acompanha a doença ou o ferimento parece uma experiência perturbadora, mais secreta para aquele que a experimenta do que a própria doença, do que para o outro, mais angustiante que o espetáculo organizado do suplício e da morte (REY, 2012, p. 96-97).

A dissecação dos cadáveres, na clínica moderna, buscou desnudar as verdades do corpo e esta ação permitiu um novo conhecimento sobre ele (MANDRESSI, 2009). Com isto, foi aberto um espaço para uma nova maneira de olhar, apoiada, agora, sobre carnes melhor classificadas, melhor dissecadas. A medicina do século XIX ilustrava um corpo funcionando à revelia do indivíduo. Ela sugere um “de dentro” cujas sensações são ignoradas pelo doente e apenas percebidas pelo médico, como veremos adiante.

### **2.3**

#### **A clínica médica moderna: anatomia e dissecação de cadáveres**

Enquanto a medicina clássica dependia pouca percepção, pois seu objeto era o espaço racional de classificação das entidades patológicas e a função do olhar era simplesmente remeter à ordem do pensamento que devia definir as essências, a clínica médica moderna representa a primeira tentativa de fundar o saber na percepção. A sua proposta era produzir conhecimento através do olhar.

Com a Modernidade, uma nova clínica médica pôde advir, decorrência da espacialização institucional da doença, devida às endemias e às epidemias. O esforço para vencer a doença e adiar a hora da morte exercia sobre o médico uma demanda social de cuidados e cura. Na tentativa de aumentar sua população para aumentar o poder econômico e político, os soberanos passaram a se interessar pela saúde do povo. Movimento científico e organização institucional se conjugaram

para dar à observação um lugar de destaque na medicina e iniciar um movimento no qual o corpo é explorado e analisado de maneira cada vez mais fina e aprofundada (FAURE, 2005). Entra em cena a medicina do espaço social, cujo objetivo era constituir um campo de experiência médica inteiramente aberto, para que a necessidade natural das espécies pudesse aparecer sem resíduo e sem confusão. Para que isso fosse possível, era preciso, também, que este discurso estivesse bastante presente, condensado em seu conteúdo, para que se pudesse formar um conhecimento fiel, exaustivo e permanente de saúde de uma população (FOUCAULT, 2006).

Para que a experiência clínica fosse possível como forma de conhecimento, foi preciso reorganizar o campo hospitalar, redefinir o estatuto do doente na sociedade e instaurar uma relação entre assistência e experiência, entre socorro e saber. Foi necessário, ainda, situar o doente em um espaço coletivo e homogêneo, além de abrir a linguagem a todo um novo domínio, de uma correlação contínua e objetivamente fundada entre o visível e o enunciável. Com isso, dois novos pilares foram erguidos a partir do discurso científico: a fidelidade e a obediência incondicional ao conteúdo da experiência. Foi, portanto, necessário situar a linguagem médica nesse nível, aparentemente superficial, para dizer a verdade sobre o profundamente escondido. Tal manobra foi possível por meio da anatomia patológica e da dissecação dos cadáveres. O olhar sobre experiência e a morte, com a redefinição da linguagem médica, constituiu a condição histórica de uma medicina positiva, possibilitando a visibilidade da doença na morte e o afastamento de uma explicação metafísica. Percebida com relação à morte, a doença tornou-se exaustivamente legível, aberta, sem resíduos. Neste momento, a morte se integrou epistemologicamente à experiência médica, tomando corpo no organismo vivo dos indivíduos. Com isso, o corpo morto passou a ser tão importante quanto o corpo vivo para a clínica médica (FAURE, 2005).

Assim, podemos perceber que a constituição do saber anatômico estava associada a um procedimento fundado na observação. Contudo, “entre a necessidade de conhecer bem as partes do corpo e o interesse de abrir cadáveres para chegar a esse conhecimento, há um passo” (MANDRESSI, 2009, p. 417), pois o estudo da anatomia já existia desde o século XIV. A novidade instaurada pela Modernidade foi a emergência das práticas de dissecação de cadáveres, que animavam a curiosidade anatômica dos médicos.

A importância da anatomia não equivale necessariamente à importância das disseções. A proposta da nova anatomia, veiculada pela clínica médica moderna, era, por um lado, entender bem a organização das partes para compreender as suas funções vitais e explicá-las. Por outro, o princípio da segmentação do corpo trazia os elementos constitutivos da concepção de uma máquina: dissecação e composição das partes, desmontagem e montagem das peças. Dessa forma, “o mecanicismo trouxe um novo estatuto ao fragmento, fazendo dele uma peça, uma engrenagem de um dispositivo que fez da máquina a metáfora privilegiada do vivente” (MANDRESSI, 2009, p. 440).

A clínica anatomopatológica permitia ao saber médico alcançar a verdade manifesta da doença, pois só existe doença no elemento visível e, conseqüentemente, enunciável. A clínica médica moderna possuía dois instrumentos de pesquisa: o olhar e a linguagem. Assim, o exercício da medicina efetuava-se em uma tensão entre duas atitudes: a pesquisa de observações independentemente da fala do paciente e o relato digressivo mediante o qual o médico sintetiza as indicações fornecidas pelo paciente. Diante disso, o médico tinha a função de objetivar e clarear o enunciado subjetivo, confuso, incerto e até mesmo contraditório do doente, na medida em que o seu olhar permitia chegar a uma apreciação mais exata do nível do sofrimento (MACHADO, 2007).

Assim, para o médico clínico, a pureza do olhar possuía uma íntima relação com o silêncio que permitia escutar. Ou seja, tudo se cala em torno do que se vê. O olhar clínico possuía esta paradoxal propriedade de ouvir uma linguagem no momento em que percebia um espetáculo. Tratava-se tanto de um olhar que escutava, quanto de um olhar que falava, sinaliza Foucault (2006). No exercício dessa clínica médica, o equilíbrio era precário, pois repousava sobre o postulado de que tudo o que era visível era passível de ser enunciado e era inteiramente visível porque era integralmente enunciável. A precariedade dessa articulação aponta para dificuldade da manutenção dessa proposta.

## 2.4

### **A coincidência entre corpo e doença**

Até então, havia uma disjunção entre corpo e doença, de modo que a assunção do sentimento de si e o advento da clínica anatomopatológica

permitiram a coincidência do “corpo” da doença com o corpo do homem doente. O espaço de configuração da doença e o espaço de localização do mal no corpo só foram superpostos, na experiência médica, durante um curto período: o que coincide com a medicina do século XIX e os privilégios concedidos à anatomia patológica. Tal momento teve como uma de suas marcas a soberania do olhar, visto que a experiência lê, de uma só vez, as lesões visíveis do organismo e a coerência das formas patológicas. Por meio do olhar sobre os corpos, tornou-se possível encontrar a verdade sobre uma determinada patologia (REY, 2012).

No entanto, se por um lado a clínica médica necessitava olhar e escutar o paciente, por outro era preciso lhe retirar qualquer indício de sua subjetividade que pudesse atrapalhar o diagnóstico. Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deveria abstrair o doente. Logo, a leitura médica só deveria tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses. O olhar médico não se dirigia inicialmente ao corpo concreto e visível do doente, mas sim àquilo que era ocultado, porque a crença era a de que a doença aparecia através do corpo na medida em que ele se submetia ao exame médico (FOUCAULT, 2006).

Dessa forma, a medicina da anatomia patológica permitiu uma reestruturação da clínica, distanciando-a do contexto no qual ela nascera. Primeiramente, não era mais o olhar de qualquer observador, mas o de um médico, apoiado e justificado por uma instituição, que tinha poder de decisão e intervenção. Tratava-se de apreender as variações e as diferentes anomalias, não se restringindo apenas ao que era visível: era um olhar calculador. Com isso, a experiência clínica se armava para explorar um novo espaço, o corpo, em que se ocultam os segredos, invisíveis lesões e o próprio mistério das origens. Uma medicina restrita ao reconhecimento dos sintomas passa a se dissipar diante do interesse do olhar pela causa das doenças. Tal movimento permitiu uma transformação interna ao campo da medicina, cujo principal nome foi o anatomista francês Marie Bichat.

Este momento produziu uma mudança fundamental na clínica e na medicina classificatória, deslocando a percepção da doença considerada como essência nosográfica para o corpo doente. A anatomoclínica se constituiu precisamente a partir da relação estabelecida entre os métodos da clínica e da anatomia patológica, em que os procedimentos analíticos e os olhares de superfície passaram a confluir, propondo-se a ler os sintomas patológicos e estudar as alterações dos tecidos. Estabelecendo um

caminho entre as dimensões heterogêneas dos sintomas e dos tecidos, criou-se um novo espaço de percepção médica: o corpo doente. Conseqüentemente, a superficialidade do olhar médico deu lugar a uma profundidade. A doença passa a se localizar no corpo e a lesão, a explicar os sintomas (MACHADO, 2007).

Em outras palavras, a grande modificação do saber médico produzido pela anatomoclínica foi o acesso conferido ao olhar para o interior do corpo doente, o que fez com que a doença deixasse de ser uma entidade nosológica para se tornar uma realidade existente no corpo e identificada pela lesão. O espaço da doença tornou-se o próprio espaço do organismo e a doença tornou-se o próprio corpo tornado doente. Desse modo, perceber a doença era equivalente a conhecer o corpo (MACHADO, 2007).

Acreditamos ser pertinente esclarecer que não foi a concepção de doença que mudou primeiramente, mas todo o conjunto e, mais precisamente, toda a relação da doença com esse olhar a que ela se oferece e que, ao mesmo tempo, a constitui. As grandes descobertas que ocorreram ao longo do século XIX permitiram um novo enquadramento do corpo e da doença. A clínica emergia na experiência médica como um novo perfil do perceptível e enunciável: nova distribuição dos elementos discretos do espaço corporal (tecidos, órgãos etc.), reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico (gramática de signos no lugar de uma botânica dos sintomas), definição das séries lineares de acontecimentos mórbidos (por oposição ao emaranhado das espécies nosológicas), articulação da doença com o organismo. Com os avanços práticos e teóricos, cada vez mais o corpo foi sendo profundamente explorado e decomposto.

Uma das conseqüências das transformações do campo da medicina, nesse contexto, foi o desaparecimento do “ser” da doença. Se antes havia certa conjunção entre doença e doente, permitida pela assunção do sentimento de si, agora, a pesquisa dos cadáveres provoca uma ruptura, pois o paradigma torna-se o do corpo morto e não o do vivo. Diante disso, podemos encontrar uma tentativa de exclusão da subjetividade, pois interessava mais à medicina o órgão, o tecido, o esqueleto, do que o sujeito que experimentava o desconforto e mal-estares provocados pela doença.

Desta forma, o aparecimento da clínica, como fato histórico, deve ser identificado com o sistema dessas reorganizações. O nascimento da clínica permitiu não apenas uma reorganização nos conhecimentos médicos, mas, principalmente,

uma reorganização em profundidade do discurso sobre a doença. Essa nova estrutura se revela, mas não se esgota, na mudança da pergunta “o que é que você tem?”, do século XVIII, para “onde lhe dói?”, do século XIX (FOUCAULT, 2006). Nesse contexto, qual foi o lugar dado à dor?

Parecia haver um consenso de que quase não existiam doenças desacompanhadas por dor. Contudo, havia uma distinção entre elas: ou diziam respeito a uma patologia já estabelecida e, nesse caso, se aproximava da concepção de sintoma ou eram concebidas como uma doença em si.

Diante do relato do paciente, o médico selecionava as informações que julgava pertinentes na exploração profunda do corpo e na exposição das fontes escondidas de dor e processos patológicos. A consequência disso foi a consolidação de uma lógica que não valida a dor sem a presença de um objeto (lesão). Toda queixa de dor que não possuísse uma correspondência visível a uma lesão era deixada invisível (SANTOS, 2009).

## **2.5**

### **A clínica da dor**

A partir desse percurso histórico, podemos notar que o olhar sobre a dor permitiu transformações no campo da medicina, assim como essas reformulações abriram novas concepções sobre o tema. Na Modernidade, a dor passa a ocupar o lugar central nas pesquisas sobre a sensibilidade: ela era objeto de observações, repartição e categorização. Em consonância, a preocupação com o combate à dor pela medicina coincide com o desenvolvimento da medicina clínica moderna.

Ao se tornar objeto de estudo científico, a dor vai progressivamente sendo apreendida pelo discurso médico, o que resultou na criação e na evolução de tecnologias para seu alívio. A mudança de atitudes dos médicos frente à dor foi decorrência das transformações ocorridas na racionalidade médica e na construção do saber médico. Nesse contexto, a medicina moderna trouxe inegáveis avanços em termos de diagnósticos e terapêuticas. Porém, também fortaleceu uma lógica implícita de que não se pode validar a dor sem a presença de um sinal objetivo, ou seja, uma lesão (SANTOS, 2009).

O século XIX foi marcado por grandes descobertas. Foi a época em que os médicos passaram a acompanhar clínica e anatomicamente o estudo do sintoma da

dor. Com isso, a fisiologia foi ganhando lugar em detrimento do dualismo físico versus moral. Por um lado, o conceito de doença, cuja causa poderia ser reproduzida em laboratório, e que foi a condição de grandes avanços na medicina, revelou-se mais produtiva para a compreensão de lesão de movimento do que para distúrbios de sensibilidade e de dor. Por outro, para que a experiência clínica servisse verdadeiramente às pesquisas sobre a dor, ela deveria ultrapassar o contexto da coleta e da descrição do observável e ter em vista as questões que o fisiologista experimental colocava. Nesse período, surgiram inúmeras contribuições sobre uma doença implicando a dor, seus progressos e tratamentos, porém, nenhuma síntese desses dados (REY, 2012).

À busca pelo tratamento da dor pela medicina subjaz a importância da concepção de cura, pois pouca importava o preço da cura e as dores enfrentadas para chegar a este objetivo. Era uma lógica que se ocupava mais com a doença e menos com o doente. Havia nisso um consenso de que a dor era uma companheira necessária à cura e uma auxiliar indispensável para os procedimentos operatórios, ao mesmo tempo em que havia um esforço para retirá-la das operações (FAURE, 2005). Novamente aqui encontramos uma atitude paradoxal diante da dor. Se ela servia como índice para se alcançar a cura, demonstrando ao médico onde agir, também havia um esforço em eliminá-la, dado o seu aspecto dilacerante.

Médicos e cirurgiões, pouco a pouco, livres da herança vitalista que considerava que a dor seria útil à cura, tentavam encontrar uma forma de limitar, abreviar e atenuar os sofrimentos. Dentre os recursos utilizados para amenizar a dor estavam a moxa, o gás narcótico, a morfina e, finalmente, a anestesia. Sobre esta última, a proposta era deixar os pacientes que precisavam operar completamente insensíveis à dor por meio de inalações de éter. Para operar sem dor, os pacientes eram intoxicados ao ponto de reduzi-los ao estado de um cadáver que poderia ser cortado, talhado, sem nenhum sofrimento. O problema com o qual a medicina se defrontou foi o de utilizar o éter na cirurgia e, com isso, aceitar a ideia de abrir um corpo, aparentemente sem vida, cujas reações não estavam mais presentes para guiar o trabalho do cirurgião. Este silêncio do paciente colocava o médico diante de si mesmo, em uma solidão e angústia desconhecidas até então (REY, 2012).

As primeiras experiências de utilização do clorofórmio entusiasmaram porque sua ação era mais rápida, segura e durável que a do éter, o que oferecia

mais segurança para o cirurgião. No entanto, houve acidentes letais nesse percurso. O não abandono dessa prática e busca pela abolição da dor indicavam que isso era mais importante que a morte de alguns indivíduos, comenta Rey (2012). Nesse sentido, a coletividade se sobrepõe ao indivíduo como condição de progresso da medicina. Métodos substitutivos ao clorofórmio passaram a ser pesquisados e se chegou à anestesia local, precursora da anestesia geral. O impulso dado pelos trabalhos de médicos, cirurgiões e químicos que contribuíram para a descoberta e a prática da anestesia mudou profundamente a relação dos homens com a dor, colocando um termo no seu caráter inelutável.

A história da medicina da dor teve como marco o trabalho realizado pelo anestesista John Bonica, quando se deparou com as dores persistentes e intratáveis da II Guerra Mundial. Bonica era um entusiasta das técnicas de bloqueios anestésicos, pois, para ele, este método seria capaz de resolver todos os quadros de dores persistentes. No entanto, o anestesista se deparou com o fato de que alguns pacientes respondiam bem a esse tipo de tratamento e outros não. Em sua pesquisa, esbarrou na escassez de material sobre o tratamento dos pacientes com dor crônica e, principalmente, na falta de pesquisa clínica sobre a dor. Foi assim que ele passou a se interessar por algo até então negligenciado pela medicina: o conceito de dor clínica, isto é, a dor que ocorre no cotidiano do paciente (SANTOS, 2009).

Observando pacientes com dor, Bonica notou que eles apresentavam muitos sintomas não relacionados ao quadro álgico inicial, mas que poderiam estar relacionados à perpetuação da dor. O médico sentiu necessidade de consultar os demais profissionais de sua equipe e, com o tempo, essa medida foi adquirindo um caráter mais organizado, em prol da construção de um consenso de diagnóstico e de tratamento. Bonica ficara convencido de que uma abordagem mais coletiva era o melhor caminho para tratar os doentes. Este projeto seguiu na contramão das tendências da medicina da época, uma vez que propunha reunir médicos de especialidades diferentes para discutir quadros complexos e persistentes, que essas especialidades, individualmente, haviam falhado em resolver (SANTOS, 2009).

Apesar dos esforços de Bonica, ele ainda encontrava dificuldades de encontrar profissionais que também acreditassem nessa abordagem. O anestesista notou que sua proposta precisava ganhar visibilidade e, para isso, escreveu e divulgou o livro *The management of pain*, de 1953, o qual passou a ser

considerado a bíblia do tratamento da dor. Neste escrito, o autor descreveu processos de bloqueios da dor sem que fosse necessário recorrer a cirurgias. Os objetivos centrais dessa publicação eram tirar a dor de um papel secundário e trazê-la para o primeiro plano; identificar e caracterizar o objeto central da medicina da dor; indicar a forma de tratar esse objeto comum; e estabelecer os primeiros elementos de uma prática para promover a legitimação de uma especialidade. Contudo, à medida que suas pesquisas avançavam, Bonica percebeu que a técnica por si era incapaz de resolver a gênese e a manutenção de quadros de dores complexas. O tratamento da dor, proposto por ele, exigia uma nova perspectiva: a clínica da dor, cujo objetivo era inserir a dor no campo da medicina e introduzir uma terapêutica da dor (SANTOS, 2009).

A construção da dor como objeto específico da medicina produziu uma clivagem. De um lado, havia a dor como um sintoma, sinal de patologia, subjacente, de outro, a dor como doença, um problema em si. A principal mudança de perspectiva do tratamento clássico da dor foi considerá-la um problema de saúde, legítimo e grave.

Para conseguir conquistar o espaço que pretendia para a dor, Bonica precisava encontrar a legitimidade deste objeto dentro do campo médico. Existia, ainda, outro grande obstáculo à legitimação da dor no campo da medicina: a avaliação, pois restava saber se era possível objetivar o relato subjetivo do paciente. Para Bonica, essa questão tinha uma resposta simples: caberia ao médico acreditar no paciente, uma vez que a dor só poderia ser mensurada pelas reações que ela provoca no paciente. Diante disso, a narrativa do paciente passou a ser mais um ingrediente da clínica médica, junto com o exame pormenorizado (SANTOS, 2009).

Contraopondo uma tendência de encarar a dor como localizada em um ponto do organismo, permanecia intacta a questão de saber se a dor é uma sensação ou uma emoção (REY, 2012). A medicalização da dor criou um abismo entre a “dor física” e a “dor emocional”. Ou seja, entre aquela que poderia ser cientificamente aferida e aquela que somente o sujeito pode dizer (SANTOS, 2009).

Apesar de terem sido criados diversos artifícios para tratar o caráter “físico” da dor, ela continuava presente e comprometendo a saúde e o equilíbrio psíquico do paciente. O princípio de uma explicação que articulasse os lados psíquico e fisiológico foi transposto às sensações dolorosas. Por ser interpretado pelo modelo

biomédico como automático, emocional e sensorial, o fenômeno da dor também se vinculava ao estudo experimental fisiológico. Se a dor, no final do século XIX, tinha assistido aos consideráveis progressos da neurologia, rejeitando decididamente uma abordagem monista do homem, coube à neurofisiologia, à endocrinologia e à bioquímica elucidar processos e condições de integração.

No século XX, as pesquisas sobre dor foram dominadas pela problemática da comunicação, da sua rapidez e eficácia. Se, por um lado, o corpo aparece como uma vasta rede de comunicações, de vias lentas e rápidas, utilizadas também pelas sensações dolorosas, por outro, a construção de um modelo reflexo nociceptor para explicar a dor ganhou prevalência por considerar a presença de um elemento afetivo que coloria decisivamente a experiência do sujeito (REY, 2012).

Com a evolução do pensamento e das pesquisas médico-científicas, o conhecimento da anatomia e da fisiologia do corpo humano progrediu, fazendo com que a dor passasse a ser entendida como um sistema sensorial humano, semelhante à audição ou à visão, com seus próprios substratos neurológicos. A transmissão da informação da dor foi considerada como estando ao longo de uma via direta, indo desde os receptores periféricos até o centro de dor no cérebro. Esta visão da experiência da dor supunha que ela fosse uma sensação específica e que sua intensidade fosse proporcional à extensão da lesão dos tecidos. É o chamado modelo nociceptivo. O sistema sensorial da dor possui um caráter extremamente amplo, podendo ser iniciado em qualquer parte do corpo ou no próprio sistema nervoso central (SNC), de modo que vários locais são emparelhados aos vários tipos de sensações de dor. Assim, os estímulos químicos ou mecânicos que ativam os nociceptores, processo sensorial desencadeado, originam sinais nervosos sentidos como dor pelo cérebro (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011). A associação entre sensação e reação afetiva tem como função gravar profundamente na memória os acontecimentos que colocaram o indivíduo ou a espécie em perigo. A tonalidade afetiva de prazer ou de dor que acompanha alguns reflexos e envolve associações e memória reforça a adaptação do comportamento às situações com as quais é confrontado. A consequência direta dessas pesquisas foi dar ao tema da utilidade da dor uma consistência teórica que ela não tinha e que se acreditava esquecida (REY, 2012).

Dessa forma, mais recentemente, com a descrição do modelo nociceptor, para Silva e Ribeiro-Filho (2011), o conceito de dor mudou de um simples sinal neurofisiológico para um fenômeno psicofisiológico complexo. Esta transformação ocorreu, em parte, devido a recentes pesquisas que demonstram que a gravidade da dor registrada pode estar relacionada a sintomas fisiológicos específicos, combinados ao efeito de uma ou mais variáveis psicológicas. Fatores culturais, influências sociais moduladoras, assim como fatores de personalidade e comportamentos instrumentais, podem influenciar o registro da dor. Nesse contexto, a dor está longe de ser chamada e interpretada como um fenômeno meramente fisiológico, pois, além dessa explicação, procura-se evocar diversos fatores como hereditariedade, modos de vida, destino e culpa (REY, 2012).

A novidade da atualidade é ter uma abordagem pragmática – centrada na prevenção e no tratamento - e multidisciplinar da dor. Com isso, no século XX, surgiu um discurso sobre a dor e emergiram profissionais dedicados ao preenchimento da lacuna teórica e prática sobre ela. Os profissionais de saúde que lidavam cotidianamente com a dor inauguram um modelo terapêutico: a clínica da dor. A nova proposta é a de encarar a dor como um fenômeno biopsicossocial, cuja abordagem exige uma equipe multidisciplinar e um tratamento multimodal. A clínica da dor impõe particularidades e uma delas diz respeito a sustentar uma prática terapêutica que não cure ou elimine a dor, mas realize a sua gestão. Mesmo assim, médicos e doentes, confrontados com a experiência íntima da dor, parecem convencidos da urgência de um progresso do conhecimento para colocar fim àquilo que desde sempre foi, para o sujeito, inaceitável e inominável (SANTOS, 2009).

## 2.6

### **A singularidade da dor: a contribuição da psicanálise**

A trajetória dos diversos modos de conceber a dor demonstra que a humanidade é dolorida, justamente pelo fato da dor ser tão ampla e extensa. A dor comparece na história da humanidade desde sempre, seja em sua analgesia, doença rara em que o corpo não a sente, seja em sua face crônica, em que ela se faz permanentemente presente (BERLINCK, 1999; CHABERT, 2015).

Percebemos que a problemática da dor foi abordada majoritariamente pelo campo da biomedicina. Porém, a clínica da dor atentou para a importância da

entrada de outros saberes. Diante disso, qual a contribuição da psicanálise para a compreensão da dor? E qual o seu lugar para o tratamento?

Primeiramente, atentamos para o fato de que a psicanálise introduziu uma leitura e uma abordagem da dor que a vê sempre como algo da singularidade do sujeito. Vimos até aqui que a dor e a sua percepção são uma construção histórica e cultural e, por isso, adquire diversos sentidos tanto para a sociedade quanto para aquele que sofre com ela. Também a subjetividade e os seus mal-estares mudaram ao longo do tempo. Para Birman (2014), a leitura do mal-estar é o vetor que pode orientar as transformações ocorridas na sociedade, porque o mal-estar é “signo privilegiado e a caixa de ressonância daquilo que se configura nas relações do sujeito consigo mesmo e com o outro, revelando, assim, as coordenadas cruciais que seriam constitutivas da experiência subjetiva” (p. 55).

O mal-estar é um conceito eminentemente psicanalítico, cunhado por Freud em 1930, em seu escrito *Mal-estar na civilização*. Nele, Freud descreve o preço que o sujeito tem que pagar para entrar na civilização — a renúncia pulsional, permitindo a passagem do ser da natureza para o registro da cultura. O mal-estar decorre do conflito insuperável das pulsões com a cultura, já que a pulsão é aquilo que é indomesticável e não se submete totalmente aos ditames culturais. Porém, mais do que ressaltar isso, Freud procurou destacar a condição e o estatuto específico do sujeito na modernidade, delineando o mal-estar como seu correlato. Desta forma, “o conceito de mal-estar na civilização implicava sempre o enunciado da existência do mal-estar na modernidade” (BIRMAN, 2014, p. 58).

O tempo passou e transformações ocorreram. Com isso, o mal-estar hoje pode ser considerado diferente do mal-estar moderno, descrito por Freud, pois as sociedades já não mais as mesmas, gerando um desdobramento direto no sujeito. A subjetividade contemporânea se evidencia por ser narcísica, em que há uma dificuldade de abertura para o campo do outro, o qual frequentemente é tomado como fonte de desconfiança ou tido como rival. Com isso, fica difícil dirigir-lhe um apelo, porque precisar de um outro revela a fraqueza e a falha constituinte do sujeito. E em uma cultura em que o narcisismo triunfa, as insuficiências não podem jamais existir ou serem exibidas, já que desqualificam o sujeito autossuficiente. Depreende-se disso que o corpo, a ação e a intensidade são os registros do mal-estar hoje. Deste modo, no lugar das antigas modalidades de sofrimento centradas no conflito psíquico, às quais se opunham os imperativos das

pulsões e das interdições morais, o mal-estar se evidencia agora nos registros do corpo, da ação e das intensidades em uma condição solipsista da subjetividade. A prevalência desses três registros pode ser encontrada nas narrativas clínicas que revelam a expressão do mal-estar na atualidade (BIRMAN, 2014).

Qual é, então, a singularidade da dor, que impõe tantos questionamentos e desafios aos profissionais que se propõem a tratá-la? Nossa civilização, cheia de ditames e tecnologia, tem dificuldade para lidar com o que é próprio da subjetividade humana, com o que é indomável. A dor encarna essa cota indomesticável, que remete à vida psíquica. Encarar a dor como algo não restrito ao sistema nociceptivo descrito anteriormente diz reconhecer nela sua singularidade. A dor caracteriza-se, portanto, como uma especificidade humana, que é diferente do sistema nociceptivo, presente em todos os animais.

Diante disso, torna-se importante fazermos uma breve distinção entre doença e dor. Os termos não são equivalentes apesar de em diversos momentos apresentarem convergências. Na opinião de Croix (2002), o que as diferencia é a possibilidade de a doença ser falada e, nesse sentido, estar mais remetida ao campo do sofrimento do que da dor. Esta é outra diferenciação importante de realizarmos, pois encontramos no vocabulário cotidiano s uma indiferenciação entre dor e sofrimento. Não por acaso, pois essas experiências humanas desde sempre estão presentes: são formas “a-históricas de sentir” o mal-estar (BIRMAN, 2014, p. 139). Contudo, em uma perspectiva semelhante ao Croix (2002), Birman (2014) defende que a dimensão do sofrimento inclui a alteridade, de modo que o outro está sempre presente para o sujeito que sofre e ele tem a função de receber o apelo desse sujeito sofrente. Daí a presença da dimensão da alteridade, que inscreve a interlocução no centro da experiência do sofrimento. Além disso, a experiência de sofrimento, que tem a interiorização como seu correlato, implica em um desamparo do sujeito, o que constitui a possibilidade da subjetivação e da simbolização, pois em ambas o apelo ao outro se faz presente (BIRMAN, 2014).

No entanto, uma das marcas diferenciais da atualidade, na opinião do autor, seria a incapacidade da subjetividade contemporânea conseguir transformar facilmente dor em sofrimento. Se na dimensão do sofrimento podemos reconhecer uma alteridade, no registro da dor, o sujeito não consegue encontrar um endereçamento ao outro. Por esta razão, Birman (2014) defende que o mal-estar contemporâneo se caracteriza principalmente como dor e não como sofrimento,

porque a dor passou a ser o “traço insofismável e inconfundível” (p.138) pelo qual o sujeito se confronta com o mal-estar hoje.

A dor pode afetar o sujeito na sua totalidade e em uma pequena parte do seu corpo, mas ela sempre inflige uma sensação insuportável e o mergulha em uma desordem. Assim, a dor permanece incontrolável e indomesticável. A dor continua uma experiência não representável e não acolhida por um outro (CROIX, 2002).

Percebemos uma passividade do sujeito quando há dor, pois ele fica esperando que alguém tome uma atitude em seu lugar. Se isso não ocorre, a dor pode mortificar o corpo, minando intensamente o registro somático de forma a retirar e até mesmo a esvaziar a vitalidade do sujeito. Outra expressão que podemos encontrar diante da dor é a de sujeitos extremamente irritados, compulsivos, violentos, que são formas paroxísticas e explosivas de descarga da dor (BIRMAN, 2014).

Independentemente da causa ou de sua manifestação, a dor é sempre real e violenta, o que revela sua radicalidade quando não é passível de ser traduzida como sofrimento (BERLINCK, 1999; BIRMAN, 2014; CHABERT, 2015). Observamos, aqui, uma estreita aproximação entre a dimensão da dor e o registro do corpo, pois o corpo é portador da história da dor que acomete o sujeito. Com isso, por mais que a dor seja permeada pelo discurso biomédico, apostamos que a psicanálise encontra um terreno fértil de atuação.

### 3

## Que corpo é esse que dói?

Demonstramos, no capítulo anterior, como a compreensão da dor não pode ser desvinculada da concepção de corpo e das incidências de ambos no desenvolvimento médico-científico. Vimos que só é possível afirmar “eu sinto dor” a partir da construção de um sentimento de si que permite expandir os estudos sobre o advento das sensações internas. Nesse percurso, enfatizamos a importância dada pela medicina moderna ao olhar sobre o corpo por intermédio da dissecação de cadáveres e da anatomia. As duas grandes guerras mundiais também propiciaram avanços no saber médico, dentre as quais destacamos a anestesia e a clínica da dor.

Essa trajetória é importante pois é dela que surgem as raízes do pensamento freudiano. Freud era um médico dessa época e suas articulações são oriundas desse tempo. Interrogamo-nos, agora, sobre a concepção psicanalítica de corpo e dor, a partir da questão: “que corpo é esse que dói?”

### 3.1

#### O sujeito é seu corpo?

Com o intuito de responder à questão levantada nesse subtítulo, primeiramente, precisamos compreender qual é a noção de sujeito com a qual a psicanálise trabalha. Só então surgem os alicerces que auxiliarão a encontrar respostas.

As relações entre filosofia e ciência abriram as possibilidades para a construção do novo paradigma moderno do pensamento científico e filosófico. Os pensadores do século XVII eram considerados sábios e não separavam seus trabalhos científicos, técnicos, metafísicos e políticos. Entre as características gerais do campo de pensamento e de discursos da Filosofia Moderna, Chauí (2013) destaca o significado da nova ciência da natureza, os conceitos de causalidade e substância, a ideia de método ou de *mathesis universalis*, e a ideia de razão, explícita ou implicitamente elaborada pelos pensadores da época. Com isso, uma nova maneira de investigar os fenômenos se estabeleceu, despertando nos filósofos questionamentos sobre os fundamentos e princípios que regiam os acontecimentos da natureza.

No âmago dessas transformações estava René Descartes, o primeiro filósofo moderno, que acreditava que a filosofia deveria oferecer o fundamento metafísico da explicação do mundo. Em sua visão, uma filosofia sem ciência poderia se tornar incompleta pois fundamentaria ontologicamente um mundo sobre o qual nada se viria a saber de modo concreto. Portanto, a filosofia, somada à ciência, poderia constituir um verdadeiro saber, isto é, um conteúdo e seu fundamento. Com isso, o mundo pôde tornar-se objeto da ciência (MAGALHÃES, 2015).

Em razão da importância do pensamento cartesiano para o saber ocidental, acreditamos ser pertinente apresentá-lo em linhas gerais, uma vez que a criação do sujeito moderno cartesiano foi o solo fundamental para o surgimento do sujeito do inconsciente (LACAN, 1965-1966/1998). Além disso, a concepção cartesiana foi responsável pela separação entre mente e corpo, que marcou o mundo ocidental moderno. Por meio do *cogito*, Descartes inventou o sujeito moderno, que foi tomado como objeto pela ciência. Sua obra foi um dos principais fatores que permitiu o nascimento da ciência moderna, uma vez que ela requer e se sustenta na ideia do pensamento consciente e racional no âmago de suas teorizações (MILNER, 1996).

O que é o cogito cartesiano? Em *Meditações* (1637/1983), Descartes afirmou que, para estabelecer algo firme e constante na ciência, é preciso se desfazer de suas opiniões. Para alcançar esse desígnio, não seria necessário provar que todas elas são falsas, mas ter a certeza de que sua razão não mais se apoiaria em nada que pudesse ser passível de dúvida. A primeira meditação cartesiana consiste, então, em não estabelecer uma verdade absoluta, mas de desfazer antigas crenças através do princípio da dúvida hiperbólica, com argumentos que estendem e radicalizam a dúvida – erros dos sentidos, sonho e dúvida da essência matemática.

O argumento do erro do sentido era insuficiente para duvidar sistematicamente das percepções sensíveis. Com o sonho, Descartes estende a dúvida a todo argumento sensível. Porém, essa proposta encontrava um limite, uma vez que não era possível pôr em dúvida os componentes perceptivos, ou seja, aquilo que ele qualificava como “naturezas simples”. Sobre isto, Descartes (1637/1983) descreveu que era “preciso, todavia, confessar que há coisas ainda mais simples e mais universais, que são verdadeiras e existentes (...). Desse gênero de coisas é a natureza corpórea em geral e sua extensão” (p. 169).

Para questionar a dúvida sobre as naturezas simples descritas pela matemática, “pois quer eu esteja acordado, quer esteja dormindo, dois mais três formarão sempre o número cinco e o quadrado nunca terá mais que quatro lados” (DESCARTES, 1637/1983, p. 169), o filósofo lançou mão de um terceiro argumento. Para isso, utilizou as figuras do Deus enganador e do gênio maligno. Com isso, a dúvida passou a ser generalizada.

Na segunda meditação, Descartes opôs o espírito humano e a natureza do corpo. Continuando a elaboração sobre o exercício da dúvida, questionou o que pode ser considerado verdadeiro, já que partia da suposição de que tudo era falso: “penso não possuir nenhum sentido; creio que o corpo, a figura, a extensão, o movimento e o lugar são apenas ficções de meu espírito” (DESCARTES, 1637/1983, p.173). O desdobramento desse questionamento teve incidência sobre o eu: a existência do eu nega o corpo e seu sentido? Poderia o eu existir sem corpo e sentido?

Foi a partir dessas indagações que formulou seu cogito:

eu existia sem dúvida, se é que eu me persuadi, ou, apenas, pensei alguma coisa. (...) Não há dúvida alguma de que sou, (...); e, por mais que me engane, não poderá jamais fazer com que eu nada seja, enquanto eu pensar ser alguma coisa” (DESCARTES, 1637/1983, p. 174).

Com isso, chegou à proposição “eu sou, eu existo” e a concebeu como necessariamente verdadeira. Contudo, qual era a natureza desse “eu existente” que o filósofo afirmara?

Considerava-me, inicialmente, como provido de rosto, mãos, braços e toda essa máquina composta de ossos e carne, tal como ela aparece em um cadáver, a qual eu designava corpo. Considerava, além disso, que me alimentava, que caminhava, que sentia e que pensava e relacionava todas essas ações à alma. Mas não me detinha em pensar em que consistia essa alma, ou se o fazia, imaginava que era algo extremamente raro e sutil, como um vento, uma flama ou um ar muito tênue (...). No que se referia ao corpo, não duvidava de maneira alguma de sua natureza. (...) por corpo entendo tudo o que pode ser limitado por alguma figura; que pode ser compreendido em qualquer lugar e preencher um espaço de tal sorte que todo outro corpo dele seja excluído; que pode ser sentido ou pelo fato, ou pela visão, ou pela audição, ou pelo olfato; que pode ser movido de muitas maneiras (DESCARTES, 1637/1983 p.175).

Descartes (1637/1983) avançou ao postular que o “eu sou, eu existo” provocava um ato de pensar e uma reflexão ao ser pronunciado, sendo possível localizar nessa formulação a presença do espírito. O ato de refletir sobre o próprio ser permitia o acesso imediato à natureza daquilo que se é. A partir disso, concluiu que o ser não equivalia a seu corpo: “eu não sou essa reunião de membros que se chama o corpo humano” (DESCARTES, 1637/1983, p. 176). Mas o que eu sou, enfim? Uma coisa que pensa. Mas o que é isso? “É uma coisa que duvida, que concebe, que afirma, que nega, que quer, que não quer, que imagina também e que sente” (DESCARTES, 1637/1983, p. 176). Todos os modos de imaginar, de sentir, de querer, embora não pertencessem à natureza do ser, não poderiam ser postos em dúvida, na medida em que se beneficiam da certeza do cogito.

### **3.1.1 Descartes, a ciência e a psicanálise**

Ao encerrar o cogito em sua enunciação estrita, “penso, logo sou”, Descartes assegura um pensamento sem qualidades, característico da ciência. Entretanto, além de fundar o pensamento científico, o cogito cartesiano também construiu as bases para o surgimento da psicanálise e a fundação do inconsciente no sentido freudiano.

Em uma primeira perspectiva, as teorizações de Freud e Descartes se aproximam por meio do processo de duvidar. Como Descartes, Freud partiu da dúvida a propósito do esquecimento do sonho para alcançar o saber inconsciente. A semelhança entre Freud e Descartes consiste na ideia de que, para além da consciência, existem pensamentos que só são representados pela articulação com a dúvida. Ou seja, tanto o pensamento inconsciente descrito por Freud sobre os sonhos quanto a dúvida metódica cartesiana conduzem à articulação de uma trama simbólica, cujo efeito repousa na única certeza da existência: “eu penso”. Assim, a elaboração do sujeito para Descartes possui o mesmo trajeto que Freud delineou para o sujeito do inconsciente. Entretanto, por mais que possamos reconhecer uma aproximação entre os dois pelo processo de duvidar, encontramos um distanciamento entre eles, na medida em que Descartes cria uma cisão entre verdade e certeza, ao passo que Freud reconhece a verdade na dúvida como expressão do sujeito do inconsciente.

Com efeito, ao longo de sua obra, Freud sinalizou diversos pontos de incerteza: o esquecimento, os sonhos e o umbigo dos sonhos, que denunciam que a certeza manca e que, na psicanálise, há uma impossibilidade de pensar e ser, que, portanto, não coincide com as formulações cartesianas. Este é um dos pontos em que os dois autores se distanciam (FREIRE, 1997). Se para Descartes o sujeito repousa na certeza do pensamento, situando-se como consciente e racional, para Freud, o sujeito está onde ele não pensa. Ou seja, o sujeito, para a psicanálise, é o do inconsciente e escapa à razão.

A importância de Descartes para a psicanálise não se restringe à delimitação das convergências e divergências com a obra freudiana. Seu lugar é tão fundamental que Lacan lhe atribui o papel de fundador da ciência moderna e, conseqüentemente, de uma das condições da própria psicanálise (FREIRE, 1997). Lacan (1965-1966/1998) descreve: “um certo momento do sujeito que considero ser um correlato essencial da ciência (...), o que foi inaugurado por Descartes e que é chamado de Cogito” (p. 870).

Em *A ciência e a verdade*, Lacan (1965-1966/1998) considera que é impensável que a psicanálise, como prática e descoberta do inconsciente, tivesse lugar antes do nascimento da ciência. Com isso, extrai a concepção de que o sujeito que a psicanálise opera é o mesmo da ciência. Nessa postulação, reconhecemos uma equação entre o sujeito da psicanálise e o da ciência. Milner (1996) encontra aí três afirmações derivativas: a psicanálise opera sobre um sujeito que não é o eu; há um sujeito da ciência; o sujeito da psicanálise e o da ciência são os mesmos. Disso, cria-se um “axioma do sujeito” (MILNER, 1996, p. 28), ou seja, extrai-se daí uma premissa verdadeira sobre quem é o sujeito sobre o qual a psicanálise opera.

Porém, ao descrever o sujeito da psicanálise como correlato ao da ciência, Lacan (1965-1966/1998) ressalta um paradoxo. A ciência, ao mesmo tempo em que se esforça para suturá-lo e tirá-lo de seus registros, vê-se diante da impossibilidade de fazê-lo. Em razão disso, afirma que a ciência foraclui o sujeito como na operação que ocorre na psicose, em que há a forclusão do Nome-do-Pai<sup>2</sup>. Dessa forma, a psicanálise surge como um saber que vem recolher os efeitos

---

<sup>2</sup> Jacques Lacan propõe pensar as estruturas clínicas, neurose, psicose e perversão como posicionamentos subjetivos diante do encontro com a castração. O Nome-do-pai diz respeito ao significante que metaforiza o desejo originário materno, dando um lugar para além desse desejo.

da operação do nascimento da ciência moderna. Por isso, a operação da psicanálise é sobre o sujeito da ciência. Isso diz respeito à sua práxis.

Lacan (1965-1966/1998) questiona o *status* do sujeito na psicanálise e os desdobramentos sobre essa pergunta se direcionam a uma aproximação entre os sujeitos da psicanálise e da ciência. O sujeito da ciência é qualificado como cartesiano, conforme visto anteriormente. Elia (2010) questiona se o sujeito da psicanálise é um conceito, no sentido científico ou filosófico do termo. Ou seja, estamos falando do mesmo conceito de sujeito? Para o autor, se a ciência estabelece as condições de aparição real do sujeito, não o toma em consideração, não opera com ele nem sobre ele. Pelo contrário, o exclui de seu campo operatório ao mesmo momento em que, ao constituir este campo, supõe o sujeito. O sujeito é suposto pela ciência para, no mesmo ato, ser dela excluído, ou, mais exatamente, ser excluído do campo de operação da ciência. O sujeito em que a psicanálise opera é o mesmo do qual a ciência dispõe. Mas a ciência não opera sobre o sujeito que ela mesma funda e aí está localizada a subversão freudiana, que cria as condições para operar sobre esse sujeito que a ciência exclui. Por esta razão, o sujeito, para a psicanálise, não é um conceito, como na filosofia e na ciência. A categoria de sujeito para psicanálise seria mais uma imposição de trabalho ao psicanalista do que decorrência de uma construção, um dado empírico: “o sujeito, assim, é uma categoria que expõe a experiência, na exigência de elaboração teórica que esta faz ao psicanalista” (ELIA, 2010, p. 14).

Posta a correlação entre sujeito cartesiano e o sujeito da ciência e como, a partir disso, a categoria de sujeito não é a mesma para a psicanálise, retomamos a questão de saber se há uma equivalência entre sujeito e corpo. A teoria cartesiana fundou uma visão de mundo caracterizada por uma divisão. Para o filósofo, o mundo poderia ser descrito como a *res extensa* – domínio espacial e físico da ciência – e a *res cogitans* – domínio metafísico e racional do pensamento filosófico. O desafio cartesiano diante de tal distinção foi o de tentar conciliar duas realidades aparentemente diferentes, que configuram um mesmo mundo passível de racionalização.

---

Essa operação falha na psicose, o que leva Lacan a afirmar que há uma forclusão do Nome-do-Pai, ou seja, um significante que não se inscreveu e não irá se inscrever, deixando o sujeito em um buraco simbólico. Foracluir consiste em retirar, expulsar algo ou alguém para fora dos limites de um território, para fora das leis da linguagem. Com a forclusão do Nome-do-Pai, o sujeito fica do lado de fora do regimento simbólico, compartilhado por uma determinada cultura.

E o sujeito? Onde ele estaria localizado? Aqui novamente encontramos uma cisão. De um lado há o corpo, que se refere ao físico e ao material e, de outro, está a alma, que é a consciência reflexiva, lugar de pensamento e ideias — lugar do sujeito, portanto. O cogito cartesiano representa um momento do sujeito definido e correlato à ciência, cuja marca é o exílio do corpo em relação ao pensamento. O corpo foi identificado como *res extensa* e o pensamento, como *res cogitans*. Não há no pensamento cartesiano, uma identidade entre corpo e ser, uma vez que há uma separação entre *cogito* (pensamento) e não *cogito* (o corpo). De acordo com Pollo (2004), a fórmula “penso, logo sou” apenas situa o ser do pensar como uma *res cogitans* (substância pensante) distinta da *res extensa* (substância material). Devido a isso, Lacan (1955/1985) salienta que mente e corpo foram divididos e que retornar à unidade corporal seria inútil: “a divisão está feita de vez” (p. 97).

Por Descartes ter deixado tão marcada a divisão entre mente e corpo e por termos visto que o sujeito que a psicanálise opera é o da ciência, logo, o sujeito cartesiano, ainda questionamos: o sujeito é seu corpo?

Com efeito, para a psicanálise, o sujeito não é seu corpo: ele tem um corpo. Há também aqui certo afastamento entre corpo e sujeito. A disjunção entre sujeito e corpo é algo perceptível, ao pensarmos que o sujeito é falado antes mesmo de seu nascimento, o que faz com que a linguagem preceda a materialidade do corpo. Nessa sentido, Soler (2001) afirma que “o corpo é o que faz presente o sujeito evanescente da cadeia significativa” (p. 6) e que o cogito cartesiano é puro efeito da cadeia significativa: “eu penso, portanto, eu sou suposto a cadeia” (p. 5). Assim, não existe, para a psicanálise, uma equação entre sujeito e corpo, ainda mais se pensarmos que “um sujeito não é carne, ele é sobretudo falta de carne. Dito de outra maneira, ele não é seu corpo” (SOLER, 2001, p. 5).

Trata-se de uma questão complexa, pois ao mesmo tempo em que o sujeito encarna um corpo, não coincide com ele. Se corpo e sujeito não ocupam o mesmo lugar para a psicanálise, então, seria a psicanálise uma espécie de derivação do cogito cartesiano? Não. A psicanálise, como Freud a concebeu, possui formulações que permitem diluir as fronteiras entre físico e psíquico, ou ainda, entre corpo e sujeito.

A recusa freudiana, com o estabelecimento do inconsciente, consiste em não trabalhar sobre as dualidades. Nesta visada, o corpo pode ser entendido como gerador de material psíquico, ou seja, como um agenciamento articulado do

organismo. Por esta razão, Assoun (2009) afirma que o inconsciente é o “*missing-link*” (p. 3) entre o psíquico e o somático. Pelo fato do inconsciente ser estruturado como linguagem, temos como efeito a impossibilidade de localizá-lo no orgânico ou no somático, justamente porque o significante se corporifica.

### 3.2 Da anatomoclínica à anatomia fantasmática

Psicanálise e ciência são dois recortes distintos do real, mas podemos afirmar que a concepção de corpo para a ciência é tão produto do discurso quanto para a psicanálise, pois para ambos “corpo” diz respeito à incidência do significante sobre o organismo. Ou seja, se para ambos os campos o corpo não se encontra livre do significante, o efeito que cada um recolhe dessa operação é diferente. Por um lado, a medicina anatomopatológica com a produção de um saber sobre a morte, operou uma mortificação do corpo, produzindo sua cadaverização. Por outro lado, a incidência do significante ao mesmo tempo mortifica e vivifica o corpo, animando-o e reconfigurando-o<sup>3</sup>.

Apesar de a psicanálise encontrar na medicina sua origem, as consequências da incidência do significante sobre o corpo, ou seja, as nomeações que cada uma irá propor são diferenciadas. Se por um lado a medicina subtrai a vida ao examinar o corpo-cadáver, por outro, a psicanálise restitui a dimensão vital. No entanto, Vieira (1999) procura evitar uma conclusão precipitada de que a medicina trata do corpo morto e a psicanálise do corpo vivo, pois “na experiência psicanalítica a vida aparece como um intricado de vida e morte” (p. 3), de modo que “o corpo vivo é o lugar onde morte e vida se conjuminam” (p. 3). Deste modo, a psicanálise evidencia que a mesma operação que mortifica a carne vivifica o corpo.

Com Freud, subverte-se a anatomia e instaura-se outra rede de demarcações. O corpo da histeria, de onde Freud (1985/1996) parte para fundar a psicanálise, questiona o discurso científico. As afecções corporais, expressas principalmente pelas queixas histéricas, sempre fizeram parte da história da psicanálise. Por ser um corpo atravessado pela linguagem, a histeria deixa ver o desejo e os mistérios do

---

<sup>3</sup> A discussão entre corpo morto e corpo vivo é presente no campo psicanalítico, mas optamos por não nos determos nela. Por isso, remetemos ao leitor que deseje se aprofundar às obras que abarcam essa trama. São elas: *O osso de uma análise*, de Jacques Alain-Miller (2015); *O corpo no ensinamento de Jacques Lacan* de Colette Soler (1989); e *Cogitações sobre o furo*, de Marcus Andre Vieira (1999).

inconsciente. Com os estudos sobre a histeria, a concepção de corpo para a psicanálise adquire contornos originais, mapeados por uma anatomia fantasmática, marcando a descontinuidade com a anatomia clínica. Portanto, a inauguração do lugar do corpo em psicanálise se deu a partir justamente de uma ruptura com o corpo da medicina (FORTES, 2012).

A histeria, pela sua especificidade clínica, colocou em questão o saber da anatomia clínica. Jean-Martin Charcot, médico francês, foi pioneiro em apostar na histeria como doença e não como um quadro de simulação ou de exagero das emoções. Interpretar a histeria dessa maneira exigia colocá-la em uma posição diferenciada e marginalizada ao saber da comunidade médica. Valendo-se de um rigoroso método de observação e de comparação de casos, Charcot tentava demonstrar que esse quadro pertencia ao rol das doenças neurológicas. Para isso, era necessário mostrar que por trás da infinita variedade de suas formas de apresentação, haveria nisto um valor de expressão. A aposta de Charcot foi aplicar à histeria o mesmo método anatomoclínico que já havia dado resultados produtivos no estudo de outras doenças neurológicas. O método anatomoclínico exigia uma profunda fineza clínica no exame do paciente. Foi esse o procedimento que orientou o trabalho de Charcot com suas pacientes histéricas. Tratava-se, em primeiro lugar, de descrever nos mínimos detalhes todas as nuances de apresentação sintomatológica da “doença” para, em seguida, estabelecer as relações com as lesões propriamente ditas. Na falta de evidência de tal alteração anatômica, a lesão deveria ser suposta como apenas “funcional”, ou seja, corresponderia a uma desregulação de natureza biológica de certas funções cerebrais (PEREIRA, 1999).

Apesar dos estudos com Charcot, que abriram possibilidades de estudo e reflexão, Freud se distanciou dele. Enquanto o francês insistia em reconhecer na histeria uma lesão ou uma patologia orgânica que justificasse seu quadro, Freud teorizava em outra direção. Sua leitura sobre as paralisias histéricas (FREUD, 1893/1996a) introduziu a ideia de que o contorno dos órgãos, dos membros e seus recortes não é regido pela anatomia do sistema nervoso. Comparou as paralisias motoras orgânicas e histéricas a partir de sua vivência com Charcot no hospital psiquiátrico de Salpêtrière. Logo deduziu que a histeria não consiste em um teatro dos sintomas presentes nas paralisias orgânicas, pois o que estava em jogo nas paralisias histéricas não era a lesão e sim um conjunto de representações que se

encontravam paralisadas em virtude de uma ruptura da cadeia associativa. Diante disso, “a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta” (FREUD, 1983 /1996a, p. 212).

O padecer corporal da histeria funciona como um processo de defesa diante de uma representação inconciliável. Neste sentido, as histéricas tomam as expressões ao “pé da letra” (PRADO, 2000, p. 62) e restabelecem o sentido originário da palavra. A histeria desvela a anatomia fantasmática, rompendo com a anatomia clínica da leitura médica. Com isso, releva a corporeidade do significante.

Portanto, desde os primeiros escritos da obra freudiana, o corpo foi apresentado a partir de uma anatomia fantasmática. O corpo histérico responde à linguagem popular, sendo concebido a partir de uma anatomia fantasmática que recorta o corpo à sua maneira, não sendo fruto do discurso científico, mas do discurso do cotidiano. Há um mapeamento original dos contornos do corpo que segue uma lógica diferente da anatômica. Neste sentido, o estatuto do corpo na psicanálise surge a partir da ruptura que ela estabelece com a anatomia clínica (FORTES, 2012).

### 3.3

#### Da carne ao corpo

Avançando nas teorizações freudianas sobre o corpo histérico e sua anatomia fantasmática, Lacan reforça a relação entre corpo e linguagem, na medida em que os significantes determinam os pontos de fixação corporal e imprimem os contornos iniciais ao corpo próprio.

No início de sua obra, o autor atribuiu grande importância ao corpo enquanto imagem, como organizador primitivo da subjetividade, explicita Soler (1989). Para constituir um corpo, é necessário a confluência de um organismo a sua imagem. Em *O estágio do espelho como formador do eu*, Lacan (1949/1998) descreveu que, para um sujeito assumir a imagem totalizada do seu corpo, é preciso que se lance em um jogo dialético entre a imagem semelhante e uma antecipação jubilatória dessa imagem. Essa dialética consiste na matriz simbólica do eu. O organismo humano em estado de prematuridade biológica vai precisar se identificar com um eu, um outro semelhante, já organizado, para que seja possível construir uma imagem de si. Nesse sentido, Lacan (1949/1998) narra o

“espetáculo cativante” (p. 97) que o bebê encena diante do espelho. Mesmo sem ter o controle da marcha ou a postura ereta, esse pequeno ser humano se precipita e se lança no júbilo da imagem. O estágio de espelho consiste na identificação do sujeito com sua imagem corporal, permitindo sua apropriação. Com isso, a turbulência dos movimentos dá lugar à totalidade corporal e, conseqüentemente, a assunção de um corpo próprio. Dessa forma, o estágio do espelho revela um drama no qual o sujeito se precipita da insuficiência para a antecipação da imagem corporal. Através do engodo da identificação espacial, o bebê parte de uma imagem despedaçada do corpo até sua totalidade, à qual Lacan (1949/1998) atribuiu uma característica “ortopédica” (p. 100). A unidade se deve à consistência da forma, da *gestalt* visual, oposta ao estado de mal estar. Essa “prótese” do imaginário é um dos fatores que permite a passagem de um organismo fragmentado para um corpo unificado (SOLER, 1989).

Além disso, para compreendermos a concepção de um corpo unificado, precisamos introduzir a questão de um limite corporal, pois é o limite que define a unidade. Para tanto, é preciso compreender que, como marca Assoun (2009), não somente há um limite do corpo como o corpo em si é limite. Falar sobre um limite é falar sobre uma demarcação que separa um terreno do outro. O limite é uma metáfora espacial e esse termo é utilizado para designar o ponto de basta de algo, uma forma. A noção de limite advém da matemática e, neste sentido, podemos concebê-la como assintótica. Ou seja, pensar o corpo como um limite assintótico é considerá-lo em uma finitude espacial. Então, o limite é aquilo que contém um corpo, que assegura uma coesão? Ou o que separa o interior do exterior? Estes questionamentos são feitos por Assoun (2009) que, para respondê-los, retoma a obra freudiana. Na opinião do autor, a contribuição de Freud constitui justamente não pensar um corpo dotado de limites mais ou menos determinados.

Para Assoun (2009), a formulação do limite do eu é relativa ao sentimento de si e, conseqüentemente, torna esse eu corporal. Para Freud (1923/1996), “o eu é, primeiro e acima de tudo, um eu corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (p. 39). Por isso, para ele, nesse momento de sua obra, podemos reconhecer pontos de equivalência entre o eu e o corpo.

Além disso, ao conceber o eu como um eu corporal, entendemos que Freud delinea uma localização espacial, cujo desdobramento permite que se escape de

uma explicação puramente metafísica. No centro disso, está a temática do imaginário geométrico. O eu engendrado a partir de uma superfície não é uma essência, mas uma projeção. Portanto, deve ser compreendido como uma superfície imaginária, que é o espaço corporal (ASSOUN, 2009). Novamente aqui, podemos entrever a tensão entre físico e psíquico que perpassa a psicanálise, ao mesmo tempo em que ela contribui para uma diluição entre os dois.

Por meio da elaboração do registro do imaginário e da descrição presente no *Estádio do Espelho*, Lacan (1949/1998) afirma a importância da imagem do corpo próprio na formação do eu. Isso porque o eu se constrói a partir do outro, a partir da imagem que lhe é devolvida pelo semelhante. O tempo do estádio do espelho se refere à constituição da imagem do corpo a partir do outro, que possui um papel fundamental na formação do eu e do corpo próprio. No entanto, a imagem somente não é capaz de dar acesso ao corpo. A incidência da linguagem permite que o sujeito tenha a dimensão da apropriação corporal, na medida em que pode enunciar “este corpo é o meu”. Em *Observação sobre o relatório de Daniel Lagache* (1959-1960a/1998), Lacan, a partir do modelo ótico do buquê invertido, destaca a importância da linguagem para a constituição de um corpo próprio e marca a não correspondência entre o eu e o sujeito. O sujeito é efeito estrutural da articulação significante, o que permite não situá-lo em uma correspondência com o eu, entendido aqui como uma unidade. Ou seja, encontramos nas formulações lacanianas uma disjunção entre o eu-corpo e o sujeito. As imagens virtuais criadas pela ótica permitirão que o sujeito se reconheça naquele corpo. Porém, isso é insuficiente. À imagem, é preciso somar o Outro, a mola da fala, que vem ocupar um de terceiro posto no duplo (o ser e sua imagem). No gesto que a criança faz ao outro que a segura, cria-se também um apelo para o reconhecimento de sua imagem na medida em que convoca o outro a dizer “este é você”.

Diante disso, aferimos que a coesão do organismo precisa ser “dobrada” pelo significante. Entretanto, destaca Soler (1989), nada autoriza pensar que é a totalidade que funda o corpo. Parece ser justamente o contrário: é o discurso que atribui um corpo próprio antes mesmo do sujeito se identificar com ele. A tese, defendida pela autora, é que o corpo do simbólico, corpo incorporeal, ao se incorporar, dá um corpo ao sujeito. No estádio do espelho, essa é a função do Outro, que ratifica a imagem corporal do sujeito. O fato de a criança se perceber no espelho é insuficiente para que ela se reconheça nesta imagem, pois não se

trata de uma questão perceptiva. Por isso, ela se volta ao Outro, que poderá nomeá-la, em um movimento de ratificação de sua imagem corporal, afirmando “este do espelho é você”.

Assim, Lacan (1953/1998) afirma a preponderância e a importância do registro simbólico na constituição de um corpo próprio. A linguagem é um corpo sutil, mas é corpo. As palavras são tiradas de todas as imagens corporais que cativam o sujeito; podem engravidar a histórica, identificar-se com o objeto do *penis-neid*, representar a torrente de urina da ambição uretral ou o excremento retido no gozo avarento (LACAN, 1953/1998, p. 302).

Com o simbólico, a alienação à imagem é substituída pela alienação estrutural ao Outro, ao significante, que é, na verdade, a primeira operação de causação do sujeito, uma vez que a linguagem antecede e ultrapassa o sujeito em sua morte. Portanto, as articulações lacanianas permitem situar o corpo para além da imagem em uma vertente simbólica, na medida em que é possível reconhecer o corpo marcado pelo significante.

Para a psicanálise, a tomada do corpo pela linguagem não significa que o verbo faz carne, mas, ao contrário, que a carne se torna corpo. O sujeito passa a poder dizer que tem um corpo. Com isso, o corpo torna-se efeito de discurso. É um corpo que depende das representações do sujeito, que o significante recorta sobre o próprio corpo, segundo a anatomia fantasmática, erótica. Para Soler (2001), na psicanálise, o corpo é um efeito de linguagem e isto quer dizer que “o corpo toca o organismo, o desnatura, o modifica” (p. 11).

### **3.4**

#### **Corpo fragmentado: a perda encarnada**

Visando compreender mais o estatuto do corpo em psicanálise, precisamos ter em mente, como descrito acima, que o corpo não é (apenas) uma unidade corporal. É claro que temos um corpo e que podemos dizer “este corpo é meu”, mas nisso estão escamoteados todos os sentimentos de estranheza e de sensação de corpos em pedaços.

Mas o que é esse corpo fragmentado? Para entendermos isso melhor, necessitamos lançar mão de outras duas noções caras à psicanálise: a libido e a zona erógena. Com as formulações presentes em *Três ensaios sobre a*

*sexualidade*, Freud (1905/1996) apresenta um corpo marcado por zonas erógenas, onde a libido encontra pontos de fixação e comanda certos modos de relação com o objeto. Para o autor, a vida sexual do sujeito se estrutura de acordo com essas zonas específicas do corpo, dentre as quais ele elege a boca, o ânus e os genitais, que se constituem não apenas pela sua função fisiológica, mas principalmente por serem locais de acúmulo quantitativo de libido.

Segundo Fortes (2013), desde os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, na teoria psicanalítica, a noção de zonas erógenas já apontava para a ideia de um corpo fragmentado, composto por “zonas”, órgãos e partes que são investidas libidinalmente e independentemente umas das outras. A ideia da sexualidade como sendo ao mesmo tempo polimorfa e perversa associa-se à construção do corpo erógeno justamente com a premissa de que qualquer parte do corpo pode se tornar uma zona erógena. Com isso, entende-se que qualquer parte do corpo é erotizável, não havendo o privilégio de uma zona específica em detrimento de outras.

A partir das formulações sobre as zonas erógenas, Leclaire (1992) defendeu que a organização libidinal enquanto tal, atravessada pela linguagem, constitui um corpo erógeno que extingiria o dualismo entre corpo e alma. Com essa proposição sobre a incidência da linguagem sobre o corpo, que vem a desnaturizá-lo, portanto, é possível aferir que não é mais viável falar, do ponto de vista da psicanálise, em um corpo estritamente biológico.

Concebendo o corpo como erógeno, Leclaire (1992) propõe que qualquer ponto de superfície do corpo pode originar uma excitação sexual e transformar-se em uma zona erógena. Essas áreas erógenas formam um conjunto que chamamos de corpo, mas sem haver uma hierarquização entre elas: “esta não hierarquização se baseia no fato de que, em síntese, qualquer ponto ou qualquer termo do conjunto erógeno, possui, de certo modo, a mesma função, (...), isto é, seu caráter erógeno, é o mesmo neste ou naquele ponto” (LECLAIRE, 1992, p. 58-59). Apesar de ser um conjunto e todos os pontos terem a mesma função, o autor marca uma não hierarquização entre as zonas, pois a hierarquia é fruto de uma unidade e de uma ordem, o que não é o caso para o corpo erógeno. Essa preocupação com a totalização do corpo é heterógena a ele. Então, o corpo erógeno não se submete ao Um totalizador, isto é, a qualquer coisa que mantenha um todo único bem articulado. O corpo erógeno e o inconsciente se recusam a se

dobrar à égide totalizadora. Nas palavras de Leclaire (1992), “o corpo erógeno consiste precisamente em uma ordem que escapa inteiramente desta dimensão totalizadora, isto é, da unidade reagrupadora no sentido de uma individualidade” (p. 60).

A partir destas concepções, entendemos que o corpo descrito pela psicanálise é um corpo erógeno que deve ser entendido não como unidade, mas como um conjunto de elementos não hierarquizados. Fortes (2013) salienta, no entanto, que afirmar que o corpo erógeno só pode ser descrito desde suas partes não significa dizer que a totalização não tenha aí também o seu lugar. O que a autora procura destacar é que a unificação é frágil e sempre ameaçada pelo aspecto anárquico da pulsão sexual e pela possibilidade de advir à percepção do despedaçamento corporal.

Então, como o corpo se organiza? O corpo erógeno se organiza e se estrutura em torno de uma falta. Deixamos claro aqui, mais uma vez, que essa falta pode estabelecer uma organização mas não lhe é dada uma posição hierárquica. De acordo com Vilanova (2010), o corpo é necessariamente definido em relação à falta, seja pela leitura da falta inscrita pelo significante ao fazer furo no real do organismo, seja pela imagem do corpo que inscreverá uma dessemelhança em relação ao próprio sujeito. Há, portanto, uma perda constitutiva na operação que inscreve o vivente, tendo como suporte seu corpo, na relação ao Outro.

A incidência da linguagem sobre o corpo lhe isola os órgãos e lhe dá uma função, produzindo corte irreduzível, cujo efeito é uma perda (SOLER, 1989). Esta perda é o que aparece na formulação lacaniana do objeto *a* como correlato do corte irreversível que o significante faz incidir no corpo do falante. O objeto *a* só pode ser tomado em sua negatividade, ou seja, só temos notícia dele nos cortes que marcam o corpo. O que se apresenta dele é sua forma de corte anatômico, da qual se extrai a função de certos objetos que Lacan qualifica como radicalmente parciais: objetos que valem por terem sido extirpados, por serem os restos destinados a cair da operação que deu origem ao sujeito (COSTA-MOURA; COSTA-MOURA, 2011).

Com a construção do conceito de objeto *a* por Lacan, as formulações sobre o corpo avançam e ganham novos contornos, na medida em que passa a ser visto como um corpo libidinal e não apenas especular. Assim, “o corpo fragmentado do estádio do espelho dá lugar à desordem dos objetos *a*” (ZUCCHI, 2015, p. 75). É um corpo

informe com zonas erógenas, não limitado, mas marcado. É um corpo que ignora o limite. Não se trata de uma organização progressiva do campo das necessidades biológicas, mas modos de encarnação no corpo da perda que se processa na passagem do vivo ao campo da linguagem.

### 3.5

#### Libra de carne: objeto *a*

A conceituação do objeto *a* propiciou uma nova guinada para a compreensão do corpo na teoria psicanalítica. O *Seminário 10, A Angústia*, de Lacan (1962-1963/2005) possui um papel de importância nisso, pois nele Lacan reconhece o corpo não somente como imaginário, uma unidade corporal, ou simbólico, recortado em zonas erógenas, mas como real, de onde se desdobra a formulação do objeto *a*.

O *Seminário 10* aborda, a partir do corpo, a constituição subjetiva, em que a incidência do significante no real diz respeito a uma “operação sobre o corpo, sobre o corpo donde o sujeito resulta” (SOLER, 2012, p. 63). Trata-se de uma operação, no sentido matemático do termo, em que há um resto, que é a irredutibilidade do sujeito. O objeto *a* é o “que resta de irredutível na operação total do advento do sujeito no lugar do Outro, e é a partir daí que ele assume sua função” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 179). O *a* representa o sujeito em seu real irredutível. Na medida em que o *a* é sobra da operação subjetiva, reconhecemos estruturalmente nesse resto, por analogia de cálculo, o objeto perdido. O objeto *a* é o “que não temos mais” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 132).

Entre o sujeito e o Outro, o que surge é esse resto, “*a*, é a libra de carne” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 139). Nesse sentido, podemos apreender o *a* como a falta radical, própria da constituição da subjetividade: “há alguma coisa perdida, e a maneira mais segura de abordar esse algo perdido é concebê-lo como um pedaço do corpo” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 149). Isso quer dizer que se pode fazer toda uma série de empréstimos para tampar os furos do desejo, mas o que no fim se pede é uma libra de carne<sup>4</sup>. Para Soler (2012), ao conceber esse pedaço de corpo perdido pela operação subjetiva, estamos situados em um registro diferente do imaginário e

---

<sup>4</sup> Lacan (1962-1963/2005) faz aqui referência à comédia trágica de Shakespeare, *O Mercador de Veneza*. Nela, um personagem não tinha dinheiro para pagar sua dívida e oferece um pedaço de seu corpo para quitá-la.

do simbólico, pois o objeto *a* como “pedaço de vida de menos” (p. 79) diz respeito ao real.

Com isso, elabora-se uma nova estrutura da falta, uma estrutura não significante que “libera um status inédito do corpo” (MILLER, 2005, p. 19). Uma das hipóteses de Lacan (1962-1963/2005) no *Seminário 10* é a de que o objeto *a* é essencialmente uma perda. No entanto, ele insiste em dizer que essa perda não é a castração, pois esta se localiza no registro do simbólico. Soler (2012) explicita essa diferenciação: “o objeto *a* é um furo, se vocês quiserem, uma falta, mas que não é a ausência introduzida pelo simbólico” (p. 75). O *a* é o sujeito em seu real irreduzível, uma falta que o significante não pode preencher, ou seja, “o ponto de falta-de-significante é rebelde à redução pelo simbólico” (SOLER, 2012, p. 76).

Com a topologia, o *cross-cap* e a banda de *Moebius*, Lacan (1962-1963/2005) se propõe a discernir os objetos comuns do objeto *a*. O autor parte de Freud, que descreve o eu como uma superfície. A imagem especular é uma superfície simples que possui um duplo. Ao *cross-cap*, é feito um corte, que origina a banda de *Moebius*, uma superfície de uma única face, idêntica a si mesma e sem imagem especular. Na parte residual dessa operação está o *a*. Para diferenciar os objetos comuns, escreve neste objeto uma letra *a*. A construção topológica lacaniana empenha-se em construir um objeto que não é especularizável, distante, portanto, do registro do imaginário. A proposta é pensarmos que do investimento na imagem especular, há um resto, um resíduo, um objeto que escapa ao estatuto do objeto comum derivado da imagem especular. E, no fundo da imagem especular, há este objeto que escapa ao sujeito, ao mesmo tempo em que o constitui.



Figura 1. Banda de moebius

Conseqüentemente, a formulação de objeto *a*, para Miller (2005), coloca em jogo dois *status* diferentes do corpo. Em seu primeiro movimento, o corpo é especular, o do estádio do espelho, que impõe aos seres falantes o mundo

perceptivo de seus objetos – é uma *gestalt*. Esta pode ser perturbada, causar estranheza pela irrupção incongruente do objeto *a*. Justamente por ter situado este objeto como diferente dos objetos comuns é que, em um segundo movimento, Lacan aproxima corpo e organismo, como apreendido fora do espelho, um corpo a-especular, o qual fornece os objetos conforme a estrutura topológica da banda de *Moebius*. Com isso, “o corpo faz sua entrada sob o modo do objeto pequeno *a*, na constituição do próprio sujeito do inconsciente” (MILLER, 2005, p. 64).

Nesta operação constitutiva, há um resto. É preciso que o sujeito perca um órgão, não aquele transformado pelo significante, mas um órgão-gozo. O objeto *a* é este resto de gozo. Os objetos *a* dão corpo ao gozo, são “corpos de gozo que não são significantes” (MILLER, 2005, p. 28), pedaços do corpo que Lacan nomeia como “libra de carne”. Esse objeto, portanto, não é passível de nomeação, é irreduzível a qualquer simbolização.

O objeto *a*, diferentemente de um objeto comum, é perdido e localizado a partir dos orifícios do corpo. Os furos que concentram o gozo não precisam ser os orifícios anatomicamente aceitos enquanto tais (boca, ouvidos etc.), como se estes fossem os orifícios reais do corpo. Eles podem ser muitas coisas, como pintas, covinhas, umbigo etc.

É preciso insistir sobre esta inversão de peso: o furo não é definido pela superfície, ele a define. O furo não está no real do corpo, transmitido por contiguidade aos buracos negros em sua imagem. O corpo não existe *per se*, tendo áreas cheias que definem, em suas ausências, orifícios. O corpo agora se define pelo fato de ter furos e de nestes furos concentrar-se o gozo (VIEIRA, 1999, p. 5)

Na tematização do corpo está em jogo uma extimidade fundamental, que pode ser lida na relação do sujeito com o objeto de sua satisfação, definido necessariamente como inexistente, que, no entanto, pode ser localizado na troca de olhares, à margem, a partir de coordenadas estabelecidas pela amarração das três instâncias que o compõem: real, simbólico e imaginário. Com isso, Soler (2001) conclui que “o corpo (...) não é um dado da natureza, é um produto transformado pelo discurso. O organismo animal se torna um corpo sintomático e pulsional no ser falante” (p. 11).

### 3.6 Corpo e pulsão

O corpo, para a psicanálise, é um corpo pulsional; não é o corpo animal: “o corpo pulsional é um organismo desnaturado” (SOLER, 2001, p. 2). Acreditamos ser importante, agora, nos dedicarmos ao tema da pulsão a fim de compreender a desnaturação que ela engendra no organismo.

A primeira formulação sobre a pulsão aparece no escrito freudiano *Três ensaios sobre a sexualidade*, quando é definida como “um representante psíquico de uma fonte endossomática de estimulação que flui continuamente” (FREUD, 1905/1996, p. 159). A pulsão, conceito fundamental da psicanálise, liga-se ao corpo, sendo considerada por Freud um conceito-limite entre o psíquico e o somático. Em 1915, no manuscrito *Pulsões e destinos da pulsão*, Freud retoma a questão da pulsão enunciada dez anos antes, dedicando um escrito somente a ela. A pulsão é um dos conceitos de delimitação entre o psíquico e o físico, não possuindo qualidade alguma, devendo ser considerada uma pressão, uma exigência de trabalho feito ao psiquismo.

A pulsão nunca age como uma força momentânea de impacto, mas como força constante (*drang*), diante da qual a fuga não tem serventia. É por ela ser irremovível que os estímulos pulsionais afluem de modo contínuo e inevitável (FREUD, 1915/1996). Lacan (1964/2008) sublinha o postulado freudiano de que a pulsão é uma força constante (*konstante kraft*) e que, como tal, deve ser diferenciada de uma *momentane stosskraft*, que seria uma “força de choque, (...) uma referência à força viva, à energia cinética” (LACAN, 1964/2008, p. 163). Na pulsão, no entanto, não se trata de uma energia cinética, pois ela não é regulada pelo movimento e tampouco por uma força pontual (choque). O caráter de constância impossibilita qualquer redução da pulsão à biologia, a qual tem sempre um ritmo regrado. A pulsão, como assinala Lacan (1964/2008), “não tem dia nem noite, não tem primavera nem outono, não tem subida nem descida” (p. 163).

O que distingue as pulsões são suas fontes e seus alvos. A fonte da pulsão é um processo excitatório de um órgão, mais especificamente uma zona erógena da pulsão parcial. A propriedade erógena pode se ligar de maneira mais marcante a certas partes do corpo e, apesar de existirem zonas erógenas privilegiadas, como a boca, qualquer outro ponto da pele ou da mucosa pode ter as funções de uma zona

erógena. Assim, Freud expande o caráter erógeno a todas as partes do corpo, inclusive aos órgãos internos. Para Lacan (1964/2008), as zonas erógenas são reconhecidas pela sua função de borda.

Dessa forma, é justamente porque as zonas anexas são excluídas que outras tomam sua função erógena, ou seja, tornam-se fontes específicas para a pulsão. Assim, Lacan (1964/2008) acentua o caráter parcial da pulsão exposto por Freud: “a sexualidade só se realiza pela operação das pulsões, no que elas são pulsões parciais” (p. 174). Nesse sentido, propõe pensar na pulsão como uma montagem que “de saída, se apresenta como não tendo nem pé nem cabeça” (LACAN, 1964/2008, p. 167) e por isso se aproxima de um quadro surrealista. A pulsão é essa montagem por onde a sexualidade participa da vida psíquica.

Nessa perspectiva, Lacan (1964/2008) enfatiza o caráter parcial da pulsão ao privilegiar o seu circuito que não encontra o objeto, apenas o bordeja. O movimento de vai-e-vem pulsional desenha um traçado pulsional em que não se chega ao alvo, o objeto, a não ser “por tabela”, contornando os orifícios do corpo. Esse trajeto da pulsão, ao contornar objeto sem nunca alcançá-lo, é o que permite alcançar alguma satisfação.

Assim, a função do objeto *a* é produzir a falta e sua relação com a pulsão é ser contornado por ela. Lacan joga com a ambiguidade da palavra *tour* que, ao mesmo tempo, é *turn*, o marco, a borda em torno da qual se faz a volta, e é *trick*, habilidade, engenhosidade, passe de mágica em que se escamoteia o objeto (PRADO, 2000). Em seu trabalho incessante, a pulsão faz seu traçado, contorna e inscreve o buraco constitutivo do sujeito. O efeito do percurso pulsional está ligado a uma perda que é constitutiva ao sujeito, corte irreduzível que o significante faz incidir no corpo, o objeto *a*. O que se representa dele é sua forma de corte anatômico, da qual se extrai a função de certos objetos parciais, que valem por terem sido extirpados. Ocuparão este lugar os objetos que o sujeito perde naturalmente (o seio, os excrementos), os suportes que o sujeito encontra para o desejo do Outro (seu olhar, sua voz). Ao circular esses objetos, a pulsão como uma força ativa visa restaurar sua perda (COSTA-MOURA; COSTA-MOURA, 2011).

Como o ser é antes de tudo falante, a pulsão pode ser compreendida como efeito da incidência do significante no corpo. O enlace entre significante e pulsão se dá por meio de duas faltas: a falta real, que é recoberta, e a hiância própria do inconsciente, enquanto corte que marca o sujeito como dividido pelo

significante. Ou seja, a pulsão parcial demonstra que a sexualidade instaura-se no psiquismo pela via da falta (BALBI, 2000). Desta forma, o conceito freudiano de pulsão é central para compreender a noção de corpo para psicanálise, uma vez que a pulsão é efeito da materialidade e dos jogos de linguagem no corpo.

Soler (1989) avança nessas questões dirigindo suas formulações para além do corpo da unidade imaginária e do corte significativo. Do corpo unificado ao organismo fragmentado, do vivente funcional ao corpo recortado pela representação inconsciente, soma-se a concepção de um corpo mortificado, aquilo que lhe resta de vivo. Esse funcionamento libidinal se impõe de tal modo que o gozo se coloca como periférico, fragmentário e localizado nas bordas corporais, as zonas erógenas freudianas. Não é o organismo que Lacan opõe ao corpo, mas a carne. Por consequência, o corpo é o corpo morto por oposição ao funcionamento do corpo vivo e por aquilo que esvazia de gozo. Marcado em sua superfície, o corpo é mais essencialmente afetado em seu gozo, como veremos a seguir.

### 3.7

#### O corpo goza de si mesmo

Para Lacan (2001), um “corpo é feito para gozar de si mesmo”. Ele nomeia como gozo aquilo que o corpo experimenta e isso “é da ordem da tensão, do forçamento, do gasto e até mesmo da proeza” (p. 5). A partir dessas indicações, iremos nos dedicar agora à noção de gozo e sua relação com o corpo.

De acordo com Valas (2001), Freud utiliza o termo *genuss* para designar o gozo na sua conotação sexual, mas esta palavra diz respeito a um termo de uso comum na língua alemã e não pode ser concebido como um conceito dentro da teoria freudiana. Para o autor, há na formulação de pulsão de morte uma abordagem do gozo que Freud não chega a conceituar, mas delinea com a concepção do além do princípio do prazer. É Lacan quem dará esse passo e conceituará o gozo na teoria psicanalítica. Os primeiros anos de seu ensino são dedicados a uma releitura de Freud, tendo como base seu aforisma de que o inconsciente é estruturado como linguagem. A dificuldade encontrada por Lacan é que, na sua teoria, o significativo não responde a tudo, ou seja, nem tudo é significativo. Resta ao sujeito lidar com o gozo (VALAS, 2001).

O conceito de gozo emerge mais categoricamente no *Seminário 7, A ética da psicanálise*, quando Lacan (1959-1960b/2008) propõe que o gozo é rodeado pelo significante. Para tanto, retorna ao texto *Projeto de Psicologia Científica* (1895/1996a) de Freud, por considerar que o aparelho freudiano nele descrito é uma topologia da subjetividade, “uma vez que ela é edificada e construída na superfície de um organismo” (p. 55).

Nesse ensaio freudiano, o aparelho psíquico é exposto a partir da diferenciação de três grupos de neurônios -  $\Phi$ ,  $\Psi$  e  $\omega$  - responsáveis pela percepção, memória e consciência, respectivamente. Nesse momento, interessava a Freud explicar o aparelho psíquico em termos de quantidades e qualidades. O psiquismo precisa de certa quantidade de energia circulando e esses grupos de neurônios, em especial o  $\Psi$ , são responsáveis por manter essa energia em um nível suportável. Se essa energia aumenta, diante de uma excitação contínua (qn), é preciso que os neurônios  $\Psi$  abram passagem em direção à descarga motor. O enchimento dos neurônios  $\Psi$ , que deixam passar uma certa quantidade de excitação, terá como resultado a propensão à descarga, “uma urgência que é liberada pela via motora” (FREUD, 1895/1996a, p. 369), cujo objetivo é o alívio da tensão.

A primeira tentativa de descarga é feita através de uma alteração interna expressa por meio das agitações motoras, gritos, choro do bebê – exemplo em que Freud se apoia para demonstrar o funcionamento do aparelho. Essa estimulação endógena está ligada a necessidades corporais, ao estado de urgência da vida, *Not des lebens*. Porém, esta urgência não é atendida com uma simples descarga motora. O estímulo, quando proveniente de uma via endógena, só pode ser abolido quando uma intervenção suspende provisoriamente o fluxo de energia no sistema e essa intervenção diz respeito a uma ação específica advinda do mundo externo. Ou seja, se um recém-nascido tem fome e chora, seus gestos motores são insuficientes para lhe saciar a fome; é preciso que um outro intervenha e interprete esse choro como demanda de comida, por exemplo.

Quando essa ação específica é “bem-sucedida”, eliminando a tensão, dá origem àquilo que Freud (1895/1996a) nomeou como “experiência de satisfação”. Na medida em que o estado de urgência se repete, surge um impulso psíquico que reinvestirá a imagem do objeto que produziu a experiência de satisfação visando reproduzir a satisfação original. No reaparecimento do estado de urgência, o

investimento passa pelas duas lembranças, reativando-as, de modo que a imagem mnêmica do objeto será a primeira a ser afetada pela ativação do desejo. Assim, o desejo produz algo muito semelhante a uma percepção. Ele produz uma alucinação, cuja consequência inevitável é o desapontamento, uma vez que não se trata do objeto em si. A satisfação através dos traços mnêmicos daquilo que já correspondeu ao desejo tende, assim, a se reproduzir, pura e simplesmente, no plano alucinatório.

No *Projeto*, Freud (1895/1996a) descreve a experiência de satisfação primeira, mítica, que seria aquela de um corpo ainda não marcado, fora do significante. Na releitura de Lacan (1959/2008), esse objeto que é buscado para satisfazer o sujeito. No entanto, está perdido desde sempre e, por isso, não se trata de reencontrá-lo, mas de encontrar. “É por sua natureza que o objeto é perdido como tal. Ele jamais será reencontrado” (LACAN, 1959/2008, p. 68). Esse objeto é *Das Ding*. Com essas proposições Lacan procura esclarecer que o que o sujeito reencontra não é o objeto, dado que ele é, por característica, perdido, mas as coordenadas de prazer deixadas pela experiência de satisfação. A satisfação primeira canaliza toda a busca por satisfação, e a regência do princípio do prazer funda a orientação do sujeito humano em direção ao objeto ao mesmo tempo em que lhe impõe os rodeios significantes que conservam sua distância em relação a seu fim. O deslizamento significativo mantém a busca sempre a uma certa distância daquilo em torno do que ele gira: *Das Ding*. A regulação é feita pelo princípio do prazer que os submete a fim de reencontrar apenas a satisfação. A busca pelo objeto encontra nesse percurso uma série de satisfações vinculadas a ele e que a cada instante modelam e temperam seus procedimentos segundo o regimento do princípio do prazer.

Para o sujeito, *Das Ding* está realmente perdido, desde sempre e para sempre. É porque o objeto encontrado toma o lugar dessa falta, sem trazer ao sujeito a satisfação ideal ou total, que a nostalgia do objeto perdido se impõe a ele. Assim, segundo Valas (2001), “A Coisa só existe a partir da incidência do significativo no real; ela é uma criação significativa, uma condição linguística primeira do irrepresentável e do impronunciável” (p. 30). Dentro dessa perspectiva, *Das Ding* é, para Miller (2012), a concepção de que a satisfação pulsional não está localizada nem no imaginário nem no simbólico; ela encontra-se fora do que é simbolizado, estando, portanto, no real.

Lacan (1959/2008) concebe a topologia de *Das Ding* como um toro – um desenho de um anel ou um pneu - que ilustra a dialética da presença e ausência sem fim do significante. No corpo do anel, estão as representações simbólicas e imaginárias do sujeito e, no espaço central, está *Das Ding*. Na medida em que o interior do anel se comunica com o exterior, essa propriedade topológica do objeto permite compreender que o gozo está em uma relação êxtima ao sujeito. Assim, o gozo é ao mesmo tempo o que é o mais estranho e o mais íntimo ao sujeito, mas fora do significante, no real. Com o toro, dispõe-se de um objeto topológico cuja estrutura significante não-toda permite combinar o gozo e o significante em sua relação de inclusão-exclusão, através do qual eles se opõem ao mesmo tempo em que se avizinham (VALAS, 2001).

O gozo se apresenta como enterrado nesse campo central de *Das Ding*, cercado por uma barreira que torna seu acesso impossível ao sujeito. Dessa forma, *Das Ding* é correlata ao real do gozo e desempenha sua função na economia subjetiva. Entre *Das Ding*, lugar de gozo, e o sujeito determinado pelo significante, o encontro sempre será falho, sem jamais ter existido, porque sua clivagem se funda nessa impossibilidade.

E, caso se possa falar de um sujeito do desejo que depende de suas representações, em contrapartida não há sujeito do gozo, porque “no gozo, que só pode ser sentido no corpo, o sujeito se abole” (VALAS, 2001, p. 35). Por esta razão, “aí onde é o significante, o gozo pleno não é mais” (SOLER, 1989, p. 14). O gozo é sempre sentido pelo corpo, mas apenas se ele permanece inefável e indizível, podendo ser delineado pelo aparelho de linguagem.

Nesse sentido, Valas (2001) afirma que o gozo é o real do ser, que indica a relação perturbada que o sujeito tem com seu corpo. No gozo, o sujeito se abole, porque só há gozo no corpo, sendo da ordem do inefável. Contudo, é impossível falar de um gozo puro, que seria o do corpo próprio, a não ser dizendo que o sujeito o experimenta sem o saber. Lacan, em outro momento de sua obra, define esse gozo como gozo do Outro, na medida em que esse corpo próprio é sempre um Outro para o sujeito. O Outro do significante é definido como comportando uma falta radical. Essa falta no Outro é identificada com o gozo *foraclusido* desse lugar que, por isso, retorna ao real. Dizer que o corpo é radicalmente Outro é dizer que o real do corpo é estranho ao registro do sujeito do significante. Assim, o gozo do Outro é o do corpo. O corpo goza de si mesmo. Desta forma, o corpo com

o que a psicanálise terá de se haver é o corpo de gozo, “corpo afetado pelo significante, mas fora do regime fálico” (ZUCCHI, 2015, p. 78).

Além disso, Lacan (2001) pontua que “há incontestavelmente gozo no nível em que começa a aparecer a dor” (p. 5) e é somente na dor que se pode experimentar uma dimensão do organismo que ficara velada até então. Soler (1989) pontua que o gozo tem afinidade com a dor e com o além do princípio do prazer. Para que a vida seja possível, as tensões corporais devem ficar em limites que dependem da homeostase do próprio corpo, modulado pelo princípio do prazer. Nesse registro, todo excesso de tensão participa do gozo do Outro, que se manifesta como um mal-estar radical, desde uma dor refinada até as dores lancinantes das patologias orgânicas. Portanto, as variações da dor, em intensidade e duração, são mais tributárias da subjetividade do que da realidade de uma patologia.

## 4

### A teoria freudiana sobre a dor

Até aqui, analisamos o histórico de como a dor foi interpretada ao longo dos tempos. Nesse percurso, destacamos duas transformações que consideramos centrais para a compreensão da dor hoje: a aquisição de um sentimento de si e a clínica médica moderna, com sua anatomia patológica. Apesar do conhecimento produzido sobre a dor ser majoritariamente biomédico, nossa hipótese é que a psicanálise possui uma contribuição importante nesse campo. Assim, acreditamos que o mal-estar na atualidade seria marcado pela dor e não pelo sofrimento.

Para dar continuidade a essa análise, precisamos perpassar elaborações cartesianas que separam mente e corpo, embora a psicanálise, por mais que seja herdeira do modelo cartesiano e da ciência moderna, com suas ricas conceituações, esmaça as fronteiras entre físico e psíquico. Assim, a noção de sujeito não é correlata à de corpo, por mais que o sujeito se encarne nele; tampouco o organismo é o corpo, pois a incidência da linguagem desnatura o organismo, marcando-o como perda, de onde se desdobra a noção de gozo.

Agora, consideramos ser pertinente nos debruçarmos sobre a especificidade das contribuições freudianas sobre a dor. Não é o nosso intuito nesse momento detalhar cada formulação de Freud a respeito do tema, mas sim trazer sua rica e subversiva trajetória. Nos capítulos seguintes da nossa pesquisa, aprofundaremos os pontos mais relevantes para a nossa temática a partir do mapeamento aqui exposto.

Apesar de Freud não ter dedicado um escrito exclusivo ao tema da dor, encontramos em seus textos momentos nos quais ele se volta para esse assunto. Por esta razão, Pontalis (2005) e Aubert (2017) defendem que no pensamento freudiano existe uma teoria específica da dor, que está explicitamente colocada em dois textos, *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895a) e *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926), e, implicitamente, ao longo de todo o seu percurso. Apesar de haver contribuições importantes, os autores acreditam que tal empreendimento ficou inacabado.

Seguiremos a trilha percorrida por Aubert (2017) sobre a teorização freudiana da dor, a partir de seu livro *A dor: a originalidade de uma teoria freudiana*, sem, no entanto, nos atermos a ela.

Para a autora, existem cinco marcos metodológicos: no primeiro, 1884-1895, há dois momentos, o de uma dor que a autora denomina de “inconsciente”, quando Freud se dedicava a pesquisas sobre o efeito da cocaína, e a “consciente”, de quando atribuía a ela um lugar preponderante nos escritos clínicos. No segundo, de 1900 a 1905, a problemática da dor é eclipsada em benefício da elaboração da noção de desprazer. No terceiro, 1914-1919, Freud retoma a dor e indica seu possível lugar na metapsicologia. No quarto, 1920-1926, a dor encontra uma resposta na teoria com o escrito *Além do Princípio do prazer*, em que ela participa da teoria do traumatismo. No quinto e último, de 1929 em diante, Freud volta a se distanciar da dor especificamente. Ela, então, aparece não como um projeto teórico mas como um pensamento.

A partir dessa periodização, optamos por fazer um recorte de três momentos. Primeiramente, veremos como a dor aparece nos primeiros escritos de Freud, depois o eclipse da dor e seu retorno à teoria psicanalítica e, por fim, indicações deixadas pelo autor com a formulação do além do princípio do prazer e da pulsão de morte.

#### **4.1** **A dor nos escritos iniciais de Freud**

A origem da teorização da dor na obra freudiana pertence à pré-história da psicanálise e se colocava para Freud como um problema epistemológico. Aubert (2017) define esse momento como “emergência somática”. A fisiologia alemã do final do século XIX, de onde Freud parte, propunha-se a explicar a dor de forma mecânica, isto é, a partir de um modelo reproduzível em laboratório, descrito como um trajeto que vai da periferia até o sistema nervoso central. No campo da psicologia, o estudo da dor se inseria na teoria sobre os sentimentos e sobre o prazer — grandes tendências que animavam a vida psíquica. Nessa perspectiva, a dor não se distingue dos outros afetos, a não ser por seu caráter excessivo, em uma escala que parte do prazer à dor.

Neste momento dos escritos iniciais, os problemas colocados pela dor, seu tratamento e sua teorização aparecem como uma verdadeira preocupação. A prática de Freud, contudo, se diferencia das produzidas em seu tempo. Os primeiros trabalhos freudianos sobre a dor, na opinião de Aubert (2017), possuem caráter sintomático, por demonstrarem um esforço de triunfo sobre o sofrimento e

por permitir uma construção própria sobre o psiquismo, para além do que já era proposto e teorizado pela medicina de sua época.

A dor, nos primeiros trabalhos freudianos, é abordada de maneira velada por meio do estudo sobre a cocaína, utilizada para minimizar o sofrimento. Porém, o encontro com Charcot permitiu a Freud dirigir sua atenção para a dor da histeria. Este passo aponta para uma característica do período: a dor sai do *status* inconsciente e passa a ter um lugar consciente na teoria psicanalítica. Além disso, concebida no registro econômico, o problema da dor por um lado responde ao projeto de um pesquisador, por outro, traduz uma dificuldade teórica (Aubert, 2017).

A partir disso, Gurfinkel (2008) e Aubert (2017) apresentam uma via de trabalho muito interessante sobre a relação que Freud estabeleceu com a cocaína. Os estudos freudianos *Sobre a coca* (1884), *Contribuição ao conhecimento da ação da cocaína* (1885) e *Sobre os efeitos gerais da cocaína* (1885) permitiram aferir que a droga auxiliou Freud não somente em sua pesquisa médica, mas principalmente a lidar com suas próprias dores. Neste sentido, a cocaína foi fundamental para as reflexões teóricas sobre as possibilidades de anestésiar a dor. O jovem médico Freud ambicionava realizar uma “grande descoberta”, que entrelaçava suas aspirações intelectuais e pessoais. Após algumas tentativas frustradas, deparou-se com um alcaloide quase desconhecido que lhe pareceu prometer a tão desejada descoberta. Dedicou-se à leitura da bibliografia a respeito dele e iniciou diversas experiências pessoais com o uso da droga e em outros. Escreveu, logo após, sua monografia, *Sobre a coca*, de 1884, que é um estudo metódico e entusiasmado sobre a história da droga, seus efeitos e possíveis usos terapêuticos (GURFINKEL, 2008).

Freud estava intrigado com a irregularidade dos efeitos da cocaína nos diversos pacientes, já que os relatos eram divergentes, tornando difícil o emprego clínico da substância. Ele procurou, então, em um escrito seguinte, denominado *Contribuição ao conhecimento da ação da cocaína* (1885), aferir a ação da droga de maneira objetiva, através do método experimental: aplicou-a em si mesmo e colheu observações sobre a capacidade muscular e a presteza das reações sob seu efeito. Com o experimento, concluiu que o efeito da cocaína era significativo em pacientes cansados ou deprimidos, do que depreendeu que ela não tem ação direta sobre o

sistema neuromuscular e que as alterações nesse sistema são secundárias ao bem-estar artificial produzido pela droga (GURFINKEL, 2008).

As pesquisas freudianas foram ganhando amplitude e reconhecimento. Ele foi convidado a fazer duas conferências sobre a cocaína no Clube de Fisiologia e na Sociedade Psiquiátrica, que deram origem a uma nova publicação sobre o assunto, *Sobre os efeitos gerais da cocaína* (1885). Neste trabalho, Freud assinalou que existiam drogas destinadas a rebaixar as excitações do organismo, como os ansiolíticos, mas poucos métodos para elevar a atividade psíquica (estimulantes do sistema nervoso central). Para ele, esta seria a promessa da cocaína para o campo da psiquiatria e do tratamento das doenças nervosas (GURFINKEL, 2008).

Segundo Aubert (2017), o interesse e estudo de Freud sobre a cocaína não era apenas científico, mas também pessoal. Um amigo morfinômano, de quem ele era muito próximo, Von Fleischl, acometido por dor, havia atingido os limites extremos do desespero. A empreitada freudiana o levou a utilizar a cocaína no tratamento e a afirmar que a droga curava sem os danos da morfina. A cocaína era capaz de tratar todos os seus males por aumentar as faculdades mentais, ampliar a resistência à dor e suprimir a fome, mas, como a morfina, possuía efeitos antagônicos.

Uma correspondência com Martha, sua esposa, revela o uso prolongado que o próprio Freud fez da cocaína, muito além das exigências do trabalho científico. A droga servia para que Freud tratasse de suas próprias dores. Escrevera, certa vez, que o estudo sobre a cocaína era para ele um *alotrion*, termo grego que significa o “o que é estranho a si próprio” (ROUDINESCO, 2016, p. 53), que ele quisera manter afastado de si. A investigação sobre a cocaína era para ele, ao mesmo tempo, um momento marginal e essencial. Mediante o uso que fez da droga, confrontou-se com a parte irracional de si mesmo, o que o impulsionou a desafiar a razão, pois a cocaína foi um terreno propício para ampliar seus conhecimentos sobre a dor.

Para Aubert (2017), a droga resolve, além da dor, a ambivalência do engajamento de Freud com a medicina. Em carta a Ferenczi, Freud relatou sentir falta da paixão por ajudar e a razão disso seria que até a sua juventude não havia perdido nenhum ser amado. Essa afirmação esclarece as dificuldades profissionais e pessoais em abordar a dor. Na opinião de Roudinesco (2016), o uso da cocaína foi

o que possibilitou Freud a “fazer o luto da abordagem fisiológica em prol do estudo dos fenômenos psíquicos” (p. 53).

Após as elaborações contidas em *Sobre a coca*, para Aubert (2017), o tema da dor se impõe como questão para Freud, passando a ocupar o primeiro plano tanto na clínica como na teoria. A influência do médico Jean-Martin Charcot foi fundamental para a dor passar a ser objeto de estudo da psicanálise, pois ele já era considerado o maior especialista em doenças nervosas do mundo (PEREIRA, 1999).

É nesse cenário de estudo sobre a histeria e com o encontro com as dores que participavam da sintomatologia, em suas faces tanto de hiperestesia quanto de anestesia, que Freud pode adentrar de forma mais consciente em sua pesquisa sobre a dor. Aubert (2017) enfatiza dois olhares clínicos de Freud: o primeiro é a influência de Charcot na orientação de sua prática, cuja clínica se direcionava inicialmente à localização anatômica das zonas dolorosas; o segundo é o interesse em estudar a dor para responder ao problema teórico que Freud queria resolver, o caso de Elisabeth Von R., presente nos *Estudos sobre a Histeria* (1895b), e que será visto mais detalhadamente no capítulo posterior, quando trabalharemos a dor como sintoma.

Dedicando-se aos sintomas dolorosos presentes em alguns casos de histeria, Freud interessou-se pela transformação da energia psíquica em energia somática e concentrou seus esforços de compreensão sobre a passagem da dor psíquica à somática. Para Aubert (2017), “a atenção à dor recobre uma interrogação teórica; a patologia da dor, a anestesia ou analgesia, sua erotização, são o meio de avançar nessa reflexão. Elas designam a necessidade de uma dor psíquica” (p. 105). Dessa forma, a dor serviu de guia para o encontro dos fundamentos orgânicos da afecção psíquica.

A partir daí, Freud não mais utilizará a dor como sinal de uma patologia, mas como “uma bússola para o espírito” (AUBERT, 2017, p. 105). A dor orienta para uma outra cena e passa a ser entendida, no quadro da histeria, como tendo origem psíquica. Contudo, devido à dificuldade de situar a dor em apenas um dos registros, foi necessário explicar que, no quadro da histeria, a dor psíquica encontra uma saída no somático, supondo a existência de um apoio necessário do psiquismo sobre o somático.

O processo doloroso, concebido como um exemplo paradigmático de dominação do soma sobre a psique, é subvertido na teorização freudiana, devido aos seus achados clínicos junto a Charcot. Com isso, Freud opera um

deslocamento radical da concepção de corpo médico e científico (AUBERT, 2017), criando, assim, uma especificidade para a compreensão da dor em psicanálise, ao enfatizar que as dores são sempre reais e violentas.

Portanto, essa consideração afasta a teorização psicanalítica sobre a dor do ponto de vista médico e biológico, e a dor orgânica passa a não significar nada em si mesma. O corpo dolorido é um indicativo de doença, mas serve como substrato à expressão de um conflito psíquico, como demonstra a conversão histérica, cuja função é agir como uma lacuna na elaboração psíquica. Para Aubert (2017), a teoria da conversão tem necessidade de uma dor orgânica para explicar a transformação da energia psíquica em sensação dolorosa. Apropriando-se de uma dor orgânica fortuita, que lhe empresta a carga energética, o fenômeno da conversão se associa à dor orgânica, porque esta lhe serve à expressão de um conflito psíquico. Nas palavras da autora, “a dor torna-se simbólica, tradução direta de uma vivência física em afeto” (AUBERT, 2017, p. 111).

Além disso, os esforços freudianos para teorizar sobre as múltiplas faces da dor não se resumem à pesquisa sobre a sintomatologia histérica. No *Rascunho G* (1895c) e no *Projeto para uma psicologia científica* (1895a), textos contemporâneos ao *Estudo sobre a Histeria* (1895b), Freud traz novas contribuições para a compreensão da dor. O primeiro ensaio aborda a temática da melancolia e a dor aparece, nesse contexto, como uma falta de excitação de energia somática. O caráter dolorido da melancolia será melhor apresentado no capítulo seguinte. No *Projeto*, Freud produz formulações específicas sobre a dor, dedicando-lhe dois subtítulos: “a experiência de dor” e “dor”.

Nesse texto, Freud (1895/1996a) descreve a dor como uma ruptura das barreiras de proteção do psiquismo devido ao excesso de energia que assola o aparelho psíquico. Ao mesmo tempo que o aparelho psíquico é regulado pelas quantidades de energia, lhe é atribuída uma qualidade de prazer ou de desprazer. Diante de um excesso de excitação, o psiquismo é impelido a realizar sua descarga, gerando a sensação de prazer. No caso da dor, porém, Freud afirma que os excessos de estímulos sobre o aparelho psíquico rompem as barreiras de proteção, fazendo com que a dor seja efeito de uma “implosão” (PONTALIS, 2005), diante da qual o princípio do prazer não consegue mais manter a tarefa de regular o psiquismo.

Desse modo, em 1895, após se dedicar ao problema da quantidade no aparelho psíquico, Freud debruça-se sobre a temática da dor, trazendo indicações

fundamentais sobre sua economia: “todos os dispositivos de natureza biológica têm limite de eficiência e falham quando um limite é ultrapassado” (FREUD, 1895/1996a, p. 358). Ele explica que o aparelho psíquico suporta certa quantidade de energia, mas somente até determinado limite. Quando esse limiar é ultrapassado, rompem-se as barreiras de proteção e ocorre “a experiência da dor”. A partir dessa formulação freudiana, entendemos a dor como uma ultrapassagem das fronteiras do princípio do prazer, consistindo uma irrupção de grandes cargas de energia no psiquismo, de modo que “ela é o mais imperativo de todos os processos” (FREUD, 1895a/1996, p. 359).

Em sua releitura deste manuscrito freudiano e à luz do além do princípio do prazer, Lacan (1959-1960b/2008) descreve a dor como um limite que não pode ser inscrito nas vias reguladoras do psiquismo, o prazer e o desprazer: “o limite tem um nome. É coisa diferente da *Lust/Unlust* da qual fala Freud”, aponta Lacan (1959-1960b/2008, p. 75). O princípio do prazer inscreve o sujeito no campo da representação, no qual ele se desloca de um significante para outro, a fim obstacularizar o excesso de gozo, o qual, como vimos no capítulo anterior, só pode ser sentido no corpo. O gozo, nesta perspectiva, pode ser visto como a face da pulsão não domada pelo princípio do prazer e, por isso, circunscrito à ordem do excesso. Nesse sentido, Lacan aproxima dor e gozo, uma vez que há um limite à operação de regular o aparelho psíquico em termos de prazer e desprazer, por meio da via significante, podendo ambos serem situados além do princípio do prazer. Sobre isso, Pontalis (2005) observa que em *Projeto para uma psicologia científica*, de Freud, fica bem demarcado que a dor pode ser situada como aquilo que encontramos fora do princípio do prazer (e do desprazer). O par de opostos não se dá, aqui, entre o prazer e o desprazer, mas entre estes dois princípios, de um lado, e a dor, de outro. Este antagonismo se inscreve no corpo como duas vivências irrecusáveis. A dor é oposta ao desprazer, pois se inscreve em um lugar subjetivo que não só não é regulado pelo prazer, mas que tampouco se insere no domínio do sonho e do desejo, expressando, antes, o espaço do pesadelo, da ausência e do vazio. Quando quantidades excessivas invadem os dispositivos de proteção, “o cheio demais cria um vazio” (PONTALIS, 2005, p. 268) e a dor pode passar a ser concebida como o efeito de uma implosão. Neste contexto, a dor ocorreria como um fenômeno “indubitável” de ruptura de proteção, de descarga

no interior do corpo que lhe dá a especificidade de ser “uma experiência irreduzível” (PONTALIS, 2005, p. 266).

## 4.2 O eclipse da dor e seu retorno

Enquanto as formulações anteriores mostram o encontro de Freud com a dor, seja pela sua pesquisa com a cocaína, seja pela clínica da histeria, ou ainda na descrição do aparelho psíquico, e um esforço em teorizá-la, o período seguinte (1900-1905) é de ruptura. Três obras, *A interpretação dos sonhos* (1900), *Três ensaios sobre a sexualidade* (1905) e *Fragmento de uma análise de Histeria* (1905), marcam a supressão da experiência da dor na teoria psicanalítica.

Após ter sido tão pesquisada no período anterior, a dor desaparece no momento em que Freud elabora a primazia do princípio do prazer no aparelho psíquico. Nesse âmbito, a dor se apaga em benefício do desprazer. A primeira consequência desse afastamento foi a recusa em tratar o pesadelo na teoria dos sonhos, uma vez que o pesadelo traria de novo à tona a problemática da dor contrária ao princípio do prazer. Dessa forma, a dor não se insere no conjunto conceitual elaborado naquele momento. Freud afasta tudo o que poderia lembrar a presença de uma vivência de dor na teoria do sonho (AUBERT, 2017). A modificação do interesse freudiano se deve ao novo quadro epistemológico. Trata-se de um tempo em que a psicanálise não está mais em projeto, a questão não é mais a das transformações energéticas, como anteriormente, e sim a investigação sobre o inconsciente. A elaboração tópica do aparelho psíquico (consciente, pré-consciente e inconsciente), descrita em *Interpretação dos sonhos* (1900), é acompanhada de duas qualidades, prazer e desprazer, que passam a estar no centro dos estudos freudianos. Ou seja, há uma mudança de interesse das energias para as qualidades de prazer e desprazer.

Para Aubert (2017), a funcionalidade de um sistema, regido pelo princípio do prazer e que consiste na passagem de um estado ao seu contrário (prazer/desprazer), não pode admitir a dor e, por isso, o estudo dos sonhos e a elaboração da primeira tópica promoveu o distanciamento do interesse pela dor. Como esta não responde a uma necessidade teórica, deixa de ter lugar nas formulações freudianas.

Entra em cena, aqui, um outro modelo de afeto, a angústia, que passa a ocupar um papel que antes pertencia à dor. A angústia, devido à sua quantidade de energia, perturba o sonhador e seu projeto de dormir. O sonho de angústia ainda aparece indiferenciado do pesadelo porque Freud se refere exclusivamente à vivência de satisfação para fundamentar sua tese do sonho como realização do desejo e, para isso, desconsidera a vivência de dor que estaria no cerne do pesadelo (PONTALIS, 2005; AUBERT, 2017).

Encontramos, nesse momento, então, um novo foco de estudo de Freud, o inconsciente. A primeira tópica do aparelho psíquico, o problema das qualidades e não das quantidades, o sonho como realização do desejo, afastam o pai da psicanálise da dor. Apesar disso, o problema da dor não some por completo. Ela aparece, de forma ainda velada, nos termos do sadismo e masoquismo, quando Freud descreve que em ambos os casos há uma rejeição da dor física. A problemática do masoquismo será detalhada mais adiante. Por ora, procuramos marcar que, por mais que o paradigma da angústia tenha ocupado o lugar antes fornecido à dor, esta ainda surge, pontualmente, de forma velada. Isto indica que Freud não a abandonou completamente

Apesar da tentativa de afastar a dor das teorizações psicanalíticas, a pesquisa sobre a psicose e os temores causados pela Primeira Guerra Mundial obrigaram o autor a reconsiderar a dor, agora sob o paradigma do narcisismo. Em 1914, em *Sobre o narcisismo: uma introdução*, Freud associou a experiência da dor e da doença orgânicas ao narcisismo, citando a célebre frase de Wilhelm Busch a respeito do poeta que sofre de dor de dente: “concentrada está a sua alma no estreito orifício do molar” (FREUD, 1914/1996, p. 89). Com isso, indicava que, na dor e na doença orgânica (do mesmo modo que em todo sofrimento), o enfermo retiraria o interesse e a libido do mundo, concentrando-os no órgão dolorido ou doente. Aquele que é tomado pela dor e por um mal-estar abandona seu interesse pelos objetos do mundo exterior, desde que não tenham relação com seu sofrimento. A dor, nesse momento, passa a ser o paradigma do narcisismo, de modo que o retorno narcísico concentra a vida psíquica em uma parte do corpo.

A teoria do narcisismo permitiu também uma ampliação do modelo de compreensão da hipocondria. Ao longo da teoria psicanalítica, a hipocondria não possui uma nosografia autônoma e aparece sempre em diferentes quadros como

histeria, neurose obsessiva, fobia, neurose de angústia, parafrenias e a própria neurastenia. Nesses diversos enquadramentos, a hipocondria atesta uma modalidade de retraimento narcísico, sendo este um aspecto característico de sua sintomatologia (FORTES; NAYLOR; DOMINICIANO, 2018, p. 156).

Com isso, a hipocondria serviu para que a problemática da dor fosse reatualizada. Apesar das aproximações, o modelo da hipocondria difere do da histeria e da doença orgânica dolorosa — tal diferenciação será explorada no capítulo seguinte. Brevemente, explicamos que o órgão dolorosamente sensível funciona como um órgão genital em estado de excitação, o qual Freud concebe zona erógena dolorosa e, nesse sentido, permite uma confusão com os quadros da histeria e da própria doença orgânica. Contudo, o interesse desse retorno à zona erógena está em colocar o eu no centro do corpo hipocondríaco. O órgão investido de angústia pelo hipocondríaco ou mesmo uma parte corporal que apresenta uma doença orgânica propiciam, por meio da dor que produzem, a percepção de que ali há corporeidade (AUBERT, 2017).

Dessa forma, a dor, inserida no paradigma do narcisismo, conduz à concepção do eu-órgão. É um eu de natureza corporal, antecipando o que Freud formula em 1923 em *O eu e Isso*, quando afirmou que o eu é acima de tudo um eu corporal. A dor se materializa como índice que sinaliza a presença do corpo (AUBERT, 2017) – especificaremos tal concepção mais adiante. Por esta razão, a dor é a grande anatomista do corpo, justamente por ser um modo de conhecer o próprio corpo (VALAS, 2001; ASSOUN, 2009; FORTES, 2013).

A melancolia também serviu para que Freud pudesse pensar a questão do eu-órgão e a dor como índice corporal. A dor do melancólico tem como origem um conflito no eu: parte do seu eu julga o outro e o supereu trata o eu como um objeto abandonado. As condenações emitidas pelo melancólico ao seu objeto amado, na verdade, são reportadas ao próprio eu. Trata-se de um processo que é decorrência de uma identificação narcísica (AUBERT, 2017).

Portanto, após um tempo de suspensão teórica sobre a dor, ela retorna sob o paradigma do narcisismo após ter sido o do afeto da angústia. A partir, principalmente, da hipocondria e da melancolia, a dor encontra o seu lugar tópico e sua dimensão dinâmica. Apesar dos avanços na teorização sobre a dor, ainda não se pode falar, nesse momento, em uma metapsicologia da dor. Na opinião de

Aubert (2017), a elaboração da noção de dor se inscreve na rede de reflexões fundamentais que ela mesmo contribui para instigar e esclarecer.

### **4.3 Dor, novamente e ainda**

O tempo seguinte se estende de 1920 a 1926. Nele é possível acompanhar o final do percurso da reflexão freudiana sobre a dor. Essas formulações são preconizadas pela famosa virada dos anos 1920, caracterizada pela construção da segunda tópica, a última teoria pulsional e uma nova teoria da angústia.

A conclusão da teoria da dor e a emergência da pulsão de morte ocorrem meio à clínica das sequelas traumáticas deixadas pela Primeira Guerra Mundial (AUBERT, 2017). Em decorrência dos horrores produzidos pela guerra, dois pilares teóricos ficaram abalados: o domínio do princípio do prazer e o sonho como realização do desejo. Com a elaboração da segunda tópica, presente em *O Eu e o Isso* (1923/1996), Aubert (2017) localiza o interesse freudiano no problema clínico da dor inconsciente. A dor, como uma percepção interna, partilha com os processos de pensamento a característica de poder permanecer inconsciente, desconhecida. A dor também fica no meio da percepção interna e externa, pois se comporta como uma percepção interna apesar de poder provir do mundo externo. O uso do termo inconsciente, esclarece a autora, é aproximativo, pois a utilização dos termos sensações inconscientes mantém uma analogia com as representações inconscientes, o que não é totalmente justificado.

As hesitações presentes no texto demonstram uma realidade clínica difícil de ser captada: “a dor não pode ser ressentida como tal” (AUBERT, 2017, p. 174). A patologia da dor não se limita à hiperalgia e a evitação ou a resistência a sentir dor também podem ser consideradas patológicas. O problema do acesso à consciência dessa dor inconsciente diz respeito à capacidade de o aparelho psíquico vivenciá-la sob forma direta de sensação ou afeto. A autora ainda esclarece que falar da dor em termos de sensação e afeto é uma posição tradicional da psicologia, em que a dor, na qualidade de afeto, teria a função de informar sobre os processos psíquicos, evidenciando as informações e representações do próprio corpo. Em seguida, dá ao pensamento representações do eu corporal, confirmadas pela realidade exterior e permite ao eu a

possibilidade de ele mesmo se apreender como organização de processos inconscientes, ao dar-lhe uma forma, “esta do próprio corpo que se descobre em sofrimento” (AUBERT, 2017, p. 176).

A dor, como paradigma do narcisismo e da constituição do próprio corpo, associa certas representações, garantidas por percepções externas, a sensações, afetos e percepções internas, e conduz à concepção do eu-órgão, ou seja, participa da construção do eu: “a dor parece desempenhar um papel no processo, e 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, 1923/1996, p. 39). Dessa forma, Freud (1923/1996) destaca a importância do papel da dor para a sinalização de um corpo para o eu.

Porém, qual é o estatuto da dor que permite concebê-la como um índice? Para responder a essa pergunta, Fortes (2013) utiliza as teorias do linguista Charles Peirce. Para este autor, a concepção de signo não se restringe ao signo verbal, pois se refere ao signo em geral, sendo este definido como uma coisa que representa outro algo para alguém. O índice, na compreensão peirceana, aponta para a presença de algo. A dor, no ensaio freudiano de 1923, pode ser compreendida como algo que representa o corpo para o eu. Tendo isso em vista, Fortes (2013) concebe a dor como um sinal, um índice, um signo não verbal que estaria inscrito no registro da sensorialidade. Por outro lado, além de ser um sinal que indica a presença do corpo, a dor pode, também, ser uma via de apropriação do corpo. Por esta razão, a dor participa da construção de uma anatomia corporal, na medida em que permite um reconhecimento e uma apropriação do corpo (VALAS, 2001; ASSOUN, 2009).

Diante disso, Fortes (2013) chama a atenção para o paradoxo que pode se instalar. O que está em jogo aqui não é necessariamente a percepção da unidade corporal, mas uma percepção do corpo fragmentado, que ocorre através da sensação da dor. O órgão dolorido oferece o conhecimento de partes do corpo e não da sua imagem unificada. É possível conhecer o corpo através de suas partes, valorizando-se a dimensão do fragmento na constituição corporal. Essa análise aponta um caminho fecundo para pensarmos a constituição de um corpo sob o prisma da fragmentação, como explanamos no capítulo anterior. É, portanto, no

contexto mesmo do caráter fragmentário que a dor se torna caminho para a assunção corporal.

Assim, a dor se materializa nesse tempo da formulação freudiana, como índice que sinaliza a presença do corpo, sendo ao mesmo tempo um sinal que indica a presença do corpo como uma via de apropriação. Não somente a reação dolorosa estabelece um limite funcional ao eu, um envelope psíquico, como também pode servir como um índice da consciência de um eu corporal. Nesse sentido, Aubert (2017) explica que o “paradoxo da impensável dor é do de dar ao eu um meio de se conceber enquanto ele mesmo” (p.177).

#### **4.3.1 Masoquismo**

Adiante, na obra freudiana, outra contribuição sobre a dor, advinda da reformulação da teoria psicanalítica, consiste no novo posicionamento sobre o masoquismo. As proposições de Freud acerca do masoquismo passaram por várias modificações ao longo de sua obra.

Nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/1996), ele decide utilizar o termo masoquismo, assim sugerido pelo psiquiatra Krafft-Ebing, pois, extraído da literatura de Sacher-Masoch, indica não só o prazer na dor, mas também o prazer obtido em qualquer forma de sujeição ou humilhação. Nesse momento, esclarece que as raízes do sadismo e do masoquismo pertencem às características universais da vida sexual.

É importante destacar que Freud inova ao retirar o masoquismo do âmbito das patologias perversas e passar a concebê-lo como um dos componentes da sexualidade humana. Para ele, tanto o desenvolvimento quanto a satisfação da sexualidade humana são marcados por tendências sádicas e masoquistas. Nesse tempo da teoria psicanalítica, o sadismo era pensado como um fenômeno primário em relação ao masoquismo, de modo que este seria um retorno daquele sobre o próprio corpo. Com isso, podemos perceber que Freud supunha uma transformação direta da pulsão sádica em masoquista.

Todavia, em 1915, sob os efeitos da teoria do narcisismo e da teorização dos destinos da pulsão (transformação da voz ativa para passiva, retorno sobre o próprio eu, recalque e sublimação), inclui um terceiro tempo no retorno da pulsão

sobre o próprio eu. Freud relaciona o masoquismo à voz reflexiva média e expressa um retorno da ação sobre o próprio sujeito. Por exemplo: fazer-se apanhar, fazer-se objeto de uma determinada ação ou até mesmo torturar-se. Trata-se de uma posição ativamente passiva, o que o leva a esclarecer que o masoquista escreve o texto de seu espancamento. O uso da voz reflexiva média consiste em um indicativo da posição ativa do masoquista, apesar do véu de passividade que o encobre.

A teoria freudiana do masoquismo foi modificada substancialmente a partir do conceito de pulsão de morte e do conseqüente fracasso do princípio do prazer como condutor principal da vida psíquica. Em *O problema econômico do masoquismo* (1924/1996), Freud questiona o porquê da existência do masoquismo na vida psíquica dos seres humanos, tendo em vista a hipótese a primazia do princípio do prazer. Em termos quantitativos, o prazer coincidiria com uma queda da tensão psíquica e o desprazer, com um aumento dessa tensão. Porém, no masoquismo, trata-se menos do fator quantitativo e mais do qualitativo. Com essa constatação, Freud foi levado a reformular sua teorização acerca do masoquismo, pois não era mais possível concebê-lo como secundário ao sadismo. O masoquismo foi colocado então em primeiro plano e passou a ser concebido como originário.

Desse percurso, podemos aferir a vinculação entre a excitação sexual e a manifestação da dor presentes no masoquismo, como indica Fortes (2007). Assim, se é possível haver prazer na dor, vemos uma reviravolta na questão econômica do prazer exposta por Freud em 1924. O masoquismo também abala a hegemonia do princípio de prazer, pois propõe que pode existir prazer em conjunto com a dor, um prazer que se dá concomitantemente ao aumento da tensão de estímulos, diferentemente da regulação do princípio do prazer que busca o rebaixamento da excitação despertada pelos estímulos. Este é o problema econômico do masoquismo: se todo movimento de pulsão tem como finalidade a descarga, se o prazer sempre se associou a esse movimento por um princípio que visa a eliminação da excitação, então a proposta desse texto, de represamento da energia simultâneo à sensação de prazer, exige uma reformulação teórica dos pressupostos que vigoravam até então. Trata-se de uma possibilidade de que o psiquismo seja capaz de manter energia em um nível tal que permita advirem a dor e o desprazer, mas extraindo disso uma satisfação. É, neste sentido, que Fortes (2007) associa a noção de masoquismo erógeno com a experiência erótica, uma vez que esta noção

está ligada, na obra freudiana, ao dualismo e à mobilidade pulsional. Portanto, a experiência de dor possui, através do masoquismo, seu erotismo.

Além disso, ao ser um modo de erotismo que atua em conjunto com a dor, o masoquismo erógeno se encontra em uma região que está fora do princípio de prazer. Esse prazer que é experimentado como intensidade tem como condição necessária o “consentimento à dor” (FORTES, 2007, p.40). Mais do que uma relação com a dor propriamente dita, o masoquismo consiste em uma posição de vulnerabilidade, de abertura, de acolhimento à excitação. Ao permitir a presença simultânea do prazer e da dor, o movimento do masoquismo não faz oposição e resistência à dor. Pelo contrário, consente com a dor, abrindo a possibilidade de uma relação de prazer que se inscreve como uma brecha na hegemonia do princípio de prazer. Consentir à dor, portanto, significa uma atitude de entrega ao mesmo tempo ao prazer e à dor, o que dá uma abertura para o que podemos chamar de experiência de intensidade, que só pode ser encontrada em uma região fora do circuito de evitação da dor.

#### **4.3.2 Angústia e dor**

Após as elaborações apresentadas em 1924 acerca da problemática do masoquismo, Freud escreve seu texto *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926) para introduzir uma nova teoria da angústia. O anexo C deste texto distingue angústia, dor e luto. Deteremo-nos nesta parte por ele tratar especificamente da dor. Freud (1926/1996) procura diferenciar os três elementos tendo como referencial a perda do objeto amado e questiona como, quando um objeto é perdido, cada uma das reações é produzida. Nesse cenário, tenta delimitar esses três termos da seguinte maneira: a dor como reação real à perda do objeto, a angústia como reação ao perigo que essa perda acarreta e o luto quando há perda real do objeto.

Como trabalharemos no capítulo seguinte a dor do luto, iremos nos dedicar a diferenciar, neste momento, angústia e dor a partir das indicações freudianas. Tal empreendimento está longe de ser fácil, uma vez que em diversos pontos dor e angústia se aproximam e podem até mesmo se confundir, mas um não é o outro. “A dor pode se confundir com a angústia, mas ela não é angústia”, pontua Aubert (2017, p. 183). As aproximações entre os dois pode ser vista na própria obra de

Freud (1926/1996, p. 131), quando ele afirma que “a angústia então, é, em primeiro lugar, algo que se sente” e a dor, tal como a angústia, também é sentida no corpo. Esse sentir a angústia no corpo é retratado nos escritos iniciais freudianos, quando a angústia foi descrita a partir da sua relação com a sexualidade. Freud (1894/1996) a considerava “uma acumulação física de excitação – isto é, uma acumulação de tensão sexual física. A acumulação ocorre como consequência de ter sido evitada a descarga” (p. 237) e enfatizava que na angústia se tratava de uma tensão física “que não consegue penetrar no âmbito psíquico e, portanto, permanece no trajeto físico” (p.240-241).

Assim, a angústia se faz acompanhar de sensações físicas mais ou menos definidas que podem ser localizadas em órgãos específicos do corpo, como o coração e os órgãos respiratórios. Desta forma, na primeira teorização sobre a angústia, ela era descrita como fruto de uma acumulação sexual física de excitação decorrente da evitação da descarga da energia. A tensão interna crescia, mas ela só era percebida quando atingia determinado limiar. Quando esse limiar fosse atingido, a energia sexual conseguiria entrar em contato com um grupo de representações e alcançar uma significação psíquica. Caso não isso não ocorresse, ou seja, na ausência de uma reação específica capaz de efetuar a descarga necessária para diminuir a tensão, esta aumentava desmedidamente e tornava-se uma perturbação. Por causa do desenvolvimento insuficiente da sexualidade psíquica ou devido ao processo de defesa, a tensão sexual se transformava em angústia. A angústia, contudo, é necessário esclarecer, não é propriamente a acumulação em si, ela emerge por meio da transformação da tensão sexual acumulada.

Diante disso, podemos perceber que, nos primórdios da teoria psicanalítica e do ponto de vista econômico, angústia e dor são caracterizados por um excesso, o que aponta para uma proximidade entre as duas. A angústia diz respeito a um aumento da tensão sexual que não pode ser descarregada e somente quando ela atinge um limiar será possível ser percebida. Também a dor, como vimos, é descrita nessa época como um excesso que rompe com as barreiras de proteção do aparelho psíquico, dando origem à experiência de dor.

Entretanto, como afirmamos anteriormente, apesar das aproximações entre angústia e dor, elas são distintas. Em *Inibição, Sintoma e Angústia*, Freud (1926/1996) tenta diferenciá-las. Contudo, antes de se dedicar a isso, ele altera a teoria da angústia. Se em um primeiro momento a angústia era definida como uma

decorrência da transformação da energia sexual acumulada, a clínica dos combatentes da guerra serviu de solo para uma série de reformulações na teoria psicanalítica, inclusive sobre a angústia. Esta passa a ser definida como “uma reação a uma situação de perigo” (FREUD, 1926/1996, p. 128). Ela é remediada pelo eu, que faz algo a fim de evitar essa situação ou para afastar-se dela, pois o eu torna-se a sede real da angústia. Assim, “a angústia é um estado afetivo e, como tal, só pode ser sentida pelo eu” (FREUD, 1926/1996). Mas qual seria o perigo que a angústia sinaliza ao eu? Ele defende que há algumas possibilidades: o perigo do desamparo psíquico quando o eu do sujeito ainda é imaturo; o perigo da perda do objeto até a primeira infância, quando o sujeito se acha na dependência de outros; o perigo de castração até a fase fálica; e o medo do supereu até o período de latência. Todas essas situações podem ser determinantes da angústia e existir lado a lado.

Apesar de enumerar possíveis fontes de perigo, Freud reconhece que, em última instância, o que está em jogo é a ameaça de castração. O perigo consiste, portanto, no perigo de castração, que assume a face de uma reação diante de uma perda, uma separação. Após a descrição da segunda teoria da angústia, Freud (1926/1996) distingue angústia e dor a partir da ideia de que a dor é a reação real à perda do objeto e a angústia é uma reação ao perigo que essa perda acarreta. Dessa forma, ele separa a angústia da dor situando-a em uma escala em que o grau de elaboração psíquica vai crescendo, da reação à ausência do objeto ao risco de sua perda. A especificidade da dor reside na percepção da ausência do objeto.

Entretanto, para Pontalis (2005), e concordamos com o autor, as formulações freudianas dificultam diferenciar angústia e dor. Primeiramente, as condições econômicas são as mesmas na angústia e na dor, uma vez que elas são sempre um excesso — como acúmulo de excitação (angústia) ou como alto grau de excitação do aparelho psíquico e rompimento das barreira de proteção (dor). Além disso, posteriormente, ao tomar angústia e dor tendo como baliza da perda do objeto, a dificuldade novamente se impõe pois, enquanto a dor seria a reação à própria perda do objeto, a angústia seria uma reação ao perigo dessa perda.

Apesar da íntima relação e referência entre dor e angústia, precisamos marcar que uma não equivale à outra. Para Aubert (2017), o ponto de diferenciação entre as duas está no fato de que a dor possui uma qualidade ligada ao sobreinvestimento ou ao contrainvestimento. Na dor, há uma imobilização temporal, um sentimento de

que ela não passará e de que é sem fim; não há o tempo de espera presente na angústia. Para Pontalis (2005), a diferenciação está no fato de a dor ocupar o terreno até modificar toda a geografia corporal e se revelar como desconhecida. E por isso afirma: “tenho angústia, sou dor” (PONTALIS, 2005, p.271).

Portanto, apesar das semelhanças que encontramos entre angústia e dor, acreditamos ser importante marcar, por mais nebuloso que seja, a distinção entre elas. Enquanto Freud se esforça para fazer essa distinção tendo como baliza a perda do objeto, a angústia, sendo uma reação à ameaça de perda do objeto, e a dor, sendo uma reação real a essa perda, Aubert (2017) procura uma diferenciação por meio de outro recurso, o da temporalidade. Na visão da autora, enquanto a dor remete a um tempo sem fim, a angústia diz respeito a um tempo de espera. Pontalis (2005), por sua vez, menciona o caráter expansivo e difuso que a dor pode assumir, ocupando todo o corpo e o ser do sujeito, de maneira distinta da angústia, que emerge pontualmente.

Como expusemos de início deste capítulo, a obra freudiana constitui a última formulação do autor sobre a dor, mas possui um caráter inacabado e impele a mais estudos. Dedicaremos-nos ao aprofundamento das modalidades de dor nos dois capítulos seguintes.

## 5 Modalidades da dor

Se no capítulo anterior percorremos as indicações freudianas sobre a dor, neste nos dedicaremos especificamente a quatro modalidades: a dor como sintoma; a dor crônica; a dor do luto; e a dor de existir presente na melancolia.

### 5.1 A dor de Elisabeth Von R.: sintoma

Numa de suas primeiras obras, Freud (1895/1996b) descreveu o caso da jovem Elisabeth Von R., que sofria de dores nas pernas e tinha dificuldades para andar. Após chegar à conclusão de que se tratava de um caso de histeria — veremos a justificativa para o diagnóstico mais adiante —, o autor relata o caso. Elisabeth era a mais jovem de três filhas. Era muito apegada aos pais e principalmente ao pai, que costumava dizer que ela era como um filho para ele ou como um amigo com quem podia trocar ideias. Elisabeth se sentia muito descontente por ser mulher, pois tinha planos ambiciosos, queria estudar, por exemplo, e ficava indignada com a ideia de ter que sacrificar seus desejos e sua liberdade para se dedicar a um casamento, como faziam as mulheres daquela época.

Durante um tempo, Elisabeth desfrutou de uma vida que considerava completa e alegre em seu círculo familiar. Porém, uma notícia devastou a felicidade da família. Seu pai ocultara uma afecção crônica do coração e um dia foi levado inconsciente para casa, quadro decorrente de um edema pulmonar. A partir de então, Elisabeth assumiu o papel de cuidadora do pai. A jovem relatou que foi nesse momento que as dores começaram, mas passaram rapidamente e não lhe causaram qualquer inquietação. Dois anos após o falecimento do pai, voltou a senti-las e, desta vez, o acometimento foi mais grave e a impossibilitou de andar.

Passado um ano do falecimento do patriarca da família, a irmã mais velha de Elisabeth casou-se com um homem que era descrito como sendo bem sucedido e dinâmico. Para a jovem, ele demonstrou falta de consideração com a mãe dela porque o casal mudou para uma cidade distante, afastando-se do restante da família. Nessa ocasião, Elisabeth “sentiu de maneira intensa seu desamparo, sua incapacidade de proporcionar à mãe um substituto pela felicidade que perdera e a

impossibilidade de levar a cabo a intenção que tivera quando da morte do pai” (FREUD, 1895/1996b, p. 167). Tempos depois, a outra irmã também se casou. Mas este matrimônio pareceu prometer um futuro mais brilhante para a família, a ponto de conseguir reconciliar Elisabeth com a ideia do casamento e com os sacrifícios que este poderia implicar.

Apesar da alegria com o casamento da irmã, uma nova dificuldade acometeu a família. A mãe apresentou um problema de vista e precisou operar. Mais uma vez, Elisabeth se dedicou aos cuidados, desta vez, da mãe.

Durante as férias de verão, a família esperava que Elisabeth se recuperasse inteiramente dos pesares e temores que sofria desde a morte do pai. Contudo, foi justamente nessa época que as dores e a fraqueza locomotora recomeçaram. E, desde então, Elisabeth tornou-se a inválida da família.

Uma nova preocupação surgira. A segunda irmã ficara grávida, mas estava com seu estado de saúde comprometido. A família se dirigiu à cidade onde a irmã estava e durante a viagem Elisabeth foi atormentada por dores e sombrias expectativas. Chegaram tarde, a irmã tinha falecido. Elisabeth sofreu não somente com a perda dessa irmã, mas também com os pensamentos de que quando há condições (raras, segundo ela) para um casamento feliz, a felicidade chega ao fim. As mudanças que a perda acarretou também a infligiam. Mais uma vez, viu o colapso de tudo aquilo que desejara à mãe: a felicidade restituída.

Freud (1895/1996b), por um lado, comenta que não há como não se solidarizar com a paciente, mas, por outro, o que é possível dizer dessa história de sofrimento, de suas relações com a dolorosa fraqueza locomotora e com os traumas psíquicos? Para chegarmos a esse ponto, primeiramente precisamos compreender o diagnóstico de Freud sobre Elisabeth. Ou seja, o que o levou a acreditar que seria um quadro de histeria?

Elisabeth andava com a parte superior do corpo inclinada para frente, mas sem usar um apoio. Ela se queixava de grande dor ao se locomover e de se cansar rapidamente. Quando descansava, as dores apenas diminuía, não eram eliminadas. O foco das dores localizava-se na superfície anterior da coxa direita, de onde irradiavam com mais frequência e atingiam sua maior intensidade. Como não havia outros sintomas, Freud (1895/1996b) não suspeitava da presença de qualquer afecção orgânica grave. Tratava-se de um quadro de histeria devido à indefinição de todas as descrições sobre as dores feitas pela paciente. Freud (1895/1996b) apoiou-

se na hipótese de que uma pessoa que sofre com dor orgânica irá descrevê-la de forma definida e calma. Além disso, para chegar ao diagnóstico de histeria, Freud precisou primeiramente diferenciá-la da hipocondria, uma vez que os dois quadros podem se assemelhar, pela ausência da causa orgânica da dor.

Acompanhando a trilha de Freud, de um lado é possível colocar histeria e hipocondria, por não apresentarem lesões ou doenças que justifiquem a dor, e, de outro, as habituais dores orgânicas. Nestas, o paciente apresenta uma consciência de seu problema, o que transparece em sua descrição. Por mais que sua narrativa possa ser confusa, ela ainda assim instrui sobre a natureza da perturbação. A definição do local serve de material para investigar a causa das dores, enquanto a linguagem tem a função de descrever as sensações e fornecer as informações necessárias para o médico chegar a um diagnóstico. Já na histeria e na hipocondria, diferente da dor orgânica, o corpo comparece como pretexto para a linguagem. Em ambas, a linguagem se corporifica e não é apenas instrumento de comunicação. Entretanto, esse corpo pretexto presente na hipocondria é diferente na histeria (DAVID-MÉNARD, 2000).

O caso de Elisabeth não parecia ser um quadro hipocondríaco e sim de histeria. Neste, a linguagem não tem por função imprimir uma profundidade indizível, como ocorre na hipocondria, mas permanece no corpo como cena do sofrimento. A linguagem utiliza o corpo como palco para seu sofrimento e há uma condensação em uma parte do corpo, onde as palavras produzem um a mais de significação. A conversão somática característica da histeria — cujo mecanismo veremos mais à frente — manifesta, dessa forma, um excesso de simbolização. O significante se anexa ao corpo retirando-o de sua função orgânica e um excesso de sexualização se produz, de modo que os órgãos ou partes dos corpos que foram anexados pelo sintoma são conduzidos a desempenhar um papel de zona erógena para o qual não foram destinados *a priori*. Dessa forma, na histeria, a função orgânica do corpo está assujeitada ao processo significante (ANDRÉ, 1987; DAVID-MÉNARD, 2000).

Diferentemente da histeria, na descrição da dor na hipocondria, o paciente demonstra claramente como um afeto angustiante está incidindo: suas feições se contraem e se deformam. O hipocondríaco rejeita qualquer descrição de suas dores proposta pelo médico, de modo que parece que a linguagem é pobre demais para que ele encontre palavras para descrever suas sensações, sendo impossível fazer uma descrição completa. Por esse motivo, não se cansa de acrescentar

detalhes e, quando para, tem a impressão de que não conseguiu se fazer entender pelo médico. Se por um lado há uma abundância de descrição e objetivação na hipocondria, por outro, a linguagem se mostra insuficiente para descrever o que o paciente está sentindo. Diferente da histeria, em que encontramos um a mais de significação, a hipocondria se expressa por uma ausência de simbolização (faltam palavras para descrever sua dor, que escapa à língua) e por uma falta de sexualização. As queixas hipocondríacas encontram no corpo um impossível de simbolizar e sexualizar. Haveria, nesse sentido, uma falta de significante capaz de nomear o sofrimento, de modo que o sujeito não consegue projetá-la sobre a superfície da imagem corporal. O hipocondríaco se agarra firmemente à existência desse ponto do corpo não simbolizável, ao passo que a histeria se entrega a uma simbolização desenfreada (André, 1987; David-Ménard, 2000).

Posto isso, outro fator que contribuiu para que Freud (1895/1996b) chegasse à conclusão de que se tratava de um caso de histeria foi o fato de Elisabeth, quando estimulada na região dolorida, fazer uma feição mais próxima do prazer do que da dor, diferentemente do que ocorre com um paciente com dor orgânica ou com hipocondria. Assim, o caráter erógeno da região dolorosa permitiu que Freud traçasse uma diferenciação entre o sintoma orgânico, o histérico e o hipocondríaco, pois ao excitar a zona dolorida nesses casos três reações diferentes são ocasionadas. Enquanto na dor orgânica e na hipocondria haveria a expressão de um mal-estar, na histeria haveria manifestação de uma satisfação.

Isso permite conceber que, na histeria, a zona dolorosa é descrita como uma zona histerogênica, ou seja, é uma zona erógena e o exame médico parece ser uma carícia para fazer a paciente gozar. A histeria considera os órgãos no sentido popular, de modo que qualquer parte orgânica do corpo pode desempenhar, pela incidência da linguagem, a função de uma zona erógena, ou seja, ser o lugar de realização de um prazer ligado a uma constelação significante. Assim, as zonas erógenas e histerogênicas apresentam as mesmas características e estão associadas. A satisfação encontrada em Elisabeth não é apenas fruto da sensação corporal em si, ela é causada também pelo conteúdo dos pensamentos que se situam nos bastidores da dor e que são reativos pela excitação das zonas corporais a eles associadas (ANDRÉ, 1987; DAVID-MÉNARD, 2000). Com isso, Freud enuncia que a sensação de prazer não pode ser definida apenas no registro da psicofisiologia. O sexual não pode ser exibido como relação específica entre o

estímulo e uma sensação, ou seja, não é uma montagem física. A sexualidade diz respeito, portanto, à relação da rede significante com um corpo (DAVID-MÉNARD, 2000).

Após traçar essas diferenciações importantes entre dor orgânica, histeria e hipocondria, Freud (1895/1996b) concluiu que o caso de Elisabeth configurava uma histeria. Em seu estudo, constatou que nas neuroses histéricas há uma ligação íntima entre a história dos sofrimentos do paciente e seus sintomas. Assim, para Freud, qualquer pessoa que se dedique aos cuidados dos outros e, em prol disso, suprima suas próprias emoções, acumula uma série de cargas afetivas e está criando uma “histeria de retenção” (FREUD, 1895/1996b, p. 185). Quando se nega a saída da excitação ou esse afeto não pode ser descarregado adequadamente, a energia retida se converte em um fenômeno somático. Todo o grupo de fenômenos histéricos que assim se originam é denominado por Freud (1895/1996b) de “fenômenos histéricos de retenção” (p. 185).

Sobre isso, consideramos importante agora destacar o papel da etiologia da histeria. Freud (1895/1996b) explica que na grande maioria dos casos de histeria não é possível estabelecer o ponto de origem do sintoma com uma simples interrogação ao paciente. Isso ocorre porque o que está em questão é, muitas vezes, alguma experiência que o paciente é incapaz de recordar, não sendo possível estabelecer uma conexão causal entre o evento desencadeador e o fenômeno patológico. Este quadro leva Freud (1895/1996b) a supor que as causas desencadeadoras de um sintoma histórico são os traumas psíquicos. Qualquer experiência que possa evocar esses afetos aflitivos, como a dor, pode atuar como trauma. Por esta razão, Freud (1895/1996b) aproxima a histeria da neurose traumática, descrevendo-a como histeria traumática. As causas da histeria exercem um efeito traumático por adição e constituem um conjunto por serem componentes de uma mesma história de sofrimento. O trauma psíquico age como um corpo estranho, que mantém seus efeitos.

A partir disso, Freud (1895/1996b) afirma que os histéricos sofrem de reminiscências, ou seja, sofrem por uma representação que não pode ser lembrada e carrega uma grande carga de afeto. Essas lembranças penosas são traumas que não foram ab-reagidos. As representações se tornaram patológicas porque lhe foram negados os processos normais de ab-reação e elas permanecem como um corpo estranho.

Com intuito de resolver o enigma das dores de Elisabeth, Freud (1895/1996b) questiona qual foi a impressão psíquica vinculada à primeira emergência de dores nas pernas. A jovem lembrou-se de uma noite em que seu namorado a acompanhara até em casa depois de uma festa e dos sentimentos com que voltara para cuidar do pai. Essa noite havia sido o *clímax* dos sentimentos dela pelo rapaz. Porém, ao chegar em casa, constatou que seu pai havia piorado e se recriminou amargamente por ter sacrificado tanto tempo à diversão.

Enquanto cuidava do pai, Elisabeth desenvolveu pela primeira vez um sintoma histérico: uma dor na coxa direita. Esse sintoma era fruto do conflito entre as ideias de dever cuidar do seu pai enfermo e o desejo erótico pelo namorado. Sob a pressão de intensas autocensuras, ela decidiu cuidar de seu pai, o que provocou a dor histérica, relata Freud (1895/1996b).

A descoberta da primeira conversão abriu um segundo período, muito fecundo para o tratamento. A paciente anunciou que sabia por que as dores sempre irradiavam daquela região específica da coxa direita e atingiam ali sua maior intensidade, pois era nesse lugar que seu pai costumava apoiar a perna todas as manhãs, enquanto ela renovava sua atadura. Freud (1895/1996b) também notara que a perna direita doía quando o relato da paciente era sobre os cuidados dedicados ao pai enfermo ou sobre suas relações com o namorado. E a perna esquerda doía quando a lembrança relacionada à irmã morta ou aos dois cunhados vinha à tona.

Freud (1895/1996b), então, insiste na questão de quais foram as causas e as circunstâncias da aparição das dores. Elisabeth se lembrou de como se sentira nas férias de verão, como estava esgotada após a preocupação com a visão da mãe e os cuidados prestados a ela e de como perdeu a esperança de ter alguma felicidade na vida ou realizar alguma coisa. Até aquel momento, ela se julgara forte o bastante para prescindir de um homem, mas havia sido dominada pelo sentimento de fraqueza como mulher e por um anseio de amor. Nesse estado de espírito, ela foi profundamente afetada pelo casamento feliz da segunda irmã. Dias depois, veio a cena em que ela se sentara no banco de pedra e sonhara em desfrutar de uma felicidade como a da irmã. Sentiu dor ao levantar-se, mas passou. Foi à tarde que as dores irromperam e ela nunca mais se livrou delas. Quando a irmã caiu enferma, lembrou que o cunhado não estava lá para recebê-las e que ficara em pé olhando a irmã morta. Naquele momento de terrível certeza de que a irmã estava

morta e no qual não foi possível se despedir, outro pensamento atravessou a mente de Elisabeth: agora o cunhado estava livre e ela poderia ser sua esposa. Aqui está a chave que Freud (1895/1996b) procurara, a causa das dores de Elisabeth.

Desta vez, uma nova causa emergiu para seus sintomas: o conflito entre suas inclinações para com o cunhado e o amor pela irmã. A ligação desse estado com seus sentimentos eróticos com o cunhado e suas dores possibilitou compreender a formação do sintoma histérico através do mecanismo de conversão. A conversão histérica, presente em Elisabeth, diz respeito a uma transformação que teve a vantagem de livrar a consciência de uma representação intolerável, embora tenha custado a divisão da consciência e uma doença física, as dores. Ou seja, em “lugar das dores mentais que ela evitou, surgiram as dores físicas” (FREUD, 1895/1996b, p. 188).

O mecanismo de formação do sintoma conversivo histérico era que a representação incompatível consistia na exclusão da consciência juntamente com as demais associadas e a formação um grupo psíquico separado. Nesse momento, ocorre a conversão, cujo resultado é a divisão da consciência e o sintoma histérico. Freud (1895/1996b) questionou ainda o que se transforma em dor física. A resposta cautelosa encontrada é que algo talvez precisasse ter sido transformado em dor mental. Assim, a carga de afetos ligados à representação incompatível dos sentimentos eróticos relacionados ao seu cunhado permanece inconsciente e é convertida em fenômenos somáticos — a dor.

Continuando sua investigação, Freud (1895/1996b) indagou Elisabeth sobre os momentos em que ela sentiu dor ao andar, ao ficar de pé e ao deitar. A paciente lembrou que estava de pé junto à porta quando o pai foi levado para casa após o ataque cardíaco e, com o susto, paralisou, como se tivesse raízes. Também estava de pé, parecendo enfeitiçada, junto ao leito de morte da irmã. Além disso, narrou outros episódios em que sua locomoção ficara impedida. Sobre isso, Elisabeth relatou um passeio com amigos — a mãe ficara em casa, e a irmã mais velha fora embora. A segunda irmã passara mal, mas não quis estragar o passeio de Elisabeth. O cunhado disse que ficaria com a esposa, mas depois decidiu ir com Elisabeth ao passeio. A jovem lembrou-se de ter se sentido muito cansada e uma dor violenta na volta para casa. Quando perguntada o que poderia ter provocado a dor durante a caminhada, a paciente responde que o contraste entre sua própria solidão e a felicidade conjugal da irmã enferma fora doloroso para ela.

Também narrou que sentia dores ao sentar e lembrou-se de uma ocasião em que se sentou em um banco de pedra e ficara pensando sobre a sua solidão e os destinos de sua família. Nesse momento, confessou o desejo intenso de ser tão feliz quanto a irmã. As dores ao andar ou ficar em pé aliviavam quando ela se deitava, mas passaram a se relacionar ao ato de deitar, quando, indo visitar a irmã enferma, ficara atormentada, estendida e insone no vagão do trem. Por muito tempo, deitar-se foi mais doloroso do que andar ou ficar em pé.

O mais importante, contudo, é que Elisabeth encerrou sua descrição dessa série de episódios com a queixa de que eles haviam “tornado doloroso o fato de ficar sozinha” (FREUD, 1895/1996b, p. 176). Somado a isso, a jovem constatara uma série de tentativas mal sucedidas de estabelecer uma nova vida para sua família. Ela nunca cansou de repetir que o que era “doloroso nelas tinha sido seu sentimento de desamparo, o sentimento de que não podia ‘dar um único passo a frente’” (FREUD, 1895/1996b, p. 176). A interpretação freudiana foi que a paciente procurara uma expressão simbólica para seus sentimentos dolorosos e que encontrou intensificação de seu sofrimento.

Notamos, com essa série de relatos da vida de Elisabeth que, na histeria, a função orgânica encontra-se assujeitada ao processo significante, isto é, “quando alguma coisa ‘não anda’ ao nível do pensamento inconsciente, o sujeito não consegue mais dar um passo com suas pernas” (ANDRÉ, 1987, p. 134). Com essa constatação, durante o tratamento, “suas pernas doloridas começaram a ‘participar da conversa’ durante nossas sessões de análise” (FREUD, 1895/1996b, p. 173). As dores passaram a servir de bússola para o tratamento. Quando a jovem parava de falar, mas admitia ainda estar sentindo dor, Freud sabia que ela ainda não havia lhe contado tudo e insistia para que continuasse sua história “até que a dor se esgotasse pela fala” (FREUD, 1895/1996b, p. 173).

Para Freud (1895/1996b), a dor somática não foi criada pela neurose, mas apenas aumentada e mantida por ela. Havia uma base orgânica no primeiro acesso de dor de Elisabeth, que ocorreu antes, quando ela cuidava do pai. Essa dor, que era reumática em sua origem, tornou-se símbolo mnêmico das excitações psíquicas penosas da paciente. Elisabeth criou ou aumentou o distúrbio funcional por meio de uma simbolização para sua falta de uma posição independente e sua incapacidade de fazer qualquer alteração em suas circunstâncias de vida, o que pode ser ouvido com as expressões de que “não sou capaz de dar um único passo

a frente” e “não ter nada em que se apoiar” (FREUD, 1895/1996b, p. 197). Essas falas serviram de ponte para o novo ato de conversão.

O conflito entre a inclinação de Elisabeth com relação ao cunhado e o desejo de morte da irmã explicava a razão pela qual uma dor psíquica se transformara em uma dor física. A conversão é a transformação desse conflito psíquico em uma expressão corporal; no caso de Elisabeth, a dor. Assim, ao evocar o psiquismo em termos de carga afetiva, pode-se, então, conceber que a energia de afeto se transforma em inervação somática e pode produzir uma inibição das funções locomotoras (DAVID-MÉNARD, 2000).

A formação do sintoma histérico por meio da conversão é explicitada por Freud em *A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão* (1910/1996), quinze anos depois do caso Elisabeth. Sobre a cegueira histérica, diz ele, “a ideia é tão poderosa que se converte em realidade” (FREUD, 1910/1996, p. 221). Como isto, porém, acontece? Suas experiências lhe mostraram que, na histeria, as pessoas não ficavam totalmente cegas, pois só não viam conscientemente, permanecendo intacta a visão inconsciente. Isso atestaria uma dissociação entre os processos inconscientes e os conscientes, de modo que o fenômeno de não ver seria uma expressão sintomática e não a causa.

Nesse ensaio, o destaque dado à etiologia do sintoma histérico coloca em relevo o conflito entre a pulsão e o recalque. As pulsões quase nunca são compatíveis entre si e seus interesses entram em conflito. É importante situar que as formulações freudianas encontram-se, neste ponto, circunscritas ao enquadramento teórico da primeira tópica do aparelho psíquico e, por essa razão, o conflito pulsional é entendido como resultado do antagonismo entre as pulsões sexuais e de autoconservação (do eu). O sexual, aqui, é colocado como uma espécie de ameaça ao eu, que reage por meio dos recalques. No entanto, estes nem sempre obtêm o resultado esperado e dão origem às formações substitutas: os sintomas neuróticos. Freud (1910/1996) explica que tanto as pulsões sexuais quanto as do eu teriam os mesmos órgãos ou sistema de órgãos a sua disposição, e, quanto mais estreita a relação de um órgão com uma pulsão, mais ele se retrai das demais pulsões. Retomando o exemplo da cegueira, ele afirma que, se a pulsão sexual se apropria do olhar, entra em operação ao mesmo tempo a ação defensiva da pulsão do eu, de maneira que as ideias por meio das quais seus desejos se expressam sucumbem ao recalque e são impedidas de se tornarem

conscientes. Neste caso, ocorre uma perturbação geral da relação do olho com o ato de ver ligado ao eu e à consciência. O eu perderia o domínio sobre o órgão, que ficaria à mercê da pulsão sexual recalcada. É como se o mecanismo do recalque tivesse sido exagerado e o eu se recusasse a ver qualquer outra coisa, agora que a volição sexual tornou-se predominante. A pulsão que foi recalcada vinga-se por ter sido impedida de maior expansão psíquica, tornando-se capaz, portanto, de ampliar seu domínio sobre o órgão que está a seu serviço. Esta parte constitucional da disposição para adoecer é o fator que, quando aplicado à histeria, Freud nomeou de conversão somática.

A conversão somática se apropria do corpo do sujeito, atingindo membros, órgãos ou vísceras, a partir de uma linguagem cifrada que sustenta o sintoma. O que caracterizaria os sintomas de conversão seria, assim, seu caráter altamente simbólico, uma vez que aqueles se utilizam do corpo para exprimir significações inconscientes. Os sintomas histéricos assumem uma dimensão simbólica que toma vida na palavra da histeria. Desta forma, o sintoma insere-se no registro simbólico, sendo estruturado como linguagem e participando das suas leis. Assim, configura-se como uma das formações do inconsciente, passível, portanto, de decifração (WINOGRAD; MENDES, 2009).

Voltando ao caso de Elisabeth, sua dor histórica, como qualquer estrutura significante, tem uma dupla face. A dor histórica não é uma idealidade matemática, mas o elemento material de uma linguagem na qual suporta outro tipo de realidade, o qual Freud designa como ambíguo quando ele descreve a zona histerogênica. A ambiguidade do corpo e a dupla face da dor referem-se à capacidade de a histeria tomar o corpo não apenas em seu viés biológico, mas pelo seu viés significante (DAVID-MÉNARD, 2000).

Nesse sentido, acreditamos ser pertinente marcar que, apesar de Freud situar o corpo da histeria como atravessado pela linguagem, de modo que o sintoma conversivo aparece como metáfora do sofrimento, ele também reconhece no caso Elisabeth que esse sintoma teria se apoiado em uma dor reumática originária. Tal constatação nos direcionou a diferenciar a conversão somática e a complacência somática. Assim, o distúrbio orgânico foi o modelo copiado no sintoma de Elisabeth e demonstra a característica de um sintoma conversivo típico da histeria: sujeitar a função orgânica ao processo significante. Seria esse então um processo de conversão ou de complacência?

A noção de complacência frequentemente é tomada como sinônimo de conversão somática, apesar da distinção que pode ser percebida entre as duas. Segundo Laplanche e Pontalis (2001), a primeira vez que Freud fala de complacência somática foi no caso Dora, com a finalidade de assinalar que no sintoma histérico há a contribuição concomitante tanto da origem psíquica como da somática.

A expressão complacência somática se refere à escolha da neurose histérica e a escolha do órgão ou do aparelho corporal sobre o qual se dá a conversão. O corpo ou um órgão específico facilitaria a expressão simbólica do conflito inconsciente. Todo sintoma histérico requer a participação de ambos, não podendo ocorrer sem a presença de certa complacência somática fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou a ele relacionado. Portanto, para Freud, esta complacência somática proporciona aos processos psíquicos inconscientes uma saída corporal (CERCHIARI, 2000).

Tal noção transcende, contudo, o campo da histeria, uma vez que uma doença somática pode servir também como via para a expressão do conflito inconsciente. A expressão complacência somática alude não apenas à escolha de um determinado órgão do corpo como fonte de sintoma, mas ao fato de se escolher o próprio corpo como meio de expressão (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). A complacência somática demonstra que cada corpo, em sua constituição biológica e orgânica, apresenta pontos de vulnerabilidade por meio dos quais os processos psíquicos podem se manifestar. Parte do corpo ou um órgão específico facilitam a expressão simbólica do conflito psíquico. Na histeria, “ainda que os sintomas históricos corporais manifestem, representem e expressem processos psíquicos, eles também são expressão de aspectos físicos, biológicos ou orgânicos do corpo no qual se apresentam” (WINOGRAD; MENDES, 2009, p. 220).

David-Ménard (2000) assinala que a complacência somática é decorrente da primeira teoria freudiana sobre a histeria. Nesse momento, a interpretação da origem do sintoma histérico a partir de um fundamento orgânico introduz um obstáculo epistemológico, “pois o corpo erógeno não é o corpo orgânico e ele não pode ser definido a partir desse modelo” (p. 70). Essa teorização viria tentar estabelecer uma relação entre o corpo falante e o corpo fisiológico. Porém, ao fazer isso ela se revelaria inconsistente, pois restringe o entendimento apenas ao fenômeno, na opinião da autora, por indicar uma passagem dos conteúdos

psíquicos para o registro das inervações somáticas, enfatizando uma separação entre o psiquismo e a fisiologia. Para a psicanalista, Freud estaria aqui articulando um modo da conversão histérica — a conversão associativa, que separa o psíquico do corpo. Essa dicotomia será desfeita com a descrição de outra modalidade de conversão, a simbolizante, que, por se constituir das fantasias que se traduzem em linguagem motora, utiliza para sua descrição categorias que não separam o psíquico do somático. O que importa, nesta discussão, é o fato de o corpo erógeno questionar, diretamente, a fisiologia, já que não há, para a psicanálise, uma anterioridade do corpo fisiológico sobre o corpo erógeno. Ao contrário, o movimento da fantasia e do desejo teria, antes, a prerrogativa de se precipitar no corpo fisiológico.

## 5.2

### **Dor crônica: fibromialgia**

Aqui, com o intuito de trabalharmos a dor crônica, faremos um breve intervalo na discussão psicanalítica para nos determos na definição clássica que a medicina utiliza para essa qualidade de dor para, logo adiante, chegarmos a uma interseção entre os temas.

Primeiramente, acreditamos, por este capítulo se dedicar às modalidades de dor, ser relevante diferenciar brevemente a dor aguda da crônica. A dor aguda, na perspectiva médica, é uma modalidade sensorial associada à percepção de que a integridade do organismo encontra-se ameaçada. A dor é, em sua forma mais primitiva, um mecanismo de defesa útil à sobrevivência do ser. Uma vez cumprido o papel de defesa, é esperado que a dor aguda amenize e cesse por completo. Na dor crônica, entretanto, as circunstâncias são diferentes, já que o papel de defesa não é central ou não está mais operante. Isso porque um estímulo que persiste por pelo menos seis meses – tempo estabelecido para considerar a dor como crônica – já teria provocado uma lesão e porque a dor que persiste por um longo tempo é capaz de ativar mecanismos de autoperpetuação que vão se retroalimentando (FARIAS; SILVA, 2017). Assim, a dor crônica, além de não servir à função de defesa, torna-se um processo patológico em si porque os mecanismos de autoperpetuação podem não sofrer regressão espontânea a curto

ou médio prazo. Por esta razão, Farias e Silva (2017) denominam a dor crônica como “metástica” (p. 49).

Por diversos momentos, encontramos uma equivalência no vocabulário médico entre os termos dor crônica e fibromialgia. Isso ocorre porque, de acordo com a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2011), a fibromialgia é uma síndrome clínica expressa por uma dor no corpo de característica principalmente muscular. A dor é sentida “nos ossos” ou “na carne” ou ao redor das articulações. Apesar de apresentar outros sintomas relevantes, como fadiga, sono não reparador, alteração de memória, entre outros, sua característica mais importante é a dor difusa pelo corpo.

Apesar da apropriação da dor crônica pelo discurso médico sob a nomenclatura da fibromialgia, a psicanálise também tem se dedicado a pesquisá-la. Primeiramente, ressaltamos, com as indicações de Espinoza e Zanotti (2017) e Fernandes, Fares e França (2017), que a dor, principal sintoma da fibromialgia, possui um “caráter transclínico” (ESPINOZA; ZANOTTI, 2017, p. 98) ou ainda “manifestação transestrutural” (FERNANDES; FARES; FRANÇA, 2017, p. 361), não podendo ser restrita nem ao campo da neurose nem ao da psicose. Dessa forma, “a dor seria, então, um arranjo singular, um tratamento possível frente ao real” (ESPINOZA; ZANOTTI, 2017, p. 98). Como solução, a dor pode ter diferentes funções: um modo de gozo, uma mensagem a ser decifrada, uma nomeação, uma amarração, ou o que o sujeito falante puder inventar frente ao não simbolizável de sua vida. O desafio clínico é que, para cada sujeito, a dor tem uma função diferente e só a partir da singularidade de cada caso será possível traçar estratégias de tratamento do real que sejam menos “tóxicas para o corpo” (ESPINOZA; ZANOTTI, 2017, p. 98).

Esse breve preâmbulo se faz necessário para deixar claro que procuramos marcar que a dor crônica, para a psicanálise, pode exercer diversas funções para um determinado sujeito. Não nos arriscamos a circunscrevê-la em apenas um domínio *a priori* porque acreditamos que o que possibilita qualquer localização é a escuta clínica que o analista tem do relato do paciente sobre suas dores. Ou seja, o caráter crônico da dor poderá se apresentar como sintoma, fenômeno psicossomático ou acontecimento de corpo e isto diz respeito ao arranjo singular que cada sujeito pôde criar frente ao real, podendo somente ser recolhido por meio da escuta clínica.

Assim, a dor crônica se configura como um desafio tanto para o campo médico como para o psicanalítico. Por não apresentar causa orgânica que justifique o quadro e por muitas vezes ter uma intensidade maior do que a de uma dor aguda, a dor crônica assume o estatuto de enigma (ESPINOZA; ZANOTTI, 2017). Exploraremos adiante o fator crônico da dor para, então, apresentar as leituras que concebem a dor crônica como sintoma — mecanismo já descrito anteriormente e no qual não nos deteremos aqui — fenômeno psicossomático e como acontecimento de corpo. Neste sentido, apostamos que a dor crônica poderá assumir uma dessas três modalidades como sendo uma resposta do sujeito diante do real que lhe acomete.

### 5.2.1

#### A cronicidade da dor

Como exposto anteriormente, a dor crônica se contrapõe à aguda. Interessa agora mostrar como a psicanálise compreende o caráter crônico da dor. Acreditamos ser possível ler “cronicidade” como uma *insistência*, uma vez que ambas remetem a um tempo que não cessa. A tal marca, conforme propõem Santos e Rudge (2014), pode-se outorgar o caráter da repetição, o que Freud denominou em 1920 de “compulsão à repetição” (FREUD, 1920/1996; SANTOS; RUDGE, 2014). Assim, partiremos da importância de considerar o viés pulsional da dor, entendendo-a como uma compulsão à repetição (insistência) que se constitui como uma tentativa de ligação do excesso pulsional.

Nesta perspectiva, podemos conceber a dor crônica como um indicador da ameaça da proximidade do excesso pulsional. A pulsão, conceito fundamental da psicanálise, liga-se ao corpo por ser considerada por Freud (1915/1996) um conceito-limite entre o psíquico e o somático, sendo o representante psíquico dos estímulos do interior do corpo, que se apresentam como uma medida de exigência de trabalho imposta ao psiquismo pela sua relação com o corpo. É preciso considerar a pulsão não como força única, mas como um campo de forças e, ainda, como um confronto de forças que impele o psiquismo ao trabalho, este último se caracterizando sempre como uma tentativa de ligação. Assim, o circuito pulsional constantemente perturba e acossa o psiquismo, convocando-o a dar um destino para o excesso pulsional.

Com o avanço de seu trabalho clínico, Freud (1920/1996) se defrontou com a necessidade de construir um novo dualismo pulsional, reconhecendo no aparelho psíquico a presença de uma compulsão à repetição que não obedeceria ao princípio do prazer, conduzindo-o à formulação do além do princípio do prazer. O predicado de ser pulsional passa a se relacionar à compulsão e à repetição e, neste cenário conceitual, é elaborada a noção de pulsão de morte, não regulada nem pelo princípio do prazer nem pela autoconservação, mas pelo princípio de nirvana, o qual buscaria zerar o psiquismo de qualquer tensão: “parece, então, que uma pulsão é um impulso, inerente à vida orgânica, a restaurar um estado anterior de coisas, impulso que a entidade viva foi obrigada a abandonar sob a pressão de forças perturbadoras externas” (FREUD, 1920/1996, p. 47).

A instauração de um mais além do princípio do prazer é propriamente uma oposição ao princípio do prazer. O mais além se caracteriza por ser um princípio independente, consistindo em um mecanismo sem regulação: ou é excesso ou é descarga absoluta. Desta forma, reconhecemos na pulsão de morte um duplo movimento paradoxal. Se, por um lado, como excesso, a pulsão de morte força, pressiona, perturba o psiquismo, exigindo que ele trabalhe, por outro, ela se apresenta também como uma tendência à descarga total, absoluta, visando o retorno ao inanimado.

Portanto, entendemos a pulsão como sendo marcada por uma atividade, cabendo ao psiquismo a tarefa de captura e ligação da dispersão pulsional. Como nem a captura nem a ligação são processos totalizantes, o sujeito sempre terá que se haver com o excesso pulsional. O circuito pulsional perturba de forma constante o psiquismo (força), obrigando-o a se lançar na tarefa de encontrar um destino para o excesso pulsional (trabalho).

Em continuidade, Lacan (1964/2008) acentua que toda pulsão é uma pulsão de morte, o que introduz outro paradoxo: expressão da sexualidade do inconsciente — vida — e também presentificação da morte. Neste sentido, a pulsão, enquanto pulsão de morte, impõe-se ao psiquismo em uma exigência de satisfação mortífera e destruidora — satisfação plena em busca de zerar todas as tensões —, que, em sua face de compulsão à repetição, não cessa de não se escrever, deixando sempre um resto a simbolizar.

Nesse período, Freud (1920/1996) articula pulsão e trauma, de onde se desdobra a noção de compulsão à repetição. O traumático é definido como uma

ausência de ligação, sendo a compulsão à repetição uma tentativa de realizar a ligação cuja omissão fez surgir o trauma. Assim, um modo de automatismo estaria presente, a nosso ver, em tal estado agonizante, que seria, desta maneira, um modo de expressão do excesso que busca uma ligação pela manifestação da dor (MEDEIROS; FORTES, 2017).

Dessa forma, a dor crônica apresenta-se como um modo de expressão da insistência da pulsão de morte ao sujeito. A tarefa de elaboração consiste em ligar os excessos de excitação, seja por meio de uma descarga imediata e radical, seja por meio de uma tentativa de descarga mais gradual pelo trabalho de fazê-los representar (FORTES, 2012).

### **5.2.2 Sintoma ou fenômeno psicossomático?**

Após apresentarmos o caráter crônico da dor em uma leitura psicanalítica, agora, interessa-nos entrar no debate se a dor crônica seria uma manifestação da histeria na atualidade, ou se não, se poderíamos atribuí-la à nomeação de fenômeno psicossomático.

Nesse sentido, é importante destacar que a dor crônica é compreendida por alguns autores (SLOMPO; BERNARDINO, 2006) como uma das modalidades sintomáticas expressas pela histeria na contemporaneidade. Nesse viés, a aproximação entre sintoma conversivo histérico e fibromialgia seria decorrência da ausência de uma causalidade orgânica ou localização corporal precisa de uma lesão que justifique o quadro (SLOMPO; BERNARDINO, 2006; ESPINOZA; ZANOTTI, 2017). Slompo e Bernardino (2006) defendem que há uma coincidência entre a histeria e a fibromialgia, principalmente devido a dois pontos: a dificuldade em realizar o diagnóstico médico, já que esses sintomas não poderiam ser explicados fisiologicamente e a história de vida sofrida que expressa “sua dor particular” (SLOMPO; BERNARDINO, 2006, p. 272), sendo posta no corpo como dor física, tal como Freud descreveu no caso Elisabeth Von R., já explorado nesta pesquisa.

Porém, outros autores (NICOLAU, 2008; BESSET; GASPARD; DOUCET; VERAS; COHEN, 2010; MARBLÉ, 2011; ZANOTTI *et. al.*; 2013), não a concebem dessa maneira, uma vez que, diferentemente do mecanismo simbólico

presente no sintoma, a fibromialgia denunciaria uma dor corporal impossível de simbolizar. Dentro desta perspectiva, a fibromialgia poderia ser abordada como fenômeno psicossomático, em que a dor não se expressa pela via simbólica do sintoma, como ocorre na histeria. Na opinião de Espinoza e Zanotti (2017), categorizar a fibromialgia como um sintoma histérico, por ela se expressar no corpo e por haver ausência da causalidade orgânica, é um ato apressado.

Aprofundaremos aqui a proposta de pensar a dor crônica como fenômeno psicossomático. O termo psicossomática com a conotação que o compreendemos hoje foi criado pelo médico alemão Johann Christian August Heinroth, mas ganhou repercussão com as contribuições pioneiras de Franz Alexander e da Escola de Chicago. Para Alexander, o termo psicossomático deveria ser utilizado como método de abordagem, seja em pesquisa, seja em terapia. Em um sentido mais amplo, ele pode reportar-se tanto à origem psicológica de determinadas doenças orgânicas quanto às repercussões afetivas do estado de doença física no sujeito. Em sua conotação mais precisa, o termo circunscreve áreas específicas, quando se refere à medicina psicossomática ou doenças psicossomáticas (CERCHIARI, 2000).

Assim, o termo psicossomática tem sua origem no discurso médico, mas Freud nunca o mencionou. Lacan o toma para produzir uma subversão. Propõe o termo “fenômeno psicossomático” em vez de psicossomática e o situa como estando fora das construções neuróticas e sendo decorrência de um sem sentido que acomete o corpo, comportando um gozo específico.

No *Seminário 2, O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (1954-1955/1985), Lacan esclarece a diferença entre o sintoma neurótico e o fenômeno psicossomático. Para ele, o primeiro se situa a partir do narcisismo e o segundo, do autoerotismo. Nesta perspectiva, o sintoma estaria enquadrado pela estrutura narcísica e, como tal, estruturado na relação com outro, uma vez que o corpo e a constituição de uma imagem corporal é decorrência da dialética com o outro em sua imagem e semelhança. Já o fenômeno psicossomático, diferentemente, remeteria ao autoerotismo, o qual Lacan (1954-1955/1985) definiu como “uma massa de investimento de libido no interior do organismo” (p. 126). A partir dessas assertivas, percebemos que as reações psicossomáticas estão fora das construções sintomáticas neuróticas.

Avançando nas teorizações de Lacan, fica marcado que os sintomas neuróticos estão remetidos ao simbólico, enquanto os fenômenos psicossomáticos “estão no nível do real” (LACAN, 1954-1955/1985, p. 127). E por estar situado no real, o fenômeno psicossomático se configuraria, assim, como um limite à estrutura da linguagem. Este é outro ponto que nos permite situar o fenômeno psicossomático como diferente do sintoma. Contudo, mesmo não estando no simbólico como o sintoma, há no fenômeno psicossomático uma incorporação significativa, no sentido de uma impressão, uma certa fixação. Essa incorporação da linguagem no corpo produz um efeito preciso em que a libido se corporifica e produz um nó, um ponto de fixação (MILLER, 1990), característica do fenômeno psicossomático.

Em uma nova leitura, que permite avançar com relação à anterior, efetuada dez anos depois, no *Seminário 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan (1964-1965/2008) é categórico ao afirmar que o fenômeno psicossomático “não é algo significativo, mas que mesmo assim, só é concebível na medida em que a indução significativa, no nível do sujeito, se passou de maneira que não põe em jogo a afânise do sujeito” (p. 222). Para compreendermos melhor a proposta lacaniana, precisamos adentrar, mesmo que brevemente, na formulação sobre a afânise do sujeito.

O termo afânise, oriundo do grego, significa desaparecimento e foi cunhado pelo psicanalista e célebre biógrafo de Freud, Ernest Jones, que propõe a expressão *afânise* do desejo. Esse termo atraiu a atenção de Lacan, que fez outro uso da *afânise*, referindo-se ao desaparecimento do sujeito enquanto dividido, ao passo que Jones o usa para se referir ao desaparecimento concernente ao desejo (CHATELARD, 2001). Dessa forma, para Lacan, a afânise remete à constituição do sujeito, em sentido mais radical, para descrever o efeito de desaparecimento do sujeito, quando representado de um significante para outro (RINALDI; NICOLAU; PITANGA, 2013). Nas palavras de Lacan (1964-1965/1988, p. 203), afânise é o “*fading* do sujeito”.

A afânise aparece no *Seminário 11*, a partir da descrição das operações de alienação e separação, que dizem respeito à constituição subjetiva, no que ela é efeito da estrutura significativa. A operação de alienação, primeiro movimento de constituição subjetiva, faz com que o sujeito só apareça como divisão: ou ele aparece do lado do sentido, produzido pelo significante, ou como afânise. Para

explicar essa operação, Lacan (1964-1965/2008) menciona Hegel, que escreveu sobre a primeira alienação, a escravidão. O filósofo expõe que ao escravo é oferecida liberdade ou vida. Se ele escolhe a liberdade, imediatamente perde a vida, se opta pela vida, fica sem liberdade. A partir disso, Lacan (1964-1965/2008) ilustra a operação da alienação: “a bolsa ou a vida!” (p. 207); se o sujeito escolhe a bolsa, perde a bolsa e a vida, e se escolhe a vida, tem uma vida decepada, sem a bolsa. Se o sujeito escolhe pelo sentido dado pelo Outro, a ele escapa o não-senso e o ser do sujeito está excluído.

Assim, na alienação, há um primeiro acasalamento com o significante que permite ao sujeito aparecer primeiro no Outro, no qual ele representa o sujeito para outro significante, mas esse outro significante tem por efeito a afânise do sujeito. Em outras palavras, a partir do par mínimo da cadeia significante, S1-S2, S1 como sendo o primeiro significante do sujeito e S2 como o significante da resposta do Outro, é que se inaugura a função propriamente de significação da linguagem. É na medida em que o Outro pode receber o estado de urgência como um apelo, que o S2 lhe confere um valor significante que temos a operação de alienação. A operação de alienação, nesse sentido, diz respeito ao encontro do sujeito com o Outro, que lhe confere o lugar de efeito do significante (NASCIMENTO, 2010). No entanto, ao mesmo tempo em que se funda o sujeito, essa operação também o apaga (afânise). Na alienação, o sujeito aparece em algum lugar como sentido e ao mesmo tempo se manifesta como *fading*, como desaparecimento: “há, então, se assim podemos dizer, questão de vida e de morte, entre o significante unário e o sujeito enquanto significante binário, causa de seu desaparecimento” (LACAN, 1964-1965/2008, p. 213). Existe um fator letal na operação da alienação.

A chance que o sujeito tem de sobreviver a esse caráter letal da alienação é não se apagar completamente, ou seja, não escolher inteiramente a via do sentido, a via da alienação. Contudo, o paradoxo que podemos entrever é que se ele escolhesse outra via que não a da alienação, não poderia se constituir como sujeito e cairia no sem-sentido. Nisso consiste a condição do sujeito para psicanálise enquanto dividido, barrado: “o sujeito enquanto tal não se manifesta senão no intervalo de S1-S2, isto é, antes de o sentido se constituir, mas depois de um significante ter sido capturado” (NASCIMENTO, 2010, p. 4).

Pela operação da separação, o sujeito acha o “ponto fraco do casal primitivo da articulação significante” (LACAN, 1964-1965/2008, p. 213). Nesse ponto, há uma torção essencial. Lacan (1964-1965/2008) retoma a etimologia da palavra separar, que vem do latim *separare*, e disso, deriva *se parare*, *se parer*, *se parere*, que em todos os casos possui o valor de engendrar-se, pôr-se no mundo. Por meio da separação, o sujeito pode se engendrar no mundo, na medida em que o desejo do Outro pode ser apreendido pelo sujeito como aquilo que não cola, que marca as faltas do discurso do Outro. Uma falta engendrada pelo tempo precedente, alienação, serve para responder à falta suscitada pelo tempo seguinte, separação. Nesse intervalo, entre os significantes, está o desejo, ponto do qual o sujeito pode advir. Com efeito, as operações de alienação e separação elaboradas por Lacan demonstram que a articulação S1-S2 produz um sentido que gera a alienação, cujo desdobramento paradoxal reside ao mesmo tempo na constituição do sujeito, no que ele é efeito da cadeia significante, e na sua captura pela armadilha do sentido, onde ele é apagado. Se é possível uma separação na articulação entre S1 e S2, a consequência é obtenção do S1 sozinho e, como tal, fora da cadeia. Dessa forma, a diferença entre alienação e separação consiste em distinguir o S1 formando par com S2 (alienação) do S1 sozinho, efeito da separação. Em outras palavras, enquanto na alienação há a imersão do sujeito no Outro e o reconhecimento do seu desejo, na separação, o S1 sozinho tem valor da diferença fundamental, que tem como desdobramento a presença do sujeito em uma significação absoluta: “tu és isto”. Esta frase indica que seu sentido não está nas mãos do Outro e, com isso, revela o que é mais íntimo ao sujeito, sua verdade mais particular (NASCIMENTO, 2010).

Então, é partir das operações de alienação e separação que Lacan (1964-1965/2008) situa a afânise do sujeito do fenômeno psicossomático. Neste caso, o sujeito no fenômeno psicossomático retorna ao ponto inicial, que é o da falta de sua afânise. A ausência da afânise do sujeito implica não haver intervalo entre S1 e S2 (primeiro par de significantes), ficando estes significantes fundamentais holofroseados<sup>5</sup>. Lacan introduz esse termo para pensar que quando há a holófrase do par primordial de significantes (S1-S2), ou seja, quando não há intervalo entre eles, cria-se um impedimento do advento de um sujeito capaz de

---

<sup>5</sup> Em português, holófrase refere-se a um enunciado constituído de apenas uma palavra, que funciona como uma frase completa.

fazer uso da fala em nome próprio. Nesse sentido, o fenômeno psicossomático ocorre quando “não há intervalo entre S1 e S2, quando a primeira dupla de significante se solidifica, se holofraseia, temos o modelo de toda uma série de casos” (LACAN, 1964-1965/2008, p.231). Dessa forma, a holófrase se refere a um emassamento, gelificação, cristalização, colagem, em que o significante mestre (S1) não é substituído pelo significante da metáfora paterna (S2), permanecendo ambos colados. O efeito causado pela gelificação dos significantes é a impossibilidade de haver uma dialética entre os significantes que permita o surgimento do sujeito no intervalo entre eles (RINALDI; NICOLAU; PITANGA, 2013).

Assim, quando o primeiro par de significantes se solidifica, quando o intervalo entre S1 e S2 não aparece, quando ambos se holofraseiam, congelam-se, pode ocorrer o fenômeno psicossomático. E, se um significante é o que representa o sujeito para outro significante, na opinião de Nicolau (2008), pode até ser que nos fenômenos psicossomáticos o sujeito seja representado por um significante, mas talvez não para outro significante. Se o deslizamento do sujeito na cadeia não se cumpre, algo para, é gelificado, paralisado, faltando espaço para a emergência do sujeito. Sobre isso, Lacan (1964-1965/2008) conclui que “o sujeito tem que se libertar do efeito afanísico do significante binário e, se olharmos de perto, veremos que, efetivamente, não é de outra coisa que se trata na função da liberdade” (p. 214).

Dando continuidade a esta questão, em *Conferência de Genebra sobre o sintoma*, Lacan (1975) afirma que a metáfora utilizada anteriormente, de um congelamento, serve para explicar que existe uma fixação de gozo no fenômeno psicossomático: “é por esse viés, pela relação do gozo específico que há na sua fixação, que é preciso sempre abordar o fenômeno psicossomático” (p. 16).

Miller (1990) acentua que se trata de um corpo Outro, e não do Outro da linguagem, de modo que o fenômeno psicossomático imprime o gozo no lugar do Outro como corpo. Na medida em que não há afânise do sujeito e, como consequência, não há sujeito caído do intervalo significante, onde este poderia se constituir no campo simbólico, o fenômeno psicossomático comportaria um gozo específico fixado nas zonas erógenas do corpo.

Descrevemos até então, a partir da leitura lacaniana, que o fenômeno psicossomático é uma resposta que se apresenta no corpo de maneira distinta do

sintoma. Contudo, o fenômeno psicossomático abarca uma série manifestações. Gostaríamos nesse momento de pensar a especificidade da dor crônica como fenômeno psicossomático.

A utilização do termo “fenômeno” por Lacan, em vez de doença, é destacado por Fernandes, Fares e França (2017), que comentam a aproximação com a psicose, em que também muito se utiliza “fenômeno” para descrever o que acontece com esses pacientes. Marblé (2011) também salienta que a dor crônica seria um fenômeno e não um sintoma: “com efeito, a dor é antes de tudo um fenômeno e, como se mostra na clínica, não é um sintoma como os outros mas privilegiadamente um signo” (MARBLÉ, 2011, p. 47). Trata-se, aqui, de “algo que se apresenta sem a possibilidade de representação” (SANTOS; RUDGE, 2014, p. 453). Desta forma, na fibromialgia, a dor não se expressa pela via simbólica do sintoma, havendo uma falta de simbolização que emerge pela via corpórea, e, portanto, não se determina pela incidência dos processos psíquicos da metáfora e da metonímia, típicos do sintoma neurótico (NICOLAU, 2008).

Considerar a dor crônica como um fenômeno psicossomático diz respeito a conceber o corpo não totalmente recoberto pelo simbólico e, seguindo a trilha de Lacan, permite situá-la como algo da ordem do real. Na opinião de Martin-Mattera (2017), a dor, especialmente se ela se torna crônica, é uma experiência que se encontra no limite do significante, daquilo que não pôde ser elaborado psiquicamente pelo sujeito. Se a dor afeta o sujeito, se ela deixa traços, não são traços memorizáveis mediados pelo registro simbólico, de modo que, não sendo representável, poderíamos denominá-la assignificante, ou seja, a dor neste registro não chegou a ser inscrita no universo dos significantes ou no domínio das representações.

Com efeito, os fenômenos psicossomáticos são ligados aos fenômenos de linguagem, mas estão fora da subjetivação e “dão testemunho do fracasso da metáfora subjetiva”, como constata Valas (1990, p. 82), a ponto de não podermos afirmar que há um sujeito no fenômeno psicossomático. Abordando o estatuto do gozo específico aos fenômenos psicossomáticos, pela via do significante e da constituição subjetiva, podemos perceber um enfraquecimento da metáfora subjetiva, a ponto de aproximá-lo da psicose (VALAS, 1990).

### 5.2.3

#### A dor crônica como acontecimento de corpo

Perpassamos até agora, brevemente, o debate do pertencimento da dor crônica ao campo do sintoma ou ao do fenômeno psicossomático e, em seguida, aprofundamos a segunda proposta, ou seja, propusemo-nos a compreender o que está em jogo no fenômeno psicossomático, para, a partir disso, pensar a especificidade da dor crônica, uma vez que encontramos uma série de acometimentos que se inserem nesse âmbito.

Entretanto, alguns autores (ESPINOZA; ZANOTTI, 2017; BARRETO; BESSET, 2017; FERNANDES; FARES; FRANÇA, 2017) exploram a possibilidade de pensar a fibromialgia como um acontecimento de corpo como uma forma de arranjar o gozo, diferente do fenômeno psicossomático, em que há uma fixação de gozo. Assim, Espinoza e Zanotti (2017) consideram ser interessante pensar as dores crônicas para além da discussão da conversão histérica ou de um fenômeno psicossomático, pois o mais importante é considerar a função que elas têm para o sujeito que sofre.

O termo acontecimento é utilizado em diversos momentos da obra de Lacan. Inicialmente, ele diferencia os termos realidade do acontecimento e historicidade do acontecimento ao estudar o caso do Homem dos Lobos. Em seguida, em *O seminário, livro 6: O desejo e sua interpretação*, o termo acontecimento psíquico concerne a diversos modos de assunção do vivido pelo sujeito. *O seminário, livro 7: A ética da psicanálise*, discrimina duas ordens no mundo que o significante introduz: a verdade e o acontecimento. Em 1968, durante os acontecimentos políticos de maio, em Paris, Lacan se vale da terminologia “acontecimento de discurso” (MAIA, 2008). Por fim, a noção de acontecimento de corpo aparece na teorização de Lacan sobre o escritor James Joyce, quando ele diz: “deixemos o sintoma no que ele é: é um evento<sup>6</sup> corporal, ligado a que a gente o tem, a gente tem de ares de, a gente areja a partir do que tem” (LACAN, 2003, p. 565).

Contudo, destacamos que foi Miller quem explorou esse termo, diferenciando-o de fenômenos de corpo. Este teria um caráter transitório, mas que se passasse a durar, instalando-se de maneira permanente e ordenando a vida, o fenômeno de corpo acederia ao estatuto de acontecimento de corpo e poderia ser

---

<sup>6</sup> Em francês, *événement* foi traduzido na versão oficial da Editora Zahar como evento. Contudo, encontramos a recorrência da tradução como acontecimento. Optamos usar essa última tradução.

qualificado como um *sinthoma* (BARRETO; BESSET, 2017). Para Miller (2013), o sintoma como acontecimento de corpo está estritamente relacionado com o fato de que se tem um corpo. Ter um corpo difere de ser um corpo, uma vez que, por mais corporal que o ser humano possa ser, há também um sujeito que é falta-a-ser. Essa falta, inscrita, que coloca o sujeito como efeito do significante divide o ser e seu corpo, reduzindo este último apenas à possibilidade de o ter. Para ter sintomas, é preciso que haja um corpo e não ser um corpo. E é nesse corpo que coisas imprevistas, coisas que escapam, ocorrem; esses são os acontecimentos que deixam buracos desnaturalizadores e que ao mesmo tempo singularizam o corpo do ser humano. Dessa forma, “trata-se sempre de acontecimentos discursivos que deixaram buracos no corpo, que o perturbam e produzem sintomas, mas só na medida em que há um sujeito em questão apto a ler e decifrar suas marcas”<sup>7</sup> (MILLER, 2013, p. 373). Dessa forma, a noção de acontecimento de corpo assume o papel cada vez mais relevante no último ensino de Lacan, quando o significante passa a ter efeitos de gozo e diz respeito ao corpo pulsional cuja abordagem não se dá pela mensagem a ser decifrada, mas pelo “fora-de-sentido”. Nessa visada, o corpo define-se através da incidência do significante, como aquilo de que se goza, e o ser falante estabelece uma relação perturbada com o próprio corpo, que podemos chamar de gozo (BARRETO; BESSET, 2017; QUEIROZ, 2017).

Assim, para Espinoza e Zanotti (2017), o acontecimento de corpo passa a ser compreendido como tudo aquilo que afeta o corpo. E, nesse sentido, é interessante refletir sobre o modo de relação que o sujeito estabelece com seu corpo e qual a função desse acontecimento corporal.

Nessa perspectiva, Barreto e Besset (2017) defendem a possibilidade de a dor crônica poder “desempenhar o papel do sintoma que faz suplência à forclusão do Nome-do-Pai, uma vez que além de prover um ordenamento das vidas das pacientes, tem um caráter duradouro” (p. 159), diferentemente de conceber a proposta de fenômeno de corpo, que teria um caráter mais passageiro. Em consonância, Espinoza e Zanotti (2017) consideram que, ao investigar a clínica da dor crônica, é preciso estar atento à função que ela tem para o ser

---

<sup>7</sup> No original, “se trata siempre de acontecimientos discursivos que dejaron huellas en el cuerpo, que lo pertuban y producen sintomas en él, pero solo en la medida en que el sujeto em cuestión sea apto para leer y descifrar estas marcas”.

falante. Nos casos de psicose, em que o Nome-do-Pai não funciona como ordenador, como na neurose, a dor pode vir a ser esse elemento que venha em seu lugar ou ainda que possa desempenhar essa função. Portanto, as dores da fibromialgia, na opinião das autoras, podem ter a função de tratamento do indizível, do inominável, do real.

### 5.3 A dor do luto

Interessamo-nos, nesse momento, abordar a modalidade de dor referente à perda do objeto, uma vez que a perda é uma questão que frequentemente escutamos nas narrativas de pacientes que costumam retratar a presença da dor. Mais uma vez, Freud nos servirá de guia.

A respeito das reações sobre a perda do objeto amado, Freud escreveu *Luto e Melancolia* (1917/1996b), em uma tentativa de lançar luz sobre a melancolia, comparando-a com o afeto normal do luto. Esse é o principal artigo presente na obra freudiana para tratar do luto e, mesmo assim, vemos que ele é um ponto de partida para trabalhar a melancolia. Allouch (2004), em *A erótica do luto no tempo da morte seca*, explica que esse escrito foi publicado em uma das raras e decisivas viradas da história da morte. Trata-se de um tempo em que a morte de cada um não possui um caráter social, que paralisa, mobiliza os viventes em rituais de elaboração. Com a ausência dos cerimoniais coletivos de luto, este aparece marcado como uma proibição, cuja consequência é tomar o enlutado como um adoecido. Além disso, na medida em que a morte deixou de ser um acontecimento social, ela tampouco pode ser subjetivável.

Em *Luto e Melancolia* (1917/1996), de saída, Freud considera o luto como um processo normal e não patológico, operando uma virada nas concepções vigentes até o momento. Apesar dessa importante contribuição, Allouch (2004) não considera que Freud tenha escrito uma versão psicanalítica do luto, e sim, ele quis, a partir do luto, se dedicar à melancolia, como explicita o título. Assim, o ensaio é marcado por paradoxos e obscuridades, como poderemos entrever quando abordarmos especificamente a dor do luto.

Freud (1917/1996b) considera o trabalho de luto um processo que deve ser concebido como absolutamente normal, que não deve ser considerado como

condição patológica, como seria o caso da melancolia, por aquele poder ser superado após certo tempo. Ele descreve o luto como uma reação afetiva frente à perda de um ente querido. O trabalho de luto atravessa, por meio do teste de realidade, a necessidade de constatar que o objeto amado não existe mais, exigindo que a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. Aos poucos, esse trabalho é realizado, requerendo grande dispêndio de tempo e de energia. Porém, a contrapartida deste processo recai no movimento oposto: a tentativa psíquica de fazer perdurar de alguma forma a existência do objeto perdido. Para isso, cada lembrança e expectativa à qual a libido está vinculada é evocada e hiperinvestida, ao mesmo tempo em que ocorre uma exigência de trabalho de desligamento de cada uma delas. Aqui encontramos o paradoxo do trabalho de luto. Ao mesmo tempo em que é exigido um desinvestimento libidinal do objeto perdido, ocorre um alto grau de investimento prolongando a existência do objeto.

Esta oposição pode ser tão intensa que dá origem ao desvio da realidade e a um apego ao objeto por intermédio de uma fantasia intensa ou mesmo daquilo que Freud nomeia como sendo uma psicose alucinatória carregada de desejo. O luto pode, assim, apresentar um caráter profundo se manifestando como um estado de espírito penoso com a perda de interesse do mundo externo e da capacidade de adotar um novo objeto de amor ou afastamento de toda e qualquer atividade que não esteja ligada ao objeto perdido. Dessa forma, a inibição e a perda de interesse do mundo externo decorrem do próprio trabalho de luto em que o eu se encontra absorvido (FREUD, 1917/1996b).

Allouch (2004) comenta que as proposições sobre o luto descritas por Freud parecem ter um enredo simples: “era uma vez um objeto investido libidinalmente. Atingido pela morte, esse objeto adquire o estatuto de objeto perdido na realidade. Cabe, então, ao eu liberar sua libido desse objeto perdido” (p. 67). Entretanto, o autor acredita que tal formulação possui um caráter problemático devido a três argumentos: a prova ou teste de realidade, a psicose alucinatória do desejo e a substituição do objeto como solução para o luto.

Primeiramente, Allouch (2004) questiona “a prova” de realidade. Será que é evidente que a realidade pode mostrar que o objeto amado não existe mais? Para o autor, basta recorrer à experiência do enlutado que, quando se defronta com algo ou alguém que porta traços semelhantes ao objeto perdido, se vê diante “da

abertura repentina e inesperada dessa possibilidade de reencontro, de um iminente abraço. Mas ele estaria vivo então!” (ALLOUCH, 2004, p. 71). Assim, o morto, do ponto de vista da realidade, longe de ser inexistente, é nomeado como desaparecido. É esse o dado que a realidade tem para oferecer. Ou seja, o morto como desaparecido é sempre alguém que pode reaparecer. Dessa forma, não é propriamente uma prova de realidade que estaria posta no luto, uma vez que “a verdadeira prova de realidade, o que a torna assim tão assustadora e rica na experiência é quando percebemos que ela não permite nenhuma prova” (ALLOUCH, 2004, p. 72). Assim, para falar em “prova” da realidade seria preciso que ela fosse conclusiva, mas o que a experiência demonstra é que isso não acontece. Quando recebemos a notícia de que alguém morreu, frequentemente advém a frase “não é verdade!”. Então, trata-se menos da realidade e mais da verdade. Esse grito de “não é verdade” tem o alcance de uma marca inaugural que introduz o sujeito em seu estatuto de enlutado porque indica que a realidade é justamente aquilo que não pode fazer provas, mas faz questão.

Segundo Freud, após o teste de realidade que, como vimos seguindo o argumento de Allouch, é falho, há o retraimento dos investimentos objetivos e o superinvestimento no objeto perdido, dando origem à psicose alucinatória do desejo. Esse é outro ponto que Allouch (2004) questiona. Sobre o fato de Freud chamar de psicose esse processo, o autor adverte que não se trata de uma entidade clínica, mas sim do desligamento da realidade. Com relação ao caráter alucinatório do desejo, retoma os escritos sobre a interpretação do sonho, onde Freud defende que o sonho é uma realização alucinatória do desejo e, para tanto, dedica-se a explorar mais uma vez o estatuto do objeto. *Luto e Melancolia* distingue três modos de existência do objeto perdido. Ou bem ele se desvia da realidade e mantém o objeto por meio de uma psicose alucinatória de desejo; ou bem ele respeita a realidade e segue o luto normal ou abre caminho para uma depressão; ou ainda, dá origem à melancolia. A conclusão do autor no que se refere à psicose alucinatória do desejo é que investigar a relação de objeto nessa perspectiva implica conceber um ponto de mimese na relação com o objeto suscetível de trazer a satisfação. Ou seja, a percepção da imagem do objeto tem o valor de objeto na cena psíquica. Essa relação mimética do objeto, para Allouch (2004), é ineliminável da obra freudiana. Ora, se o objeto está perdido, seu reencontro, condição para obtenção de satisfação, só pode ser aquele de suas

marcas perceptivas, as quais são repositórios vindos de experiências anteriores de satisfação. A psicose alucinatória do desejo seria capaz de encontrar, por sua operação específica, essa re-presentação do objeto, denunciando, mais uma vez, a inconsistência da prova de realidade.

Por fim, o último ponto explorado por Allouch (2004) é a substituição dos objetos como “traço essencial da versão freudiana do luto” (p. 126). Se houver luto, o enlutado passará da experiência de desaparecimento de um ser querido ao reconhecimento de sua inexistência, tal como a formulação freudiana. No entanto, essa inexistência não pode estar no começo do luto se formos admiti-la. Parece ser mais coerente que ela ocorra ao final do trabalho de luto. Nesse sentido, a versão freudiana do luto não procura outorgar uma existência ao objeto perdido, pelo contrário, ela vai indicar quando essa existência chega a seu termo. Isso ocorreria quando objeto tão valioso quanto o anterior, perdido, pudesse se apresentar ao sujeito e ganhar o investimento que estava dedicado ao anterior. Então, a perspectiva da substituição na proposta freudiana orienta o percurso do luto. Contudo, enquanto Freud parece propor um caráter de substituível ao objeto perdido como a solução do luto, a experiência demonstra que “se perco um pai, uma mãe, uma mulher, um homem, um filho, um amigo, vou (...) poder substituí-lo?” (ALLOUCH, 2004, p. 49). Isto é, a pergunta de Allouch questiona o caráter substituível do objeto perdido, apontando para algo que não aceita substituição. Ou seja, os investimentos no objeto amado perduram, não com a mesma intensidade, mas não são desfeitos inteiramente. Assim, há algo insubstituível nesse processo.

Se para Freud o psiquismo pode ser o lugar onde o objeto pode “existir”, ele também pode ser reconhecido como perdido. Não se trata de uma perda seca do objeto. Há nisso um romantismo, na visão de Allouch (2004). O caráter decisivo do objeto substituto é que ele se mostra como a resolução do luto, de modo que somente o investimento de tal objeto indica que o luto está cumprido. Enquanto isso não acontece, o objeto existe no psíquico. “Quando o for, o objeto re-existe na realidade” (ALLOUCH, 2004, p. 144). Na opinião do autor, a tese da substituição do objeto “é o cúmulo da versão romântica do luto, pois, apesar da morte, para além da morte e, logo, na morte, ela promete a qualquer um a felicidade de um novo encontro com seu objeto” (ALLOUCH, 2004, p. 145). Consideramos interessante esta leitura que Allouch faz da noção de luto, pois

vemos o quanto, para ele, o luto traz em si só algo do irremediável da perda, o que apontaria para uma visão mais trágica.

Antes de *Luto e Melancolia* (1917/1996), Freud escreveu *Sobre a transitoriedade* (1916/1996), quando se debruçou sobre o caráter enigmático do luto. A partir da distribuição da libido descrita em seu texto sobre o narcisismo, considera que o próprio eu é fonte de investimento libidinal e que, desde muito cedo, a libido é dirigida para os objetos. Se os objetos forem destruídos ou perdidos, como no caso do luto, a capacidade de amar (libido) será liberada e poderá encontrar novos objetos ou retornar temporariamente para o eu. Mas Freud comenta que há nisso um mistério: por que se separar do objeto é um processo tão penoso? A resposta é que a libido se apega a seus objetos e não renuncia a seus investimentos, mesmo quando um substituto se acha a mão. Este é o luto. A libido se apega em uma intensidade ainda maior ao que sobrou, tornando esse investimento ainda mais vigoroso.

Apresentadas as formulações psicanalíticas sobre o luto, interessa-nos compreender de que forma o luto pode originar a dor. Em nota de rodapé, o tradutor da obra freudiana James Strachey comenta que luto se traduz em alemão por *trauer* e em inglês por *mourning* e em ambas as línguas pode significar o “afeto da dor como sua manifestação externa” (p. 249). Com isso, sinaliza a relação íntima entre dor e luto.

Mas o que causa dor no luto? Diante da perda do objeto de amor não haveria proteção possível, uma vez que a verdade impôs a triste perda e a função do trabalho de luto é retirar o investimento do objeto perdido. Para isso, o eu fica subsumido por essa tarefa e o efeito reverso ocorre: o superinvestimento na representação do objeto.

Sobre isso, podemos fazer duas leituras. A primeira é notar que o alto investimento na representação do objeto perdido pode produzir o afeto da dor. Podemos lembrar o texto sobre o narcisismo, novamente, e o paradigma da dor do molar para descrever a dor como consequência de um acúmulo de libido em uma região corporal ou até mesmo em uma representação. A segunda, que está em continuidade com a primeira, é retomar a leitura presente no ensaio *Projeto para uma psicologia científica*, na qual a dor é excesso e romperia das barreiras de proteção, originando a experiência de dor.

De uma forma ou de outra, portanto, o acúmulo de investimento pode originar a dor. Além disso, como o trabalho de luto exige um desinvestimento do objeto amado, Freud (1895/1996c) comenta que “desfazer associações é sempre doloroso” (p. 252) e que é adequado “chamar a disposição para o luto de dolorosa” por meio da “caracterização da economia da dor” (FREUD, 1917/1996b, p. 250).

Assim, na experiência do luto, “o sujeito mergulha na vertigem da dor” (LACAN, 1958-1959/2016, p. 360) e se encontra em uma relação particular com o objeto perdido. O luto é caracterizado por ser uma “perda verdadeira, intolerável para o ser humano, lhe provoca um buraco no real” (LACAN, 1958-1959/2016, p. 360). A experiência intolerável que emerge aqui, esclarece Lacan (1958-1959/2016), não é o fato de o sujeito se deparar com a própria morte, mas a morte de um outro essencial para o sujeito. Essa perda constitui uma *verwerfung*, um buraco, mas no real, diferentemente da constituição da psicose, em que *verwerfung* é no simbólico, em que aquilo que foi rechaçado retorna no real. Esse buraco no real oferece o lugar onde se projeta precisamente o significante faltante. A aproximação feita por Freud sobre o luto com a psicose, expressa pela psicose alucinatória do desejo, permite a Lacan (1958-1959/2016) desdobrar o luto a partir desse significante faltante que emerge no lugar de todas as imagens ligadas aos fenômenos do luto. Trata-se de um significante essencial à estrutura do Outro, cuja ausência torna o Outro impotente para dar uma resposta. Ou seja, o trabalho do luto consiste na satisfação dada à desordem que se produz pela insuficiência de todos os elementos significantes em fazer frente ao buraco criado pela existência. Desta forma, todo o sistema significante é posto em jogo em torno do luto.

Nesse sentido, acreditamos ser possível conceber o caráter penoso e dolorido do luto como decorrente de uma dupla via: a ruptura das associações referentes ao objeto perdido, imposto pelo luto, cujo efeito (contrário, uma vez que não abandonamos facilmente as ligações com esse objeto) é o alto investimento na representação do objeto.

Entretanto, por mais penoso que seja o trabalho de luto, ele cessa após um período, não devendo ser considerado como prejudicial. Quando se conclui, o eu fica livre e desinibido, apto para investir em outro objeto. Caso isso não ocorra, estaríamos não mais diante de um quadro de luto e sim de melancolia.

A perda foi o ponto de partida para Freud tecer suas formulações sobre o luto e a melancolia. A aproximação entre os dois se dá primeiramente nas características comuns a ambas: desânimo penoso, cessação de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda e qualquer atividade. Além disso, outro ponto de semelhança é que tanto no luto quanto na melancolia há o desejo de recuperar o objeto perdido, de modo que o “afeto correspondente à melancolia é o luto” (FREUD, 1895/1996c, p. 247).

Apesar das aproximações possíveis, Freud procura traçar uma diferença entre os dois ao expor que no luto o mundo se torna pobre e vazio e na melancolia é o próprio eu, de modo que o melancólico apresenta uma grande diminuição da autoestima.

Ademais, Quinet (1997) comenta que tanto a dor do enlutado quanto a do melancólico tem como partida a perda do objeto — trata-se de uma dor da perda. Se a perda do enlutado é evidente, a do melancólico não é, apesar de muitas vezes a melancolia ser desencadeada efetivamente pela morte de um ente querido. O sujeito aparentemente entra em luto normal e aos poucos vai instalando o quadro melancólico, evidenciando que não se trata de algo da ordem de uma perda que poderá ser simbolizada, como no luto, uma vez que essa perda desvela o furo correspondente à forclusão do Nome-do-Pai, como veremos a seguir.

#### 5.4

#### **A dor de existir: melancolia**

Antes de Freud, a melancolia era vista como uma forma de mal-estar que denunciava o desajuste entre alguns membros de uma sociedade e as condições de laço social. O melancólico pré-moderno buscava meios que o auxiliasse a responder de maneira mais adequada ao que a sociedade e a cultura esperavam dele. Clinicamente, ao utilizar o significante melancolia para designar os ciclos depressivos presentes nesse quadro, Freud marca a diferença entre a sua proposta teórica e o diagnóstico da psicose maníaco-depressiva de Kraepelin. Na opinião de Kehl (2015), essa operação teve como efeito a privatização da melancolia, de modo que ela perde seu antigo potencial de sintoma do mal-estar na civilização. Assim, o texto *Luto e Melancolia* promove duas rupturas simultâneas no que diz respeito à melancolia: uma clínica, em que há uma apropriação da categoria

psiquiátrica da melancolia pelo saber da psicanálise; e no plano da ideias, uma vez que esse texto afasta a melancolia da tradição pré-moderna das representações, majoritariamente sublimes, atribuídas aos homens de caráter melancólico desde a Antiguidade (KEHL, 2015).

Em uma perspectiva descritiva clínica, segundo Griesinger (2002), na melancolia, o paciente é progressivamente dominado por um estado de dor psíquica que persiste por si e é cada vez mais reforçado por impressões psíquicas exteriores. Essa característica pode ser concebida como a perturbação psíquica essencial da melancolia. Desse modo, essa dor constitui para o próprio melancólico um sentimento de profundo mal-estar psíquico, de incapacidade para a ação, repressão de todas as forças, de abatimento e tristeza, em uma queda total da autoestima. Tomados pela dor, os pacientes não conseguem mais se alegrar com nada, nem mesmo com os acontecimentos de grande felicidade; ao contrário, tudo os afeta de uma maneira desagradável e tudo que se passa em torno deles se transforma em uma nova causa de dor. Assim, os gestos e a conduta do melancólico exprimem pena, tristeza, uma dor muda. O sujeito fica concentrado, fechado em si. Por vezes, ele se comiserava em voz alta, chora, torce as mãos, expressando uma agitação extrema; ou ele está em uma indocilidade e em uma teimosia que não pode domar; ou se depara com a pulsão de destruição voltada contra si. Os movimentos dos melancólicos portam de maneira integral a marca do afeto doloroso dominante (GRIESINGER, 2002). Por essas razões, em *Kant com Sade*, Lacan (1962/1998) afirma que na melancolia há uma dor de existir.

Em *Luto e Melancolia*, Freud (1917/1996b) afirma que a melancolia, como o luto, pode ser caracterizada como uma reação à perda de um objeto amado, mas essa perda está mais no nível de um ideal. Ou seja, pode ser que o objeto não tenha de fato morrido, mas tenha sido perdido como objeto de amor. Tal constatação permite a Freud (1917/1996b) formular que o paciente melancólico “sabe quem ele perdeu, mas não o que perdeu nesse alguém” (p. 251).

Lambotte (1997) relaciona a importância do ideal na melancolia com a formação do eu na constituição corporal e como um sistema de formação de ideais eu ideal e ideal do eu<sup>8</sup>, como veremos adiante.

---

<sup>8</sup> As funções do eu (eu, eu ideal e ideal do eu) tem o papel fundamental na estruturação da realidade. Primeiramente, é preciso notar que o eu não é uma unidade existente desde sempre. É preciso que diante do caos pulsional, uma nova ação psíquica seja acrescida para dar origem ao eu.

A imagem do corpo é constituída na relação de identificação com o outro e na causação que este traz à experiência da criança. Trata-se de um tempo de alienação à imagem do outro, mas essencial para a constituição do eu. Essa instância será responsável tanto por suportar a identidade social do objeto em referência a um sistema de valores tomado de empréstimo, quanto por ser um lugar de não-resposta, onde “se descobre aos olhos do paciente nos momentos de dolorosa confusão” (LAMBOTTE, 1997, p. 206). Lambotte (1997) defende que na origem da melancolia há uma ausência ou uma enorme fragilidade da imagem especular devido ao desfalecimento primário da imago materna. A fase especular é o tempo da emergência da melancolia por ela denunciar a função desfalecente do olhar materno, que mais do que servir de suporte para a constituição da silhueta da criança, atravessa o corpo como se dirigisse alhures; é um olhar vago e perdido, diante do qual a criança interpela, mas ele nada responde. Assim, a realidade dolorosa do melancólico é posta desde muito cedo e é decorrência de uma ruptura precoce que tem uma relação íntima com a existência. Diante da falta da imagem especular investida suficientemente, o melancólico se esforça para atenuar essa falha construindo uma irreduzível ficção que define o sujeito: o ideal. Assim, diante da fragilidade da imagem especular o sujeito melancólico erege um modelo de ideal inacessível que todos os seus esforços não poderão torná-los factíveis.

Então, mais do que a perda do objeto, na melancolia o sujeito sofre de uma identificação originária que, através da indiferença ou do fechamento da posição materna, retornaria a um supereu arcaico, que impossibilita a transmissão da falta e dificulta as relações humanas. O ideal, posto pelo supereu, é um referência de

---

Isso é nomeado por Freud como narcisismo, que ele ainda distingue em primário e secundário. O narcisismo primário nas crianças é a revivescência do narcisismo dos pais e é uma projeção de todas as perfeições e ocultação das deficiências, sendo tratada como “Sua Majestade, o bebê”. A esse tempo, Lacan (1954/2009) denominou de estágio de espelho, pelo fato de a imagem corporal e a constituição do eu ser dada a partir do outro. O outro tem para a criança um valor cativante, seja no espelho, seja no semelhante, e este irá se apresentar enquanto uma antecipação de sua imagem unitária. Mas o eu não é somente a imagem, ele também é constituído também pelas enunciações, pelos juízos de valor, pelas declarações, etc. O eu ideal é a imagem do eu dotada de todas as perfeições, sobre o qual recai o amor de si próprio, amor de si mesmo de que na infância gozou o eu real, ou seja, o eu ideal é a imagem idealizada. Essa imagem é constituída quase totalmente pelos pais que projetam no filho, fazendo ressurgir o narcisismo que eles próprios tiveram que abandonar. O desenvolvimento do eu tem prosseguimento e consiste em um afastamento do narcisismo primário (eu ideal) e dá margem a uma vigorosa tentativa de recuperação deste estado. Esse afastamento é ocasionado pelo deslocamento da libido em direção a um ideal do eu, imposto de fora, sendo a satisfação provocada pela realização desse ideal. O ideal do eu impõe severas condições à satisfação da libido por meio de objetos, por ele fazer com que alguns sejam rejeitados por seu censor como sendo incompatíveis onde não se formou o ideal.

tudo ou nada, um ideal absoluto, cuja consequência é necessariamente uma realidade desvalorizada. Ou seja, trata-se menos de uma perda do objeto, como sinaliza o próprio Freud, e mais de um ideal, que é imposto no lugar na falta da imagem de si (LAMBOTTE, 1997).

A perda no nível do ideal do eu provoca um abalo narcísico na imagem do eu, cuja consequência clínica consiste na perda da vestimenta imaginária do eu. Ao perder a vestimenta imaginária, o sujeito se mantém identificado ao objeto. Nesse sentido, a melancolia revela o estatuto de objeto do eu (QUINET, 1997).

Assim, é pela falta da imagem de si que o melancólico se agarra tão fortemente ao ideal do eu que o constitui como sujeito. O deslocamento desse investimento do ideal para o objeto exterior permite ao melancólico compor uma imagem especular que ele se esforça para incorporar a si. Porém, quando essa imagem do objeto sobre qualquer alteração, ela se desvanece sob a intransigência do modelo que a suportava e conduz o sujeito a uma desilusão inevitável. O sujeito melancólico não para de se maltratar, de se humilhar até assimilar ao “puro nada de existência, nada que não é aniquilação, mas representa o zero de uma relação cujo segundo termo é um ideal formal de toda potência” (LAMBOTTE, 1997).

Podemos, com isso, reconhecer que o objeto na melancolia está sempre aquém das pretensões do sujeito, ameaçando sua existência através do questionamento constante do ideal do eu, em que ele não pode se resolver. O ideal não pode mais vir a fazer a suplência necessária e o sujeito se vê diante do furo do psiquismo.

Diferentemente do luto, em que também ocorre uma inibição dos investimentos objetais, na melancolia o próprio eu se torna pobre, vazio. O paciente se apresenta como desprovido de valor, incapaz de qualquer realização e se percebe como moralmente desprezível; ele se repreende, se degrada e sente comiseração por seus próprios parentes estarem ligados a uma pessoa tão miserável. É com essa descrição clínica que Freud chega à chave do quadro melancólico: “as autorecriminações feitas a um objeto amado, que foram deslocadas desse objeto para o eu do próprio paciente” (FREUD, 1917/1996b, p. 254). Notamos como o melancólico não tem autoestima a ponto de o sujeito não ter vergonha de dizer impropérios sobre si mesmo. O melancólico se acusa de ser o responsável pela ruína, pelas perdas, pelas misérias de seus familiares e até do mundo. Para Freud (1917/1996b), esta acusação dirigida contra si mesmo, na

verdade, é dirigida ao objeto perdido, àquele que morreu e o abandonou. O processo se centra em um “auto”, uma vez que há a identificação do objeto perdido com o eu. Por esta razão, “a melancolia como cultura de pulsão de morte desvela o masoquismo primário do sujeito” (QUINET, 1997, p. 135). O gozo do masoquismo permite concebermos a melancolia como pura cultura de pulsão de morte. Portanto, a problemática da melancolia está centrada na identificação congelada com o objeto perdido. A perda objetal se transformou, por identificação, em uma perda do eu. Por isso, Freud (1917/1996b) formula que a “sombra do objeto caiu sobre o eu” (p. 254).

De acordo com Barros (1997), na identificação melancólica há uma falha da formação fantasmática, uma vez que o sujeito fica no lugar de uma reciprocidade com o objeto. O melancólico é o sujeito que vai mais longe na via da reciprocidade com o objeto, a ponto de podermos enunciar que “um sujeito vale um objeto” (BARROS, 1997, p. 208). Neste quadro, há uma coalescência entre o S1 e o *a*, de tal modo que o lugar simbólico do sujeito, o seu lugar no Outro, corresponde ao do objeto perdido. Diferentemente do que ocorre no luto, em que outro objeto pode tornar-se alvo de novos investimentos, na melancolia o objeto não pode ser substituído porque o próprio objeto perdido não pode ser encarado como substituto. O objeto ao qual o melancólico se identifica é o objeto perdido desde sempre, ou seja, há uma identificação com *Das Ding*.

*Das Ding*, descrito por Freud no *Projeto* e retomado por Lacan em seu seminário sobre a ética, pode ser descrito como aquilo que está no centro da experiência de satisfação e provoca o desejo. Trata-se da substância de gozo que foi esvaziado pela entrada do ser humano na linguagem. Esse objeto perdido se encontra no interior mais íntimo do sujeito mas também lhe é externo; uma localização fora do simbólico, porém próximo a ele. Nesse sentido, Quinet (1997) discerne que *Das Ding*, na neurose, é esvaziada de gozo, diferentemente da psicose, em que o sujeito é coisificado e todo o simbólico se retira e se torna “a Coisa melancolizada” (p. 128). Ao se identificar com esse objeto, o sujeito se localiza como uma ferida aberta, por onde escorre uma hemorragia de libido. Para compreendermos tal questão, precisamos retornar ao *Rascunho G*, primeiro manuscrito de Freud (1895/1996c) sobre a melancolia, onde ele escreve que, nesse quadro, trata-se de uma perda de libido. A explicação para a perda da libido melancólica consiste na grande perda de excitação, que ocasiona uma retração

para dentro na esfera psíquica, tendo como efeito uma sucção das demais quantidades de excitação. Com isso, instala-se um empobrecimento da excitação como uma “hemorragia interna” (FREUD, 1895/1996c, p. 252). A ideia de hemorragia nos remete a um não alojamento da libido em um objeto, diferentemente do luto, em que há um hiperinvestimento na representação do objeto perdido. Na hemorragia ocorre um escapamento libidinal sem contenção. A retração atua de forma inibidora dos investimentos libidinais e funciona como uma ferida em um modo análogo ao processo de dor. Assim, Freud (1895/1996c) chega a afirmar que na melancolia “o buraco é na esfera psíquica” (p. 253).

Se situarmos a melancolia no campo da psicose, nota-se que a dissolução das associações corresponde a um furo no psiquismo por onde se esvai a libido como uma hemorragia. Essa hemorragia corresponde a uma excitação que escorre por um furo do psiquismo, equivalente ao furo no simbólico, à forclusão do Nome-do-Pai. Quando desaparece aquilo que tinha uma função de suplência do Nome-do-Pai, o ideal, o sujeito se vê jogado na identificação com o objeto, dejetado, largado pelo Outro.

A partir disso, Quinet (1997) pontua que “esta perda hemorrágica que é dolorosa” (p. 122). Dessa forma, são os melancólicos que dão voz ao que todos nós passamos a vida evitando: a dor de existir, desvelando a origem sórdida do ser. A dor que os melancólicos desvelam é decorrência da dissolução das associações da cadeia inconsciente, apresentada, na melancolia, pelo furo no psiquismo (QUINET, 2002). Essa quebra da cadeia de significantes é concomitante a uma “hemorragia” de libido. A dor então sinaliza o fracasso do aparelho psíquico de conter a hemorragia, emergindo como uma dor profunda, que Lacan (1962/1998) nomeia como dor de existir.

## 6 Dor e lesão

No capítulo anterior, perpassamos por quatro modalidades diferentes de dor, a do sintoma (conversão), a da fibromialgia (dor crônica), a do luto (perda do objeto amado) e a da melancolia (dor de existir). Acentuamos a dificuldade em situar a dor como sendo exclusivamente como da ordem do psíquico ou do físico. Estamos procurando marcar que a dor é sempre algo que se experimenta no corpo e que tem correspondências psíquicas. Em outros termos, a dor é um afeto que se sente no corpo. Nesse sentido, tem um caráter limite, não podendo ser situada nem de um lado nem de outro. Gostaríamos, nesse momento, de nos dedicar à questão que nos mobilizou, uma modalidade que consideramos ter um caráter diferencial das modalidades de dor expostas anteriormente: a dor oriunda da lesão.

Exposto isto, introduzimos o termo lesão e trauma para pensar a dor. De saída, apreendemos a lesão como sendo da ordem do real, configurando-se como um acometimento de caráter imperativo ao infringir dor no sujeito (VILANOVA, 1997). Afinal, quando alguém quebra uma perna, um braço ou qualquer parte do corpo, ou quando tem uma lesão de pele, como queimadura, corte etc., impreterivelmente a dor se impõe. Logo, resta a questão de como podemos compreender a dor oriunda da lesão pela psicanálise?

### 6.1 A lesão na cadeia associativa da histeria

Para iniciarmos a discussão sobre a lesão, pensamos ser necessário, antes de tudo, debruçarmo-nos sobre as primeiras formulações acerca desse tema em psicanálise. As teorizações de Freud sobre a lesão aparecem em seus escritos por seu negativo, ou seja, pela ausência delas na justificativa de paralisias, dores e cegueiras, entre outros, na histeria. No final do século XIX, particularmente devido aos trabalhos de Charcot, a medicina era confrontada com os casos de histeria. Esse quadro caracteriza-se por sintomas de ordem somática para os quais não era possível encontrar uma etiologia orgânica. Por ser atribuída à histeria a capacidade de simular as mais diferentes doenças orgânicas, Freud (1893/1996a) se empenha em pesquisá-la e compreendê-la. Para isso, traça um estudo comparativo entre as paralisias motoras orgânicas e histéricas a partir de sua vivência com Charcot no hospital psiquiátrico de

Salpêtrière. Freud logo conclui que na histeria não há uma simulação das paralisias orgânicas, mas ela compartilha suas características por representação (FREUD, 1893/1996a). Dessa forma, a “paralisia histérica também é paralisia em representação” (FREUD, 1893/1996a, p. 206). Nas paralisias históricas, por exemplo, o ombro ou a coxa podem estar mais paralisados do que a mão e o pé, o que não é possível organicamente por contrariar as regras da paralisia cerebral orgânica. Assim, a paralisia histérica caracteriza-se por ser precisamente delimitada e pela intensidade excessiva. Por apresentar estes dois aspectos concomitantemente, distingue-se da paralisia cerebral orgânica, na qual essas duas características não se associam.

Freud (1893/1996a), então, questiona qual poderia ser a natureza da lesão na paralisia histérica, já que esta não respeita a localização ou a extensão da lesão, nem a anatomia do sistema nervoso. Recorre aos estudos de Charcot, que concebia a lesão na histeria como cortical, de caráter dinâmico e funcional, constituindo-se como uma lesão verdadeira. Seu diferencial em relação a uma lesão no tecido nervoso seria que aquela possuiria uma extensão mínima e transitória, de modo que após a morte não apresentaria qualquer vestígio.

Diferentemente, para Freud (1893/1996a), “a lesão nas paralisias históricas deve ser completamente independente do sistema nervoso, pois, nas suas paralisias [...], a histeria se comporta como se a anatomia não existisse” (p. 212). Neste viés, o que está em questão na paralisia histérica não é a lesão de uma parte do corpo que poderia dificultar ou impossibilitar alguma função corporal, mas uma lesão na representação dos órgãos e do corpo em geral, de modo que ela poderia ser compreendida como uma alteração em uma representação de parte do corpo. Assim, nessa paralisia, uma determinada representação não consegue se associar a outras ideias do eu, das quais o corpo e suas partes são componentes importantes. Tomando como exemplo o braço, “a lesão, portanto, seria a abolição da acessibilidade associativa da concepção de braço” (FREUD, 1893/1996a, p. 213).

Nos casos de paralisia histérica, o órgão paralisado ou a função abolida estão envolvidos em uma associação revestida de grande carga de afeto, que fica longe da consciência. A impressão psíquica é revestida de uma carga de afeto da qual o eu se desfaz, seja por meio de uma reação motora, seja pela atividade psíquica associativa, de forma que a parte do corpo paralisada pode ter seus movimentos liberados uma vez que essa quantidade de afeto seja eliminada. Se o

sujeito é incapaz de eliminar esse afeto excedente ou reluta em fazê-lo, a lembrança da impressão passa a ter a importância de um trauma e se torna causa de sintomas histéricos permanentes (FREUD, 1893/1996b).

Observamos, portanto, que a lesão nas paralisias histéricas diz respeito à incapacidade de a representação do órgão ou de uma função de parte do corpo ter acesso às demais associações psíquicas. Essa modificação funcional pode ser explicada pela fixação do afeto numa lembrança traumática, que não fica liberada e acessível enquanto a carga de afeto do trauma psíquico não for eliminada por uma reação motora adequada ou pela atividade psíquica consciente (FREUD, 1893/1996b).

Percebemos que a relação entre histeria e trauma é posta por Freud desde o início e já podemos entrever a aproximação entre lesão e trauma que será explorada mais adiante. Todavia, esta não foi a primeira vez que Freud articulou trauma e histeria. Esta relação já fora anteriormente descrita em *Histeria* (1888/1996), texto em que ele afirma que a histeria seria efeito de um trauma real, de um fato: “primeiro, porque a disposição histérica [...] pode manifestar-se por ocasião de um trauma físico intenso [...]; em segundo lugar, porque a parte do corpo afetada pelo trauma se torna sede de uma histeria local” (FREUD, 1888/1996, p. 87). Além disso, “os estados mórbidos causados por trauma geral grave (acidentes ferroviários etc.) [...] são considerados histeria por Charcot” (FREUD, 1888/1996, pp. 87-88).

A importância da realidade do trauma, descrita em 1888, deu lugar à sua compreensão como da ordem do psíquico e ligado à esfera do sexual, sendo situadas nesta configuração as causas desencadeadoras da histeria. A explicação fornecida por Freud, nessa época, sobre a origem do sintoma histérico é que este ocorreria pela ação tardia de um trauma sexual na infância. As experiências sexuais acontecidas na adolescência e na puberdade reavivariam o traço mnêmico do trauma sexual da infância, o qual não se torna consciente de imediato, mas carrega em si cotas de afeto e recalçamento. Nesse sentido, qualquer experiência, diante da qual o sujeito carece de uma reação adequada, pode evocar afetos aflitivos que atuam como um trauma, não precisando ser necessariamente um fato desastroso, como veremos adiante.

Portanto, com essas formulações, Freud marca que nos sintomas histéricos não se trata da presença de uma lesão orgânica e, com isso, afasta a possibilidade de conceber que a causa da origem da sintomatologia histérica esteja situada em alguma

doença orgânica. Ou seja, como vimos anteriormente, a lesão ligada à histeria daria origem a um sintoma devido à suspensão da associação na rede psíquica.

## 6.2

### Trauma: noção *princeps* em Freud

Como pontuado anteriormente, as contribuições freudianas sobre a lesão se articulam com as formulações sobre o trauma. Por esta razão, nos dedicaremos ao trauma para depois considerarmos novamente as proposições sobre lesão e a dor dela originada.

A palavra “trauma” origina-se do grego e significa ferida e ato de furar (RUDGE, 2003; CANAVEZ; HERZOG, 2011). A noção de traumatismo é herdeira da medicina e da clínica cirúrgica, remontando às consequências de ferimentos ou lesões causados por um choque mecânico, ou seja, por uma violência de origem externa, e pressupõe uma marca visível aos olhos do médico e manipulável pelo saber médico (CANAVEZ; HERZOG, 2011). Quando ocorre uma lesão corporal, seja sob a forma de torções, estiramentos musculares, fissuras ou fraturas ósseas, dependendo da gravidade, o serviço de saúde ao qual nos dirigimos é nomeado de “traumatologia” e suas variações, como “traumato-ortopedia”. Tal direcionamento faz da lesão um evento comumente encaminhado e tratado pelo saber médico.

Na teoria psicanalítica, a noção de trauma, como já exposto, emerge a partir do estudo de Freud sobre a histeria. A lesão na histeria decorre da lembrança traumática, que provoca uma ruptura na cadeia psíquica. Acreditamos ser pertinente perpassar as teorizações de Freud acerca do trauma para um maior embasamento da relação dele com a lesão física.

Na primeira formulação sobre a histeria feita por Freud (1888/1996a), essa neurose seria efeito de um trauma real, como os ocorridos em acidentes ferroviários, em que haveria um trauma físico intenso e a parte do corpo afetada pelo trauma poderia se tornar sede de um sintoma local. A noção de trauma esteve primeiramente, no final do século XIX, associada a acidentes de trem, que causavam um traumatismo chamado de *railway spine*, o qual se manifestava clinicamente por meio de fenômenos como exaustão, tremores e dor crônica vistos como oriundos do choque do trem (teoria do choque). Logo após, o psiquiatra

Hermann Oppenheim cunhou o termo “neurose traumática” para designar a nova síndrome. Foram estas as bases em que se apoiaram Charcot e Freud para formular uma teoria do trauma psíquico que sustentava a etiologia da “histeria traumática” (RUDGE, 2016).

Neste momento, Freud trata como equivalentes histeria e neurose traumática, nomeando-a de histeria traumática. Ou seja, na primeira formulação sobre a neurose traumática, o que está em questão é um acidente real, no qual há um perigo de vida iminente. Entretanto, Freud (1893/1996b) considera necessário equiparar o fator determinante na histeria comum ao da histeria traumática pois “mesmo no caso do grande trauma mecânico da histeria traumática, o que produz o resultado não é o fator mecânico, mas o afeto de terror, o trauma psíquico” (FREUD, 1893/1996b, p. 40). Com essa proposição, há um alargamento da histeria traumática, uma vez que a histeria diria respeito mais ao trauma psíquico decorrente do acidente do que do fato em si, de modo que o fenômeno histérico seria determinado pela natureza do trauma.

Além disso, chama a atenção o fato de algo ocorrido há tanto tempo continuar exercendo poder sobre o sujeito. Ou seja, o que importa, do ponto de vista da psicanálise, é o caráter duradouro dos efeitos do trauma, que impossibilitam restringir o trauma ao evento em si. Se o trauma psíquico está ligado a uma soma de excitação no aparelho psíquico, observa-se que, quanto maior o trauma, mais intensa deve ser a reação correspondente, para que o aparelho possa se proteger de tal excesso. Porém, não é sempre que essa reação é possível ou suficiente e, quando isso ocorre, o trauma retém seu afeto original, permanecendo como um trauma psíquico. Portanto, os pacientes histéricos sofrem de traumas psíquicos que não foram totalmente reagidos ou ligados.

Com isso, Freud (1893/1996b; 1896/1996a) pôde atribuir categoricamente ao trauma o seu caráter psíquico, o qual passa a ser compreendido como um afeto que não encontrou a via para ser ab-reagido. Dessa maneira, os sintomas da histeria são determinados por certas experiências vividas pelo paciente no passado, que atuaram de modo traumático, e que são reproduzidas em sua vida psíquica sob a forma de símbolos mnêmicos.

Com efeito, a produção de um sintoma histérico relacionado à cena traumática deve responder a duas condições: a adequação para funcionar como determinante e ter, reconhecidamente, força traumática. Com isso, Freud, em seu

exercício clínico, afirma que, se a primeira cena relatada pelo paciente não possui força traumática, faz-se necessário buscar uma experiência ainda mais anterior e significativa. Assim, será possível entrelaçar as duas lembranças produtoras do sintoma. Conclui, ainda, que “nenhum sintoma histérico pode emergir de uma única experiência real, mas que em todos os casos a lembrança de experiências mais antigas despertadas em associação com ela atua na causação do sintoma” (FREUD, 1896/1996a, p. 194). E, ao longo da investigação, “chegamos, infalivelmente, ao campo da experiência sexual” (FREUD, 1896/1996a, p. 196). Nesse momento, a dimensão do sexual é introduzida, quando Freud passa a considerar que os sintomas históricos só poderiam ser compreendidos se remetidos aos traumas psíquicos referentes à vida sexual do paciente.

Com efeito, a chamada Teoria da Sedução, que ligaria a origem do sintoma histérico à ação tardia de um trauma sexual na infância, foi elaborada nesse momento para explicar o caráter traumático da histeria. A ação traumática pressupõe dois tempos. No primeiro, há a cena de sedução propriamente dita, que ocorre, geralmente, na infância, quando a criança sofre uma tentativa de agressão ou uma agressão sexual por parte de um adulto. Porém, nesse primeiro momento, ela ainda não atribui a essa primeira cena um caráter sexual e traumático. É somente depois, na puberdade, quando uma segunda cena evoca a primeira, que o sujeito pode ressignificar a primeira cena com caráter sexual, logo, traumático. A partir disso, eclode o sintoma histérico (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). Dessa forma, na Teoria da Sedução, o trauma não se localiza na vivência da vida adulta, mas no reviver, *a posteriori*, a intensidade evocada da primeira cena.

Com essa elaboração, duas características do trauma se mantêm ao longo da teoria psicanalítica. O passado censurado tem menos valor do que o estabelecimento de articulação entre as duas cenas, o que confere, *a posteriori*, o caráter traumático incluído na própria associação das cenas. E o efeito traumático está sempre relacionado a uma ruptura entre percepção e consciência.

Durante algum tempo, Freud acreditou que o acontecimento objetivo era o responsável pelo trauma. Mesmo não descartando um aspecto de realidade ao trauma, o que perduraria até a *Carta 69* escrita a seu amigo Fliess, Freud propõe categoricamente a existência de uma realidade psíquica no trauma, sem reduzi-lo, como vários estudiosos de sua época, ao estatuto do acidente ou do evento fatídico. Podemos encontrar em suas formulações a subjetividade inserida na dinâmica do

acontecimento traumático, que tem um caráter determinante. Assim, “não importa que muitas pessoas vivenciem cenas sexuais infantis sem se tornarem históricas, desde que todas as que se tornam históricas tenham vivenciado cenas dessa ordem” (FREUD, 1896/1996a, p. 205). Com essa constatação, Freud retira o caráter objetivo e totalizante que poderia ser atribuído ao trauma e o insere na dimensão do sujeito. Aqui, importa percebermos a dimensão psíquica inerente ao trauma. Ou seja, nada é traumático em si: um acidente, uma catástrofe ou um evento violento não constituem em si um efeito traumático. Segundo Vieira (2008), existiria para a psicanálise uma premissa de que há em qualquer trauma um “fator subjetivo” ineliminável. Então, precisamos sempre considerar que, para além do fato em si, algo singular do sujeito precisa entrar em ação para que se possa definir um trauma, já que nem todos os sujeitos expostos à mesma situação serão traumatizados.

Na *Carta 69*, endereçada a Fliess (1897/1996), Freud revela que não acredita mais em sua neurótica, devido aos seus contínuos desapontamentos, nos tratamentos psicanalíticos que empreendia, de chegar a uma conclusão real e à ausência de êxitos completos. Além disso, admite a impossibilidade em conceber a perversão em todos os adultos e, principalmente, nos pais, como precursores do abuso sexual da infância encontrado nos casos de histeria, e “a descoberta comprovada de que, no inconsciente, não há indicações de realidade, de modo que não se consegue distinguir entre a verdade e a ficção” (p. 310). Importa menos se a criança foi seduzida ou não por um adulto e mais a trama psíquica singular envolvida nisso. Com isso, mais uma vez, percebemos Freud retirar o valor do fato em si na origem do trauma e inseri-lo no âmbito da realidade psíquica.

Geralmente, a violência do evento costuma ofuscar esse “fator subjetivo”, tão ressaltado por Freud, e isso justifica a presença da psicanálise no campo do trauma, assinala Vieira (2008), por ela reconhecer e importância ao modo como um determinado evento é experienciado. Ora, se Freud se dedicou ao trauma do início ao fim de sua obra, não foi para dizer mais do mesmo. A particularidade da psicanálise dentre os demais discursos e saberes que abarcam o trauma é justamente considerar a dimensão subjetiva, mesmo que nos escritos pré-psicanalíticos isso tenha aparecido de forma velada. Claro que a violência, o acidente, a catástrofe, a urgência que frequentemente acompanham o trauma são presentes em sua constituição. Entretanto, admitir a existência do horror que acompanha o trauma torna-se válido na medida em que “o sujeito apresenta-se como esmagado pelo

evento que parece carimbá-lo como traumático” (VIEIRA, 2008, p. 510).

Com tais constatações, Freud abandona a Teoria da Sedução e reconhece a limitação do papel patogênico do traumatismo infantil real e postula a existência de uma realidade psíquica. Apesar disso, é importante marcar que o abandono dessa teoria não é o abandono da noção de trauma, mas o reconhecimento do fator subjetivo. Com isso, desloca a teoria da sedução para a teoria da fantasia e da realidade material para a psíquica (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Com efeito, com a predominância da teoria da fantasia e conseqüentemente a noção de realidade psíquica como explicações para as formações do inconsciente, o tema do trauma desaparece por um período das teorizações freudianas, reaparecendo tempos depois no ensaio *Além do princípio do prazer* (1920/1996h), a partir dos casos de neurose traumática. A Primeira Guerra Mundial e as marcas deixadas nos ex-combatentes convocaram Freud a retomar a teoria sobre o trauma. O fim dos confrontos elevou o número de casos de pacientes traumatizados e, enquanto a medicina insistia em caracterizar as neuroses de guerra como decorrências de um dano orgânico, Freud (1919/1996b) defendia que “não há dúvidas quanto à natureza psíquica das causas determinantes das neuroses de guerra” (p. 228). Com essas formulações, ele mais uma vez retira da teorização do trauma e da neurose o caráter exclusivo do fator externo catastrófico para situar o trauma novamente como algo da ordem do psíquico e do sujeito.

As neuroses de guerra são, desse modo, exemplos paradigmáticos das neuroses traumáticas:

as neuroses de guerra, na medida em que se distinguem das neuroses comuns por características particulares, devem ser consideradas como neuroses traumáticas, [...] ocorrem também em tempos de paz, após experiências assustadoras ou graves acidentes” (FREUD, 1919/1996b, p. 224-225).

A partir dessas postulações, constata que as neuroses traumáticas e as de guerra podem “proclamar em voz muito alta os efeitos do perigo mortal e podem ficar em silêncio ou falar apenas em tom surdo dos efeitos da frustração do amor” (FREUD, 1919/1996b, p. 225).

Dessa forma, Assoun (2009) situa as produções freudianas dessa época, como descrevemos, no âmbito das discussões sobre as neuroses de guerras. A questão vigente era se a neurose traumática, prova de um real invasivo, poderia

fornecer o modelo de todas as patologias orgânicas neuróticas. Freud desloca essa discussão ao formular mais claramente a ideia de uma engrenagem neurótica do trauma.

Em *Além do princípio do prazer*, Freud (1920/1996) continua suas formulações sobre o trauma, agora inseridas na concepção do segundo dualismo pulsional. Nessa nova teorização, o trauma diz respeito a quaisquer excitações que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor e tirar de ação o princípio do prazer, pondo o sujeito em estado traumático. Diante disso, não haveria mais a possibilidade de impedir que o aparelho psíquico fosse inundado com grandes quantidades de estímulos. O trauma passa a ser descrito, então, como o efeito do rompimento do escudo protetor do psiquismo por um excesso de excitação que não pode ser processado psiquicamente, seja por uma incapacidade estrutural ou contingencial, seja pelo fator surpresa. A consequência disso seria não somente a presença de uma intensidade excessiva e livre, mas o desmanche de parte da tessitura psíquica. Em resumo, o traumático derivaria da ausência de ligação e da quebra maior ou menor da rede representacional.

### 6.3

#### **O trauma e o encontro com o real**

A noção freudiana de trauma pode ser aproximada do conceito lacaniano de real, definido como algo que escapa, que se encontra além da insistência dos signos comandados pelo princípio do prazer. Tanto trauma como real estariam fora da regência do princípio do prazer e, dessa maneira, situam-se além e aquém do significante. O real, para Lacan, é o inassimilável. Se o traumático é sempre atravessado pelo resto não assimilável, a linguagem pode rodeá-lo, mas não absorvê-lo completamente (LACAN, 1964/2008). Como extraímos da teoria do trauma em Freud o caráter de ruptura da rede representacional, ao aproximar trauma e real, Lacan também propõe que o trauma possui um caráter inassimilável no psiquismo, podendo ser concebido fora do significante. O trauma produz, então, uma ruptura, pois se trata de um evento violento, abrupto, do qual o sujeito tentará dar conta *a posteriori*. Cabe lembrar, mais uma vez, que o trauma não é o momento ou o evento que o desencadeou, ele é acessível

somente por suas consequências e seus efeitos só poderão ser entrevistados pela linguagem e não pela experiência em si.

Nessa perspectiva, Garcia-Roza (2003) explica a noção de causa acidental, utilizada por Lacan para tratar do real, sob os tipos da *tyche* e do *automaton*. Lacan (1964/2008) concebe o *automaton* como a rede de significantes e a *tyche* como o encontro com o real, e, por isso, está além do jogo dos signos e significantes e seu retorno (*automaton*), além da fantasia, além do princípio do prazer. Ambos são acontecimentos excepcionais sem serem concebidos como absurdos ou irracionais e podem, em geral, ser assimilados à noção de acaso, pois dizem respeito a algo que ocorre fora do alcance da razão humana, dificultando que se lhes atribua uma inteligibilidade. No entanto, Garcia-Roza (2003) concebe que somente o *automaton* pode ser compreendido como aquilo que acontece sem nenhuma deliberação humana ou divina e cujo efeito não era esperado, definindo-se, portanto, como mais próximo do acaso. A *tyche*, diferentemente, não remete ao acaso porque “ela designa muito mais um destino, algo ao qual o homem é submetido e que é exterior aos próprios acontecimentos” (p. 40). Dessa maneira, ao definir o real como um lugar que se dá entre destino e acaso, a noção de trauma afina-se com esse campo, uma vez que o entendemos como fruto tanto da repetição como do indeterminismo. Então, a aproximação entre real e trauma permite entrever a dimensão daquilo que se impõe a cada sujeito falante, que escapa da rede significativa, mas a que apenas podemos ter acesso pelas coordenadas subjetivas próprias. Disso, apreendemos que não temos acesso ao trauma do real, apenas ao trauma já infiltrado no fantasma de cada um. Dessa forma, ao mesmo tempo em que confronta cada um para construir um sentido, há algo que lhe é estruturalmente inassimilável.

Lacan (1974), por sua vez, cria o neologismo *troumatisme* para descrever, aliando o furo (*trou*) do simbólico com o trauma advindo do real: “lá aonde não há relação sexual, isso produz um buraco que traumatiza (*troumatisme*)” (p. 144). A concepção lacaniana também propõe pensar o trauma em sua relação entre o interior e o exterior, apresentada pela figura do toro, um espaço particular da linguagem que possui uma permeabilidade entre o dentro e o fora. Tal modelo demonstra a particularidade de designar o interior e o exterior e é a forma mais simples do espaço que inclui um buraco (LAURENT, 2004). Então, a partir do toro, podemos conceber o trauma como um buraco no interior do simbólico, este

que pode ser entendido como o conjunto de significantes a partir do qual o sujeito pode encontrar a presença de um real. O toro “permite figurar o real em exclusão interna ao simbólico” (LAURENT, 2004, p. 25).

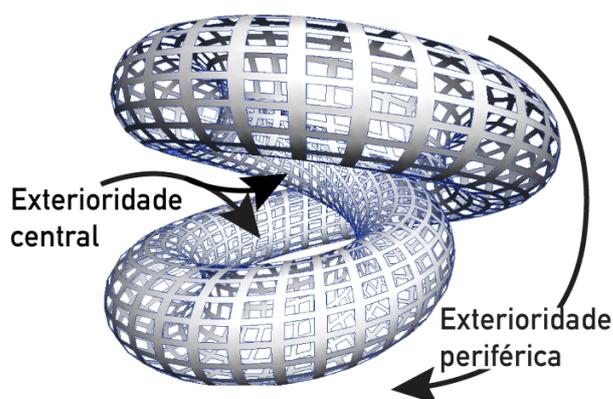


Figura 2. Toro

Soler (1998) faz uso da equivocidade do neologismo proposto por Lacan e associa o trauma ao *tropmatisme*, àquilo que é *trop*, que é demasiado e excessivo. Com isso, o trauma pode ser entendido não somente pela via de um furo, como no neologismo lacaniano, mas inscrito também no registro do excesso. Assim, apreende-se com Freud e com Lacan que o trauma não é somente o buraco, mas também algo que excede, causa ruptura, que é insuportável para *aquela* sujeito. Trata-se de algo que é impossível antecipar, evitar ou conter de antemão, já que remete a um real que parece excluir a incidência do inconsciente e o desejo daquele que padece do trauma, deixando-lhe sequelas. Dessa maneira, o trauma como *troumatisme* é também um *tropmatisme*, sendo ao mesmo tempo buraco e excesso, insistência com suas marcas indelévels, que se referem ao mais singular de cada um e requerem uma forma de defesa para lidar com o retorno incômodo de um gozo fora de sentido, um acúmulo de excitações que se situam além do princípio de prazer, além do que se pode contabilizar e eliminar (BARROS, 2015).

Nessa perspectiva, a intrusão do traumático não é homogênea nem unívoca e apresenta diversas faces, não apenas individuais, como coletivas. Os momentos de catástrofes naturais, guerras, atentados ou violências expressam o drama coletivo e põem em cheque a relação sempre abalável entre o sujeito e o Outro. Falar do aspecto, muitas vezes, inarticulável dessa relação indica o impensável da

experiência traumática e aponta a dimensão de buraco nela presente. A abertura desse buraco é correlata a um gozo em excesso, sem referência possível e diz respeito à inconsistência de um Outro capaz de oferecer algum recurso para lhe servir de mediação, para simbolizá-lo ou mesmo metabolizá-lo (BARROS, 2015). Nesse sentido, Soler (1998) salienta que “o verdadeiro trauma não pode aparecer quando o Outro existe” (p. 3). Quando o Outro existe – esse campo em que há significações estáveis mais ou menos compartilhadas por todos os membros de uma comunidade e que dá contornos definidos a seus laços sociais –, em um discurso que o faça existir, há dor, há sofrimento, há exterminação, há todo tipo de tragédia, mas também há o sentido da vontade do Outro e, portanto, não há uma experiência que possamos chamar de traumática. Essa rede de significações compartilhadas serve como um anteparo, uma proteção diante das irrupções brutais e traumáticas. Porém, quando o Outro não existe, quando o discurso do Outro perde sua consistência e fracassa como proteção, o que surge é o real sem sentido e, conseqüentemente, o traumático. Nesse caso, o buraco aberto fica assim ocupado por um corpo estranho, que insiste em sua opacidade, “que se fixa, tornando a vida difícil de suportar a cada vez que certos acontecimentos, muitas vezes insignificantes em si, evocam esse ponto, essa ferida incurável” (BARROS, 2015, p. 1-2). Então, diante do trauma, como expõe Lacan (1973-1974/2018), “inventamos um truque para preencher o buraco do real” (p. 144); inventa-se o que é possível para cada um.

#### 6.4

#### **A circunscrição do trauma: a lesão**

A partir das formulações sobre o trauma em Freud e Lacan, interessa-nos voltar aos objetos desse capítulo: a lesão e a dor. Perpassamos as primeiras teorizações psicanalíticas que permitem reconhecer a articulação entre os dois termos. Contudo, o ensaio de Freud *Além do princípio do prazer* (1920/1996) permite uma nova perspectiva acerca dessa relação entre lesão e trauma.

Com o fim dos combates da I Guerra Mundial, Freud atendeu diversos casos de combatentes que haviam sofrido feridas e lesões nos confrontos. Essa clínica foi um dos fatores que permitiu a Freud rever e reestruturar a teoria psicanalítica. Especificamente, a partir da neurose de guerra, Freud (1920/1996) pôde conceber

que um grande dano físico causado pelo trauma diminui a possibilidade de uma neurose se desenvolver. A justificativa para isso era a de que ao mesmo tempo em que a violência do trauma libera uma quantidade de excitação sexual que, diante da ausência de uma proteção eficiente, teria um efeito traumático, o dano físico (lesão) simultâneo causado por este impacto exigiria um investimento narcísico na parte do corpo lesionado, o que sujeitaria o excesso de excitação liberada.

Esse investimento narcísico na região corporal lesionada já havia sido mencionado em 1914, em seu texto sobre o narcisismo. Nele, descreve a experiência da dor sendo associada à doença orgânica e ao narcisismo. Neste caso, como já mencionamos diversas vezes ao longo desta pesquisa, Freud (1914/1996) indicava que, na dor e na doença orgânica (do mesmo modo que em todo sofrimento), o enfermo retiraria o interesse e a libido do mundo, concentrando-os no órgão dolorido ou doente. Aquele que é tomado pela dor e por um mal-estar abandona seu interesse pelos objetos do mundo exterior, desde que eles não tenham relação com seu sofrimento. A dor, nesse momento, é o paradigma do narcisismo, de modo que o retorno narcísico concentra a vida psíquica em uma parte do corpo.

Encontramos, então, nessas formulações freudianas, uma via para compreender a relação entre lesão e trauma. A lesão pode ser considerada a marca do trauma em certos pontos de impacto no corpo inclusos na economia narcísica. Como o sujeito não pôde se precaver diante do trauma, que tem como uma de suas principais características o fator surpresa, a lesão aparece, como assinala Assoun (2009), como um tiro de advertência ao eu, resultante do mau encontro entre o sujeito e o real. O sujeito incorpora um real que é impossível de simbolizar; um mau encontro que desorganiza a economia psíquica, mas ao mesmo tempo a reconfigura. Ao marcar o corpo, a lesão permite que o caos se circunscreva em uma determinada região, o que o lesiona. Acreditamos ser mais interessante, portanto, conceber a lesão não como origem do trauma, mas como um de seus possíveis destinos. Dessa forma, as neuroses de guerra são paradigmáticas para suspender o conflito neurótico, pois a lesão coloca no corpo o drama da neurose traumática. Esta reversibilidade de compreensão da lesão formulada por Assoun nos parece pertinente, já que aquela não é origem, tal como concebe o discurso médico, mas destino.

Entretanto, reconhecemos aqui um problema de causalidade. Se tanto no sintoma conversivo histórico como no fenômeno psicossomático, um estado psíquico dá origem à lesão e à dor, no caso da neurose de guerra não haveria uma

relação de causa-consequência, ou seja, não se trata de um estado psíquico causador do dano físico. Neste caso, trata-se de um impacto corporal que produz uma descontinuidade entre o antes e o depois, mas se insere, de alguma forma, na história de vida do sujeito. Nesse sentido, ao conceber a lesão como destino e não origem, estamos, por um lado, procurando marcar o distanciamento freudiano do discurso médico que, ao contrário, toma a lesão como sendo a razão do trauma – “ficou traumatizado porque perdeu a perna”, por exemplo. Por outro, buscamos acentuar que a noção de causalidade fica comprometida quando abordamos a lesão na perspectiva psicanalítica, pois, ao considerá-la como destino, queremos marcar que ela aparece como uma modalidade de expressão do trauma, um direcionamento, uma circunscrição possível daquilo que é excessivo.

A descrição do trauma não somente como um dano corporal decorrente da guerra, mas principalmente como um impacto físico que uma experiência pode causar, põe em relevo a importância do psiquismo na experiência traumática. Por isso, Vieira (2008), ao enfatizar o indeterminismo do fator surpresa inerente ao traumático, insere a dimensão do sujeito frente ao trauma, “algo surpreendente *em si* não existe. Muita coisa acontece na vida, mas o que dela surpreende é o que me toca como sujeito” (p. 511). Dessa forma, ao relacionarmos a lesão ao trauma, entendemos que o impacto corporal que este evento terá para o sujeito é sempre singular. Assim, propomos pensar a lesão como uma resposta subjetiva ao trauma, uma vez que circunscreveria o excesso em determinada região corporal.

Nesse sentido, a lesão pode comparecer como expusemos com Lacan (1974): uma possibilidade de invenção por parte do sujeito para responder ao buraco e ao excesso do Real (*troumatistme/tropmatisme*). A proposta lacaniana é pensar a invenção como sendo da ordem do escrito. Por esta razão, a seguir, propomos compreender a lesão como uma escrita. Diante do encontro com o real, a invenção emerge como uma possibilidade de resposta.

## **6.5 Trauma, lesão e escrita**

Para pensarmos as marcas deixadas pelo trauma e aproximarmos a lesão da escrita do corpo, partiremos do modelo freudiano apresentado na *Carta 52*, onde a noção de signo de percepção nos parece cara para o entendimento da lesão. Freud (1986/1996) desenha, na *Carta 52*, um aparelho psíquico em que o material

presente na memória seria composto por traços, o que não ocorreria de uma só vez, mas se desdobraria em diversos tempos e sofreria rearranjos. O aparelho psíquico freudiano desenhado, nesse momento, não é apenas um aparelho de memória, mas também um aparelho de linguagem, ou seja, “a memória desse aparelho é a memória de linguagem, de uma escritura” (GARCIA-ROZA, 2004, p. 29). Trata-se de um aparelho que se constitui sem uma anterioridade frente à memória e à linguagem, pois sem uma ou outra não há aparelho psíquico. Freud concebe, assim, não um aparelho psíquico em que o sujeito traz ao nascer, sendo análogo a uma maturação biológica mas sim um aparelho que precisa ser constituído em relação ao Outro: “É apenas no seio de uma pluralidade de aparelhos de linguagem que um novo aparelho de linguagem poderá surgir” (GARCIA-ROZA, 2004, p. 31). Desta forma, reconhecemos o aparelho freudiano como um aparelho de linguagem simbólico e isso significa afirmar que o simbólico é fundante e não resultante deste aparelho.

Na *Carta 52*, aparece o modelo fornecido por Freud. A problemática encontrada no *Projeto* persiste, ou seja, conferir estatutos diferentes para a percepção e a memória. Deparamo-nos com a insistência em conceber percepção, memória e consciência como sistemas diferentes.

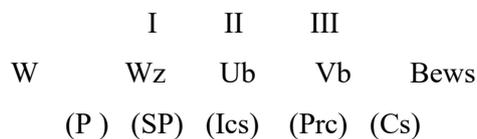


Figura 3. Modelo do aparelho psíquico na *Carta 52* (Freud, 1986/1996, p. 282)

A novidade exposta por Freud em relação ao *Projeto* - ensaio anterior onde também há a descrição do aparelho psíquico - é uma ampliação da noção de memória, ao inserir um complexo sistema de retranscrições. Especificamente, *Wahrnehmungen (W)* são os neurônios onde se originam as percepções e aos quais se liga a consciência. Eles não retêm nenhum traço mnêmico do que aconteceu. *Wahrnehmungszeichen (WZ)* são os signos de percepção, onde acontecem as primeiras inscrições das percepções, mas ainda são inacessíveis à consciência e são orientadas pelas associações por simultaneidade – aqui ocorre o primeiro registro mnêmico. No registro seguinte, inconsciência, *Unbewusstsein (Ub)*, há a

segunda transcrição, ordenada não mais pelas associações por simultaneidade, mas provavelmente por associações de causalidade, também inacessíveis à consciência. O último registro, denominado pré-consciência, *Vorbewusstsein* (*Vb*), no qual ocorre a terceira retranscrição ligada a imagens verbais ligadas à representação-palavra, corresponde ao eu como tal – esse registro torna o acesso ao consciente possível, segundo certas regras.

A respeito do funcionamento desse aparelho psíquico, Freud (1896/1996b) explica que a percepção (*W*), à qual a consciência se liga, não conserva nenhum traço e os primeiros registros da percepção ocorrerão em *Wz*, signo de percepção. O signo de percepção é um momento primário da elaboração mnêmica, anterior à inscrição da memória, onde se formam os representantes, e posterior à sensação/percepção. A partir da descrição do aparelho psíquico apresentado na *Carta 52*, notamos a presença de diferentes camadas pelas quais o material mnêmico o atravessa. Essa disposição denota o contraste entre os signos de percepção, por um lado, e registros da inconsciência e da pré-consciência, por outro. Essa diferença implica em reconhecermos que por um lado temos as marcas não ligadas às representações, ou seja, que não sofreram processos de reordenamento, mantendo-se praticamente da mesma forma de quando foram constituídas e, por outro, os traços que sofreram retranscrições podendo advir à consciência desde que não despertem desprazer, já que fazem parte da cadeia de representações-palavra (ANTONELLO; HERZOG, 2012).

Ao inconsciente (*Ub*) é reservada a memória. Nesse registro, os signos de percepção se organizam formando os traços e estes correspondem às inscrições destes signos (*Wz*) no sistema inconsciente, formando um sistema de traços (representação) e não estando mais isolados (GARCIA-ROZA, 2004). Notamos que, nesse aparelho, a representação não está pronta, pois ela vai se estruturando através de traços de memória, que irão, posteriormente, se (re)organizar formando as representações. Estas se remetem umas às outras de tal maneira que formam uma rede de articulação. Lacan (1959/1998), sobre isso, comenta que o que nos faz progredir de uma significação do mundo a uma fala formulada, ou seja, à cadeia que vai do mais arcaico inconsciente à forma articulada do sujeito, ocorre entre *Wahrnehmung* e *Bewusstsein*, isto é, entre a percepção e a consciência. O inconsciente intervém à medida que a estrutura significativa interpõe-se entre a percepção e a consciência, mas não mantendo certa cota de investimento e sim

como um trilhamento (*Bahnungen*): “a estrutura da experiência acumulada reside aí e permanece aí inscrita” (LACAN, 1959/1998, p. 66).

Portanto, esse novo esquema do aparato psíquico está concentrado nas noções de signo, inscrição e transcrição, que se aproximam das de linguagem e de escrita. Por isso, Gouvea (2007) chama a atenção para o termo em alemão utilizado por Freud para designar o signo de percepção (Wz) ser *Niederschrift*, *Nieder* (abaixo) e *schrift* (escrita), traduzido em português como inscrição. Nessa perspectiva, Lacan (1959/2008), por sua vez, considera que a teoria freudiana da memória gira em torno das inscrições (*Niederschriften*).

Na carta 52, a *Wahrnehmung*, ou seja, a impressão do mundo exterior como bruta, original, primitiva está fora do campo que corresponde a uma experiência notável, ou seja, efetivamente inscrita em algo sobre o qual é completamente surpreendente que na origem de seu pensamento Freud o expresse como uma *Niederschrift*, algo que se propõe, portanto, não simplesmente em termos de *Pragung* e de impressão, mas no sentido de algo que constitui o signo e que é da ordem da escrita (Lacan, 1959/2008, p. 65).

Contudo, o signo de percepção não é representação. Com a *Carta 52*, o alargamento da conceituação da memória nos permite conceber que o signo de percepção é uma marca deixada no aparelho psíquico, mas sem ainda poder ou nunca poder ser representante. Há uma inscrição, mas que não é significante e por isso se aproxima da noção de escrita. O signo de percepção, por ser exterior à linguagem e ao sentido, ainda não se insere na cadeia de representações. Os traços não estão ligados e não formam séries e devem ser entendidos como signos isolados, podendo ser configurados como mais próximos à ordem do sinal ou do índice do que à do significante (GARCIA-ROZA, 2004). As marcas do signo de percepção caracterizam-se por não serem traduzidas e serem impressões psíquicas desregradas desarticuladas em uma trama de trilhamentos e, portanto, não passam por todo o procedimento descrito na *Carta 52*, subsistindo como marcas psíquicas. Ou seja, mantêm-se fora dos sistemas de representações e das regras aplicadas a estas (ANTONELLO; HERZOG, 2012).

Tendo isso em vista, Nudelman, Mayrink, Vieira, Albaa, Gouvêa e Lage (2017) explicam que ao ligar a percepção ao signo é criada uma antecipação lógica na qual é possível localizar uma pré-figuração do inconsciente. Intrigadas

por aquilo que incide diretamente no corpo, fora linguagem, as autoras se debruçaram sobre o signo da percepção. Esta noção aponta para o real que incide sobre o eu-corpo, sem intermediação do sistema mnêmico e das representações, deixando marcas no corpo. Ou seja, o signo de percepção pode ser concebido como o germe do significante, que poderá ser escrito *a posteriori*.

Vimos anteriormente que Lacan defende a proximidade entre as noções de trauma e real e, com a experiência clínica, verificamos a intrusão do real que afeta a superfície do corpo do sujeito. Com isso, podemos pensar que com a incidência real diretamente no corpo, sem intermediação simbólica, resta uma marca, uma lesão, uma vez que a percepção é o sistema que implica uma “sensação que imprime-se como ponto traumático” (NUDELMAN *et al.*, 2017, p. 307).

Tais proposições aproximam-se do que Freud escreveu em *Uma nota sobre o bloco mágico* (1925/1996), quando retoma a problemática da percepção e da memória exposta nos ensaios iniciais da psicanálise. Nela, reitera que o aparelho psíquico possui uma capacidade receptiva ilimitada para novas percepções, mas nem tudo aquilo que é percebido fica registrado. A percepção deixa traços mnêmicos permanentes, embora não inalteráveis. Temos, então, um sistema percepção-consciência, que recebe percepções mas não retém um traço permanente delas, podendo reagir como uma folha em branco a cada nova percepção. Os traços permanentes das excitações percebidas são preservados nos sistemas de memória que jazem por trás do sistema perceptual.

Contudo, em *Além do princípio do prazer*, Freud (1920/1996) propõe modificações no modelo elaborado anteriormente. Por meio do bloco mágico, demonstra que o aparelho perceptual possui duas camadas, uma de um escudo protetor externo contra os estímulos, cuja missão é diminuir a intensidade das excitações que estão ingressando, e outra que é uma superfície por trás desse escudo protetor, com função de receber estímulos, formando um sistema percepção-consciência. Para explicar tal proposta, Freud faz uma analogia com o bloco mágico, que em sua época, era uma prancha de resina ou cera com uma borda de papel sobre a qual está colocada uma folha fina e transparente. Essa folha transparente possui duas camadas, capazes de serem desligadas uma da outra, salvo em suas duas extremidades. A camada superior é um pedaço de celuloide e a inferior, feita de papel encerado fino e transparente. Para utilizar o bloco mágico, escreve-se sobre a parte da celulóide da folha de cobertura que

repousa sobre a prancha de cera. Na opinião de Freud, o uso do bloco mágico constitui um retorno ao antigo método de escrever sobre pranchas de gesso ou cera, em que “as depressões nela constituem a escrita” (FREUD, 1925/1996, p. 257). No caso do bloco mágico, esse calcar é feito mediante a folha de cobertura. Nos pontos em que o estilete toca, ele pressiona a superfície inferior do papel encerado sobre a prancha de cera e “os sulcos são visíveis como escrita preta” (FREUD, 1925/1996, p. 257), sobre a superfície de celulóide, antes lisa.

Nessa perspectiva, o bloco mágico consiste, na verdade, em uma analogia freudiana do aparelho psíquico. A camada de celuloide atua como um escudo protetor, que afasta os efeitos prejudiciais oriundos de fora. A camada que realmente recebe os estímulos é o papel. Ao levantar toda a folha de cobertura da prancha de cera, a escrita se desvanece e não mais reaparece. A superfície do bloco mágico mantém-se limpa da escrita e mais uma vez pode receber as impressões. No entanto, encontramos facilmente o traço permanente do que foi escrito sobre a própria prancha de cera e ele pode se tornar legível. Assim, apreendemos que o bloco mágico fornece não apenas uma superfície receptiva, podendo ser utilizada diversas vezes como uma lousa, como também deixa para trás traços permanentes do que foi escrito, como ocorre no aparelho psíquico. Ou seja, a camada que recebe os estímulos, o sistema percepção-consciência, não forma traços permanentes. O sistema de memória é o responsável por isto.

Esses traços deixados na superfície não devem ser concebidos como mnêmicos, estando sujeitos a rearranjos, constituindo uma sucessão de inscrições e retranscrições. Esses traços descritos no *Bloco Mágico* são da ordem do signo de percepção e, como tal, da marca. Quando a quantidade de excitação excede a capacidade de recepção e a captação egóica de energia, as marcas não passam pelos processos de retranscrições, restando como signo de percepção, marcando o eu-corpo, diretamente. As impressões traumáticas, ou seja, a quantidade de excitação que invade o aparelho psíquico se impõe ao eu e deixa signos de percepção, que constituem um avesso da memória, já que não são da ordem da representação. Trata-se de uma marca que não é traço mnêmico, mas que se dá no corpo por meio das lesões.

### 6.5.1 Da cifra à letra

Nesta seção, propomos pensar se a lesão orgânica (uma queimadura, uma fratura etc.) pode ser considerada uma escrita no corpo. Tomaremos como ponto de partida as contribuições lacanianas presentes na *Conferência de Genebra* (1975), na qual a lesão presente no fenômeno psicossomático é descrita como sendo da ordem de uma escrita no corpo. Lacan traz o exemplo da psoríase para ilustrar o caso em que há uma lesão na pele. Esclarecemos que em um primeiro momento propomos distinguir fenômeno psicossomático e lesão, por haver no primeiro uma relação de causalidade, em que um estado emocional causa a ferida, enquanto no segundo, sob o paradigma da neurose de guerra, a causalidade é colocada em xeque, pois o impacto corporal produzido pelo trauma produz uma descontinuidade entre antes e depois, de modo que, ao mesmo tempo, a lesão desorganiza e reconfigura o psiquismo. Agora, estamos propondo uma aproximação entre os dois do ponto de vista da escrita do corpo, sem os equivaler, não eliminando assim o distanciamento e diferenciação propostos.

Quando o corpo é a referência central de sustentação psíquica do sujeito que sofre, a lesão, que se apresenta muitas vezes previamente nomeada pelo saber médico, ocupa a função de ponto de estofa, que, apesar da dor e da tormenta que provoca, é também reguladora de certo modo da vida psíquica, uma vez que, conforme propomos aqui, pode ser uma tentativa da qual a dor se vale para conseguir se escrever.

Tanto as lesões presentes em alguns casos psicossomáticos como as “orgânicas” escrevem algo da ordem do número no corpo. Elas aparecem como quantificáveis: uma lesão aqui, outra ali, três, quatro, cinco, seis... Quem tem o corpo marcado por lesões, assim as enumera. O sujeito é tomado de assalto por esse gozo avassalador, fica capturado por ele e revela uma grande dificuldade em constituir um novo significante que dê sentido à sua dor, fazendo com que o corpo fique numa relação de exclusão com a cadeia da linguagem.

O ciframento demonstra o corpo marcado, pedaços não representados, a margem do significante, ou seja, apresenta-se como uma libra de carne não recoberta pelo significante. Dessa forma, “a libra de carne não é uma metáfora, ela

se constitui como pedaço de corpo não significantizado, indicação do real e do gozo” (NICOLAU, 2008, p. 234).

Nesses casos, trata-se de algo não recoberto pelo significante, de um ciframento, um número que realiza uma contagem absoluta de gozo. Os números, diferentemente dos significantes, são da ordem do real. Por aparecerem cifrados, permitem entrever um sentido que não remete diretamente à sua função de real, mas vislumbra a entrada do real no mundo simbólico do sujeito. Nessa perspectiva, cifra e número estão mais próximos do que é da ordem do signo do que do significante (MILLER, 1998). Ou seja, tanto nos fenômenos psicossomáticos como nas lesões encontramos um ciframento, onde não há significante, mas número, contagem absoluta de gozo, o que remete ao campo do real e não ao do simbólico.

A cifra de número Um nasce como uma primeira leitura do gozo e traça uma borda, que distingue o sujeito como resposta à posição desamparada e traumática de objeto de gozo. Trata-se do Um do gozo e não do Um do significante, manifestando-se em impulsos sucessivos como uma contagem, de cifragem, o que não pode ser equiparado a uma repetição significativa. Esse Um do gozo consiste em um ponto de real (NICOLAU, 2008; CALDAS, 2014).

Por meio da cifra, separa-se sujeito e objeto, pois a emergência da dimensão do sujeito é efeito de uma marca contável como traço e não como gozo. Interessamos agora entrar, brevemente, na noção de traço unário para compreendermos a distinção entre cifra e letra. Através do trabalho acerca da letra, Lacan remonta ao traço unário, conferindo-lhe um “caráter estrutural, como a cifra mais simples, marca primeira do surgimento do sujeito” (RINALDI, 2006, p. 77).

A concepção de traço unário, como proposta por Lacan, possui como ponto de partida a teoria freudiana da identificação, que aborda a identificação parcial a um traço do objeto. Lacan desloca o “único” freudiano para o “unário” e, com isso, demonstra o fundamento da diferença encontrado na identificação simbólica. Dessa forma, “o traço unário surge no lugar do apagamento do objeto, sendo antes um traço distintivo, de pura diferença, que marca a divisão do sujeito pela própria linguagem, onde algo, que diz respeito ao objeto, se perde” (RINALDI, 2008, p. 60).

Porém, esse traço, por mais que porte uma diferença, só poderia “dizer” algo na medida em que se encontra remetido a outros traços. Esse traço, unário, é contado sendo diferente de outro traço e de si mesmo. A diferença, então, não se

constitui por si só, pois ela é efeito da série de traços, a qual possui relação com o significante (MASAGÃO, 2008; CALDAS, 2014).

O traço unário comporta, então, uma dupla característica. De um lado, há algo nele que aponta para o significante e, de outro, algo mais próximo da ordem do signo, o qual significa algo para alguém e se distancia da dimensão simbólica. Para compreendermos isso, precisamos remontar à origem do traço unário. Este surge pelo apagamento da coisa, mas ainda não constitui o simbólico, a estrutura significante. Resta disso a relação dos traços entre si, como as letras de um alfabeto, as quais aparecem em um segundo momento quando o traço é utilizado para escrever o significante (Masagão, 2008). Ou seja, o que estamos procurando marcar é que ao mesmo tempo em que o traço apaga o objeto, ele retém alguma coisa de sua unicidade; e o traço unário ainda não é significante, mas o aponta a partir da letra. Assim, mantém essa sua dupla característica de ao mesmo tempo estar próximo e distante da estrutura significante.

Esta marca do traço unário, na medida em que faz menção à letra, inscreve uma diferença a partir da qual o sujeito pode *se* contar ao invés de contar os números, as cifras, no caso, as lesões. Por um lado, a cifra porta uma ilegibilidade que a limita ao circuito surdo e mudo da pulsão no corpo, permitindo uma contagem; por outro, por mais que a letra também seja ilegível, apresenta-se como mais dócil ao semblante, à narrativa, ao discurso, o que possibilita que alguma leitura seja efetuada, por mais que diversas vezes não ocorra (CALDAS, 2014).

Pelo trabalho de decifração propiciado por uma análise, a cifra pode se tornar letra litoral — concepção que veremos adiante —, ou seja, o que do gozo concede ao sentido e o que dele resta impossível de ler. Ao decifrar a cifra, tornando-a letra, sua força defensiva pode se dissolver. A letra permitiria uma forma de abordar a insistência de S1 (traço unário) diferentemente da cifra que o coloca em uma fixação primordial (CALDAS, 2014).

Posto isto, retomamos a nossa questão se poderíamos aproximar as lesões — não só as presentes na psicossomática, pois estas possuem uma particularidade, como descrito acima — de uma escrita no corpo? Mas o que é a escrita no corpo? Em *Lituraterra* (2003) e em *Lição sobre Lituraterra* (1971/2009) presente em seu *Seminário 18*, Lacan parece se aproximar da proposta freudiana sobre o aparelho psíquico, como podemos verificar na *Carta 52*, onde os signos de percepção aparecem como marcas do trauma, mas ainda não constituem as representações,

pois, de maneira similar, como o signo de percepção não é representação, tampouco a letra é significante.

O fato de a letra ser um instrumento apropriado à inscrição do discurso não a faz significante. Veremos agora esse tempo brevemente para podermos nos situar em seu ensino. Em um primeiro momento, Lacan (1953) propõe que o sujeito é efeito da cadeia significante. Nesse contexto, a letra aparece como carta e o autor brinca com a homofonia que o francês permite, mas que em português se perde: *lettre* é tanto letra quanto carta. A letra constitui-se como análoga à irredutibilidade do significante e, como um significante sempre exige outro, produz um deslizamento sem fim da cadeia, que deixa uma margem “deixada pelo advento de um sujeito que introduz nesse ‘programa’ um ‘algo de si’” (PACHECO; ALBERTI, 2014, p. 131). A ideia da letra como carta remete à necessidade da construção de um leitor, a quem possa ser endereçada, o que retiraria o sujeito do isolamento do seu traço unário e permitiria uma leitura<sup>9</sup>, inserindo-o no campo do simbólico.

Anos depois, no *Seminário 18, De um discurso que não fosse semblante*, Lacan (1971/2009) retorna à temática da letra e a sua relação com o significante, sublinhando a anterioridade estrutural da fala em relação à escrita. A letra passa a veicular a possibilidade de escrita e também o encontro com o rabisco de nenhum traço anterior. Com relação à problemática da anterioridade entre escrita e leitura e entre letra e significante, Lacan (1971/2009) comenta que a letra não é primária ao significante, mas que se trata menos de um “exame desse primarismo, que nem sequer deve ser suposto, do que daquilo que, pela linguagem, convoca o litoral para o literal” (p.110). O que interessa a Lacan, portanto, não é situar a letra como primária ao significante, mas o “que da linguagem chama/convoca o litoral ao literal” (LACAN, 2003, p. 19). Ou seja, o que da letra concede a alguma leitura.

Sobre a letra como litoral, em sua viagem ao Japão, Lacan (1971/2009), no avião, avistou a planície siberiana, onde o escoamento das águas indicava o relevo na latitude. A partir disso, diferente de sua concepção anterior, afirma que a letra é o que produz um litoral, não no sentido de fronteira, mas como aquilo que ao mesmo tempo em que traça uma distinção entre os terrenos também torna essa demarcação

---

<sup>9</sup> Estamos advertidos de que Lacan levanta aqui um debate sobre a anterioridade da escrita sobre a leitura., Como seria possível ler algo sem antes ter algo escrito? Ao longo do seu ensino, ele defende que a leitura é anterior a escrita, pois somente na medida em que o Outro pode ler algo, é que a escrita se constitui. Trata-se de um debate que atravessa a obra lacaniana e não temos intenção aqui de nos dedicar a ele.

fluída, de modo que eles não têm absolutamente nada em comum, nem mesmo uma relação recíproca. A partir disso, traçou uma analogia com a escrita. O escoamento das águas presente nas montanhas funciona como o traço unário. Ou seja, o percurso da água, ao mesmo tempo em que traça um caminho, apaga o anterior, como ocorre com o traço unário, que deixa uma marca e apaga o objeto.

No entanto, Lacan (1971/2009) é cauteloso ao afirmar que esse apagamento não consiste em uma rasura, pois esta se constitui como traço anterior que permite ao litoral fazer terra. Isto é, a rasura não é da mesma ordem que o traço unário. Por meio da rasura do semblante, o significante revela sua função prevalente, a de ser semblante, que, ao se dissolver, aponta para o gozo. A esse processo de rompimento do semblante que desvela a função significante e ao mesmo tempo indica o campo do gozo, Lacan nomeia de ‘ravinamento’ das águas; são as marcas, os sulcos no real. Em suas palavras, o que se “evoca do gozo ao se romper um semblante, é isso que no real se apresenta como ravinamento das águas” (LACAN, 2003, p. 22). Ravinamento é um termo que Lacan retira da Geografia e que diz respeito a um acidente geográfico, produto de uma erosão pela ação de córregos e enxurradas. As ravinas são sulcos formados pela erosão de uma superfície. Lacan (1971/2009) destaca este ponto como central, pois o ravinamento é da ordem do real. Não se trata de uma escrita da qual se decalca o significante, logo, ela não é o ravinamento do significado, ou seja, aquilo que constituiria o significante, pois “a escrita, a letra está no real, e o significante, no simbólico” (LACAN, 1971/2009, p. 114).

Nesse caso, o que faria uma borda, uma barreira a esse gozo seria o campo da linguagem. Nesse sentido, a linguagem lê as marcas no real, nomeando-as, enumerando-as e conectando-as a outros significantes, fazendo surgir a cadeia significante. Assim, “o que precede a escrita: marca, rastro, signo é lido com a linguagem e aí transformado em escrita” (MASAGÃO, 2008, p. 329). A letra serve então de suporte ao significante, e o discurso enlaça-a na rede do semblante, o que possibilita que o sujeito esteja inserido na trama simbólica e não somente submetido ao traço unário.

À medida que a letra situa-se fora da cadeia significante, enquanto ela não reenvia à série significante e não produz significação, ela apenas faz menção ao sistema significante escrevendo as vias de suas possibilidades de gozo sempre singulares do ser falante. Ou seja, seguindo a trilha de Lacan, “a chuva da

linguagem faz escrita de gozo; o que permite ler os riachos está ligado a algo que vai além do efeito de chuva” (NICOLAU, 2008, p. 235).

O real como aquilo que é expulso do campo do simbólico cria uma marca, um rastro, um sulco. Quando esse rasgo se faz na carne — lesão — singulariza uma maneira de gozo. Diante disso, podemos conceber que a lesão que em um primeiro momento se apresenta como cifra, com o trabalho de análise, pode passar à letra. Essa letra, que é separada do significante e possui um vínculo privilegiado com o real, permite uma escrita. As lesões, nesse sentido, seriam a escrita do real no corpo, que, diferentemente da cifra, aparece mais dócil ao semblante e ao discurso. O escrito aparece, assim, como efeito do discurso analítico.

## 7

### Destinos da dor

Neste último capítulo, após termos perpassado as diferentes modalidades da dor, interessa-nos entrar nos seus destinos. Na clínica, encontramos uma dificuldade, por pacientes acometidos por dores intensas, de conseguir expressá-las. Seus relatos são lacônicos, repetitivos, centrados quase exclusivamente na descrição fenomenológica das dores em suas minúcias. Em outros casos, o sujeito petrifica, conforme indica Lacan, ou até mesmo se cala. Por vezes, também presenciamos uma dor que impele ao grito. Diante disso, elegemos três destinos: a petrificação, o silêncio e o grito.

#### 7.1

##### A petrificação

Partiremos aqui da indicação lacaniana de que a dor “é um campo que, na ordem da existência, abre-se precisamente no limite em que não há possibilidade para o ser mover-se” (Lacan, 1959/2008, p. 76). Sublinhamos que Lacan (1959/2008) qualifica a dor como um limite onde não há possibilidade de se mover. Em contraposição à experiência de dor, Freud (1895/1996a) descreve a experiência de satisfação. O que determina os trajetos da experiência de satisfação e o seu retorno é o princípio do prazer. A busca encontra pelo caminho uma série de satisfações relacionadas ao objeto e que a cada instante modelam procedimentos segundo a lei própria ao princípio do prazer. Essa lei constrói uma polarização entre prazer e desprazer que fixa e regula certa quantidade de energia que não poderia ser ultrapassada. A dor então diz respeito ao limite à ação do princípio do prazer, pois ela não se insere na série prazer-desprazer que Freud descreve.

A experiência de dor ocorre quando este limite é ultrapassado. Diante desse excesso que acossa o aparelho psíquico, o que, primitivamente, intervém para regular a invasão de quantidade, segundo as leis do princípio do prazer, é o evitamento, a fuga, o movimento. À motricidade cabe a função de regular, para o organismo, o nível de tensão suportável, homeostático. Contudo, a dor advém quando a reação motora, a reação de fuga, é impossível (Lacan, 1959/2008). Marblé (2011) reitera essa leitura de Lacan da dor como limite, mostrando que o

que se apresenta como diferente da polarização entre prazer e desprazer surge como um limite a esta regulação. Na dor, há um limite que não pertence à polaridade entre prazer e desprazer. Limite imposto à motricidade, que não consegue escapar desse excesso que invade o psiquismo.

É neste sentido que Lacan (1959/2008) evoca a petrificação, uma vez que, diante do imperativo da dor, a fuga é impossível. A dor ocupa o ser do sujeito a tal ponto que ele se encontra paralisado e dominado pela impotência. Qualquer tentativa de regulação do princípio do prazer nos moldes em que o psiquismo foi previamente estruturado – fuga pelo movimento, descarga motora – encontra-se impossibilitada.

### **7.1.1 As armadilhas da inibição**

A petrificação como um dos destinos da dor nos conduz, em psicanálise, à ideia de inibição, uma vez que em ambas encontramos sujeitos retraídos em seu movimento.

Tomaremos como pivô da nossa elaboração o texto *Inibição, Sintoma e Angústia*, em que Freud (1926/1996) estabelece que a inibição e o sintoma não estão no mesmo plano porque a inibição tem uma relação especial com a função, não tendo necessariamente um caráter patológico. Afirma, com isso, que a inibição refere-se a uma restrição, uma redução normal de uma função. Em seguida, examina as funções do eu - função sexual, função da nutrição, função da locomoção, inibição no trabalho - para descobrir quais delas podem ser consideradas como inibição. Entretanto, estas funções acabam não esclarecendo o que efetivamente é uma inibição, uma vez que há, para Freud, uma confusão entre inibição e sintoma, apesar de serem diferentes, como ele mesmo havia apontado: “uma inibição pode ser também um sintoma” (FREUD, 1926/1996, p. 91).

A partir disso, comenta que poderia inserir todo um leque de funções, mas que, mesmo assim, isso não ajudaria a apreender o que é uma inibição. Então, Freud (1926/1996) define que a inibição é a “expressão de uma restrição de uma função do eu” (p. 93).

A explicação fornecida é a de que quando o sujeito apresenta inibições neuróticas, como quando não consegue escrever ou andar, é porque os órgãos

físicos postos em ação – dedos e pernas – se tornaram erotizados de forma acentuada. Quando um órgão fica demasiadamente erotizado, sua função fica prejudicada. O eu renuncia a essas funções, que se acham dentro de seu comando, a fim de não adotar novas medidas de recalçamento para não entrar em conflito com isso. Também existem as inibições que têm como finalidade as autopunições, que servem para evitar o conflito com o supereu.

Dessa forma, as inibições são restrições das funções do eu que foram impostas como medidas de precaução ou acarretadas como resultado de um empobrecimento de energia. Nesse último caso, entendemos que há um esgotamento do esforço depreendido pelo eu para mediar as demais instâncias – isso e supereu. É importante marcar que a inibição é algo que ocorre no eu, seja como uma medida de evitar o confronto com as demais instâncias, seja porque esse confronto lhe causa um esgotamento.

Na leitura de Lacan (1962-1963/2005), a inibição se insere na dimensão do movimento e isso nos aproxima de uma similaridade com a petrificação, uma vez que esta foi descrita como um limite à motricidade, imposta pelo fracasso do princípio do prazer em regular o psiquismo. Lacan (1962-1963/2005) marca que a inibição diz respeito a paralisação do movimento.

Seria a inibição uma paralisação? Esses termos são sinônimos? Por que não usar a palavra impedimento? Lacan (1962-1963/2005) aproxima e diferencia inibição, impedimento e sintoma como podemos perceber na tabela por ele desenhada. Enquanto a inibição e o impedimento apresentam o mesmo grau de movimento, eles se diferenciam pelo fato do impedimento possuir um grau a mais de dificuldade do que a inibição. O impedimento se aproxima do sintoma por possuir o mesmo nível de dificuldade, mas se mostra com um grau a menos de movimento do que o sintoma. Dessa forma, para Lacan (1962-1963/2005), no que se refere à dificuldade, o impedimento e o sintoma ocupam o mesmo lugar e inibição e sintoma se aproximam na medida em que “ser inibido é um sintoma posto no museu” (p. 19). Para Besset (2000), compreender a diferenciação entre inibição e impedimento na formulação de Lacan implica supor que no primeiro há um movimento do sujeito nesta operação, uma vez que algo não entra no museu por si só, é preciso que uma ação o ponha lá. Além disso, estar no museu dá certa garantia de preservação, ao mesmo tempo em que tem por efeito tirar algo de circulação. De maneira distinta, para tratar do impedimento, Lacan (1962-

1963/2005) retoma o latim *impedicare*, que significa ser apanhado na armadilha, implica a relação de uma dimensão com algo que vem interferir nela e impede a função, não do movimento, mas do sujeito. Então, a armadilha do impedimento é pensar que este se refere ao movimento. O que Lacan defende é que o impedimento pouco tem relação com o movimento e diz respeito a uma interferência na função do sujeito.

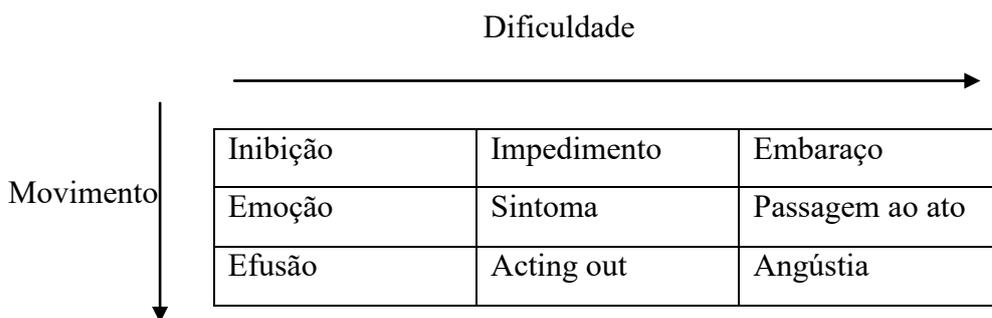


Figura 4. Quadro da angústia (LACAN, 1962-1963/2005, p. 89)

Avançando sobre a questão da armadilha, Lacan expõe que o impedimento é uma armadilha narcísica. Trata-se de um circuito falhado em que no mesmo movimento que o sujeito avança para o gozo (em direção ao objeto), depara-se com uma fratura íntima, muito próxima, por ter se deixado apanhar, no caminho, em sua própria imagem especular. Por esta razão, Lacan (1962-1963/2005) coloca em sua tabela o impedimento não como sinônimo de inibição, mas em outro lugar, na coluna do sintoma. Ou seja, se no nível do movimento, a inibição e o impedimento estão alinhados, no grau de dificuldade, o impedimento apresentaria uma maior dificuldade do que a inibição.

Adiante, Lacan (1962-1963/2005) questiona se a inibição seria um embaraço. Mais uma vez, a resposta é não. O embaraço diz respeito ao sujeito barrado, uma vez que o termo em latim *imbaricare* faz uma direta alusão à barra.

Esse foi o eixo da dificuldade que Lacan (1962-1963/2005) apresenta da inibição, diferenciando impedimento e embaraço no que diz respeito à dificuldade, aos entraves que o sujeito encontra. E no eixo do movimento? Nota-se que em nenhum momento ele traz o termo petrificação, que seria a paralisia do movimento. Então, nesse sentido, a petrificação se aproximaria mais uma vez da inibição, em que há pouco ou nenhum movimento.

Na primeira coluna, Lacan (1962-1963/2005) introduz os termos emoção e efusão. A emoção refere-se ao movimento que se desagrega, uma reação “castrotrófica” (p. 20). A efusão, por sua vez, não tem relação com a emoção. Mais uma vez recorrendo ao termo em latim *esmayar*, explica que tem o sentido de perturbar, transtornar, assustar. A efusão é assim “a queda da potência” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 21).

Retornando ao termo inibição, esta encontra-se no ponto de menor dificuldade e de menor movimento. É nesse sentido que a inibição diz respeito a uma limitação da função do eu, como Freud havia formulado (BESSET, 2000).

Acreditamos, a partir desse percurso, apesar dos pontos de aproximação, principalmente no que se refere ao pouco movimento, não ser possível equacionar petrificação e inibição. Notamos que a inibição, por mais custoso que isso seja, diz respeito a pouco movimento, ou nenhum, atrelado a uma baixa dificuldade. Ora, se pensarmos a dor, com Freud e Lacan, como algo que excede o limite da regulação do princípio do prazer e que provoca uma ruptura, abrupta muitas vezes, qualificar a petrificação somente pelo viés do movimento seria desconsiderar o grau de dificuldade encontrado nos pacientes em lidar com a dor.

### **7.1.2 A petrificação da dor**

Precisamos nos voltar agora para a especificidade da petrificação. Para isso, Croix (2002) menciona que a clínica da dor nos envia constantemente a três polos próximos, mas distintos: dor, angústia e trauma. Em sua interpretação, a dor é um fenômeno diretamente ligado ao traumatismo, na medida em que ela sinaliza a localização do trauma real ao mesmo que revivencia o trauma estrutural. Mas a dor é traumática em si mesma? O autor esclarece, como vimos no capítulo anterior, que um evento não é traumatizante em si mesmo, ele adquire essa conotação por advir do eco dos fantasmas inconscientes. Ou seja, a violência do excesso de energia só é traumática a partir do momento que reativa os traumas subjetivos.

O trauma pode ser dito, mas as palavras permanecem vazias devido à dor que as excede. O caos psíquico, indissociável da experiência dolorosa, é apreendido pelo processo de desligamento da energia psíquica, o que permite a

Freud explicar o caráter paralisante da dor. Nesse sentido, a metapsicologia da dor se aproxima de uma reação catastrófica do aparelho psíquico frente ao trauma e diante do qual ele não está preparado (CROIX, 2002)

Sobre isso, relembramos o texto sobre o *unheimlich*, de Freud (1919/1996c), o estranho familiar, em que o autor introduz na discussão a figura da Medusa<sup>10</sup>. A Medusa se situa na fronteira das duas faces da dor: ela mostra a falha do pensamento através da petrificação, mas também o seu papel de reformulação. A petrificação corresponde à sideração ocorrida no aparelho psíquico oriunda do impacto daquele que é obrigado a olhar na face daquilo que não quer ver. Desta forma, a dor assume uma dupla função, de bloqueio do funcionamento psíquico e também de proteção a fim de preservar a função do pensamento, em um processo semelhante à hibernação (CROIX, 2002).

Com relação a essa dupla função da dor no aparelho psíquico — preservação e bloqueio —, retomaremos as postulações de Freud acerca do narcisismo. Como já vimos, a partir do paradigma do narcisismo, Freud indicava que, na dor, o enfermo retiraria o interesse e a libido do mundo, concentrando-os no órgão dolorido. Ao levar à retirada dos investimentos do mundo externo para sua utilização em prol do corpo dolorido ou doente, a dor ou doença orgânicas revelariam, nas palavras de Assoun, seu efeito de “aspirador narcísico” (ASSOUN, 2009, p. 148), atuando como uma espécie de imã libidinal. Esse movimento de desinvestimento dos objetos externos tem como efeito o recolhimento de si mesmo, o que pode aparentar uma inibição, mas insistimos que não é fortuito reduzir a petrificação a uma inibição. Concentrada em um ponto do corpo ou difusa, a dor demonstra sua insistência, persistência e magnitude simultaneamente provocando e revelando um mal-estar insuportável, ao mesmo tempo em que aponta para a autopreservação do sujeito.

No que diz respeito à preservação da dor, Marblé (2011) considera a dor como uma defesa, mas distinta do sintoma. À medida que a dor afeta o sujeito, ela deixa traços não memorizáveis como em um afeto normal, de modo que a dor não é representável, ela é *assignificante*, sem representação, ligação e, por isso,

---

<sup>10</sup> Na Mitologia grega, Medusa era filha de duas divindades marinhas do submundo, Fórcis e Ceto, e possuía outras duas irmãs, conhecidas com Górgonas. As irmãs eram imortais e Medusa, cujo significado seria “a protetora”, era a única das três filhas que era mortal e tinha aparência humana. Por esta razão, recebeu o poder de petrificar os humanos com o seu olhar para poder se proteger.

configura-se como uma defesa particular. Por essa razão, ela é antes de tudo um fenômeno e não pode ser equacionada aos outros sintomas.

Sobre o caráter *assignificante* da dor, retomamos, mais uma vez, a leitura de Lacan presente em seu *Seminário 7*. A partir de seu aforisma, de que o inconsciente é estruturado como linguagem, Lacan descreve que os processos de pensamento inconsciente são regidos pelo princípio do prazer. O processo de pensamento encontra-se no campo de inconsciente e só é acessível pelo artifício da fala articulada. Eles chegam à consciência à medida que é possível verbalizá-los, ou seja, é emitindo as suas próprias palavras que o sujeito, à sua maneira, chega a apreender suas ideias agenciadas no pensamento. Dessa forma, o sujeito consciente só apreende seus pensamentos inconscientes, regido pelo princípio do prazer, na medida em que há algo de centrípeto no movimento, “que há sensação de movimento para falar, sensação de esforço” (LACAN, 1959/2008, p. 64). Com isso, fica marcada uma dicotomia: o móvel e o imóvel, o que pode se mover e o que é impossível de se mover. Essas formulações lacanianas precedem sua escrita sobre a petrificação ocasionada pela dor.

Ora, se a dor é caracterizada por uma ruptura e a localizamos além do princípio do prazer, ela insere-se no registro da imobilidade. Contudo, não é apenas um corpo parado, é o próprio sujeito – que é efeito da cadeia significativa - quem fica paralisado, na medida em que não emite suas palavras ou produz relatos empobrecidos, meramente descritivos de sua dor, sem encadeamento. Daí podemos conferir também o atributo de *assignificante* salientado por Marblé (2011).

Lacan (1959/2008) sublinha que apesar da profunda relação da dor com a motricidade, a dor não deve ser considerada pura e simplesmente dentro do registro ou das reações sensoriais. A complexidade da dor demonstra a supressão ou a remoção de certa qualidade subjetiva, o que constitui seu caráter insuportável. Dessa forma, a dor é um campo, da ordem da existência, em que não há possibilidade para o ser mover-se. Afinal, “não é verdade que o ser vivo que não tem a possibilidade de mover-se nos sugere, até em sua forma, a presença do que se poderia chamar de uma dor petrificada?” (LACAN, 1959/2008, p. 76).

Por esta razão, Marblé (2011) postula que a dor é sempre presente e atual como algo que sinaliza porque não fala e se projeta sobre o circuito pulsional como ainda *assignificante*. Acreditamos que é justamente a petrificação que faz com que a dor permaneça muda.

## 7.2 O silêncio

O silêncio está sempre presente numa sessão de análise e seus efeitos são tão decisivos quanto os de uma palavra efetivamente pronunciada. Silêncio do paciente ou do analista, silêncio crônico ou efêmero, silêncio de resistência ou de abertura do inconsciente, ele constitui um fato analítico de primeira importância no desenrolar de um tratamento e coloca aos clínicos um problema de técnica psicanalítica tão antigo quanto o da regra da livre-associação (Nasio, 2010).

Em contrapartida, só podemos reconhecer a importância do silêncio na clínica psicanalítica porque ele é a outra face da moeda da regra fundamental: associação livre. Tendo a clínica da histeria como seu ponto de partida, Freud (1895/1996b) percebeu que cada sintoma histérico individual desaparecia quando se conseguia trazer à luz a lembrança do fato que o havia provocado e despertar o afeto que o acompanhara. Quando a paciente o descrevia com detalhes, o afeto era traduzido em palavras. A linguagem serve, assim, de substituta para a ação, permitindo que o afeto estrangulado encontre uma saída por meio da fala. É nesse sentido que Anna O. se referia ao tratamento empregado por Breuer como a *talking cure*.

Com isso, Freud estabelece que a única regra da técnica psicanalítica consiste na atenção flutuante por parte do analista e da associação livre por parte do paciente. Segundo Freud (1912/1996a), a técnica é muito simples: consiste em não dirigir um reparo a um material específico e manter a atenção flutuante diante de tudo o que é escutado. Essa é a contrapartida da exigência que é feita ao paciente, isto é, que comunique tudo o que lhe ocorre sem crítica ou seleção. Portanto, a regra fundamental da psicanálise consiste, de um lado, na associação livre do paciente, isto é, que ele fale ao analista tudo aquilo que venha à sua cabeça, sem restrições; de outro, na atenção flutuante do analista, ou seja, uma escuta específica, fina, capaz de ouvir o além e o aquém de um discurso consciente pronto, na medida em que sublinha a dimensão significativa do discurso.

A técnica psicanalítica, como expõe Lacan (1953/1998), não pode ser compreendida nem corretamente aplicada se houver um desconhecimento dos conceitos que a fundamentam. E, atravessado pela linguística, afirma que esses conceitos só ganham sentido ao se orientarem no plano da linguagem e ao se

ordenarem na função da fala. Reconduzir a experiência analítica à fala e à linguagem, como a seus fundamentos, interessa à técnica. A psicopatologia da vida cotidiana evidencia que todo ato falho é um discurso bem-sucedido e que o lapso é a mordaca que gira em torno da fala. O sintoma de que o paciente se queixa também é estruturado como uma linguagem, cuja fala deve ser libertada.

Lacan (1953-1954/2009) valoriza a palavra por ela ser o material em que se estrutura o mundo semântico, a linguagem. A palavra não tem um único sentido, nem tampouco um único emprego, portando uma série de possibilidades, funções e sentidos. A linguagem é uma rede onde se tecem todas as possibilidades. Assim, a análise consiste, como mostra Freud, em uma técnica da palavra, que se revela graças à lei da associação livre: “somos levados pela descoberta freudiana a escutar no discurso essa palavra que se manifesta através, ou mesmo apesar, do sujeito” (LACAN, 1953-1954/2009, p. 346). Portanto, a psicanálise dispõe de apenas um meio para operar: a fala do paciente.

Seus meios são os da fala, na medida em que ela confere um sentido às funções do indivíduo; seu campo é o do discurso concreto, como campo da realidade transindividual do sujeito; suas operações são da história, no que ela constitui a emergência do real (LACAN, 1953, p. 259).

O inconsciente é a parte do discurso concreto, como transindividual, que falta a disposição do sujeito para restabelecer a continuidade de seu discurso consciente. Nesse sentido, o inconsciente corresponde ao capítulo da história do sujeito marcado por um branco ou ocupado por uma mentira, é o capítulo censurado, mas não apagado. No entanto, a verdade inconsciente pode ser resgatada: no monumento que é o corpo, ou seja, o núcleo do sintoma histórico que revela a sua estrutura de linguagem; nos documentos de arquivo, isto é, as lembranças de infância; na evolução semântica, que trata do arcabouço de palavras que é particular a cada um dos sujeitos; nas tradições que veiculam a história de cada um; nos vestígios que conservam as distorções exigidas pela reinserção do capítulo adulterado nos capítulos que o enquadram.

Lacan (1953/1998) adverte sobre os possíveis mal-entendidos que isso pode ocasionar, pois não é porque se fala, que ela deva ser em sua totalidade escutada. Essa fala pode ser acompanhada de um silêncio, mas que, mesmo assim, encontra um ouvinte: o analista. Ignorar isso, ignorar o silêncio imbricado

na fala, o vazio que a constitui, é desconsiderar a função da fala no processo analítico. Existe uma falta, um vazio que lhe é intrínseco. Se o analista desconsidera esse vazio que se faz ouvir na fala inicialmente, ele ficará buscando preenchê-lo, indo à procura de um “mais além”; passa a analisar o comportamento do sujeito para encontrar o que ele não diz. Cabe ao analista sustentar o mal-entendido, as lacunas e os silêncios do discurso. O psicanalista ouve qual arte do discurso é significativa e é sobre isso que ele opera, de modo que a “arte do psicanalista deve consistir em suspender as certezas do sujeito, até que se consumem suas últimas miragens. E é no discurso que deve escandir-se a resolução delas” (LACAN, 1953/1998, p. 253).

A responsabilidade do analista repousa, então, na sua intervenção pela fala que produz efeitos significantes, cuja direção não é a aprovação ou rejeição do discurso, mas reconhecer ou aboli-lo como sujeito. O analista dá ouvidos ao não dito que jaz nos furos dos discursos. A clínica psicanalítica tem sua origem quando Freud efetivamente se propõe a escutar as palavras e as lacunas dos discursos de seus pacientes. A psicanálise se constitui, desde então, por uma prática que implica em escutar as palavras ditas e não ditas pelo paciente.

Abordaremos, neste momento, o silêncio na clínica psicanalítica em seu caráter de resistência e, para tanto, precisamos compreender o estabelecimento da transferência, necessária para que uma análise efetivamente ocorra.

Para Freud (1912/1996b), o primeiro objetivo de uma análise deve ser o estabelecimento da transferência. É necessário que a transferência se estabeleça para que o paciente faça um investimento no seu processo de análise, retirando sua libido do seu sintoma e passando-a para o analista – neurose de transferência - de modo a revelar o que está em jogo em seu sintoma.

A transferência consiste no mais poderoso motor para o progresso do tratamento. Todavia, não é sempre que ela se apresenta dessa maneira. A sua outra face, diz Freud (1912/1996b), é a resistência. A transferência surge como a resistência mais poderosa ao tratamento, ao mesmo tempo em que deve ser encarada como veículo de cura e condição de sucesso. Já Lacan (1964-1965/2008) explicita que uma das características da transferência é ser resistente, marcando a intimidade entre as duas em uma análise. A transferência é o meio pelo qual se interrompe a comunicação inconsciente, pelo qual a abertura para o inconsciente

torna a se fechar, de modo que a própria transferência é o fechamento do inconsciente.

Para compreendermos isso, voltamos a Freud (1912/1996b), que explica que, se as associações do paciente faltam, é porque ele foi dominado, momentaneamente, por uma associação relacionada com o próprio analista ou algo a ele vinculado. Quando algo do inconsciente serve para ser transferido para a figura do médico, a transferência realiza-se. Ela produz a associação seguinte e se anuncia por sinais de resistência. A ideia transferencial penetra na consciência à frente de quaisquer outras associações justamente porque ela satisfaz a resistência, de modo que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência. Tudo o que acontece em análise representa uma transferência para o analista e é apropriado para servir como uma primeira resistência (FREUD, 1912/1996b; 1913/1996).

A resistência se expressa pela seleção do material que o paciente faz para comunicar ao analista ou ainda quando ele afirma que não há nada a dizer, apesar de haver uma história de vida para contar. O que está aqui novamente envolvido é uma forte resistência que se adiantou visando se defender da neurose.

Nesse sentido, para Lacan (1954/2009), a resistência pode ser entendida como a aproximação dos fios que estão no centro do feixe; ela é a consequência da tentativa de passar dos registros exteriores para o centro. Diante disso, uma força de repulsão se exerce a partir do núcleo do recalçado e, quanto mais se tenta atingir os fios do discurso, mais próximo se chega, mais se experimenta a resistência. Dessa forma, a resistência é inversamente proporcional à distância que se encontra do núcleo do recalçado. Ou seja, quanto mais o sujeito se aproxima do discurso verdadeiro, mais ele o recusa. O discurso foge do núcleo patógeno, de modo que a resistência realiza uma inflexão do discurso ao se aproximar desse centro.

Nesse sentido, a resistência se produz no momento em que a palavra da revelação não se diz e em que o sujeito não tem mais saída. Ele se agarra ao outro, o analista, encarnando na dialética eu e outro. Mas é de outro lugar que ela parte: da impotência do sujeito para desembocar no domínio da realização da sua verdade.

Nesse discurso, a experiência mostra que é aí que a transferência surge, justamente porque ela satisfaz a resistência e esse fenômeno ocorre inúmeras vezes em análise. Esse fenômeno se estabelece em conexão com a manifestação

concreta da resistência que intervém no próprio tecido da experiência, em função da transferência. É no movimento através do qual o sujeito se revela que aparece o fenômeno da resistência e quando ela se torna muito forte, surge a transferência. A transferência, então, consiste na atualização da pessoa do analista, no que ela é uma presença. Lacan sublinha essas passagens para demonstrar que:

No momento em que ele parece pronto para formular alguma coisa de mais autêntico, de mais quente do que jamais pôde atingir até então, o sujeito, em certos casos, se interrompe e emite um enunciado que pode ser este: eu realizo de repente o fato da sua presença (LACAN, 1954/2009, p. 59).

Está aí o paradoxo onde Lacan (1953-1954/2009) localiza a posição do analista. No momento em que a palavra do sujeito é mais plena é que o analista poderá emergir no seu discurso. Quanto mais íntimo é o discurso para o sujeito, mais o analista se centra nesse discurso. O inverso também é verdadeiro. Quanto mais seu discurso é vazio, mais o analista é levado, também, a se agarrar ao outro e a procurar o além do discurso. Aí é que está a dificuldade do manejo da análise.

Se a transferência se faz muito intensa, produz-se o fenômeno crítico da resistência em sua forma mais aguda: o silêncio. Certos momentos de silêncio na transferência representam a apreensão mais aguda da presença do outro como tal.

Com efeito, além da resistência que emerge na forma de silêncio, Lacan explora a função do silêncio do analista. No seminário *A lógica do fantasma*, Lacan (1967/2008) refere-se ao *sileo* e *taceo* – *silere* e *tacere*. A tradutora desse seminário, não publicado comercialmente, explica, em nota de rodapé, que *tacere* é calar-se, parar de falar, e *silere* é silenciar sobre algo. Então, *taceo* seria a palavra não dita, o calar, o silenciar ou ser silenciado; *sileo* seria um silêncio fundante, estruturante, sugestivo da ausência essencial da palavra, do buraco da significação. Essas noções foram trabalhadas brevemente por Lacan dois anos antes, em seu seminário *Problemas cruciais para psicanálise*, em que pontua que “*Sileo não é Taceo*” (Lacan, 1965/2006, p. 218), ficando marcado que calar-se não é o silêncio. *Tacere* ou *taceo* diz respeito à presença do silêncio que não implica que um não fale (calar-se). Neste caso, o silêncio toma toda a sua qualidade e o fato de que isso aconteça faz com que algo semelhante ao silêncio aconteça sobre a forma de reflexões, ruídos. O silêncio, assim, forma um laço, um nó fechado entre algo que é um entendimento e algo que, falando ou não, é o

Outro. É este nó fechado que pode repercutir quando o silêncio atravessa e cava o grito. Veremos o grito mais adiante.

Em seu seminário *Problemas cruciais para a psicanálise*, Lacan (1965/2006) aborda a estrutura da análise e remete-se à demanda emitida pelo analisante ao analista. Essa estrutura nos interessa pois implica no fato de que para toda demanda, há uma escuta, que surge sobre um fundo de silêncio. Toda palavra tem como avesso indissociável a escuta do outro, quer este outro seja projetado sobre o interlocutor real ou que ele esteja ausente. O silêncio em sua função de escuta é o que vem testemunhar o desejo ignorado do discurso. É ele quem suporta o discurso e faz dele um apelo, em que algo poderia vir a ser respondido, mas não no âmbito da demanda, e sim no do desejo.

Lacan (1965/2006) enfatiza que, ao convocarmos o analisante à associação livre, em que ele pode dizer tudo e inclusive o que não pode ser dito e ouvido, por parte do analista há a responsabilidade de escuta, que vem a garantir a presença de um outro sentido, do objeto caído. Por seu silêncio, o analista faz-se testemunha da persistência de um resto, do que cai fora do discurso. Quanto à palavra do analista, ela se diferencia de qualquer outra porque dá provas do corte que existe entre demanda e desejo. A palavra do analista cai fora do previsto na demanda e aponta para o desejo. Se o silêncio não está presente como escuta, ele se torna para o sujeito uma demanda de palavra. Portanto,

uma análise começa por uma demanda particular que fazia da palavra de nosso saber o objeto da demanda do sujeito. Teria podido acrescentar que, paralelamente, sua palavra se faz para ele objeto suposto da demanda que ele projeta sobre nosso silêncio. Por sua palavra, o analisado tenta situar-nos no registro da demanda; por seu silêncio, o analista se situa fora da previsão da demanda. Seu silêncio é testemunha de um resto, daquilo que cai de todo o discurso, fazendo-se escuta, que ele vem completá-lo, trazer o desvelamento de uma dimensão outra (LACAN, 1965, p. 315).

### **7.2.1 A pulsão de morte é silenciosa**

Apesar de termos visto dois modos como o silêncio pode aparecer em uma análise, interessa-nos o silêncio como um dos destinos possíveis da dor. Esse viés nos aproxima da pulsão de morte, e não diz respeito propriamente ao silêncio da

escuta do analista ou como resistência do processo de análise, mas sim a algo que não pode ser dito, devido ao caos psíquico.

Em 1920, com a famosa reconstrução da teoria psicanalítica, Freud reformula sua teoria pulsional, elaborando a presença da pulsão de morte. A neurose traumática e a neurose de guerras, descritas no capítulo anterior, dão prova de perturbações bastante abrangentes no aparelho psíquico. Os sonhos relatados pelos pacientes que sofriam de neurose traumática traziam a característica da repetição da cena vivida, sem que esta fosse acompanhada de prazer, demonstrando uma fixação no trauma. Com o intuito de não se basear apenas nesse quadro, que vem questionar a teoria psicanalítica escrita até então, Freud decide se voltar para as primeiras atividades normais: a brincadeira das crianças. Com o clássico exemplo do *fort-da*, do jogo de carretel que um menino fazia sobre o desaparecimento e retorno da mãe, Freud (1920/1996) indaga “como, então, a repetição da experiência aflitiva, enquanto jogo, harmonizava-se com o princípio do prazer?” (p. 26). A resposta encontrada foi a de que a criança só foi capaz de repetir sua experiência desagradável na brincadeira porque a repetição trazia consigo uma produção de prazer de outro tipo.

A partir dessas constatações, Freud (1920/1996) formula a existência de um além do princípio do prazer. O caráter repetitivo instaurado difere do descrito previamente; não se trata de uma repetição do retorno do recaiado que aparece na dinâmica transferencial em análise. A essa nova repetição, Freud atribui o nome de compulsão à repetição, que também rememora experiências passadas, sem, porém, produzir prazer e nunca trazer satisfação. Assim, Freud supõe que existe no psiquismo uma compulsão à repetição que sobrepuja o princípio do prazer e é possível relacioná-la aos sonhos das neuroses traumáticas e ao impulso que leva as crianças a brincar.

As manifestações da compulsão à repetição apresentam um alto grau de caráter pulsional e dão a impressão de haver uma força demoníaca em ação. Com a importância atribuída à compulsão e à repetição, Freud (1920/1996) afirma que a antiga dualidade pulsional entre pulsão do eu/autoconservação e pulsão sexual não mais responde aos fenômenos encontrados na clínica. Por isso, ele reformula a teoria pulsional, afirmando que haveria um além do princípio do prazer e a presença da pulsão de morte em oposição à pulsão de vida.

Partindo de especulações acerca do começo da vida e de paralelos

biológicos, Freud (1930/1996) concluiu que de um lado existe a pulsão de vida, cuja tarefa é preservar a vida e reuni-la em unidades cada vez maiores, e, de outro, existe a pulsão de morte, que age de maneira contrária, buscando dissolver essas unidades e conduzi-las de volta ao estado primitivo e inorgânico.

Contudo, Freud (1930/1996) admite que é difícil demonstrar a presença da pulsão de morte uma vez que “a pulsão de morte operava silenciosamente dentro do organismo, no sentido de sua destruição” (p. 123). Diferentemente, as manifestações da pulsão de vida eram visíveis e ruidosas. A partir disso, Freud (1930/1996) compreende que as duas pulsões raramente aparecem isoladas e estão amalgamadas em proporções diferentes. A pulsão de destruição seria uma prova disso. Nela, devido à ação da pulsão de vida, parte da força da pulsão de morte é dirigida para fora. Enquanto a pulsão de morte opera internamente de forma silenciosa e “só nos chama a atenção quando é desviado para fora como pulsão de destruição” (FREUD, 1938/1996, p. 162-163).

Portanto, a utilização do modelo do trauma veio demonstrar que o pulsional é traumático, consistindo a pulsão de morte no próprio impacto traumático causado pelo excesso pulsional. A articulação do pulsional com o traumático introduz a concepção de que a pulsão como força não pode ser inscrita na representação. O pulsional é traumático justamente porque “não é totalmente assimilado ao universo significativo” (FORTES, 2012, p. 95).

A esse respeito, Barreto (1995) marca que o real surge como traumático, como presença pulsional da dor, que acossa o sujeito, na medida em que se trata do “corte real, no imaginário do corpo, esquivando-se ao campo do simbólico” (p. 20) e, por essa razão, a autora define a dor como um “chorar silencioso do corpo” (p. 19). Isso é explicitado pela autora, quando afirma que a dor é um “não poder dizer, uma mudez desesperada” (BARRETO, 2005, p. 21).

O silêncio que nos interessa aqui diz respeito aos efeitos do trauma deixado no aparelho psíquico em que a pulsão de morte atua quase que livremente. A possibilidade de emudecer — a suspensão da palavra, do gesto, do traço — a produção de uma hiância no tempo e no espaço equivale a deixar-se afetar pelas circunstâncias que perfazem o solo de experiência no qual um sujeito emerge. Freud chama de o impossível de representar a morte e Lacan diz do impossível de representar a relação sexual. São impossíveis que indicam os pontos de necessária suplência do sujeito ao discurso. A impossibilidade na representação indica os

pontos, os espaços, as hiências, nos quais a neurose é demandada produzir uma significação singular. Lugares do silêncio, topos do mutismo do Outro, onde um sujeito pode ou não advir (POLI, 2008).

Retomando *Além do principio do prazer*, Barreto (1995) resgata a consideração freudiana de que um dano físico causado pelo trauma diminui a possibilidade de que a neurose se desenvolva e conclui que a dor impede a neurose. Porém, com a dor, o sujeito paralisa e, com a neurose, pode vir a fazer análise. Isso explicaria a dificuldade da clínica da dor, com pacientes que se silenciam ou que apenas trazem relatos lacônicos sobre aquilo que lhe acomete.

### 7.3 O grito

Para explicar o silêncio, Lacan (1965) diz não ter encontrado artifício melhor do que o quadro *O grito*, de Edvard Munch. O pintor foi reconhecido como um precursor do expressionismo alemão por suas obras frequentemente expressarem emoções e conflitos psicológicos. Munch nasceu na Noruega 1863 e sofreu sucessivas perdas que marcaram sua vida. Ficou órfão de mãe com cinco anos de idade. Passou a infância na cama devido a um quadro de doença e fragilidade. Sem a mãe, apegou-se à irmã Sophie, um ano mais velha, que era sua alegria, até ela contrair tuberculose e morrer com 15 anos. Nos anos seguintes, perdeu o pai, que morreu de um ataque cardíaco e ainda viu sua outra irmã, esquizofrênica, ser internada em um hospital psiquiátrico, onde passaria toda a vida (Site Ebiografia, 2018).

Com a perda dos familiares próximos, Edvard Munch ficou aos cuidados de uma tia, que o matriculou em uma escola de desenho, onde começou a pintar retratos. Suas primeiras pinturas receberam a influência dos pós-impressionistas, mas não tardou a criar um estilo pessoal, baseado na acentuação das linhas de expressão para exteriorizar as sensações de angústia e solidão. O luto pelas pessoas queridas e a temática da morte o acompanhou por toda sua vida, tornando-se temas recorrentes em suas obras. Continuando no mesmo tema de desespero e solidão, pintou a obra que o notabilizou, *O Grito* (1893), que retrata uma figura desesperada onde seu grito irrompe silencioso, expressando um horror sufocado, mudo. Ainda desse período, são as telas “Melancolia” (1891), “Ansiedade” (1894), “Amor e dor” (1895) (Site Ebiografia, 2018).

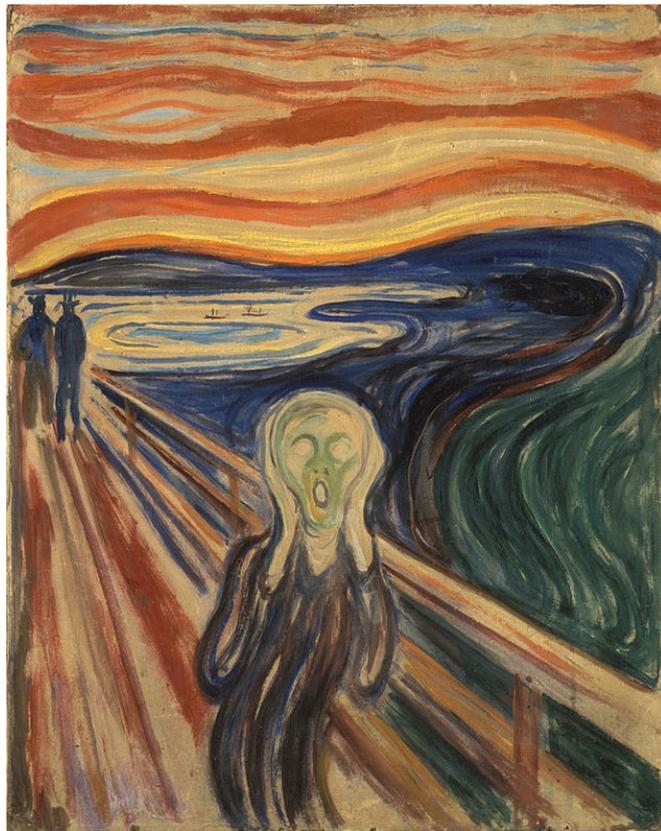


Figura 5. Quadro *O grito* de Edvard Munch

A partir do quadro, Lacan (1965/2006) questiona “o que é esse grito?”, “quem ouviria esse grito?”, “o que não ouvimos?”. A partir dessas indagações, o psicanalista afere que o grito coloca a presença do silêncio, na medida em que o rompe; o silêncio se apresenta como o fundo de onde o grito pode emergir: “o grito faz o abismo onde o silêncio se aloja” (LACAN, 1965/2006, p. 217).

Quando a dor é vivida como uma invasão aniquiladora a ponto de poder ser traduzida como uma sensação física de desagregação ou como descreve Nasio (2008), como “um desmoronamento mudo do corpo” (p. 78), os primeiros recursos para conter esse desmoronamento são o grito e a palavra, sendo o primeiro mais rudimentar e mais primitivo.

O grito, portanto, será o destino da dor explorado neste ponto da nossa pesquisa. Ele é introduzido na teoria psicanalítica a partir da experiência de satisfação descrita por Freud em seu ensaio *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895/1996a). A experiência da satisfação aparece no escrito como o outro lado da moeda da experiência de dor. A partir de uma apresentação neuronal do aparelho psíquico, Freud (1895/1996a) explica que, quando um estado de

urgência incide sobre o organismo, há uma propensão do aparelho em liberá-lo através de uma alteração interna, como o grito. Porém, nenhuma descarga dessa qualidade pode oferecer um efeito aliviante por si só. Uma descarga efetiva só poderá ocorrer havendo a aproximação do Outro por meio da interpretação do choro/grito do bebê, que vai poder escutar a quantidade que assola o psiquismo de uma determinada maneira, fome, por exemplo, e iniciar ações para apaziguar esse estado de urgência. A partir de uma releitura do *Projeto*, Garcia-Roza (2004) insere o choro e o grito da criança, exemplo paradigmático freudiano sobre a experiência de satisfação, no campo da demanda do Outro. Na experiência de satisfação, tendo como exemplo o bebê, um estado de urgência é sentido como desprazer – fome, por exemplo - e, apesar da tentativa do aparelho em produzir uma descarga efetiva através do choro, do grito, dos movimentos, essa descarga não alivia a tensão porque ela não elimina o estímulo. Mas, se a partir do choro ou do grito, um adulto auxilia e cancela o estímulo endógeno, por meio de uma ação específica, ocorre a experiência de satisfação. Mais do que produzir uma satisfação pelo atendimento de uma necessidade, essa ação introduz o sujeito na ordem simbólica. Dessa forma, o “grito ou o choro da criança não se constituem apenas como descarga motora, mas estabelecem-se como signos de uma demanda, demanda ao outro” (GARCIA-ROZA, 2004, p. 133).

Nesse sentido, o grito clama pela atenção do outro, constituindo-se como um apelo àquele que puder ouvi-lo. Freud designou esse outro de “próximo assegurador” – *Nebenmensch* – que acolhe esse grito e, através de uma ação específica, põe fim temporariamente à tensão, possibilitando a vivência de satisfação. Assim, esse outro será para o bebê o primeiro objeto de satisfação e também, o primeiro objeto hostil decorrente da sua intrusão inaugural. O grito cumpre a função de descarga e desempenha um papel de ponte na consciência do sujeito, onde algo do que ocorre pode ser pego e identificado. Esse algo permaneceria obscuro e inconsciente se o grito não lhe viesse conferir um sinal valorizado pelo Outro. Portanto, “não apreendemos o inconsciente senão em sua explicação, no que dele é articulado que passa em palavras” (LACAN, 1959/2008, p. 45)

Portanto, o grito permite a abertura do bebê ao campo Outro. A entrada do sujeito na linguagem é possível através do deslocamento de um grito “puro” que revela a dimensão de aniquilamento subjetivo, como, por vezes, conseguimos reconhecer em pacientes do dor, para um grito que comporte a dimensão do apelo ao

Outro, que poderá vir a escutá-lo e efetuar uma ação específica para sanar ou ao menos apaziguar o caráter destrutivo que a dor pode ter.

Essa passagem do grito puro para a dimensão do apelo nos remeteu a concepção de *bindung*, ligação psíquica, pois é através dela que esse deslocamento poderá ser realizado. Como vimos, o sujeito só tem notícias de suas percepções internas, inconscientes, quando estas chegam à consciência como prazer ou pesar. Os processos internos e suas articulações no nível do pensamento só são conhecidos pelo sujeito em função das palavras. O princípio do prazer opera articulando representação com representação (de *Vorstellung* em *Vorstellung*), de modo que “o mundo da *Vorstellung* é desde então organizado segundo as possibilidades do significante enquanto tal” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 78).

Interessa-nos agora nos debruçarmos sobre a ligação. Para isso, é preciso lançar mão da noção de ligação (*Bindung*) enquanto algo anterior à representação (*Vorstellung*), pois é somente depois da ligação de energia que esta poderá ser regida pelo princípio do prazer. Primeiramente, as ligações acontecem fora do princípio do prazer; em um segundo momento, o princípio do prazer regula as pequenas descargas que proporcionam a representação. A *Bindung*, portanto, diz respeito a um primeiro momento de domesticação pulsional feita pelo eu, visando reduzir a quantidade de energia existente. A energia é ligada quando o excesso da pulsão pode ser amarrado ao campo da linguagem. Um exemplo disso é fornecido pelo próprio Freud em 1920, com os sonhos de angústia: a repetição desses sonhos seria uma tentativa de ligar o excesso, uma vez que é uma ligação que se faz a partir do próprio excesso e não a partir da descarga energética. Assim, observamos que o trabalho primário do aparelho psíquico é o de realizar uma ligação do excesso de energia que atormenta o aparelho, sendo esta uma tarefa de Eros. Nessa operação, a pulsão se amarra a um representante, inaugurando dessa maneira a cadeia significativa (FORTES, 2012). Desde a origem, é por meio da linguagem que a pulsão pode se fazer ouvir: “o real da pulsão de morte aponta para a radical falta de representação e terá, a partir de então, a função de dar as cartas, ainda que não as jogue” (OLIVEIRA, 2000, p. 312). Podemos, desse modo, associar a dor que não cessa à pulsão de morte que, nos termos lacanianos, não cessa de não se escrever. Nessa dimensão, ao mesmo tempo incessante e insistente, a dor se constitui como um grito que a retira do seu silêncio; um grito

que chegará aos ouvidos daqueles que puderem escutá-la (FORTES; WINOGRAD; MEDEIROS, 2015).

Quando a palavra não é possível, irrompe o grito como tentativa de enunciação. Dito de outro modo, se a dor revela o silêncio e o mutismo nos quais o sujeito estaria envolto e submerso, o grito que ela provoca seria o primeiro movimento necessário para dar voz ao que ele sente. Foi o que levou Pontalis (2005) a afirmar que, por não ser comunicável, por ser “só para si” (p. 271), a dor só tem possibilidade de se expressar pela alternância entre o silêncio e o grito:

A golpes de pontadas, por vibrações e ondas sucessivas, ela vai progressivamente ocupando todo o terreno até modificar toda a sua geografia e revelar outra desconhecida. (...) a dor só pode ser gritada – mas este grito não a aplaca em nada – para cair mais adiante no silêncio onde ela se confunde com o ser. O sujeito ele mesmo não se comunica com sua dor: alternância entre o silêncio e o grito (PONTALIS, 2005, p. 271).

Neste movimento, o grito cumpre o papel, não somente da descarga necessária, mas também de uma ponte entre o inconsciente e a consciência do sujeito, para que o que esteja invadindo o psiquismo em quantidades intoleráveis possa ser capturado e elaborado. Noutras palavras, o grito permite um rudimento de articulação e ligação do excesso pulsional no campo do simbólico, tendo uma função primordial no trabalho de inscrição, pois “é, em princípio, um meio de descarga da tensão acumulada e, ao mesmo tempo, a expressão do estado de desamparo e urgência inicial” (VIDAL, 1995, p. 16). Mas isso ocorre somente quando o Outro puder ouvir o grito, interpretá-lo e inseri-lo na dimensão da significação, tornando-o rudimento de significante e abrindo as portas para a entrada do sujeito no simbólico ao constituir um apelo ao outro — passo primeiro fundamental na condução da dor à representação (VIDAL, 1995).

Além disso, ainda nos resta uma questão: o que ouvimos quando surge o grito? A voz. O grito, no modelo descrito por Freud, exige uma escuta do Outro, que pode vir interpretá-lo e trazer um certo amparo ao sujeito, na medida em que permite um rudimento de articulação e ligação do excesso pulsional no campo do simbólico.

A partir do quadro *O grito*, Lacan (1965) interpreta que existe uma voz que se distingue de toda voz modulada, mesmo de todas as formas mais reduzidas da

linguagem, pois o grito a faz diferente na medida em que expressa uma simplicidade, uma precariedade do aparelho psíquico. Vemos então uma aproximação que Lacan estabelece entre grito e voz.

Para compreendermos isso melhor, acreditamos ser importante nos debruçarmos sobre o estatuto do objeto *a*, a voz. Pois bem, para psicanálise, o que é a voz? Segundo Miller (2013), o objeto vocal só apareceu na psicanálise quando, a partir de um ponto de vista estrutural lacaniano, o estatuto do inconsciente se estabelece a partir da estrutura da linguagem. Com isso, Lacan coloca o objeto à parte da estrutura linguística escrevendo-o com uma letra, o *a*, para distingui-lo de todas as notações do significante ou do significado. À descrição freudiana dos objetos, oral e anal, Lacan acrescentou dois novos: o objeto vocal e o objeto escópico. A voz e olhar generalizam o *status* do objeto na medida em que não são situáveis em nenhum estágio – por muito tempo os objetos apresentados por Freud foram tomados com uma vertente desenvolvimentista. A inovação lacaniana permitiu sair dessa perspectiva, na medida em que não existe nem um estágio vocal, nem um escópico. Tais acréscimos são decorrência da experiência clínica da psicose, onde, por meio do delírio de observação, foi possível extrair o objeto escópico e, dos fenômenos do automatismo mental, o objeto vocal.

Além disso, o objeto *a* só pode se afinar com o sujeito do significante se perder toda substancialidade, se estiver centrado por um vazio: a castração. Enquanto eles são oral, anal, escópico, vocal, os objetos situam-se em torno de um vazio e é nesta condição que diversamente o encarnam. E é por isso que o objeto *a* na verdade é, para Lacan, uma função lógica que consegue se encarnar naquilo que cai do corpo sob a forma de diversos dejetos (MILLER, 2013). Assim, “do mesmo modo que o olhar suporta a falta no campo da visão, a voz encarna o que falta no campo verbal” (MALEVAL, 2017, p. 95).

Especificamente, sobre olhar e voz, Lacan parte da oposição entre olho e olhar, mas não faz o mesmo entre orelha e voz. Isso situa a voz como um objeto *a* que não se restringe ao registro sonoro, como testemunha a voz do supereu ou os delírios psicóticos, em que uma voz se ouve, mas não há a presença do som. Por esta razão, Miller (2013) descreve a voz, como objeto *a*, como “a-fônica” (p. 4). Dessa forma, Maleval (2017) esclarece que a voz, como objeto pulsional, não é entonação, nem pertence ao registro sonoro, pois ela está fora do sentido. A

castração simbólica realiza um apagamento da presença da voz no real, cuja consequência é, por um lado, tornar o sujeito surdo a ela e, por outro, torna-o apto a conectá-la a um dizer.

Se, por um lado, a voz não equivale ao registro sonoro, como o supereu e os delírios psicóticos denunciam, por outro, no grito ouvimos as modulações da voz. Neste contexto, Lacan (1965) expõe que a voz tem o privilégio de “não ser mais simples grito, ou de sê-lo ainda, de ser, a princípio apreensão, domínio, eco do discurso que a voz do outro sustenta.” (p. 274). Grito e voz se relacionam por remeterem às experiências primevas do sujeito.

Dentre os objetos, a voz tem o privilégio de ser o que comanda o investimento da linguagem. Nesse sentido, a voz “não é a sonoridade da palavra, mas aquilo que carrega a presença de um sujeito em seu dizer” (MALEVAL, 2017, p. 91). A voz é o modelo privilegiado da primeira relação com o Outro, apresentando-se, portanto, como o vetor privilegiado do significante. A voz é aquilo que cai da demanda da mãe, segundo Lacan (1962-1963/2005). Trata-se de uma voz que ressoa e que faz ressoar, no vazio da garantia do Outro como tal, em que o sujeito se encontra. Em outras palavras, a voz da mãe, a cada vez que se dirige à criança, apenas faz eco para um vazio que é o lugar vazio do Outro como tal. Assim, a voz, diz Lacan (1962-1963/2005, p. 300), “responde ao que é dito mas não pode responder pelo que é dito”. Há o que eu digo e há algo que cai disso que eu digo que é o objeto voz, “objeto caído do órgão da palavra” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 71). Portanto, por ressoar no vazio, o objeto invocante coloca uma questão sobre o Outro como lugar e como sujeito, porque, de alguma maneira, chama um sujeito a se representar, a se fazer presente como sujeito (COSTA-MOURA; COSTA-MOURA, 2011).

Além disso, em outra tentativa de delimitar o objeto invocante, Miller (2013) marca que assim como a voz não é som, tampouco a fala é a voz. A fala amarra o significado e o significante, na medida em que há um terceiro termo, a voz. Dessa forma, a voz, tal como elaborada por Lacan, não é a fala, mas traz uma função de significante – ou melhor, da cadeia significante. Não é somente a cadeia significante como falada ou entendida, também pode muito bem ser enquanto lida e escrita. Ou seja, o ponto crucial da voz é que a produção de uma cadeia significante não está ligada a este ou aquele órgão dos sentidos, a este ou aquele registro sensorial, mas comporta uma atribuição subjetiva. Em outras

palavras, a voz é uma dimensão de qualquer cadeia significante – sonora, escrita, visual, etc. – que designa um lugar para o sujeito. A instância da voz está sempre presente a partir do momento em que precisamos nos situar, encontrar a nossa posição com relação a uma cadeia significante, na medida em que esta cadeia se mantém sempre relacionada ao objeto indizível. Neste sentido, a voz é exatamente aquilo que não se pode dizer, mas que ao mesmo tempo convoca o sujeito a se situar.

Tal como é concebida, a partir das formulações lacanianas, a voz se insere portanto na dimensão da constituição subjetiva, por remeter a algo do significante, permite o sujeito se situar de alguma forma a partir daquilo que vem do Outro. No entanto, a voz também se apresenta como um resto, como indizível, revelando um horror, o que nos fornece uma indicação de porque, muitas vezes é insuportável ouvir os gritos de dor. A voz, então, comporta uma dupla face, de encanto e de horror. Ao mesmo tempo em que ela é capaz de fascinar enquanto se reveste de palavras e sonoridade, também pode produzir angústia em suas manifestações brutas ou mudas (BASTOS, 2014).

## 8 Conclusão

O ponto de partida desta pesquisa foram as narrativas de atletas de alto rendimento e de pacientes não esportistas que sofrem de dor. A partir de seus relatos, encontramos uma modalidade de dor que nos pareceu ter uma qualidade especial, a da lesão. Decidimos, então, investigar as possíveis contribuições da psicanálise a esse campo, pois ele recorrentemente se encontra restrito ao saber biomédico.

No entanto, foi necessário dar um passo atrás para que fosse possível avançar. Por meio de uma investigação histórica, percebemos que a dor aparece na humanidade desde sempre, seja em sua analgesia, doença rara em que o corpo não sente dor, seja em outra extremidade, em sua face crônica, em que ela se faz permanentemente presente. Nesse sentido, o ser humano possui uma relação íntima com a dor e construiu modos de interpretá-la e tratá-la. Diante da imperatividade que a dor impõe ao ser humano, a medicina procurou produzir diversos discursos e tentativas de tratá-la e eliminá-la. Na época da medicina clássica, a dor tinha a função de sinalizar uma doença e como tal servia de instrumento para conhecer o corpo, configurando-se como um sintoma de dupla função: permitir o diagnóstico e estabelecer um prognóstico. Na terapêutica, a crença era que, ao provocar a dor, despertava-se a energia vital, e, com isso, seria possível chegar à cura.

No entanto, um movimento diferente começou a se construir no século XVII. A dor passou a ser encarada como uma doença em si e não como um sinal. A atenção à dor, neste contexto, assumiu lugar de destaque no mundo do sensível: as sensações que perturbavam a vida do corpo necessitavam ser olhadas, pois ignorá-las não era possível. Com este destaque dado à dor, o sentimento de corpo vai ganhando espaço no pensamento clássico. No século XVIII, uma inovação foi introduzida por meio de uma atenção específica aos sentidos internos, cuja consequência foi a identificação entre indivíduo e corpo, de modo que, a partir de então, foi possível enunciar “eu”. Este passo permite a conjunção entre corpo e doente, na medida em que só era capaz de sentir um corpo afetado quem era capaz de dizer eu. Com isso, a presença do corpo muda de estatuto. Ele não era mais um acompanhante, contingente, paralelo ou até mesmo um oposto ao eu, mas um

elemento fecundante, um todo que envolvia o indivíduo. A experimentação da sensação interna, corporal, passa a ser um dos pilares da fundação da própria existência. Portanto, a novidade, instaurada no século XVIII, é que o corpo e suas próprias sensações são colocados em primeiro plano, criando uma expansão das sensações e um olhar para tudo que o afeta. Um marco importante é a instituição da categoria “indivíduo” e a conseqüente percepção de si, o que possibilitou construir uma “presença de si” e estabelecer uma relação íntima entre o indivíduo e seu corpo, permitindo que a dor fosse percebida e pudesse ser enunciada: “eu sinto dor”.

Devido à assunção do sentimento de si e à dissecação dos cadáveres, mais precisamente no final do século XVIII, corpo e dor passaram a ser um objeto histórico definido. Com a dissecação dos cadáveres, a clínica médica moderna buscou desnudar as verdades do corpo, permitindo um novo conhecimento sobre ele. A proposta da nova prática de anatomia instaurada pela medicina moderna era a de entender bem a organização das partes para compreender suas funções vitais e explicá-las. Para esse exercício, era preciso que o cadáver fosse aberto e pudesse ser olhado a todo o momento.

A anatomoclínica permitiu o acesso do olhar ao interior do corpo doente, o que fez com que a doença deixasse de ser uma entidade nosológica, como era compreendida na medicina clássica, para se tornar uma realidade existente no corpo e identificada pela lesão. Assim, ao localizar a doença no corpo, a lesão passou a explicar os sintomas. O nascimento da clínica médica permitiu não apenas uma reorganização nos conhecimentos, mas, principalmente, uma reorganização do discurso sobre a doença. A consequência disso foi a consolidação de uma lógica que não valida a dor sem a presença de uma lesão.

Contrapondo-se a uma tendência de encarar a dor como localizada em um ponto do organismo, a questão de saber se a dor era uma sensação ou uma emoção ainda permanecia. Ou seja, se por um lado havia aqueles que consideravam que só existia dor se houvesse uma lesão identificável, por outro, havia os que debatiam se a dor era uma sensação ou uma emoção, não podendo, portanto, ser equacionada a presença de uma lesão. A produção de um discurso médico específico sobre a dor originou um abismo entre a “dor física” e a “dor emocional”, isto é, entre aquela que poderia ser cientificamente aferida e aquela que somente o sujeito poderia dizer.

Com os avanços no saber médico no século XX, a construção de um modelo reflexo nociceptor foi criado para explicar a dor. Sua importância e sua prevalência nos modos de conceber a dor se justificam por serem uma tentativa de associar a experiência física e psíquica, pois trata-se de um modelo que passa a considerar a presença de um elemento afetivo que colore decisivamente a experiência de dor do indivíduo. A associação entre sensação física e reação afetiva tem como função gravar profundamente na memória os acontecimentos que colocaram o indivíduo em perigo, o que permitiu conceber a dor como um fenômeno psicofisiológico complexo.

A efetiva transformação foi poder considerar que a dor não é apenas uma resposta protetora do organismo, mas também possuidora de fatores culturais, influências sociais moduladoras, assim como fatores de personalidade e comportamentos instrumentais, que podem influenciar seus registros. Com isso, no século XX, surge um novo discurso sobre a dor e emergem profissionais dedicados a preencher a lacuna teórica e prática sobre ela. Os profissionais de saúde que lidavam cotidianamente com a dor inauguraram uma nova proposta terapêutica: a clínica da dor, cuja orientação era conceber a dor como um fenômeno biopsicossocial, que exigia uma equipe multidisciplinar e um tratamento multimodal.

No entanto, notamos que, apesar dos esforços de relacionar físico e psíquico, os próprios termos psicofisiológico ou biopsicossocial denunciam uma separação entre os dois campos, por mais que proponham uma articulação entre eles. Não podemos desconsiderar aqui a importância do pensamento cartesiano, que separa mente e corpo e busca artifícios para compreender a relação entre os dois. Apesar de herdeira da medicina moderna, a psicanálise subverte as formulações cartesianas sobre a separação entre físico e psíquico com a noção de inconsciente. Dessa forma, apesar dos esforços multiprofissionais para tentar compreender e tratar a dor, consideramos que a psicanálise possui uma concepção única, pois, mais do que situá-la como uma resposta protetora do organismo ou decorrência de fato social, ela revela a relação estreita que o ser estabelece com a dor, tendo ela a presença de uma ferida ou doença, ou não. Observamos, com isso, uma íntima aproximação entre a dimensão da dor e o registro do corpo, pois este porta a história da dor que acomete o sujeito.

A ideia da dor como limite aqui nos é cara. Não podendo se situar exclusivamente como física nem como psíquica, as narrativas dos pacientes demonstram como a dor é sempre algo que se experimenta no corpo, cujo efeito é uma diluição entre essas fronteiras. Estamos cientes da tensão que existe aqui, pois a mentalidade cartesiana presente nos dias atuais nos impele sempre a situar a dor como física ou psíquica. É um desafio constante não cair nessa armadilha para reconhecer esse caráter limítrofe que a dor revela. Reiteramos aqui, seguindo a trilha freudiana e lacaniana, que a dor expressa uma ruptura nessa divisão, uma vez que, ao sentir dor, há sempre um sujeito e um corpo que a experimentam ao mesmo tempo.

Dessa forma, a psicanálise introduz uma nova leitura e abordagem da dor, concebendo-a sempre como algo singular ao sujeito. A dor como construção histórica e cultural adquire diversos sentidos, tanto para a sociedade como para aquele que sofre com ela. Qual é, então, a singularidade da dor, que impõe tantos questionamentos e desafios aos profissionais que se propõem a tratá-la?

Concordamos com a leitura de Birman (2014), que propõe diferenciar dor e sofrimento, por mais que diversas vezes, no vocabulário comum, eles possam não se distinguir e serem usados como sinônimos. Sucintamente, enquanto o sofrimento é uma experiência alteritária, que porta um apelo ao outro, a dor é solipsista, não há uma abertura ao outro, que possa vir a subjetivar o mal-estar. Nessa perspectiva, o mal-estar contemporâneo se caracteriza principalmente como dor e não como sofrimento.

Diante desse mal-estar, a ciência, com seu progresso, faz existir uma causalidade programada de eventos que se articulam em uma dinâmica de causa e efeito cuja consequência é a produção de um discurso que visa curar os males que acometem o sujeito. Como somos uma sociedade regida pelo saber médico-científico, notamos que cabe majoritariamente a esse discurso produzir modos de apaziguar o corpo ferido, reinserindo-o no que é considerado saúde. Em contrapartida, os saberes *psi* seriam responsáveis por se dedicarem ao funcionamento psíquico desregado. Contudo, o que estamos propondo com essa demarcação, de um lado, a medicina responsável pelos cuidados do corpo e, de outro, os saberes *psi* dedicados ao psicológico, é acentuar a herança cartesiana da distinção entre mente e corpo, para demonstrar que a psicanálise subverte essa

concepção, uma vez que a noção de psiquismo diz respeito tanto à mente quanto ao corpo.

Ora, enquanto o discurso médico-científico procura o controle da vida, será traumático aquilo que lhe escapa, aquilo que se mostra indeterminado, incontrolável e imprevisível. Freud abordou o traumático em diferentes momentos de sua obra em outra perspectiva, mas cujo caráter principal é o fator subjetivo, propondo a existência de uma realidade psíquica ao trauma, sem reduzi-lo ao evento fatídico. Importa percebermos a dimensão psíquica inerente ao trauma. Para a psicanálise, um acidente, uma catástrofe ou um evento violento não constituem em si um trauma, pois há nisso um “fator subjetivo” que não pode ser eliminado. Ou seja, para além do fato em si, algo singular do sujeito precisa entrar em ação para que se possa definir um trauma.

Uma vez carimbado pelo trauma, a partir das coordenadas próprias, o sujeito tentará dar conta disso *a posteriori*. Por isso, o trauma pode ser aproximado do conceito lacaniano de real, definido como algo que escapa. Logo, acreditamos ser pertinente marcar que, para a psicanálise, o trauma não é o momento ou o evento que o desencadeou, ele é acessível somente pelos seus efeitos, que só poderão ser entrevistados pela linguagem e não pela experiência em si. A violência do evento costuma ofuscar esse fator subjetivo, de modo que a medicina o considera por si só traumático, retirando as coordenadas subjetivas ali existentes, mas essa direção justifica a presença da psicanálise no campo do trauma, na medida em que ela permite um resgate da subjetividade.

O que faz o sujeito diante do trauma? Para Lacan (1973-1974/2018), “inventamos um truque para preencher o buraco do real” (p. 144); inventa-se o que é possível para cada um. Dessa forma, acreditamos que a dor pode ser um dos arranjos, sempre singular, frente à irrupção do real. Como uma invenção, a dor pode ter diferentes modalidades e funções, sendo aquilo que o sujeito falante puder inventar frente ao não simbolizável de sua vida. Diante disso, elencamos algumas modalidades de dor, estando advertidos de que a indicação clínica é imprescindível para poder aferir a função que a dor tem para um determinado sujeito.

Tomamos como ponto de partida para essa apresentação o caso Elisabeth Von R., paciente de Freud, que apresentava dores nas pernas. O sintoma conversivo histérico demonstra como a linguagem utiliza o corpo como palco para

seu sofrimento. No caso da jovem, Freud constatou que, no lugar das dores psíquicas que ela evitou, surgiram as físicas. Assim, Elisabeth, em seu percurso de análise, narra ter “tornado doloroso o fato de ficar sozinha” (FREUD, 1895/1996b, p. 176) e afirmava ser “doloroso (...) seu sentimento de desamparo, o sentimento de que não podia ‘dar um único passo a frente’” (FREUD, 1895/1996b, p. 176).

O estudo sobre esse caso de histeria serviu não somente para demonstrar o mecanismo de conversão histérica, mas principalmente para observarmos, como já aqui mencionado, que a divisão entre físico e psíquico fica esmorecida. O sintoma conversivo histérico revela que a energia psíquica se transforma em inervação somática, ocorrendo uma sobreposição entre o físico e o psíquico. A ambiguidade do corpo e essa dupla face da dor que a paciente demonstra como a histeria toma o corpo pelo viés significante. Ou seja, o movimento da fantasia e do desejo teria a prerrogativa de se precipitar no corpo fisiológico, de modo que não há, para a psicanálise, uma anterioridade do corpo fisiológico sobre o erógeno.

Em continuidade, apesar de alguns autores aproximarem o sintoma conversivo histérico e a fibromialgia (dor crônica) devido à ausência de uma causalidade orgânica ou à localização corporal precisa de uma lesão que justificasse o quadro, optamos conceber a fibromialgia sob dois outros vieses: fenômeno psicossomático e acontecimento de corpo. O fenômeno psicossomático, diferente do sintoma, está situado no real e se configura como um limite à estrutura da linguagem, expressando uma fixação de gozo. Com efeito, os fenômenos psicossomáticos são ligados aos fenômenos de linguagem, mas estão fora da subjetivação e dão testemunho do fracasso da metáfora subjetiva, a ponto de não podermos afirmar que há um sujeito no fenômeno psicossomático. Nesse sentido, a dor, especialmente se ela se torna crônica, é uma experiência que se encontra no limite do significante, daquilo que não pôde ser elaborado psiquicamente pelo sujeito.

Abordando o estatuto do gozo específico aos fenômenos psicossomáticos, pela via do significante e da constituição subjetiva, podemos perceber um enfraquecimento da metáfora subjetiva, a ponto de ser possível realizar uma aproximação da psicose. Nesse contexto, a fibromialgia como um acontecimento de corpo difere do fenômeno psicossomático, podendo ser uma forma de se

arranjar com o gozo. Na psicose, a dor crônica pode desempenhar uma suplência à forclusão do Nome-do-Pai, tendo a função de tratamento do inominável do real.

Além disso, exploramos ainda mais duas modalidades de dor referentes à perda do objeto amado: o luto e a melancolia. Retomamos a questão levantada por Freud: por que se separar do objeto é um processo tão penoso? A proposta freudiana sobre o trabalho de luto é que, uma vez findo este estado, haveria um desinvestimento na representação do objeto amado, e a libido poderia investir em outro objeto.

Allouch (2004) considera que a substituição do objeto é uma característica marcante da versão freudiana do luto, com a qual o psicanalista francês não concorda. Para ele, há algo de insubstituível na perda do objeto amado. No entanto, acreditamos que Allouch repousa sua leitura exclusivamente no texto *Luto e Melancolia* para elaborar essa crítica, pois em outros momentos da obra freudiana encontramos o caráter irreparável da perda.

Percorremos tais formulações para tentar reconhecer o caráter doloroso do luto. Notamos que a aproximação entre luto e dor se faz, primeiramente, pelo próprio termo alemão *trauer*, que denota o luto como um afeto de dor. Após perpassar a teorização acerca do luto, podemos concluir que seu caráter penoso e dolorido é consequência de uma dupla via: a ruptura das associações referentes ao objeto perdido, imposto pelo luto, cujo efeito contrário, é o alto investimento na representação do objeto. Então, a dor é decorrente do processo de rompimento dos investimentos feitos ao objeto amado perdido e romper ligações é sempre doloroso. Ela também, como esse é um trabalho árduo, é fruto do alto investimento que é feito a fim de preservar o objeto, dando origem a uma explicação econômica para o surgimento da dor.

Também a problemática da perda do objeto está presente no caso da melancolia, no qual o paciente é progressivamente dominado por um estado de dor psíquica persistente e não consegue mais se alegrar com nada, tudo o afeta de maneira desagradável, transformando-se em uma nova causa de dor. Por essa razão, Lacan descreve a melancolia como uma “dor de existir”. A dor melancólica decorre da dissolução das associações da cadeia inconsciente, apresentada pelo furo no psiquismo em consequência da ausência do Nome-do-Pai. Essa quebra da cadeia de significantes é concomitante a uma “hemorragia” de libido e sinaliza o fracasso do aparelho psíquico de contê-la, emergindo como uma dor profunda.

Quando desaparece aquilo que tinha uma função de suplência do Nome-do-Pai, o ideal, resta ao sujeito realizar uma identificação ao objeto, de modo que um sujeito vale por um objeto, mas enquanto dejetivo, largado pelo Outro. O melancólico, então, se situa nesse lugar de resto, fora do simbólico, onde só há o gozo impossível de ser suportado, lugar da dor de existir.

Por fim, a última modalidade trabalhada e principal objeto desta pesquisa foi a dor oriunda da lesão. O saber médico procura justificar a dor com a presença de uma lesão. Caso contrário, há uma desqualificação, mas a psicanálise propôs uma maneira diferente de conceber a lesão, não sendo apenas um indício de uma doença que produz dor. Primeiramente, encontramos uma proposição freudiana que entende a lesão como uma ruptura da cadeia associativa, que origina o sintoma histérico. Nessa perspectiva, a lesão estaria mais próxima do sintoma e seria mais da ordem do simbólico. Porém, outras duas contribuições, presentes na *Carta 52* e no *Além do princípio do prazer*, que para nós são mais interessantes, permitiram conceber a lesão sobre um novo viés: como sendo da ordem do real. Para isso, articulamos trauma e lesão com a proposta de conceber a lesão como uma circunscrição do trauma (real) no corpo.

A partir das neuroses de guerra, Freud defende que a lesão ocasionada simultaneamente pela incidência do trauma circunscreveria o excesso de excitação liberada em determinada região corporal. Em outras palavras, procuramos demonstrar que a lesão é a marca do trauma em certos pontos de impacto no corpo inclusos na economia narcísica. Neste sentido, o sujeito incorpora um real que é impossível de simbolizar; trata-se de um encontro que ao mesmo tempo em que desorganiza o psiquismo, o reconfigura, permitindo que o caos se circunscreva em uma determinada região através da lesão.

Propusemos distinguir o que ocorre nos sintomas e nos fenômenos psicossomáticos, onde há uma causalidade em jogo. No sintoma, uma dor psíquica dá origem a uma dor física e, no fenômeno psicossomático, um estado emocional origina a lesão, como é o caso da psoríase. Diferentemente, a lesão como estamos apresentando, em sua articulação com o trauma, é um impacto corporal que produz uma descontinuidade entre o antes e o depois, entre causa e efeito. Nesse sentido, a lesão como destino do trauma, do real, diz respeito a uma circunscrição corporal e não a uma consequência.

Direcionamo-nos ainda a pensar se a lesão seria uma escrita no corpo. Se em um primeiro momento, no que diz respeito à causalidade, distanciamos a lesão do fenômeno psicossomático da lesão “orgânica”, a noção de escrita no corpo nos enveredou para uma aproximação entre esses termos, uma vez que a leitura lacaniana propõe o fenômeno psicossomático como uma escrita no corpo. Notamos que, primeiramente, o corpo escreve alguma coisa da ordem da cifra, uma contagem absoluta de gozo. A aposta é que com o trabalho de análise a cifra possa passar a letra. A letra na proposta lacaniana é aquilo que faz litoral entre o real e o simbólico e poderia escrever as maneiras singulares de gozo do vivente. Assim, as lesões como a escrita do real no corpo, ao fazer rasgo na carne, singulariza uma maneira de gozo.

A dor revela, então, nas diversas modalidades apresentadas, o não-sentido do corpo e da existência, por deixar o sujeito atordoado. A complexidade da dor demonstra a supressão ou a remoção de certa qualidade subjetiva, o que constitui seu caráter insuportável. Dessa forma, a dor é um campo da ordem da existência em que não há possibilidade para o ser se mover e o sujeito se petrificar. Na petrificação, não é apenas um corpo parado, é o próprio sujeito – que é efeito da cadeia significante - que fica paralisado, pois não emite palavras ou produz relatos empobrecidos, meramente descritivos de sua dor, sem encadeamento. Daí podemos conferir também o atributo *assignificante* da dor.

Acreditamos que é justamente a petrificação que faz com que a dor permaneça muda. O silêncio como um dos destinos possíveis da dor remete à pulsão de morte, uma vez que Freud a concebe como silenciosa. A articulação do pulsional com o traumático introduz a concepção de que a pulsão como força não pode ser inscrita na cadeia simbólica. O caráter silencioso da pulsão de morte revela mais do que o não querer dizer, ou as lacunas do discurso, mas expressa o não poder dizer. A dor transmite, assim, uma mudez desesperada. Diante da imperatividade da dor, os recursos primários que o sujeito possui para conter esse desmoronamento são o grito e a palavra, sendo o primeiro mais rudimentar e mais primitivo. Nessa dimensão ao mesmo tempo incessante e insistente, a dor constitui-se como um grito que a retira do seu silêncio; um grito que chegará aos ouvidos daqueles que puderem escutá-lo. Se a dor revela o silêncio e o mutismo nos quais o sujeito estaria envolto e submerso, o grito que ela provoca seria o primeiro movimento necessário para dar voz ao que ele sente. A entrada do sujeito

na linguagem é possível através do deslocamento de um grito puro de aniquilamento, como por vezes conseguimos reconhecer em pacientes, em direção à dimensão do apelo, onde esse grito poderá ser escutado pelo Outro que realizará ações para responder a essa urgência.

Após esse longo e vasto percurso sobre a dor na teoria psicanalítica, nosso esforço foi acentuar primeiramente a subversão que a teoria psicanalítica proporciona ao torcer a divisão entre mente e corpo. De fato, diversos conceitos psicanalíticos, como inconsciente e pulsão, permitem entrever essa revolução. A dor denuncia o caráter limítrofe, não podendo ser situada nem como física nem como psíquica apenas. Por estas razões, acreditamos que o tratamento da dor constitui um desafio clínico que ainda persiste, uma vez que para cada sujeito a dor tem uma função diferente e só a partir da singularidade será possível traçar estratégias de tratamento do real. Cabe ao analista suportá-la.

## 9

### Referências bibliográficas

ALLOUCH, J. **A erótica do luto no tempo da morte seca**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

ANDRÉ, S. **O que quer uma mulher?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.

ANTONELLO, D. F; HERZOG, R. A memória na obra freudiana, para além da representação. **Arq. bras. psicol.**, v. 64, n. 1, p. 111-121, 2012. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672012000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 23 de agosto de 2018.

ASSOUN, P.L. **Corps et symptome, leçons de psychanalyse**. 3ª. Ed. Paris: Anthropos, 2009.

AUBERT, A. **A dor: originalidade de uma teoria freudiana**. São Paulo: Escuta, 2017.

BALBI, L. M. O traçado significativo da pulsão. In: **O corpo da psicanálise**. Escola Letra Freudiana. Ano XIX, no. 27, 2000, p.187-192.

BARRETO, F.P.; BESSET, V.L. Dor crônica: um sintoma possível para a psicose. In: Besset & Zanotti (org.) **A face crônica da dor**. Edufal, 2017, p.143-164

BARRETO, M.L.B. Sobre a experiência de dor. In: **Letra Freudiana 15: 100 anos do projeto freudiano**. Rio de Janeiro: Ed. Reverter, 1995, p. 19-25

BARROS, M. R. C. R. Trauma: uma nova perspectiva do real. **Opção Lacaniana online nova série**, ano 6, n.6, 2015, p. 1-9. Disponível em: [http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero\\_16/Trauma\\_uma\\_nova\\_perspectiva\\_sobre\\_um\\_real.pdf](http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_16/Trauma_uma_nova_perspectiva_sobre_um_real.pdf). Acessado em 11 de dezembro 2018.

BARROS, R. R. Sobre a identificação com o objeto. In: Quinet (org.) **A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia**. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria, 1997, p. 207-216.

BASTOS, A. A voz na experiência psicanalítica. **Ágora (Rio J.)**, 17, n.1, p.59-70, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?>

script=sci\_arttext&pid=S1516-14982014000100004. Acessado em 11 de dezembro de 2018.

BERLINCK, M. T. A dor. In: Berlinck (org.) **Dor**. São Paulo, SP: Escuta, 1999, p. 7-22.

BESSET, V. L. Inibição e sintoma: A angústia na clínica hoje. **Psychê**, v. 4, n 5, p. 29-37, 2000.

BESSET, V.L.; GASPARD, J-L; DOUCET, C.; VERAS, M.; COHEN, R. H. P. Um nome para a dor: fibromialgia. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, vol.10, n. 4, 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482010000400009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000400009). Acessado em 11 de dezembro de 2018.

BIRMAN, J. **O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

CALDAS, H. Da cifra à letra: uma leitura ilegível do corpo. In: Costa & Rinaldi (org.). **Linguagem e escrita do corpo**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2014, p. 99-112.

CANAVEZ, F.; HERZOG, R. Entre a psicanálise e a psiquiatria: a medicalização do trauma na contemporaneidade. **Tempo psicanal.**, v. 43, n.1, p.111-129, 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382011000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382011000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 28 de julho de 2018.

CERCHIARI, E.A.N. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. **Psicol. cienc. prof.**, v. 20, n. 4, p. 64-79, 2000. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932000000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 28 de julho de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932000000400008>.

CHABERT, C. **La douleur**. Toulouse: Éres, 2015.

CHATELARD, D. S. Algumas considerações sobre o termo afânise a partir de E. Jones e J. Lacan. **Ágora (Rio J.)**, v. 4, n. 2, p. 51-59, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982001000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982001000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 09 de dezembro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982001000200004>.

- CHAUÍ, M. **Filosofia moderna**. Universidade do Estado de São Paulo. 2013. Disponível em: [http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos\\_teses/FILOSOFIA/Artigos/filo\\_moderna.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/FILOSOFIA/Artigos/filo_moderna.pdf). Acessado em 31 de janeiro de 2019.
- CORBIN, A. Dores, sofrimentos e misérias do corpo. In: Corbin (org.) **História do corpo: da revolução à grande guerra**. 4ª. Ed. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 267-343.
- COSTA, A. Litorais da psicanálise. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, Edição Especial, p. 26-30, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21nspe/v21nspea05.pdf>. Acessado em 11 de dezembro de 2018.
- COSTA-MOURA, F; COSTA-MOURA, R. Objeto A: ética e estrutura. **Ágora (Rio J.)**, v. 14, n. 2, p. 225-242, 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982011000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982011000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 28 de julho de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982011000200005>.
- CROIX, L. **La douleur em soi: de l'organique à l'inconscient**. Ramonville Saint-Agne: Ed. Érés, 2002.
- DAVID-MÉNARD, M. **A histórica entre Freud e Lacan: corpo e linguagem em psicanálise**. São Paulo: Editora Escuta, 2000.
- DESCARTES, R. (1637) **Meditações**. Col. **Os Pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- EBIOGRAFIA. Disponível em [https://www.ebiografia.com/edvard\\_munch/](https://www.ebiografia.com/edvard_munch/). Acessado em 24 de janeiro de 2019.
- ELIA, L. **O conceito de sujeito**. In: Col. **Psicanálise passo a passo**. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 2010.
- ESPINOZA, M. V.; ZANOTTI, S. V. Fibromialgia e psicose: a dor e suas funções. In: Besset & Zanotti (org.) **A face crônica da dor**. Edufal, 2017, p. 87- 120.
- FARIAS, F. P.; SILVA, M. B. A dor crônica na perspectiva médica. In: Besset & Zanotti (org.) **A face crônica da dor**. Edufal, 2017, p. 45- 58.
- FAURE, O. O olhar dos médicos. In: Corbin (org.) **História do corpo: da revolução à grande guerra**. 4ª. Ed. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 13- 55.

FERNANDES, C. O; FARES, A. R.; FRANÇA, W. L. P. Fibromialgia e o fenômeno psicossomático. In: Besset & Zanotti, (org.) **A face crônica da dor**. Edufal, 2017, p. 351-378.

FORTES, I. A anatomia fantasmática: o lugar do corpo em psicanálise. **Rev. Epos**, v.3, n.2, 2012. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-700X2012000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2012000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 29 de julho de 2018.

\_\_\_\_\_. A dor como sinal da presença do corpo. **Tempo psicanal.**, v.45, n.2, p.287-301,2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382013000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382013000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 29 julho 2018.

\_\_\_\_\_. Corpo em pedaços: a potência do fragmento. **Arq. bras. psicol.**, v. 65, n. 1, p. 152-161, 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672013000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672013000100011&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 29 de julho de 2018.

\_\_\_\_\_. Erotismo versus masoquismo na teoria freudiana. **Psicologia clínica**, v.19, n.2, p.35-44, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pc/v19n2/a03v19n2>. Acessado em 29 de julho de 2018.

FORTES, I.; NAYLOR, R.; DOMICIANO, I. Hipocondria: um corpo que assombra. In: Novaes & Vilhena (org.) **O corpo que nos possui: corporeidade e suas conexões**. Curitiba: Appris, 2018, p. 151-166.

FORTES, I.; WINOGRAD, M.; MEDEIROS, C. A dor crônica entre o silêncio e o grito. **Tempo psicanal.**, v. 47, n. 2, p. 9-28, 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382015000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382015000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 24 de janeiro de 2019.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Tradução de Roberto Machado. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FREIRE, A.B. **Por que os planetas não falam?** São Paulo: Revinter, 1997.

FREUD, S. (1888) Histeria. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 75-96.

\_\_\_\_\_. (1893a) Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.199-216.

\_\_\_\_\_. (1893b). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência. Primeiras Publicações Psicanalíticas. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.35-50.

\_\_\_\_\_. (1894). Rascunho E: como se origina a angústia. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. In: J.Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 235- 240.

\_\_\_\_\_. (1895a) Projeto para uma Psicologia Científica. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. In: J.Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 335-454.

\_\_\_\_\_. (1895b) Estudos sobre a histeria. In: J.Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. (1895c) Rascunho G. Publicações pré-analíticas e esboços inéditos. In: J.Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 246- 252.

\_\_\_\_\_. (1896a) A etiologia da histeria. Primeiras Publicações Psicanalíticas. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.187-218.

\_\_\_\_\_. (1896b) Carta 52. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 281-287.

\_\_\_\_\_. (1897) Carta 69. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 309-310.

\_\_\_\_\_. (1900). A interpretação dos sonhos. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. IV e V. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. (1905) Três ensaios sobre a sexualidade. Um caso de histeria e Três ensaios sobre a sexualidade. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 119-229.

\_\_\_\_\_. (1910) A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. Cinco lições de psicanálise, Leonardo DaVinci e outros trabalhos. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.217-227.

\_\_\_\_\_. (1912a) Recomendações aos médicos que exercem psicanálise. O caso Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 123-136.

\_\_\_\_\_. (1912b) A dinâmica da transferência. O caso Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 109 -122.

\_\_\_\_\_. (1913) Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise). O caso Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 137- 160.

\_\_\_\_\_. (1914) Sobre o narcisismo: uma introdução. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.77-108.

\_\_\_\_\_. (1915) Os instintos e suas vicissitudes. História do Movimento Psicanalítico. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 117-146.

\_\_\_\_\_. (1916) Sobre a transitoriedade. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 317-324.

\_\_\_\_\_. (1917a) Conferência XXVIII: terapia psicanalítica. Conferências Introdutórias sobre psicanálise (parte III). In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 449 – 464.

\_\_\_\_\_. (1917b) Luto e melancolia. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 245- 270.

\_\_\_\_\_. (1919a). Uma criança é espancada – uma contribuição ao estudo das perversões sexuais. Uma neurose infantil e outros trabalhos. In: J.Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 193-220.

\_\_\_\_\_. (1919b) Introdução a psicanálise e as neuroses de guerra. Uma neurose infantil e outros trabalhos. In: J.Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.221-231.

\_\_\_\_\_. (1919c) O estranho. Uma neurose infantil e outros trabalhos. In: J.Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:**

**Edição Standard Brasileira**, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p 235- 276.

\_\_\_\_\_. (1920) Além do princípio do prazer. Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.13-75.

\_\_\_\_\_. (1923) O ego e o id. O ego e o id e outros trabalhos. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.15-82.

\_\_\_\_\_. (1924). O problema econômico do masoquismo. O ego e o id e outros trabalhos. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.175 -190.

\_\_\_\_\_. (1925) Uma nota sobre o bloco mágico. O ego e o id e outros trabalhos. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.253-262.

\_\_\_\_\_. (1926) Inibições, Sintomas e Angústia. Um estudo autobiográfico, Inibições, Sintomas e Angustia, A questão da análise leiga e outros trabalhos. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. XX, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.81-174.

\_\_\_\_\_. (1930) Mal-estar na civilização. O futuro de uma ilusão, o Mal-estar na civilização e outros trabalhos. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 67- 150.

\_\_\_\_\_. (1938) Esboço de psicanálise. Moisés e monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos. In: J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.153-224.

GARCIA-ROZA, L.A. **Acaso e repetição em psicanálise: uma introdução à teoria das pulsões**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

\_\_\_\_\_. **Introdução a metapsicologia freudiana 1: sobre as afasias (1891)/O projeto de 1895**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

GOUVEA, E. **O aparelho psíquico na Carta 52 e na Interpretação dos Sonhos – uma releitura**. Jornada de Cartéis da Escola de Psicanálise Letra Freudiana, 2007. Disponível em: [http://escolaletrafreudiana.com.br/UserFiles/110/File/carteis2007/Carteis2007\\_08.pdf](http://escolaletrafreudiana.com.br/UserFiles/110/File/carteis2007/Carteis2007_08.pdf). Acessado em 11 de dezembro de 2018.

GRIESINGER, W. Melancolia no sentido mais estrito. In: Quinet (org.). **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. 2ª. Ed. Rio de Janeiro, Bacamarte: 2002, p. 17-46.

GURFINKEL, D. O episódio de Freud com a cocaína: o médico e o monstro. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 420-436, 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142008000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 29 de julho de 2018 <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142008000300006>

KEHL, M. R. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. 2ª Ed. São Paulo: Boitempo, 2015.

LACAN, J. (1949) O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência analítica. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p. 96 – 103.

\_\_\_\_\_. (1951) Intervenção sobre a transferência. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p 214 – 228.

\_\_\_\_\_. (1953) Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 238-364.

\_\_\_\_\_. (1953-1954) **Seminário, Livro 1: Os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

\_\_\_\_\_. (1955) **Seminário, Livro 2: O eu na teoria de Freud e a na técnica da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

\_\_\_\_\_. (1959-1960a) Observação sobre o relatório de Daniel Lagache, psicanálise e a estrutura da personalidade. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p. 653 -691.

\_\_\_\_\_.(1958-1959) **O Seminário, livro 6. O desejo e sua interpretação.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2016.

\_\_\_\_\_. (1959-1960b) **Seminário, Livro 7: a ética da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

\_\_\_\_\_. (1960) Posição do inconsciente no Congresso de Bonneval. Em J. Lacan, **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p. 843-864.

\_\_\_\_\_. (1962) Kant com Sade. In: **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p.776-806.

\_\_\_\_\_.(1962-1963) **Seminário, livro 10: a angústia.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

\_\_\_\_\_.(1964-1965). **Seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

\_\_\_\_\_. (1965) **O Seminário livro 12. Os problemas cruciais da psicanálise.** Publicação não comercial, exclusiva para os membros do Centro de Estudos Freudianos do Recife. Recife, 2006.

\_\_\_\_\_. (1965-1966) A ciência e a verdade. In: **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p. 869-892.

\_\_\_\_\_. (1966-1967). **O Seminário, livro 14. A lógica do fantasma** Publicação não comercial, exclusiva para os membros do Centro de Estudos Freudianos do Recife, Recife, 2008.

\_\_\_\_\_.(1971) **Seminário, Livro 18: de um discurso que não fosse semblante.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2009.

\_\_\_\_\_. **A Conferência de Genebra sobre o sintoma,** 1975. Disponível em <http://www.campopsicanalitico.com.br/media/1065/conferencia-em-genebra-sobre-o-sintoma.pdf>. Acessado em 24 de janeiro de 2019.

LACAN, J. Joyce, o Sintoma. In: **Outros escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003, p. 560-566.

\_\_\_\_\_. Lituraterra. In: **Outros escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003. p. 15-28.

\_\_\_\_\_.O lugar da psicanálise na medicina. **Opção lacaniana,** no. 32, 2001. Disponível em: <https://bibliotecadafilo.files.wordpress.com/2013/10/lacan-o-lugar-da-psicanalise-na-medicina.pdf>. Acessado em 03/04/2017.

\_\_\_\_\_. **Os não-tolos erram / Os nomes do pai: seminário entre 1973-1974** [recurso eletrônico]. Jacques Lacan [tradução e organização de Frederico Denez e Gustavo Capobianco Volaco]- Porto Alegre: Editora Fi, 2018.

LAMBOTTE, M-C. **O discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. **Vocabulário da psicanálise**. 4ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LAURENT, E. O trauma ao avesso. **Papeis de psicanálise**. v. I n.1, 2004, p. 21-28. Disponível em <http://lacanempdf.blogspot.com/2018/01/o-trauma-ao-avesso-eric-laurent.html>. Acessado em 11 de dezembro de 2018.

LECLAIRE, S. **O corpo erógeno: uma introdução à teoria do complexo de Édipo**. 2ª. Ed. São Paulo: Escuta, 1992.

LISPECTOR, C. **Um sopro de vida**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1978.

MACHADO, R. **Foucault, a ciência e o saber**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

MAGALHÃES, N.M. **O limite constitutivo entre o cogito cartesiano e o sujeito da psicanálise construído no texto A Ciência e a Verdade**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal do Espírito Santo. 2015. Disponível em [http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese\\_8614\\_natalia%20disserta%E7%E3o20160211-94606.pdf](http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_8614_natalia%20disserta%E7%E3o20160211-94606.pdf) . Acessado em 13 de dezembro de 2017.

MAIA, M. A. Sintoma como acontecimento de corpo. **Latusa Digital**. V.5, n. 34, 2008, p. 1-13. Disponível em: [http://www.latusa.com.br/pdf\\_latusa\\_digital\\_34\\_a4.pdf](http://www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_34_a4.pdf) Acessado em 11 de dezembro de 2018.

MALEVAL, J-C. **O autista e a sua voz**. São Paulo: Blucher, 2017.

MANDRESSI, R. Dissecções e anatomia. In: Vigarello (org.) **História do corpo: da Renascença às Luzes**. 3ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2009, p. 411-440.

MARBLÉ, J. La douleur, dernière frontière? **Revue Eres Psychanalyse**, 20, p. 41-51, 2011.

MARTIN-MATTERA, P. Clínica subjetiva da dor. In: Besset & Zanotti (org.) **A face crônica da dor**. Maceió: Edufal, 2017, p. 165-192.

MASAGÃO, A. M. A rasura da letra e a explosão do semblante. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 313-331, 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982008000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982008000200010&lng=en&nrm=iso). Acessado em 22 de janeiro de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982008000200010>.

MEDEIROS, C.; FORTES, I. Dor crônica: signo do excesso pulsional. In: Besset & Zanotti (org.) **A face crônica da dor**. Maceió: Edufal, 2017, p. 293- 318.

MICHAELIS DICIONÁRIO ONLINE.

<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=dor>

MILLER, J-A. Algumas reflexões sobre o fenômeno psicossomático. In: **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Ed., 1990, p. 87-97.

\_\_\_\_\_. Introdução à leitura do Seminário da Angústia de Jacques Lacan. **Opção lacaniana**, n.43, p.7-91, 2005.

\_\_\_\_\_. Jacques Lacan e a voz. **Opção Lacaniana online nova série**. v. 4, n.11, 2013. Disponível em: [http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero\\_11/voz.pdf](http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_11/voz.pdf). Acessado em 11 de dezembro de 2018.

\_\_\_\_\_. **La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica**. 1ª Ed. Buenos Aires: Paidós, 2013.

\_\_\_\_\_. **Los signos del goce**. Ed. Paidós S.A.I.C.F, 1998.

MILNER, J.-C. **A Obra Clara – Lacan, a ciência e a filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

NASCIMENTO, M.C. Alienação, separação e travessia da fantasia. **Opção Lacaniana online nova série**, ano 1, no. 1, 2010. Disponível em [http://opcaolacanianana.com.br/pdf/numero\\_1/Aliena%C3%A7%C3%A3o\\_s\\_e\\_a\\_travessia\\_da\\_fantasia.pdf](http://opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/Aliena%C3%A7%C3%A3o_s_e_a_travessia_da_fantasia.pdf) Acessado em 21 de janeiro de 2018.

NASIO, J-D. **A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

\_\_\_\_\_. **O silêncio na psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2010.

NICOLAU, R.F. A psicossomática e a escrita do real. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 8, n. 4, p. 959-990, 2008. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482008000400006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000400006&lng=pt&nrm=iso). Acessado em 29 de julho de 2018.

NULDEMAN, C.; MAYRINK, C.; VIEIRA, C. ALBA, D.; GOUVÊA, E.; LAGE, V. Pulsão de morte: efeitos no eu-corpo (Körper-ich) e trabalho de escrita. In: Carrasco (org.) **El cuerpo, ese otro lugar**. Buenos Aires: Marmol-Izquierdo Editores, 2017, p. 301-309.

OLIVEIRA, M.C.A. Desde Freud... no somático, o psíquico. In: **Letra freudiana 27: O corpo da psicanálise**. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, 2000, p. 311-315.

PACHECO, A. L. P.; ALBERTI, S. A letra no ensino de Lacan e a escrita de RSI. In: Costa & Rinaldi (org.). **Linguagem e escrita do corpo**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2014, p. 127-142.

PEREIRA, M. E. C. C'est toujours la même chose: Charcot e a descrição do Grande Ataque Histerico. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 2, n.3, p.159-165, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47141999000300159&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47141999000300159&lng=en&nrm=iso). Acessado em 29 de julho de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47141999003011>

POLI, M.C. O psicanalista como crítico cultural: o campo da linguagem e a função do silêncio. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Vol. VIII, Nº 2, p. 365-378, 2008. Disponível em <http://www.ufrgs.br/ppgpsi/producao-intelectual/arquivos/O%20Psicanalista%20como%20crítico%20cultural%20-%20Poli.pdf>. Acessado em 11 de dezembro de 2018.

POLLO, V. Exílio e retorno do corpo: Descartes e a psicanálise. In: Sonia & Ribeiro (org.) **Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004. p. 15-28.

PONTALIS, J-B. **Entre o sonho e a dor**. Aparecida, São Paulo: Ideias & Letras, 2005.

PRADO, I. B. B. Contornos originais do corpo. In: **O corpo da psicanálise**. Escola Letra Freudiana. Ano XIX, no. 27, 2000, p. 61-64.

QUEIROZ, E.F. Reflexões sobre dor e gozo nos acontecimentos de corpo. In: Besset & Zanotti (org.) **A face crônica da dor**. Maceió: Edufal, 2017, p.273-292.

QUINET, A. A. atualidade da depressão e a dor de existir. In: Quinet (org.). **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. 2ª. Ed. Rio de Janeiro, Bacamarte: 2002, p. 89-96

\_\_\_\_\_. A clínica do sujeito na depressão: Freud e a melancolia. In: (Quinet org.) **A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia**. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria, 1997, p. 119-156.

REY, R.. **História da dor**. São Paulo, SP: Escuta, 2012.

RINALDI, D. Joyce e Lacan: algumas notas sobre escrita e psicanálise. **Pulsional Revista de Psicanálise**. Ano XIX, N. 18, p.74-81, 2006.

\_\_\_\_\_. O traço como marca do sujeito. **Estud. psicanal.**, n.31, p.60-64, 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372008000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372008000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 24 de janeiro de 2019.

RINALDI, D.; NICOLAU, R. F.; PITANGA, C.E.G.A. Do fenômeno psicossomático ao sintoma: a aderência do sujeito ao diagnóstico médico e o trabalho analítico. **Ágora (Rio J.)**, v. 16, n.spe, p. 95-108, 2013.

Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982013000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982013000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 29 de julho de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982013000300007>.

ROUDINESCO, E. **Sigmund Freud na sua época e em nosso tempo**. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

RUDGE, A. M. Trauma e temporalidade. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, v. 6, n. 4, p. 102-116, 2003. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142003000400102&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142003000400102&lng=en&nrm=iso). Acessado em 17 de fevereiro de 2019.

\_\_\_\_\_. Trauma: entre o corpo e o psiquismo. In: Novaes & Vilhena (org.). **Que corpo é este que anda sempre comigo?**. Editora Appris: Curitiba, 2016, p. 17-30.

SANTOS, N. A.; RUDGE, A. M. (2014). Dor na psicanálise – física ou psíquica? **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n.3, p. 450-468, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141547142014000300450&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141547142014000300450&script=sci_abstract&tlng=pt). Acessado em 11 de dezembro de 2018.

SANTOS, R. A. **Estratégias terapêuticas da dor crônica: uma genealogia da clínica da dor**. Dissertação de Mestrado do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2009. Disponível em [http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UERJ\\_94b240c6c3086a4c8144c263e7c69823](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UERJ_94b240c6c3086a4c8144c263e7c69823). Acessado em 17 de fevereiro de 2019.

SILVA, J. A., RIBEIRO-FILHO, N.P. A dor como um problema psicofísico. **Rev. dor**, v. 12, n. 2, p. 138-151, 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132011000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 29 de julho de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132011000200011>.

SLOMPO, T. K. M.S., BERNARDINO, L. M. F. Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo “fibromialgia” e o quadro clínico “histeria” descrito por Freud no século XIX. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 9, n. 2, p. 263-278, 2006. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142006000200263](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142006000200263). Acessado em 11 de dezembro de 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Disponível em <https://www.reumatologia.org.br/>. Acessado em 6 de setembro de 2018.

SOLER, C. El trauma. **Conferência pronunciada no Hospital Álvarez**, p. 1-9, 1998. Disponível em <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/adultos/lombardi/soler%20-%20el%20trauma.pdf>. Acessado em 24 de janeiro de 2019.

\_\_\_\_\_. **L'en corps du sujet**. 1ª aula de 21 de novembro de 2001. Disponível em <https://pt.scribd.com/doc/222515649/C-Soler-L-en-corps-de-sujet-aula-1>. Acessado em 11 de dezembro de 2012.

\_\_\_\_\_. **O corpo no ensinamento de Jacques Lacan**. Conferência em Bruxelas traduzida pelo Setor de Estudos Psicanalíticos Psicossomática do Simpósio do Campo Freudiano de Belo Horizonte, 1989.

\_\_\_\_\_. **Seminário de leitura de texto ano 2006-2007: Seminário A Angústia, de Jacques Lacan**. São Paulo: Escuta, 2012.

VALAS, P. **As dimensões do gozo: do mito da pulsão à deriva do gozo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

\_\_\_\_\_. Horizontes da Psicossomática. In: Wartel (org.) **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990. p. 69-86.

VIDAL, M.C. V. O Outro primordial no projeto freudiano. In: **Letra Freudiana 15: 100 anos do projeto freudiano**. Ed. Revinter: Rio de Janeiro, 1995, p. 13-18.

VIEIRA M.A. O trauma subjetivo. **Psico (PUC-RS)**, v. 39, n. 4, 509-513, 2008. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2045>. Acessado em 11 de dezembro de 2018.

\_\_\_\_\_. Cogitações sobre o furo. **Ágora Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. II, n. 2, 1999. p. 43-52. Disponível em [http://www.litura.com.br/artigo\\_repositorio/cogitacoes\\_sobre\\_o\\_furo\\_pdf\\_1.pdf](http://www.litura.com.br/artigo_repositorio/cogitacoes_sobre_o_furo_pdf_1.pdf). Acessado em 11 de dezembro de 2018.

VIGARELLO, G. **O Sentimento de si: história da percepção do corpo, séculos XVI-XX**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

VILANOVA, A. A dor na própria carne. In: Quinet (org.) **A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia**. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria, 1997, p. 277-284.

\_\_\_\_\_. Um corpo, três registros: RSI. Considerações sobre o fenômeno psicossomático. **Ágora (Rio J.)**, v. 13, n. 1, p. 63-79, 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982010000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982010000100005&lng=en&nrm=iso). Acessado em 29 de julho de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982010000100005>.

WINOGRAD, M.; MENDES, L.C. Qual corpo para a psicanálise: Breve ensaio sobre o problema do corpo na obra de Freud. **Psicol. teor. prat.**, v. 11, n. 2, p. 211-223, 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872009000200015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000200015&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 29 de julho de 2018.

ZANOTTI, S. V.; BELHAUSER, A.; GASPARD, J-L; BESSET, V. L. Nos limites da histeria, a dor crônica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.16, n. 3, p. 425-437, 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142013000300006&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142013000300006&script=sci_abstract&lng=pt). Acessado em 11 de dezembro de 2018.

ZUCCHI, M. **O Outro corpo: inconsciente, sintoma e a clínica do corpo**. Rio de Janeiro: KBR, 2015.