

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO

Centro de Teologia e Ciências Humanas

Departamento de Psicologia

Mestrado em Psicologia Clínica

A DOR COMO METÁFORA DA UNIDADE:
O Diálogo Analítico entre o Corpo e a Psique

Marcos Creder de Souza Leão

Recife 2002

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
Coordenação geral de Pesquisa e Pós-graduação
Programa de Mestrado em Psicologia Clínica

A DOR COMO METÁFORA DA UNIDADE:
O Diálogo Analítico entre o Corpo e a Psique

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Católica de Pernambuco – Unicap, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação de Edilene Queiroz.

Dissertação defendida e aprovada, em ___ de _____ de _____,
pela banca examinadora constituída pelos professores:

Prof. Dr. João Alberto Gomes de Carvalho

Prof. Dr. Zeferino Barbosa Rocha

Profa. Dra. Edilene Freire de Queiroz (Orientadora)

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, inicialmente, à minha orientadora, Edilene Queiroz, que muito colaborou, com seu conhecimento teórico-clínico, sua objetividade e sua simplicidade, para que eu trilhasse com maior clareza e coerência a construção desta dissertação — um projeto para mim tão importante e antigo.

Agradeço também a todo o corpo docente da coordenação do Mestrado em Psicologia Clínica da Unicap e, especialmente, ao professor doutor Zeferino Rocha, que muito me ensinou, não apenas em aulas, mas em discussão, por ocasião da apresentação do projeto, quando deu preciosas contribuições.

Gostaria de agradecer ao amigo João Alberto, que, ao longo do percurso de nossa amizade — que se confunde com meu amadurecimento teórico-profissional —, possibilitou, incontestavelmente, o êxito deste trabalho.

Gostaria de fazer também um agradecimento a todos os meus colegas de mestrado que, de alguma maneira, me incentivaram a levar adiante este projeto. Um especial agradecimento à colega, e agora amiga, Tereza Dubeux, não só por partilhar desse processo acadêmico, mas pela sua honestidade pessoal e teórica, pela qual tenho grande apreço e admiração, e que, sem dúvida, muito me fez refletir na construção desta dissertação.

Agradeço a meus pais e irmãos, à Marina, minha filha, e à amiga Gilda Kelner — quem, especialmente, ajudou-me a pensar sobre um diálogo possível entre a psicanálise e a medicina. Agradeço também aos inesquecíveis amigos Paulo Gustavo e Inge Neumann, que deram importantes incentivos, sugestões e contribuições a este trabalho e a outros que realizei.

E, finalmente, agradeço a Carla, minha mulher e companheira, que, desde que a conheci, fez-me acreditar nas minhas reflexões e convicções clínicas, encorajando-me a levá-las adiante para que eu construísse um projeto e, com ousadia, o transformasse no tema desta dissertação.

RESUMO

Este trabalho faz um estudo teórico sobre o tema da dor, enfocando seu aspecto conceitual tanto do ponto de vista histórico-filosófico quanto médico, psicopatológico e, especialmente, psicanalítico. Como a dor está na interseção de vários discursos, sem um campo epistemológico definido, nossa hipótese é conceituá-la exatamente nessa convergência transdisciplinar: a dor como um conceito único na interface anímico-corpórea que tem como contraponto o pensamento moderno dualista. A psicanálise em muito contribui para a quebra desse paralelismo. Percorre-se a construção teórica freudiana, dos *manuscritos* aos estudos do sofrimento histórico, da neurose atual e da teoria das pulsões, que vão gradualmente criando variáveis significativas que tendem a manter a dor exatamente na fronteira do corpo real e do simbólico, do representável e do irrepresentável; entre as pulsões de vida e de morte, entre prazer e desprazer. Ilustra-se essa hipótese com fragmentos de casos relatados por médicos. Questiona-se parte do pensamento da psicossomática psicanalítica, que mantém a relação somatopsíquica assimétrica ou cindida por teorizações complexas que privilegiam a dor no determinismo psíquico, contrapondo-se ao que a medicina faz, paradoxalmente, com o corpo anatômico. A dor não estará na dualidade do sujeito, mas como metáfora da unidade.

Palavras-chave: dor, dualismo psicofísico, psicopatologia, psicanálise

SUMMARY

This work reflects a theoretical study about pain as a subject, emphasizing its conceptual aspect, not only the historical-philosophical point of view, but also the medical, psychopathological and especially psychoanalytical point of view. As pain intersects various discussions, without an epistemological defined field, it is proposed as a hypothesis, to define exactly in this transdisciplinary convergency: pain as a unique concept in the psychophysical interface that has as Modern dualist way of counterpart thinking. The psychoanalysis highly contributes to interrupting this parallelism. Going through the Freudian theory from the *manuscripts* to the studies of hysterical suffering, current neurosis, theory of pulsions, that gradually create significant variables which tend to maintain the pain exactly in the border of the real and symbolical body, of the representable and irrepresentable; between the life and death pulsions and between pleasure and displeasure. This hypothesis is illustrated with fragments of cases related by physicians. It is questioned part of the psychosomatic psychoanalytical thought that maintains an asymmetric relationship between body and psyche by complex theorizing, which privilege the pain in psycho determinism, counteracting what is done by the medicine, paradoxically, with the anatomic body. The pain will not be in the duality of the subject, but as a metaphor of the unity.

Key Words: pain, psychophysical dualism, psychopathology, psychoanalysis

RESUMEN

Este trabajo hace un estudio teórico sobre el tema del dolor enfocando su aspecto conceptual, tanto del punto de vista histórico-filosófico, cuánto medico, psicopatológico y, especialmente, psicoanalítico. Como el dolor esta en la intersección de varios discursos, sin un campo epistemológico definido, se propone como hipótesis, conceptúala exactamente en esta convergencia transdisciplinar: el dolor como un concepto único en la interface animico-corporea que tiene como contrapunto el pensamiento Moderno dualista. El psicoanálisis contribuí en mucho para la quiebra de ese paralelismo. Percorrese la construcción teórica freudiana se los *manuscritos* a los estudios del sufrimiento histérico, de la neurosis actual y de la teoría de las pulsiones, que van gradualmente criando variables significativas que tienden a mantener el dolor exactamente en la frontera del cuerpo real y simbólico, del representable y del irrepresentable; entre las pulsiones de la vida y de muerte, entre placer y desplacer. Ilustrase esta hipótesis con fragmentos de casos relatados por médicos. Cuestionase parte del pensamiento de la psicomatica psicoanalítica que mantiene la relación somatopsíquica asimétrica o cindida por teorizaciones complejas, que privilegian el dolor en el determinismo psíquico, contraponiendo a lo que la medicina hace, paradójicamente con el cuerpo anatómico. El dolor no estará en la dualidad del individuo, pero como una metáfora de la unidad.

Palabras Llave: dolor, dualismo psicofísico, psicopatología, psicoanálisis

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....

1 UMA DOR INDIFERENCIADA.....

2 POLIFONIA DA DOR EM PSICOPATOLOGIA.....

2.1 A Dor Inserida na *Phýsis*: a Concepção de Harmonia.....

2.2 A Dor no *Páthos*.....

2.3 A *Psyque* e a Definição do *Páthos*: a Psicopatologia.....

3 A DOR E O SOFRIMENTO ATRAVÉS DO DISCURSO MÉDICO: A FICÇÃO.....

4 A DOR E O ADVENTO DA PSICANÁLISE.....

4.1 A Dor em Publicações Pré-psicanalíticas, Manuscritos e Esboços Inéditos.....

4.2 O Sofrimento Histórico.....

4.3 A Neurose Atual: Uma Dor Antiga.....

4.4 Uma Dor Além do Corpo, Aquém da Alma: a Fronteira da Pulsão.....

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....

BIBLIOGRAFIA

INTRODUÇÃO

A dor, um fenômeno universal, habita não só o corpo como a alma humana. Representada, essencialmente, pelo sofrimento psíquico, essa mesma dor, por uma década, protagonizou todo o meu cotidiano na condição de psiquiatra e psicoterapeuta e, semelhante à injúria corporal, mostrou-se, do mesmo modo que na clínica médica, como verdadeiro desafio à clínica psicanalítica. Os limites técnicos dificultados pela complexidade ou pela penúria do conhecimento teórico, contrapondo-se a um aparente aumento das pessoas doloridas — formando uma verdadeira multidão de sofridos, desafortunados ou infelizes —, fizeram desse sintoma, tão banal no dia-a-dia, tema necessário para qualquer pesquisa. Mas pesquisar a dor, de certo modo, faz com que essas questões de ordem teórica sejam quase sempre proteladas ou adiadas frente ao sofrimento daqueles que escutam rotineiramente o discurso da dor: o médico, o analista ou o psicoterapeuta. Essas razões transferenciais, que esse sintoma em si já instiga, fazem com que muitas vezes a dor seja dividida, rejeitada e, por fim, dirigida a um outro que, em tese, possa “melhor” suportá-la. Essas dissonâncias em relação à atuação terapêutica agravam-se ainda mais, do ponto de vista teórico e técnico, quando, porventura, esse sintoma é epistemologicamente fragmentado entre procedimentos médicos e procedimentos psicoterápicos. Cisão que pode deixar a dor numa lacuna, numa solução de continuidade, num lugar sombrio entre o soma e a psique, aumentando o abismo do entendimento desse fenômeno.

O fato de saber se realmente a dor se mostra mais presente, mais freqüente na atualidade que no passado, certamente, mereceria uma pesquisa à parte, que poderia dar importantes contribuições a este trabalho. Contudo, não se tem objetivamente essa resposta; o que se pode presumir é que o sujeito da atualidade, frente a uma espécie de *hedonismo* contemporâneo, mostra-se cada vez mais intolerante aos infortúnios inexoráveis da vida humana e, aqui, pode-se incluir — por que não? — a dor. A relevância dada à dor neste trabalho destaca a importância desse sintoma, mesmo que a assertiva de uma suposta dor epidêmica esteja parcial ou completamente incorreta. A dor, de fato, pode ter atravessado, por exemplo, todo o século XX, invariavelmente, com um número relativo de acometidos fixos. No entanto, não cabe aqui quantificá-la, mas ver até que ponto esse fenômeno, a contragosto da medicina e da própria psicanálise, persiste e persistirá na existência humana. O que fazer com a dor?

É talvez dessa tendência humana de dar harmonia ao desarmonico, de se declinar nas minúcias do fenômeno doloroso, que, por vezes, se constroem hipóteses valorosas e avanços terapêuticos inquestionáveis. Por outro lado, esse viés extremado com relação à *especificidade* de um campo epistemológico pode incorrer em erros, que perdem a idéia de totalidade do fenômeno. Mesmo com essas falhas, que por vezes chegam a exageros, fazendo multiplicar, por exemplo, o conceito de dor à medida que se vai esmiuçando todas as suas possibilidades, as pesquisas médicas e psicanalíticas continuam a produzir hipóteses úteis sobre o conhecimento da dor.

Hoje já se sabe que há uma tendência mundial em superespecializar ou departamentalizar, na medicina, o corpo e seus sintomas e, dentro desse modelo “especializante”, não poderia deixar de existir, como já se começa a ver no dia-a-dia, o especialista em dor. Que papel teria esse profissional? Tratar casos de dores em que a medicina não possa se deter mais detalhadamente ou que, porventura, envolvam um conhecimento aprofundado de anatomia, neurologia e percepção sensorial, em relação a um determinado dano tecidual. Geralmente, esses especialistas se concentram na *dor crônica*, idiopática em sua maior parte, e alargada no

tempo. Apesar de acreditarem que os fenômenos citados como “psicogênicos” possam, de algum modo, interferir na história natural desse sintoma, entendem esses especialistas que, de fato, a dor “verdadeira” é aquela que se localiza em pelo menos algum segmento corporal. Esses, quando se frustram, ou seja, quando não encontram uma consistência anatomofisiológica ou etiológica, terminam pondo em dúvida a própria existência da dor. Essa sobra, a dor “inexistente”, ou “uma existência na inexistência”, é, então, encaminhada à psicoterapia ou à análise. No entanto, essa mesma dor “inexistente” insiste em se utilizar cada vez mais de analgésicos, antiinflamatórios, ou, em casos extremos, de sedativos ou antidepressivos que, surpreendentemente, podem aliviar esse desconforto. Como se vê, mesmo tendo a dor um especialista, dores outras, aparentemente mais banais, menos “especializadas” ou “fúteis” perambulam pelos serviços de saúde e hospitais gerais.

A dor de que se irá ocupar este trabalho não é “especial”, não é *esta* ou *aquela*, mas a dor. Foi preciso, contudo, estudá-la não apenas dentro da perspectiva psicanalítica. Foi preciso tocar, introdutoriamente, nos hospitais e na medicina. E esse pequeno contato, aparentemente previsível, fez com que até mesmo, e principalmente, dentro da psicanálise houvesse hipóteses conceituais diversas em relação à dor, que eventualmente se aproximavam e paradoxalmente se afastavam do conceito da medicina. As dores eram muitas. Mesmo respeitando essa multiplicidade, contudo, uma experiência prática me obrigou a repensar a dor, como um conceito bem mais amplo que se pudesse compreender em vários léxicos de conhecimentos diferentes.

O meu retorno ao cotidiano da enfermagem de clínica médica, no Serviço de Psicossomática de um hospital geral, trouxe várias reflexões, após eu ter passado um longo intervalo distante das atividades da medicina tradicional. Esse retorno foi marcadamente importante sob vários aspectos: inicialmente, por me defrontar com situações em que o conhecimento teórico em psicanálise (ou psicossomática) parecia alargar-se frente à prática rotineira médica que, invadida por um pragmatismo ou por um “preciosismo” em busca de soluções e de “verdades”, criou, freqüentemente, uma vacuidade entre a enfermidade e o sujeito enfermo.

Trabalhar nesta diversidade, quase “aversiva”, de conquista de espaço teórico e, de alguma maneira, trazer uma nova forma de saber na atribulada e fatigada atividade do profissional médico, tenderia, o que não é incomum acontecer, a estabelecer uma cisão entre o corporal e o psíquico, ou como dizem os médicos, entre o “palpável” e o “abstrato”. Foi nesse instante, defronte dessa diferença de diálogos, que emergiu um projeto que tivesse, ao menos momentaneamente, uma necessidade de criar elos, pontos de interseção, entre discursos tão díspares. Esse projeto, inédito para mim e, talvez, para a própria formação médica da maior parte do Brasil, resultou na criação do Serviço de Psicossomática. Um serviço que participaria não apenas da grade curricular da pós-graduação clínica (a Residência Médica), mas também como espaço de pesquisa e, principalmente, de discussões clínicas: relatos informais sobre experiências subjetivas do dia-a-dia do médico recém-formado. Deste último ponto, da informalidade, do colóquio, gerou-se, indubitavelmente, um vasto e surpreendente campo a ser explorado. Um campo sutil, que se desvelaria através do discurso aflitivo, apreensivo, de jovens médicos e de alguns de seus preceptores frente às lacunas inefáveis dos seus conhecimentos que, intuitivamente, começavam a estabelecer pontes com essa suposta disparidade que pressupus.

De que fala o médico? Num primeiro momento, de medicina, de técnicas, procedimentos, doenças, diagnósticos, ensaios terapêuticos e, mais adiante, fora das discussões formais, quase em *off*, fala dos sentimentos de impotência frente a algumas doenças e, principalmente, à morte e à dor humanas. A morte, ou o corpo morto, paradoxalmente, objeto de estudo do iniciante do curso de medicina, presentificava-se no desespero silencioso e doloroso daquele que era convidado a assisti-lo. Estava lá, tão presente quanto a vida, como descrevi em outro trabalho.¹ Mas a morte não estava sozinha no discurso médico. Com o passar do tempo, outra desventura se desvelou no vivo, no existente. Este outro percalço era o

¹LEÃO, Marcos. C. S. O silêncio na relação com o paciente terminal. *Ágora: estudos em teoria psicanalítica*, Rio de Janeiro: Contracapa, n. 2, v. II, p. 107-118, jul./dez. 1999.

sofrimento ou a dor. Uma dor geradora de angústia (ou sendo ela a própria angústia), inaudita, intraduzível, inexprimível, que circundava rotineiramente o cotidiano do hospital e dos ambulatórios e que era, muitas vezes, inexplicável para a própria medicina. Seria a mesma dor que eu, na condição de psicoterapeuta, ouvia habitualmente no sofrimento psíquico? Seria a mesma *cantilena*² — palavra dita por um residente — que, quase insuportavelmente, escutávamos, eu e os médicos? Preferi continuar escutando os jovens residentes. A maioria das dores que eles ouviam eram diferentes da dor em que eu pensava? “Eram verdadeiras”, enquanto que as outras, provindas do psiquismo, “eram fantasiosas”. Como se pode presumir isso? “Através de outros sintomas, de outros indícios, de lesões palpáveis e do modo como o paciente nos fala”, concluíam esses médicos. Falar era imprescindível, pois sem ela, a fala, era quase impossível dizer que alguém estava com dor.

Desse modo, propus uma pequena questão: a dor só é possível de ser demonstrada através da fala — uma elaboração psíquica — e de expressões rudimentares como choro, gritos, gemidos. Desse modo, as dores, mesmo que como metáfora, se entrelaçam e apontam, como numa via de mão dupla, para corpo e alma, concomitantemente. Qualitativamente não são dores, mas, nesse encontro entre a sensação corpórea e a linguagem, dor. Apenas dor. Nenhum sintoma é tão conhecido, tão singular e paradoxalmente tão estranho e, às vezes, necessário, quanto a dor.³ Esta cabe, como disse Ferreira Gullar, citando Fernando Pessoa, no *fingimento*⁴ e na expressividade literária como *esteio de criação* e de recordação lírica. Tão comum à medicina, tão epidêmica e tão extensa, que, muitas vezes, mesmo dentro de uma evidente desarmonia orgânica, ela é e só pode ser vivida na singularidade. Resgatam-se com a dor experiências mnemônicas

² Interessante a ambigüidade dessa palavra: pode significar “cantiga suave”, mas também “lamúrias”.

³ Sobre este tema, especialmente, que relaciona a dor como uma necessidade de conservação do ser vivo, Nietzsche, em *A gaia ciência*, fez um belo aforismo intitulado de *A sabedoria da dor*. São Paulo: Ediouro, 1966. p. 154.

⁴ GULLAR, F. Dor e arte. *Folha de S. Paulo*, Caderno Mais, p. 3. 07 maio 1995.

anacrônicas, afetos peculiares (a dor seria o próprio afeto?), sensações inefáveis, ocas de linguagem. A dor está nessa vacuidade e, paradoxalmente, no excesso; invade o psiquismo, pois, sem ele, não se nomearia a palavra, o seu signo — dor.

Destinações as mais variadas vão dando novas e surpreendentes significações à dor, que vão desde o desconforto da angústia, da conversão histérica, das somatizações, das sensações corpóreas, do sofrimento melancólico ao gozo masoquista. E, assim, poder-se-iam fazer diversas incursões sobre a palavra *dor*, que seriam sempre inesgotáveis frente a qualquer pesquisa, nas mais diferentes áreas do conhecimento e das artes. No entanto, diante dessa multiplicidade conceitual, resgatar uma perspectiva ampla da dor ficou cada vez mais penoso, uma vez que, influenciado pelo conhecimento médico, de um lado, o conceito de dor afunilou-se em sofrimento ou injúria do organismo somático, enquanto de outro, pela psicanálise, predominou como metáfora do sofrimento psíquico, e mesmo quando inscrita no corpo, obedeceu, em determinadas ocasiões, ao determinismo e à hegemonia do anímico.

Dentro da própria pesquisa psicanalítica, podem-se observar conceitos de corpo e psique, prazer ou sofrimento doloroso, que divergem entre si, ou que se detêm em um aspecto específico da interpretação metapsicológica da obra freudiana. A dor poderia estar, nesse caso, no simbólico ou no real, no representável ou no irrepresentável, fora e dentro do campo da psicanálise... Surge então uma reflexão: a dor não estaria na fronteira?

Esta será a questão nuclear deste trabalho de dissertação: centrar a dor na ambigüidade ou na indiferenciação, que, mesmo na multiplicidade de suas manifestações, mostra-se sem continentes definidos, tanto do ponto de vista topográfico, entre corpo erótico e biológico, quanto do ponto de vista da “verdade” e da “mentira”, da satisfação (*gozo*) e do sofrimento (*voluptas dolendi*) por ela gerados.

Para se percorrer esse caminho teórico, no entanto, serão levantados questionamentos de alguns conceitos que, aparentemente consagrados pelo saber médico ou psicanalítico, de algum modo na prática contemporânea

têm necessidades emergentes de serem aprofundados. Uma das perspectivas fundamentais que esta dissertação irá destacar é a tendência epistemológica, que, no decorrer da História, principalmente no período Moderno, privilegiou uma visão dualista de sujeito, não só na perspectiva psicofísica, mas como em outros continentes ou pólos conceituais: sintoma médico ou sintoma psicanalítico? Corpo real ou corpo simbólico? Conversão ou somatização? Prazer ou desprazer? “Afetados” (histéricos) ou “desafetados” (*alexitímicos, operatórios*)? Manifestação corpórea representável (libidinizada) ou irrepresentável (deslibidinizada)? Para tantas perguntas, a maioria de extensas e improváveis respostas, resta-nos interrogar se, dentro da clínica contemporânea, a dor não seria o ponto de junção, de aglutinação, de “fronteiras” que se movimentam aleatoriamente. A dor estaria justamente na interseção, como problema e como metáfora da unidade anteriormente desmembrada por diversos campos teóricos. Para isso será então necessário teorizar através do que no discurso médico, aparentemente objetivo, pode ser analisado, dentro de outra forma de compreensão, para que se criem questionamentos mais pertinentes. Que se tenha em mãos como instrumento para construir hipóteses teóricas a subjetividade do médico, o que, de antemão, não é tarefa muito simples.

Os médicos preferem falar de medicina; preferem, até por formação, ser mais descritivos, supostamente objetivos, “imparciais” ou “neutros” perante seus próprios discursos. O que os motiva e entusiasma, muitas vezes, a se amparar e, finalmente, entrar na discussão que relativiza seu saber frente a uma outra possibilidade, a psicanálise, não seria apenas um interesse científico, curricular ou transdisciplinar, mas os limites que beiram sua angústia e o seu desespero, como está bem ilustrado no aforismo hipocrático: “*Casos desesperados precisam de remédios desesperados*”. Esse *remédio desesperado* seria o próprio médico, e o agente desesperante, a dor. E essa motivação e os relatos de casos, apesar de sofridos e fragmentados, contribuíram para ilustrar um conhecimento tácito em relação à dor e sobre a relação médico–paciente que estão muito além dos tratados de medicina. Há algo mais além da objetividade no discurso médico que se possa imaginar, como se observará na sua fala espontânea. Por essa razão,

para se elaborar esta dissertação, não se pode perder de vista o discurso da dor dentro da subjetividade do médico. E como a medicina tem uma teoria bem mais antiga da dor que influencia o pensamento cotidiano, não seria prolixo ou redundante introduzi-la, para que de alguma maneira a psicanálise possa, dentro de seu campo epistemológico, refutar ou dialogar. Esse imprescindível diálogo se faz necessário, inclusive, para que a própria psicanálise avance e sintetize um discurso mais homogêneo dentro de si própria sobre a relação anímico–corpórea.

É preciso, no entanto, que essa relação de diálogo também se estabeleça na própria psicanálise. Parece que, em alguns momentos, há “psicanálises” e “psicanálises”: uma aprisionada aos primórdios, à primeira tópica freudiana, com uma dor cindida ou numa perspectiva exageradamente animista; outra, à segunda tópica, que engessa a dor no *além* ou no *aquém* do princípio do prazer. Uma outra possibilidade, por fim, tenta articular, com mais mobilidade, os diversos momentos da obra freudiana e de outros psicanalistas, que corroborando a dor, por exemplo, como um conceito sem exclusividade conceitual, têm um olhar mais transformador (transforma-dor) frente à singularidade dos doloridos.

Pode-se em resumo realçar que este trabalho terá como objetivos, primeiramente, centrar a dor como um conceito que tende em sua ambigüidade a não pertencer a um campo epistemológico específico e, posteriormente, nas vicissitudes dessa assertiva. A dor tenderá a ser um conceito único e indiferenciado que propõe uma unidade. Para isso, além do aprofundamento etimológico e de se estabelecer sua relação com o *páthos*, far-se-á um conciso levantamento histórico da dualidade psicofísica, sua inquestionável influência na medicina moderna. Por fim, serão questionadas essas transformações conceituais da dor que aconteceram com o advento da psicanálise. No entanto, serão discutidas algumas tendências dentro da própria psicanálise que, num viés mais “psicossomático”, muitas vezes, tentaram, pelo menos aparentemente, restabelecer uma visão próxima de novas dualidades e, ainda, a sobrevalorar o animismo frente ao corpóreo, como será aprofundado no Capítulo 4.

Trata-se de um trabalho essencialmente teórico, dentro da pesquisa psicanalítica, que privilegiará a construção teórica da psicanálise, sua relação com os sofrimentos ou as “dores” mais citadas como ponte para a medicina: a dor na histeria, na neurose atual e na fronteira das pulsões. Mesmo se tratando de um trabalho teórico, será ilustrado com fragmentos de casos relatados por médicos para que, de alguma maneira, o discurso teórico possa ganhar mais corpo, reatando com a vivência clínica, uma vez que textos teóricos sobre a unidade psicofísica em medicina ou em psicanálise já estão consagrados no discurso acadêmico. A dificuldade seria articulá-los com a clínica e com o cotidiano dos hospitais.

A escolha do discurso médico, a ser aprofundado, no Capítulo 3, foi motivada para também, alegoricamente, reiterar o caminho da unidade conceitual da dor — da medicina à psicanálise — e para, sem dúvida, restabelecer a unidade de discursos que não são tão disparatados como já se pensou em algumas ocasiões.

1 UMA DOR INDIFERENCIADA

Diversas razões teóricas e práticas podem justificar a dor como um conceito universal que, apesar de sua mobilidade entre inúmeras sinonímias, converge num fenômeno singular e peculiar. Listar as possibilidades, ou pôr a dor dentro dessa perspectiva, faria alongar esta resumida explanação em filigranas ou variáveis múltiplas e explicativas, que tenderiam a perder parte dos objetivos desta dissertação. No entanto, cabe fazer algumas considerações que podem nortear, concisamente, este trabalho no sentido da perspectiva clínica, uma vez que o privilégio ou a relevância da pesquisa psicanalítica do período freudiano até a atualidade utilizou-se da teorização metapsicológica como uma forma de ordenamento para a práxis, para a *therapéia*, enfim para o realce da clínica propriamente dita. Aqui, especificamente, discorrer-se-á sobre a clínica da dor. A dor que se impõe como sentimento ou sensação, que se esgarça, que intermedia e que será aqui concebida num pressuposto indiferenciado, sem continente definido, desterritorializado, e de propósitos os mais diversos.

Alguns pontos, contudo, vão tentar reiterar essa hipótese, categorizando a dor nesta aglutinação corpóreo-anímica. O primeiro deles parte de uma razão etimológica para a qual a dor e o sofrimento se entrelaçam, como se verá a seguir. Outro ponto, que merece atenção, será uma visão clínica na práxis terapêutica, que, apesar de aparentemente continental, dores e dores são deslocamentos de representações que

habitam um ser em totalidade. Para isso, razões históricas a respeito da compreensão não só da dor, mas da relação alma e corpo, se fazem necessárias para a construção sumária de um percurso conceitual desse sistema. Percurso este que dará significações e ressignificações subjetivas as mais diversas e que introduzirá a compreensão da dor na modernidade e na contemporaneidade. Por fim, enfatiza-se ainda neste último ponto, em outro capítulo (Cap. 4) o papel que teve a psicanálise freudiana e seus discípulos imediatos numa desconstrução da medicina da dor, livrando-a, desse modo, do controle mecanicista, ainda predominante no pensamento médico. A psicanálise tem um papel paradigmático na medicina, construindo e inserindo uma perspectiva psicossomática em relação às doenças físicas e, especialmente, num de seus sintomas mais comuns: o sofrimento ou a dor.

A dor como se mostra no seu conceito etimológico compreende uma gama infinita de significações sinonímicas, que vão desde o sofrimento psíquico, como pena, compaixão, remorso, sofrimento moral, ao sofrimento físico, como estado de desconforto e anômalo do organismo, injúria tecidual, etc.⁵ Como se pode observar, o *dolor*, palavra latina, graças à sua amplitude conceitual, não determinou a dor dentro de um campo específico do conhecimento. Portanto, *grosso modo*, a dor caberia na multiplicidade de um fenômeno conceitualmente único. Do mesmo modo, se se tomar o substantivo *álgos* (αλγος), do grego, que designa *dor física, aflição, sofrimento físico ou moral*, radical usado em português, em medicina, com ênfase no corpóreo, como em *lombalgia, cefalalgia, analgesia*, etc., constatar-se-á a mesma heteronomia de um evento clínico similar. A utilização desse radical para a dor da alma, ou para “sofrimento moral”, levaria a uma rara, embora correta, expressão: *psicalgia*. Contudo, é mais usual, neste caso, para este sofrimento, a utilização do grego *páthos* (παθος). Aqui, especialmente, acrescenta, no humano, a dor e o sofrimento

⁵ MICHAELIS. *Moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

na ambigüidade *da paixão*, “seja ela boa ou má”,⁶ quando se utilizam de expressões mais correntes como: a psicopatologia e o psicopatológico. Como diz Rubens Volich, a palavra hebraica *etzev* designa dor, mas, curiosamente, significa *tristeza, aflição, fadiga e luto*. Desse modo, pode-se concluir, mais uma vez, em diversos léxicos, que a dor tende a se aglutinar ou, a se mostrar sem fronteiras, dentro do psicossoma.

Diferenciar a dor, na prática clínica, seja esta do campo da medicina ou da psicanálise, ou ainda, entre corporal e anímica, tem um papel mais esquemático, didático, facilitador que, de fato, clinicamente útil. Na prática médica, por exemplo, apesar da medicina ter uma teoria aparentemente acabada da concepção de dor voltada ao corpóreo, sobra deste conhecimento parte do sofrimento subjetivo expresso pelo gesto ou pela linguagem que formam e que, enfim, dão as características de uma dor singular. Não é incomum, no dia-a-dia de hospitais, nos depararmos com um sofrimento desproporcional, expresso por palavras que descentram a dor do seu suposto lugar anatômico e que quebram a linearidade, muitas vezes necessária, da investigação semiológica médica. Observa-se, em casos assim, que o sujeito dolorido não se limita a um elemento de consistência apenas química, fisiológica, histológica ou anatômica. A dor parece ter um vocabulário próprio que, no humano, multiplica-se em experiências, vivências e representações muitas vezes inefáveis, que escapam freqüentemente de uma avaliação objetiva. Por outro lado, o sofrimento psíquico, especialmente como objeto da psicanálise, tende a pôr uma metaforização da dor, como se ela, originalmente partindo de uma idéia corporal, revivificasse no psiquismo uma concepção simbólica que se utiliza do corpo, eventualmente, como simulacro de representações anímicas. Sutilmente, pode-se observar que, em algumas construções teóricas, como por exemplo, as da escola francesa de psicossomática, a dor psíquica teria apenas uma relação estritamente analógica com a dor corporal, mas que em essência são fenômenos com territórios epistemológicos diferentes.

⁶ PEREIRA, S. J. *Dicionário greco-português e português-grego*. Porto: Livraria Apostolado da Imprensa, 1981.

Cabe, no entanto, fazer algumas considerações do papel ou objeto de cada uma dessas duas áreas de conhecimento. Tanto a medicina quanto a psicanálise têm suas especificidades, ambigüidades e interseções, e para elaborar uma proposta *psicopatológica*, verossímil, tendo uma perspectiva de sujeito em sua totalidade, esse encontro, ou colisão, certamente, estará bem representado na expressão real e metafórica da dor. Utiliza-se a expressão *colisão* por se acreditar que o que é compartilhado na prática clínica nem sempre é fruto de um consenso cordial entre a medicina e a psicanálise. Nem sempre essa troca de conhecimento é convergente. Tanto uma parcela de médicos quanto uma de psicanalistas tentam refutar, realçar ou destacar seus conhecimentos específicos em detrimento de outros, gerando embates que certamente não são exclusivos desses dois saberes, mas que, especialmente na dor, dentro de uma perspectiva *psicopatológica*, o saber de um se faz necessário para instrumentalizar o do outro. Esse fato faz esse sofrimento ter, aqui, esse privilégio ou esse percalço. Para que essa comunicação transdisciplinar se efetive — uma necessidade clínica contemporânea —, algumas reflexões introdutórias a respeito da construção teórica de sujeito constituído de corpo e alma se fazem oportunas. A discussão, ou pelo menos, a introdução ao estudo das perspectivas do sujeito dualista ou monista, que distanciam ou, paradoxalmente, aproximam corpo e alma, medicina e psicanálise, faz-se presente e emergente para esses dois saberes que ora são interpretados como contemporâneos, ora como modernos. Sendo a dor o hiato e a interseção, o indício e a evidência, algo desprazeroso ou, paradoxalmente, prazeroso, cabe, então, citar algumas considerações históricas da relação corpo e alma.

O corpo e a alma atravessaram a História de acordo com as concepções filosóficas, científicas e religiosas que predominaram e que tiveram certa utilidade de acordo com suas respectivas épocas.

Partindo da antigüidade grega pré-socrática, pode-se conceber, introdutoriamente, neste trabalho, duas hipóteses ou dois “princípios de homem”. Um que tende a unidade, segundo o qual não há necessariamente uma cisão ou soberania de uma parte sobre outra, exemplificada pela *religião pública* — esta seria a concepção homérica de homem: mortal, e,

portanto, sem limite entre o corporal e o anímico; outra seria a concepção dualista reiterada pelo *orfismo*, que proclama a imortalidade da alma e introduz parte do pensamento que será reeditado por Pitágoras, Heráclito e, principalmente, por Platão, de corpo como instrumento da alma, sendo esta derivada do divino.⁷

Na “vida órfica”, o demônio (alma), habitante do corpo e fruto de uma culpa original, será destinado a várias reencarnações com fins de purificação. Rompe-se, desse modo, uma concepção anterior “*naturalista com deuses representados por forças naturais e antropomórficas*”.⁸ Com a consolidação, mais adiante, do pensamento platônico e aristotélico, esses pressupostos foram então sistematizados e formaram uma longa concepção de tradição, que contribuiu, sobremaneira no Renascimento, para o pensamento cartesiano e toda a filosofia, ciência e medicina modernas. Platão idealizava a alma como uma espécie de *piloto*, ou comandante, do corpo, atribuindo-lhe partes que seriam constituintes, mas, ao mesmo tempo, distintas, hierarquizando a alma e, conseqüentemente, dando-lhe o *status* de soberana e imortal. Do mesmo modo, Aristóteles, seguindo modelo semelhante de pensamento, ainda neste momento contaminado pelo platonismo, define o corpo como *órganon*, instrumento da alma. Cabe, contudo, destacar que em outro momento o pensamento aristotélico tomou rumo diferente com a *tripartição da alma* no célebre tratado *Sobre a alma*, como leciona Reale & Antiseri:

Mas o que seria a alma? [no pensamento aristotélico] Para responder esta questão, Aristóteles remete-se à sua concepção metafísica hilemórfica de realidade, segundo a qual todas as coisas em geral são sinolos de matéria e forma, onde a matéria é potência e a forma é enteléquia ou ato. (...) Temos assim a célebre definição de alma que tanto êxito alcançou: “É necessário que a alma seja substância como formas de um corpo físico que tem em vida potência; mas a substância como forma é enteléquia (=ato); a alma, portanto, é enteléquia primeira de um corpo assim. (...) Portanto, a alma é enteléquia primeira de um corpo físico que tem a vida em potência”.⁹

⁷ REALE, Giovanni, ANTISERI, Dario. *História da filosofia*. São Paulo: Paulus, 1990. v. I. p. 17-18.

⁸ Ibid., p. 18.

⁹ Ibid., p. 197-198.

A *tripartição da alma* em Aristóteles seria: a. “Alma vegetativa”. b. “Alma sensitiva”. c. “Alma intelectiva ou racional”, sendo a primeira, *grosso modo*, o princípio mais elementar das atividades biológicas; a segunda relacionada às sensações, aos apetites e aos movimentos e, por fim, a alma intelectiva ligada ao conhecimento racional. O pensamento do filósofo tende nesse momento a aglutinar-se em uma unidade, salvo, no entanto, quando descreve as características da “alma intelectiva” (*superior à matéria*). Propõe a esta o afastamento (ou a não-interferência) do corpóreo e, por conseguinte, sua imortalidade — apesar da *metafísica* aristotélica “considerar o ser como ‘inteiro’”, como afirma Reale & Antiseri.

A obra de Aristóteles, em resumo, como comenta Zeferino Rocha, caminha em três fases: uma fase *platônica*, uma etapa intermediária entre a Academia e o Liceu e, finalmente, a fase *hilemorfista*,¹⁰ que propõe a idéia de corpo e espírito formando a mesma substância.

A contribuição de Epicuro merece um destaque especial em relação à questão psicofísica, principalmente no que concerne a dor/sofrimento, prazer/desprazer. Influenciado pelo atomismo de Demócrito, corpo e alma em Epicuro são partículas que se misturam. Como relata Bertrand Russell:

*Quanto à alma, trata-se [em Epicuro] simplesmente de um tipo especial de matéria, cujas partículas estão misturadas com os átomos constituintes do corpo. A sensação é explicada como sendo o choque de emanções procedentes dos objetos contra os átomos da alma.*¹¹

A perspectiva atomista, em Epicuro, teve um importante papel para superar, pelo menos momentaneamente, o pensamento de Platão, dando materialidade a toda natureza, seja ela corpórea ou psíquica, como está bem demonstrado no fragmento de texto do filósofo:

¹⁰ ROCHA, Zeferino. O Desejo na Grécia Clássica. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo [s.n.], n. 1, v. II, p.84-116, mar. 2000.

¹¹ RUSSELL, Bertrand. *História do pensamento ocidental*. São Paulo: Ediouro, 2001. p. 152.

*A alma é corpórea, composta de partículas sutis, difusa por toda a estrutura corporal, muito semelhante a um sopro que contenha uma mistura de calor, semelhante um pouco a um e um pouco a outro, e também muito diferente deles pela sutileza das partículas, e também por este lado capaz de sentir-se mais em harmonia com o resto do organismo. Tudo isto manifestam as faculdades da alma, os afetos, os movimentos fáceis e os processos mentais, privados dos quais morremos.*¹²

Mais importante e mais útil para esta dissertação do que esta tentativa de substancializar e tornar mortal a alma, talvez tenha sido a atenção que o filósofo deu ao prazer e à dor. O principal *bem*, para Epicuro, é o prazer, e aqui não importa se ele esteja no corpo ou na alma, inclusive não existe uma relação de hierarquia de prazeres. A alma não está soberana frente ao corpo. Encontram-se na finitude, na morte. Afirma: “O limite da magnitude dos prazeres é o afastamento de toda dor. E onde há prazer, enquanto existe, não há dor de corpo ou de espírito, ou de ambos”.¹³ Em certo sentido “materialista” como comenta Bertrand Russell, Epicuro ou o “epicurismo” passou a ser denominado, muitas vezes, como sinônimo de “luxúria”, devido às difamações pessoais que sofria dos estóicos, haja vista a sobrevalorização desse *materialismo grosseiro*, que, com a edificação do cristianismo, iria, ainda mais, ser questionado.

Na Idade Média, com a dominância do cristianismo católico, a divisão de corpo e alma de algum modo persistiu, mas, como comenta Luiz Cláudio Figueiredo, com alguma particularidade, a cisão não cabia inteiramente ao corpo e à alma, não era esta a questão fundamental, mas o corpo tinha uma parte, a carne, que, essa, sim, extirpava-se da alma com suas maldições lúbricas e demoníacas: “Na ética cristã (...), a questão não se colocava em termos de uma oposição corpo–mente. (...) o que se condenava era a carne”.¹⁴ De fato, Santo Agostinho, ao tentar fazer algumas formulações sobre o homem, desfaz a fórmula socrática do *Alcebiades* de Platão: “É uma

¹² EPICURO. *Os pensadores*. Trad. de Agostinho da Silva, Amador Cisneiros, Giulio Davide Leoni. São Paulo: Nova Cultural, 1988. p. 16-17. Antologia de textos.

¹³ *Ibid.*, p. 14.

¹⁴ FIGUEIREDO, Luiz Cláudio. O silêncio e as falas do corpo. In: JUNQUEIRA FILHO, Luiz Carlos U. (Org.). *Corpo-mente: uma fronteira móvel*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995. p. 129.

alma que se serve de um corpo”, dando uma discreta ênfase ao corpóreo em virtude do dogma da ressurreição e do conceito de criação. No entanto, a perspectiva agostiniana hierarquiza sobremaneira a alma, como se esta tivesse uma maior proximidade em relação à idéia de Deus. De alguma maneira, a parte do corpo representada pela carne, faz lembrar, ou retornar, à concepção grega *órfica* de necessidade de purificação, aqui *purgação*, e que, por fim, mantém, ou faz persistir, o dualismo psicofísico, mesmo aglutinando o corpo com a alma, tendo como anomalia a carne, parte “maldita” do corpo imoral.

O pensamento do Renascimento, representado, entre outros, pelos pressupostos de René Descartes, veio influenciar a concepção moderna de ciência, medicina e sujeito, que só veio a sofrer alguma crítica mais sistemática, pelo menos em relação à dualidade somatopsíquica, com Spinoza, como se verá mais adiante.

A medicina do Renascimento, que passou por importantes processos de transformações, com contribuições inquestionáveis no campo da anatomia, fisiologia e semiologia, através de Vesálio, Falópio, Da Vinci, aproximou-se do modelo de ciência dedutivo-causal, inaugurado, na modernidade, por Galileu. Mas, foi na concepção de indivíduo que esse processo transformador apresentou suas construções e suas departamentalizações. Concepção construída por Descartes, que até hoje tem colaborado e estreitado o conhecimento médico da atualidade. À dualidade cartesiana, *res extensa* e *res cogitans*, no entanto, cabem algumas considerações minuciosas.

A alma, na concepção de Descartes, é pensamento e não vida, é uma realidade “inextensa”, sua separação do corpo (extenso) não provoca morte, pois este restringe-se ao corpóreo e às leis da fisiologia. Contudo, comparando o pensamento platônico com o cartesiano, podem-se fazer algumas distinções importantes que, de alguma maneira, transformam a concepção de sujeito, embora dentro dos limites da modernidade.

Se em Platão a alma é uma espécie de *piloto*, comandante supremo do corpo; em Descartes, admite-se, mesmo dentro de uma dualidade, a discreta afetação do anímico pelo corpóreo. As sensações e apetites, a dor,

por exemplo, de algum modo interferem na alma, a põem no lugar do sofrimento, transgridem o *cogito*. Para Descartes, a alma se alojava, após uma complexa trama demonstrativa anátomo-fisiológica, num lugar cuja função até hoje se desconhece: a glândula pineal. Uma observação meramente figurativa é o papel que hoje essa glândula tem na medicina, embora ainda bastante obscuro. Seria produtora de melatonina e, entre outras substâncias, especialmente, de serotonina,¹⁵ hoje muito citada na psiquiatria para designar uma dor antiga e contemporânea: a dor da depressão. Deste lugar ínfimo e ao mesmo tempo grandioso, a pineal de Descartes, saíam todos os impulsos que determinavam a atividade corporal. Sobre a pineal, estudada na medicina da atualidade, tem se observado ainda uma enorme controvérsia sobre a sua funcionalidade, como afirma Angelo Machado: “A pineal é um dos capítulos mais controvertidos das ciências biológicas”.¹⁶ As hipóteses são as mais diversas, que vão desde um papel importante na produção de alguns mediadores químicos (principalmente serotonina e melatonina) à repercussão sobre a produção hormonal — especialmente sexual —, sobre a coloração da pele e nos quadros psiquiátricos denominados de transtorno afetivo sazonal.¹⁷ Quanto à serotonina em si, vem se observando, na moderna neurologia, uma relação causal da produção desse mediador com a bioquímica da dor.¹⁸

Demonstrar a inextensibilidade da alma frente à ação corporal ou à extensão, como diz Karl Popper, seria das “sérias dificuldades do pensamento cartesiano”, que mesmo admitindo essa dificuldade, propõe, em *Les passions de l’âme*, um contato possível entre a *res cogitans* e *res*

¹⁵ MACHADO, Angelo. *Neuroanatomia funcional*. São Paulo: Atheneu, 1988. p. 192.

¹⁶ *Ibid.*, p. 192-193.

¹⁷ Forma de transtorno bipolar de humor (maníaco-depressiva), descrita na psiquiatria da atualidade, em que os sintomas depressivos se mostram mais freqüentes nos períodos de inverno, enquanto que o episódio maníaco desencadearia no início do verão de países temperados. Acredita-se que a luminosidade (*fótons*) de alguma forma teria um papel importante na etiologia desse distúrbio.

¹⁸ CANELAS, H. *Fisiopatologia do sistema nervoso*. São Paulo: Sarvier, 1983. p. 128.

extensa. Nesse interessante ensaio, comentado por P. Mesnard,¹⁹ Descartes faz um agrupamento de paixões:

1. *As fisiológicas (cólera, alegria, tristeza, etc.) em que a sensação impõe sua lei ao sujeito que sofre.*
2. *As paixões psicológicas (desejo, amor, ódio), provindas da união corpo e alma, formando uma terceira substância.²⁰*
3. *As paixões morais próprias do humano, que elevariam a conduta do homem, dando-lhe um caráter de “animal espiritual”.*

Algumas reflexões merecem indagações, dentro desse pressuposto cartesiano, que emanam ora da unidade, ora, persistentemente, da dualidade. Pensar numa paixão, num sofrimento ou numa dor fisiológicos, psicológicos e espirituais, como está descrito, de certo modo reedita, o que não é nenhum fato novo, a gradação que eleva a espiritualidade à condição de soberana. Será que algum modo de pensar já reviu ou superou o modelo cartesiano?

Uma importante contribuição a ser citada neste trabalho sobre a relação alma e corpo é a de Spinoza, que concebe que há uma correspondência entre acontecimentos psíquicos e corporais, manifestando causalidade única da substância. Foi através dos seus escritos que se pôde ter uma dimensão mais alargada (ou mais aproximada) da concomitância psicossomática. Marilena Chauí afirma:

[em Spinoza] pela primeira vez, em toda a história da filosofia, corpo e alma são ativos ou passivos juntos e por inteiro, em igualdade de condições e sem relação hierárquica entre eles. Nem o corpo comanda a alma nem a alma comanda o corpo. A alma vale e pode o que vale e pode seu corpo. O corpo vale e pode o que vale e pode sua alma.²¹

De fato, com essa concepção de corpo e alma possibilitou-se que velhas e antiquadas construções teóricas de sujeito fossem postas em

¹⁹ REALE. Op. cit. v. II. p. 387.

²⁰ Ibid., p. 18.

²¹ CHAUÍ, Marilena. Spinoza: a alma, idéia do corpo. In: JUNQUEIRA FILHO, Luiz Carlos U. (Org.). *Corpo-mente: uma fronteira móvel*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995. p. 121.

questão, uma vez que os referenciais e as variáveis da medicina direcionavam-se apenas para o segmento corporal ou para o campo do anátomo-fisiológico. No entanto, apesar dessa importante contribuição, a concepção cartesiana, organicista e mecanicista, predominou e ainda predomina, até os dias atuais, principalmente no conhecimento médico. É preciso, no entanto, verificar até que ponto, na psicanálise, avançou-se na tentativa de superar essas concepções psicofísicas dualistas, que formam um paralelismo que desarticula um mesmo evento. Esse será o cerne da discussão que vem sendo problematizada neste trabalho. Sendo a dor descentrada do campo exclusivo da medicina e adicionando, nela, contribuições impensáveis à ciência natural, como a psicanálise, possibilita-se, aqui, uma nova concepção de sujeito, inaugurado sistematicamente pelo pensamento freudiano, que carregou parte da dor para o psiquismo. Para que isso de fato tenha uma importância representativa, tomam-se, como exemplos, as várias ressonâncias da dor na medicina e na psicopatologia.

2 A POLIFONIA DA DOR EM PSICOPATOLOGIA

Na maioria dos manuais de medicina, podemos encontrar a dor sob a égide de um desconforto, de um desprazer ou injúria, reconhecida conscientemente pelo indivíduo através de um estímulo nociceptivo corporal. O sofrimento, sua conseqüência direta, “(...) seria a resposta afetiva comportamental ou emocional”.²² Desse modo, à dor cabe, dentro de uma perspectiva somática, a obediência necessária a uma organização sensório-neuronal preestabelecida ou predeterminada. Ao sofrimento resta uma obscura perspectiva psíquica, que tem diversas variáveis anacrônicas, impensáveis ou incoerentes. Essa divisão entre dor e sofrimento, método que tenta pôr ordem e objetividade ao fenômeno doloroso, facilita ou, quem sabe, determina aquilo que seria “verdadeiro”, fisiológico e incontestável neste desconforto — a dor — e põe em suspeita o *modus vivendi*, a singularidade do indivíduo, que porventura venha a construir um fenômeno que não obedeça com linearidade a este sintoma tão comum na medicina — o sofrimento. “Sofrem” aqueles que se utilizam dos ganhos psíquicos da dor, seja real ou mitômana.²³

O desmembramento entre dor e sofrimento seria útil se a fisiopatologia médica pudesse dar conta desses fenômenos a contento ou se, pelo menos, conseguisse estabelecer uma norma mecanicista,

²² HARRISON, T. R. *Medicina interna*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990.

²³ Palavra utilizada em medicina e em psicopatologia geral que se destina ao ato de mentir.

irrefutável, ao corporal, na qual se pudesse abstrair o anímico. No entanto, não é assim que se vê na clínica contemporânea. Cada vez mais, apesar dos incontestáveis avanços da medicina, encontram-se pessoas doloridas, aderidas a sofrimentos paradoxalmente múltiplos. Não se pode, aqui, mais uma vez diferenciar, ou territorializar, tanto do ponto de vista prático quanto teórico, a dor propriamente dita, do sofrimento. Os cinquenta bilhões de tabletes de aspirina consumidos por ano entre os norte-americanos²⁴ — sem incluir outros incontáveis analgésicos — ou, ainda, os usuários de ansiolíticos e antidepressivos dos portadores de dor moral, ou de “sofrimento” (que elevariam esse número a dimensões astronômicas), demonstram emblematicamente a multiplicidade e a peculiaridade de um fenômeno aparentemente epidêmico, no final do século XX.

A dor persegue a humanidade, o ser vivente, e para que se possa compreendê-la, sem ter a pretensão de explicá-la em sua totalidade, é preciso questionar, ou relativizar, alguns conceitos edificados pela medicina moderna, como a fisiologia, a patologia e aqui, principalmente, a psicopatologia. Questionam-se, neste capítulo, essas concepções, somando-se, ainda, outros propósitos da dor no humano.

2.1 A Dor Inserida na *Phýsis*: a Concepção de Harmonia

Seria a dor a representação de um desconforto ou de um desprazer? Respondendo, provisória e afirmativamente a primeira alternativa, pode-se concordar que o fenômeno doloroso está a serviço de uma espécie de defesa animal, que faz com que o organismo tente, invariavelmente, suprimi-la através da fuga da situação dolorosa, ou de condutas, inclusive posturais, que diminuam a intensidade desse desconforto. Desconforto este que, geralmente, pode ser interpretado por excesso, ou diminuição, de

²⁴ BERLINCK, Manoel. T. *Dor*. São Paulo: Escuta, 1999. p. 7.

estimulação sensorial, numa espécie de saturação ou *hemorragia interna*²⁵, ou ainda privação de estímulos, de naturezas as mais diversas. Nessa perspectiva, a dor anuncia-se para a manutenção improvisada da *homeostase*, da harmonia e do equilíbrio necessários à integridade do organismo.

Sendo um dos sintomas mais comuns da medicina, a dor tem o papel de preditor²⁶ e de *resíduo*, como uma espécie de gatilho e estilhaços do patológico. Nesse pressuposto teórico, a dor, tanto no humano quanto no animal, obedeceria às leis da ciência da natureza (*phýsis*), teorizadas pela escola hipocrática, pelos seguidores da escola de Cós, de Tales de Mileto, Anaximandro e, por fim, posteriormente, pelas escolas do período moderno. A fisiologia, nos períodos clássico e neoclássico, obedece em parte aos princípios mecanicistas, que a põem em pé de igualdade com a fisiologia animal, o que, de certo modo, do ponto de vista empírico e comparativo, tem analogias inquestionáveis. A dor será então a defesa, ou uma espécie de comunicação, para o desarmônico, sendo o modelo de harmonia a natureza. Mas a dor humana obedece em toda sua extensão ao modelo da ciência natural?

A fisiologia médica tradicional propõe uma concepção de corpo anátomo-funcional dentro do referencial da *homeostase*. A dor, uma anomalia, um artefato, cria, dentro dessa premissa, um escoamento assimétrico para a desmedida ou para o desequilíbrio. Com exceção da dor como defesa animal para situações de real ameaça à integridade do ser vivente, essa sensação está sempre associada ao patológico.²⁷ A fisiologia inquire, desse modo, um modelo simétrico do ser vivente, sendo a dor uma tendência ao desarmônico, fato que, no humano, pode incorrer em alguns desacertos, ou em algumas incongruências. A dor do parto e as dores do

²⁵ FREUD, Sigmund (1950 [1892 – 1899]). *Rascunho G*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. I. p. 252

²⁶ Termo muito utilizado em medicina, que, como o verbo predizer, significa prognosticar, anunciar com antecedência o que vai acontecer.

²⁷ Nesse caso, contudo, a desarmonia seria o ambiente.

ciclo menstrual, exemplos grosseiros, podem desfazer essa concepção da dor anômala e desnecessária, uma dor da *phýsis*, tão incômoda quanto as outras. De outro modo, a dor, ou o sofrimento edificados nas crenças religiosas, inclusive a cristã, como corolário de boa conduta e de engrandecimento, de purgação e de purificação anímicas, cria uma ambigüidade insolúvel entre desconforto e necessidade, *phýsis* e *antiphýsis*, entre o simétrico e o assimétrico, prazer e desprazer. Com essas variáveis múltiplas de possibilidades de dor, recorre-se ao psíquico, e através dele, sob a dominância provisória do sofrimento, pode-se esbarrar nestes dois conceitos até então distintos: dor e sofrimento. Separá-los, ou destacá-los agora, mesmo por analogias, eufemismos, metáforas ou por outras figuras de linguagem, seria o mesmo que repetir o dualismo herdado da ciência moderna entre corporal e espiritual, seria reconstruir uma abstração setorializada, que, inclusive, desobedeceria às leis mais elementares do equilíbrio fisiológico da medicina tradicional. Equilíbrio idealizado, que tem por objetivo pôr norma, mesmo que provisória, em algo extremamente desarmônico e mutável: a *phýsis*. Dela emana um processo dialético, em que novos elementos, infindáveis variáveis, vão dando novas dimensões, viabilizando e inviabilizando a interseção entre o orgânico e o inorgânico, processo atravessado, ora pelo desconforto (dor), ora pelo prazer (eventualmente dor) de representações as mais diversas e as mais ambíguas, tão ambíguas quanto a concepção de *páthos*.

2.2 A Dor Ambígua Inserida no *Páthos*

Uma interessante observação entre os jargões médicos é a concepção de *patologia* (e, principalmente de *patologista*), que, como se sabe, é uma área da medicina que estuda as doenças ou as alterações da *phýsis*, sejam elas teciduais, micro ou macroscópicas, que se encontram num fragmento de matéria humana morta. O “patologista”, o especialista que, na sua rotina de trabalho, lida com cadáveres dentro de salas de

necrotérios, ou de estéreis laboratórios especializados, seria o médico do morto, seja este parcial ou total. Essa aproximação com a morte, embora deixe encoberta outras significações da patologia, não é sem fundamento. A proximidade mitológica entre a morte e o *páthos* é bem descrita por Junito Brandão, ao descrever *Os Mitos dos Heróis*. Diz ele:

*Se o herói tem um nascimento difícil e complicado; se toda sua existência terrena é um desfile de viagens, de arrojado, de lutas, de sofrimento, de desajustes, de incontinência e de descomedimento, o último ato de seu drama, a morte, se constitui no ápice de seu **páthos**, de sua prova final: a morte do herói ou é traumática e violenta ou o surpreende em absoluta solidão.*²⁸

No entanto, é importante enfatizar que, mesmo em medicina, a palavra *patologia* pode ser vista de forma isolada, referenciando diretamente o sofrimento, ou a injúria tecidual, ou simplesmente o estado de adoecimento. A doença, no entanto, ladeia a morte. Mas cabe fazer outras considerações da patologia e de suas ambigüidades terminológicas, partindo das ressignificações que a doença, ou o sofrimento, podem representar ao doente.

É comum, pelo menos, entre os pneumologistas, a alusão que, muitas vezes, se faz entre a tuberculose e a conduta vivencial e afetiva do sujeito. A tuberculose, hoje doença que perdeu seu “lirismo” em consequência de tratamentos mais eficazes desde a segunda metade do século XX, tinha um *status* de pneumopatia dos “apaixonados”, dos erráticos, reeditando o pensamento da filosofia grega (Platão) segundo o qual o médico cuida de Eros doente.²⁹ Descrições literárias guardam esse aspecto desde o Romantismo, especialmente a geração “mal do século” e obras indispensáveis, como *A montanha mágica*, de Thomas Mann, possibilitam uma noção etimológica que reedita o pensamento grego em relação ao *páthos*. O sofrimento, a injúria, a dor e a paixão, assim como a passividade, aglutinam-se no conceito de *páthos* que não invalida o conceito médico

²⁸ BRANDÃO, Junito. S. *Mitologia grega*. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 63.

²⁹ BERLINCK, Manoel. T. O que é psicopatologia fundamental. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. [S.l.: s.n.], n. 1, v. I, p. 47-76, mar. 1998.

tradicional, mas acrescenta variáveis subjetivas relevantes. Afinal o que de fato dói ou sofre? Que implicações envolvem esta dor-paixão?

A visão de paixão-doença é antiga e bastante discutida, tanto na filosofia grega, quanto nas doutrinas de filósofos de tradição judaico-cristã. Spinoza, por exemplo, apesar de carregar uma tradição monista na relação alma–corpo; na sua perspectiva panteísta, dá uma atribuição moral à paixão, realçando, evidentemente, a parte doente desse fenômeno ou sentimento, como diz na *Proposição III (Ética III)*: “As ações da alma nascem apenas de idéias adequadas; as paixões dependem apenas das idéias inadequadas”.³⁰ A paixão que é chamada de *flutuação da alma*³¹ mostra-se bem evidente no filósofo como um processo nefasto, próximo da lubricidade. A dor, através do *páthos*, então, representa-se, pela ambivalência de propósitos moralmente inconcebíveis, à consciência dos homens, invariavelmente desprazerosa, pensamento que em parte se opõe ao do epicurismo que reitera “o prazer na ausência de dor”: o *páthos* em Epicuro não necessariamente está ligado à inadequação ou aos prazeres hediondos. A essas duas hipóteses pode-se sobrepor a interface da dor dentro da perspectiva nietzschiana que a situa num lugar ambíguo de geradora de prazer e sofrimento desde os primórdios da mitologia humana:³²

*Pergunta-se mais uma vez: em que medida pode ser o sofrimento a compensação de uma “dívida”? Na medida em que fazer sofrer era altamente gratificante, na medida em que o prejudicado trocava o dano, e o desprazer pelo dano, por um extraordinário contraprazer: causar o sofrer — uma verdadeira festa.*³³

Desse modo, será então preciso repensar a natureza (*phýsis*) do humano, fato que começou a germinar com a construção da psicanálise, que, como foi dito, de algum modo dividiu, ou ajudou a dividir, o *ser* racional, essencialmente cartesiano, abrindo, em larga extensão, uma janela para a

³⁰ SPINOZA, B. *Os pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1989, p. 115.

³¹ *Ibid.*, p. 129.

³² NIETZSCHE, F. *A genealogia da moral: uma polêmica*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. p. 73.

³³ *Ibid.*, p. 55.

concepção do inconsciente. As destinações dessa descoberta, transpõem a dor para lugares antes jamais inscritos na interseção anímico-corporal, dando ressignificações ao sofrimento, como sentimento e sensação de infinitas representações.

2.4 A *Psyché* e a Definição (*Lógos*) do *Páthos*: a Psicopatologia

O estudo da psicopatologia geral, uma espécie de instrumento semiológico para o psiquiatra e alguns psicólogos, trouxe significativas contribuições para a compreensão fenomenológica do psiquismo doente,³⁴ mas, como afirma Mário Eduardo da Costa Pereira, o que chama atenção na escola de Heidelberg é o seu aspecto “generalizante”, como se essa psicopatologia jaspersiana pudesse dar conta de todos os eventos do adoecer psíquico. Por ser extremamente empirista e observacional, escapa a esta psicopatologia o caráter interpretativo e, por conseguinte, é difícil a construção de um método (*Techné*) terapêutico. Além do mais, a instrumentalização do método despreza qualquer papel atribuído ao corporal. Do mesmo modo, algumas formas de pensar, na psicanálise, incorrem em equívoco semelhante.

Obviamente que não compete ao campo da psicanálise uma visão anátomo-funcional de corpo, mas, a partir do conceito de pulsão,³⁵ pode-se observar que a interseção anímico-corporal é um terreno indelimitável. Pode-se supor, como se verá mais adiante, que a construção de uma psicopatologia psicanalítica partiu de um suposto sofrimento corporal: a conversão histérica. Qual o propósito desse sofrimento? Cabe à singularidade e ao mundo das representações psíquicas da primeira tópica? Nesse primeiro momento da psicanálise, enfatiza-se o privilégio dado ao psíquico, seu determinismo e sua soberania. Com a inauguração da segunda tópica, fruto de anomalias germinadas no cerne da psicanálise,

³⁴ JASPERS, K. *Psicopatologia geral*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996. p. 10.

³⁵ Ver mais detalhadamente no Capítulo 4, item 4 e seguintes.

introduz-se compulsoriamente a irrepresentabilidade da pulsão, o algo inefável da subjetividade do humano: a pulsão de morte. Será a linguagem um recurso necessário para a montagem arqueológica da cena irrepresentável.

Nesse hiato, ou fronteira, encontram-se a dor e a doença que não hierarquizam, ou “(...) estratificam a relevância entre corpo e alma (...)”,³⁶ aglutinando o sofrimento psíquico à dor dita somática num campo indissolúvel. A dor, seja qual for, é traduzida em linguagem para um outro, e, através desse dizer, constrói-se transferencialmente um incômodo de palavras. A dor, ou o sofrimento, alfineta o narcisismo daquele que cuida, que, invadido por um *páthos* ambíguo, paixão odiosa, tenta arremessá-lo para um outro campo de saber. Ora a dor é médica, ora agride fisicamente o analista que, muitas vezes, construindo uma teoria metapsicológica exageradamente animista, atribui ao sofrimento físico, mecanismos “primitivos”³⁷ e extremamente “arcaicos”, quase inviáveis, do ponto de vista técnico, a alguns desencantados psicossomatistas.

“É sempre melhor construir uma doença interessante que um quadro medíocre.”³⁸ Com essa frase Georg Groddeck resume, ironicamente, o entusiasmo epistêmico que invadiu alguns psicanalistas contemporâneos, como se pudesse dar um formato estético a qualquer construção teórica.

Partindo dessas breves reflexões, podemos concluir que o psicopatológico, ou como relatam os seguidores de Pierre Fédida, a *psicopatologia fundamental*, poderá abrir um campo transdisciplinar em que, certamente, interesses além do esteticismo, ou das resistências transferenciais podem dialogar, conjuntamente, com temas que não necessariamente tenham uma especificidade dirigida a um determinado campo de conhecimento.

A dor, tema central deste trabalho, a quem pertence? À medicina? À psicanálise? À literatura? À filosofia? Ao corpo? À alma? A todos e, ao mesmo tempo, a nenhum. A dor tangencia *centrifugamente* conhecimentos

³⁶ GRODDECK, G. *O livro d'isso*, Carta 15. São Paulo: Perspectiva, 1997. p. 111.

³⁷ MARTY, Pierre. *A psicossomática no adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p. 45-56.

³⁸ *Ibid.*, p. 123.

os mais diversos, vai além do conhecimento cumulativo, do racionalismo mecanicista, das teorias dedutivo-causais, está no homem e no além dele,³⁹ no vivo, e está nas ressonâncias e, principalmente, nas dissonâncias da relação terapêutica. Essa relação, que será descrita detalhadamente no Capítulo seguinte, só terá valor no estudo da dor, se estiver dentro da perspectiva psicopatológica transdisciplinar, envolvendo vários pensamentos, discursos e práticas profissionais. Como afirma Luiz Cláudio Figueiredo:

*(...) uma ciência interdisciplinar deveria, para manter-se viva e crescer, abrir-se para um pensamento e para uma prática de pesquisa transdisciplinar, ou seja, para um pensamento capaz de circular, afetando e sendo afetado por outros saberes.*⁴⁰

³⁹ NIETZSCHE, F. *Assim falou Zaratrusta*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

⁴⁰ FIGUEIREDO, Luiz. *Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. São Paulo: Educ; Petrópolis: Vozes, 1996. p. 82-83.

3 A DOR E O SOFRIMENTO ATRAVÉS DO DISCURSO MÉDICO: A FICÇÃO

A narração oral, discursiva, por ser enriquecida pela imagem sonora, sob a forma da expressividade, pressupondo sentimentos e sensações, aproxima-se de um relato ficcional. Caso fosse comparada a um texto técnico, de uma aparente neutralidade frente ao objeto pesquisado, uma narrativa dessa natureza teria validade científica bastante restrita, dependendo da área do conhecimento a ser explorada. Seria de fato inconsistente em demasia trocar dados de questionários ou estatísticos — como se vê freqüentemente na pesquisa médica — pelo relato de uma recordação ou de uma impressão meramente intuitiva de um determinado fenômeno. Por outro lado, sabe-se que essa ficção, muitas vezes, é interpretada por alguns pesquisadores como um *além da verdade*, preenchida alegoricamente por fabulações, ou, literalmente, por mentiras. Mas, tendo o discurso oral o seu lado mentiroso, que valor científico lhe sobraria? O que sobraria de verídico? Ou ainda, reelaborando essas questões, quais os propósitos da mentira, que valor lhe seria atribuída? O que nela há de biográfico, científico e inquestionável? Para tantas perguntas cabe uma curta digressão. Sendo a mentira própria do humano, a ficção então seria uma forma narrativa em que se diz um fato que quer se fazer verdadeiro ou útil, que se utiliza de elementos alegóricos para se deter sob determinados aspectos de um evento singular apesar de parcialmente ou

totalmente irrealístico. Dentro desta perspectiva, Paul-Laurent Assoun no texto *Ficção e ficcionamento metapsicológicos*, escreve:

[a ficção] *É uma construção lógica ou artística à qual se sabe que nada corresponde na realidade; por exemplo, na matemática, no romance etc. Uma ficção não é simplesmente o “não verdadeiro”, semblante ou aparência, mas um constructo portador de virtualidades de conhecimentos: se construímos alguma coisa de que se sabe que “nada (lhe) corresponde na realidade”, é que, por uma estratégia epistêmica deliberada, esperamos tirar disso um efeito que, sem esse “ficcionamento”, seria impossível.*⁴¹

Como lembra Genevière Droz, existem pontos de interseção entre a ficção e o mito, embora as dessemelhanças, de fato, dirijam o mito às origens, *a um acontecimento ocorrido no período primordial*.⁴² Segundo Droz, o mito “apresenta-se à maneira de uma narrativa fictícia” e, assim como a ficção, o mito compreende *ação e personagens*. Continua:“(…) o mito interrompe o discurso conceitual (…)”, e por fim, nele “(…) não há um método para buscar a verdade, sugere o provável, o verossímil (…) tem pretensão de dar sentido”,⁴³ inclusive interpretativo, a um determinado pensamento. *Mýthos*⁴⁴ significa literalmente palavra, ou o que se diz (antes da escrita) e, desse modo, seria, necessariamente, uma forma de discurso oral. Tento, desse modo, utilizar-me dessa tênue semelhança entre o mito e a ficção, por acreditar que o significado que pretendo dar à palavra *ficção*, de algum modo, aglutina alguns conceitos que são próprios das narrativas míticas e que a ficção por si só perderia o sentido, principalmente, no que se refere ao desejo de verossimilhança — que nem sempre é compromisso da ficção.

De fato, se se toma como exemplo o texto de Platão ao descrever um discurso socrático como no *Banquete*, que se realizou mais de trinta anos antes de ter sido escrito, e, que para dar um formato estético de

⁴¹ ASSOUN, Paul-Laurent. *Metapsicologia freudiana. Uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996, p. 57.

⁴² BRANDÃO, J. Op. cit. p. 35.

⁴³ DROZ, G. *Os mitos platônicos*. Brasília: UnB, 1997, p. 10-12.

⁴⁴ PEREIRA, S. J. *Dicionário greco-português e português-grego*. Porto: Livraria Apostolado da Imprensa, 1981.

verossimilhança recorreu-se a personagens e discursos provavelmente fictícios, revela-se, deste modo, o poder persuasivo do texto mítico,⁴⁵ um dos métodos de transmissão epistêmica da Grécia pré-socrática e clássica. O texto do *Banquete*, assim como no *Fédon*, na *Apologia a Sócrates*, etc.⁴⁶ até hoje têm uma representatividade, sendo utilizados como modelos de leitura indispensáveis dentro do campo da psicologia, psicanálise, filosofia, ou da literatura, podendo-se, desse modo, supor que o diálogo transcrito em linguagem escrita por um terceiro, muitas vezes fora da cena, apesar de todas as invasões e interferências subjetivas, tem valor científico e, conseqüentemente, valor de pesquisa. De narrativas semelhantes instrumentalizei, teoricamente, a *ficção* no discurso médico.

A pesquisa clínica, em psicologia, traz esse artefato ou essa peculiaridade que, ora perde elementos em situações, eventualmente, fundamentais para a compreensão de uma totalidade (algo impensável em ciência natural) e ora ganha, por outro lado, por implicar e tornar material terapêutico o agente do discurso que agora o transcreve, o pesquisador. O textual, o verídico, o factual ou o verdadeiro, no sentido restrito dessas designações, em psicologia clínica, têm valor acessório na forma de suas narrativas de relatos de casos. Freud, na descoberta do inconsciente, amplia essa concepção ao introduzir o que posteriormente veio a ser chamado de *realidade psíquica*, dando *status* de utilidade à fantasia, que seria uma construção fictícia individual que se põe como sustentáculo do *vir a ser* do indivíduo. Ficção que não apenas vai constituir um discurso de um sujeito determinado, como o paciente, mas, especialmente, construir um outro texto naquele que ouve, e que, agora, conta uma outra história, o texto do pesquisador.

Numa pesquisa clínica, o relato ilustrativo de um caso, por exemplo, em que existe necessariamente uma relação de sentimentos e impressões próprias da dualidade da sessão de psicoterapia, transcrever literalmente esse relato, na tentativa de torná-lo mais verídico ou científico, tem mais valor de aglutinação de informações diagnósticas e classificatórias estéreis

⁴⁵ DROZ, G. Op. cit. p. 12.

⁴⁶ PLATÃO. *Os pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

(úteis à medicina) que propriamente analítico. Nesses casos, o que se vê ou o que se ouve se mostra invadido e deformado pelo objeto colhedor de dados que se justapõe na intersubjetividade, empobrecendo, por fim, o valor terapêutico da relação dos sujeitos examinados.

Desse modo, a compreensão de uma situação analítica, embora carregada dessas deformações subjetivas, que *ficcionam* o discurso textual, só se estabelece no momento em que é implicado o sujeito do analista, que constrói uma também ficção num texto carregado de impressões que fogem do controle da análise. A psicanálise, dentro da sua metodologia investigatória, se assim pode ser chamada, descentra o pesquisador do campo da neutralidade. Esse método de investigação contaminou, sobremaneira, outras formas de saberes em virtude de sua importância na introdução de um novo campo de conhecimento, a psicanálise em si.

Não seria exagero deslocarmos essas suposições aventadas neste trabalho para algumas situações subjetivas que ocorrem no conhecimento médico. Obviamente que na práxis médica, a parte que cabe à *arte*, algo que foge do controle do cientificismo, tem, entre outras coisas, um protocolo objetivo que compreende exame físico, mental, entrevista objetiva e uma espécie de questionário semiológico semi-estruturado e previsível. Posso dizer, no entanto, que, nesta suposta objetividade, existe algo de inefável — carente de interpretações objetivas, escapa do conhecimento linear, abrindo-se ao inesperado —, e que certamente pode deixar, tanto o médico quanto o paciente em situações ora terapêuticas, ora vexatórias. Seria isso, esse conhecimento tácito, a *arte* médica? Michael Balint, psicanalista húngaro, foi incansável em algumas afirmações: “A droga mais utilizada na clínica geral é o próprio médico, não existe nenhum tipo de farmacologia a respeito de tão importante substância”.⁴⁷ Dele se tem os medicamentos, a posologia, os efeitos colaterais, as superdosagens, as intolerâncias e, por fim, os efeitos terapêuticos.

Balint, que iniciou sua carreira, primeiramente, como médico clínico e, posteriormente, como psicanalista, tinha uma rotina de trabalho inusitada.

⁴⁷ BALINT, Michael. *O médico, seu paciente e a doença*. São Paulo: Atheneu, 1988.

Comentava que a maneira mais útil de investigar um paciente, em todos os aspectos, seria através do discurso daquele que o assiste, o médico assistente. Sobre isso relata:

Se meus conceitos eram corretos, os fatos que eu desejava submeter a exame apenas podiam ser observados pelo próprio médico; a presença de uma terceira pessoa, por muito tato e objetividade que demonstrasse, inevitavelmente destruiria a atmosfera de espontaneidade e intimidade. Tal terceira pessoa apenas veria uma imitação, talvez uma imitação muito boa, porém nunca os fatos reais.⁴⁸

Desse modo, Balint acreditava que um trabalho que privilegiasse os aspectos subjetivos dessa relação dual seria facilitador e teria papel, inclusive, de precioso instrumento de diagnóstico clínico. No entanto, romper com essa tradição médica foi, e ainda é, uma tarefa penosa para quem reviveu essa experiência numa enfermaria de clínica médica, pois como diz: “O pensamento médico é hoje em dia crucialmente influenciado pelo medo de não se identificar algum problema físico enquanto se concentra a atenção em possíveis causas psicológicas”.⁴⁹

Ter-se-ia, então, que romper com o tecnicismo, muitas vezes utilizado como um escudo protetor, e apontar, insistentemente, para uma implicação intersubjetiva entre o médico e seu paciente. Só se sabe ou só se pode ser útil em medicina através do que diz o paciente ao médico e como foram as ressonâncias desse dizer. Mas, para que isso se efetive, não será necessária a presença compulsória do terceiro na cena terapêutica, como um psicólogo ou psicanalista acolhedores, que reforçam, por diversas vezes, a pseudoneutralidade do médico, dando-lhe *status* de dono do corpo e de intolerante ao psiquismo. Antes que pacientes e terapeutas da alma conspirassem, na surdina, contra determinadas condutas médicas, que se privilegie aqui, de antemão, essa despreziosa escuta médica, e que dela possa o psicanalista tirar algo de proveitoso. O terceiro seria este que escuta uma história contada dentro da aflição subjetiva do médico. Através desse

⁴⁸ Ibid., p. 2.

⁴⁹ Ibid., p. 21.

novo modo de atuar, em Balint, se estabelece um método que realça a interpretação e a construção dentro da implicação dual, fato que mostra valor irrefutável na compreensão da relação médico–paciente e dela seus propósitos e destinações. Os médicos, contudo, não são nem devem ser psicólogos ou psicanalistas — longe disso. Devem apenas utilizar de conhecimentos que estão na interseção desses diversos saberes, ponto de convergência onde se encontra o sujeito. O que se torna importante nesse encontro são suas infindáveis variáveis.

As entrevistas médicas, no modelo de Balint, não são, como se poderia pensar, do tamanho de uma sessão analítica. A parte que cabe à pessoa do paciente, teoriza ele, não toma muito tempo: são necessários seis, irrisórios seis minutos para o paciente. Seis minutos de um encontro de queixas múltiplas sem estar aprisionadas no corpo ou na alma de forma continente. São queixas que, sem um lugar definido no sujeito, fazem da doença e da fala, da linguagem do corpo, o problema a ser discutido nesta dissertação.

A doença, mesmo corporal, tem uma linguagem,⁵⁰ comunica algo, tem uma história em paralelo que relata um desejo, uma queixa, uma necessidade, uma experiência. Mas não se pode pensar que essa linguagem obedeça à norma semântica usual. O corpo e a alma implicados na formação do sujeito são unidades coladas de um discurso extremamente incoerente, volátil, ambivalente, que surpreende o observador que, porventura, tente dar um juízo de valor objetivo àquele discurso oral, enfermo e essencialmente dolorido. Essa linguagem caminha nas entrelinhas, nas bordas, na ambigüidade, desliza em representações as mais diversas e, por vezes, mostra-se anômala. No entanto, diz algo. O que diz, afinal? O sujeito tanto do sofrimento psíquico quanto do sofrimento corpóreo, não importa demarcá-los, traz um *mal dizer*. Maldição (mal-dito), palavra também ambígua, representada sob vários aspectos, dos quais, especialmente, destaco dois: um aspecto transcendente destrutivo, que se caracteriza por sina ou destinação “oracular” desafortunada (eis a doença!); outro por simplesmente dizer mal, dizer algo que não cabe dentro da

⁵⁰ GRODDECK, G. *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática*. São Paulo: Perspectiva, 1996.

perspectiva do comum, do linear, do dizível. É usual observarmos, por exemplo, essa palavra, carregada de quase religiosidade, transitar na boca dos sujeitos acamados e, principalmente, sofrendo de injuriosas e múltiplas dores. São desses relatos singulares que se ilustrará esta dissertação. Relatos de casos narrados pelos médicos assistentes para que, através deles, possa-se caminhar numa construção teórica coerente que veja a dor exatamente no lugar que este trabalho propõe: na metáfora de dois saberes e na unidade psicofísica. Narrativa, certamente, presa a pelo menos duas ficções, o relato da dor de um paciente para seu médico e do médico para o pesquisador. A transcrição desses fragmentos criará, sem dúvida, uma terceira ficção, que abrirá lacunas inefáveis, variantes irresgatáveis, mas que penso ter algum valor de pesquisa, apenas para referendar ou ilustrar um trabalho predominantemente teórico. Essas lacunas, por analogia, também se mostrarão no tema em destaque neste trabalho: a dor, que de tão amplo, certamente, deixará de aprofundar algumas questões importantes.

Toda dor cabe na linguagem e ao mesmo tempo restam-lhe representações suficientes para completá-la. A dor é sentida e dita aos pedaços, construída pela linguagem objetiva, por um jogo mímico, dismórfico que tenta contar uma história. Uma trágica história. A dor é sentimento e ao mesmo tempo personagem. Descrivê-la ou ainda transcrevê-la torna-se tarefa injuriosa para a qual, muitas vezes, faz-se necessária a utilização de figuras de linguagem como a metáfora, a onomatopéia, as alegorias. Tolstói, por exemplo, em *A morte de Ivan Ilitch*,⁵¹ a personifica ao lado de um personagem moribundo, como se não fosse agente, mas coadjuvante, um outro que não fala, mas, que se inscreve, como uma elipse, no corpo. A dor está transcrita em muitos dos casos ilustrativos das publicações de Balint, mesmo que não tenha sido esta sua intenção, seus textos eram sobre casos clínicos de medicina. Mas dificilmente se poderia deixar de falar de dor no discurso médico, o que, sem dúvida, estimulou e facilitou este trabalho. Este discurso da dor em medicina deixou lacunas que só a psicanálise ousou preencher parcialmente.

⁵¹ Tolstói, Leão. *A morte de Ivan Ilitch*. Rio de Janeiro: Alhambra, 1979.

4. A DOR E O ADVENTO DA PSICANÁLISE

Não há, como assegura Pontalis, nenhum texto freudiano em que o tema da dor tenha sido destacado em capítulo ou artigo especial. No entanto, mesmo com essa suposta ou aparente omissão, esse sintoma, assim como outras manifestações corpóreas e, especialmente, psíquicas, tiveram importantes reformulações conceituais com o advento da psicanálise. É certo que o processo de construção da psicanálise influenciou incontestavelmente outros campos epistemológicos, como a antropologia, a sociologia, a filosofia e as artes, mas mostrou-se marcadamente revolucionário nas ciências médicas e, especialmente, na psicologia.

A psicanálise emerge de hiatos deixados pelo conhecimento médico, nasce e se antepara, inicialmente, em conceitos e preceitos da medicina do final do séc. XIX, e, em gradação, passará por transformações profundas na compreensão do sujeito e, conseqüentemente, tornará ainda mais complexa a relação entre o corpóreo e o anímico. Essas transformações, inclusive, tentam reformular a investigação semiológica médica que é entusiasticamente defendida, mais adiante, por Georg Groddeck nos seus primeiros estudos de psicossomática psicanalítica: “Não há domínio da medicina em que a descoberta de Freud não tenha utilidade”.⁵²

Considerado, inclusive pelo próprio Freud, um defensor exagerado da psicanálise, e por si mesmo, um “analista selvagem”, Groddeck, na tentativa

⁵² GRODDECK, G. Op. cit. *O livro dlssó*. p. 217.

de articular os dois saberes, tendeu, sob influência do determinismo psíquico (ou do que ele atribuiu literalmente ao *Isso*), a criar no corpo uma expressão correlata da linguagem, como se verá mais adiante num de seus fragmentos de caso clínico e nas suas discussões teóricas. Freud, ao contrário de Groddeck, deteve-se pouco no aprofundamento teórico da interseção psíquico-corpórea. Tinha um vasto caminho a perseguir com a descoberta do inconsciente e com toda a construção metapsicológica na qual irá se edificar a psicanálise. No entanto, em alguma passagem de sua obra, pode-se observar que Freud acreditava que, de algum modo, a psicanálise pudesse transformar ou a medicina se adaptar a esse novo invento. “Mais cedo ou mais tarde (...) haverá pacientes externos, para os quais serão designados médicos analiticamente preparados” (1919, p. 210).

A psicanálise, antes de tudo, instrumentalizou em técnica e teoria, uma nova psicologia. Validar cientificamente esse método psicológico fez com que a noção de corpo se restringisse temporariamente ao corpo simbólico, protagonizado pelos primeiros estudos de histeria. Apenas temporariamente, pois não tardaria em se defrontar com o fenômeno do sofrimento ou da dor (por conversão e/ou somatização) humana que fará o anímico invadir a ciência natural. Essa indiferenciação psicofísica, tendo a dor como metáfora, constrói um novo sujeito, que possibilita a relativização de determinismos mecanicistas biológicos. A dor ou o sofrimento histérico inaugurou a questão da singularidade do sintoma — não mais anatômico, não mais fisiológico — em que a subjetividade sobrepõe-se à objetividade substancialista da medicina e, dentro dessa subjetividade, o desvelamento do inconsciente. Outras dores, no entanto, estariam por vir além da histeria. Sofrimentos que teriam que possibilitar uma necessária relação dialógica entre a medicina e a relevante contribuição da psicanálise.

Este trabalho, portanto, caminhará dentro do pressuposto de que psicanálise e medicina têm familiaridades ou parentescos com pontos de interseção que, no que concerne à dor, parecem mostrar-se bem evidentes. Desse modo, é interesse desta pesquisa se centrar nas contribuições dadas pela psicanálise como um saber que, ao contrário de antagonizar com a medicina — como pode acontecer eventualmente —, funcionará de forma

complementar ou mútua, em duas vias, que se entrecruzam em vários aspectos. Falar em *medicina psicossomática*, *psicossomática psicanalítica*, *psicologia do corpo*, *psicopatologia somática*, etc. como especialidades que “resgataram”, ou se detiveram entre o corpo da medicina e o corpo da psicanálise, aqui, tem um papel irrelevante ou redundante, haja vista que esse diálogo já havia se estabelecido nos primórdios da construção teórica da psicanálise, e de algum modo, a relação entre corpo e alma jamais se ausentou ou foi abstraída desse saber, apesar de algumas tentativas frustradas de cisão. Não se pode conceber, na atualidade, uma medicina sem uma perspectiva anímica, nem tampouco uma psicanálise sem contemplar o corpóreo. Em verdade, toda medicina já é psicossomática e toda psicossomática já é psicanalítica. Leciona P. Benoît:

Para mim, a psicossomática, enquanto definindo uma categoria particular de doenças, categoria que encontraria uma definição positiva de si mesma na sua natureza ou na sua etiologia, tal como uma doença infecciosa ou de carência, não existe. (...) Toda doença reconhecida que se dá para ser reconhecida é psicossomática. A única questão que conta é de se saber em que medida o psiquismo que reconhece é o do doente, o dos seus próximos, o do médico ou o do analista.⁵³

Essas razões apontadas tendem a se utilizar, preferencialmente, mais da palavra *psicanálise* do que *psicossomática*. No entanto, reconhecem-se contribuições importantes dos autores das escolas de psicossomática, que inclusive, serão mais adiante citados e comentados com seus inquestionáveis avanços na compreensão dos fenômenos dolorosos e de outras manifestações sintomatológicas. É significativa, por exemplo, a contribuição desses teóricos em algumas áreas específicas como a psicoimunologia, aspectos subjetivos das doenças reumáticas, de algumas doenças degenerativas, neurológicas, dermatológicas, entre muitas. No entanto, o que esta dissertação irá questionar nessas escolas, pelo menos no que concerne à dor, serão os pontos que privilegiam, excessivamente, o

⁵³ BENOÎT, P. Seminário V. In: NASIO, J. *Psicossomática: as formações do objeto a*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993. p. 74.

psiquismo como determinantes de doenças de toda natureza. Essa tendência, que entendo como especulativa ou simplista, reduz, do mesmo modo que a medicina, as razões do adoecer a quase uma única causa determinante. Acredito que essa “soberania” do psiquismo perante o corpo, preconizada por alguns psicossomatistas, leva, dentro de um otimismo epistemológico, a sobrepujar a validade de saberes anteriores já consagrados, o que no caso da dor parece ter pouco valor. A dor não está nem do lado corpo nem da psique, mas, na fronteira. Portanto, as importantes contribuições teóricas de autores como Pierre Marty, Joyce McDougall, Jean Guir, Nasio, Groddeck, Ferenczi, etc., psicossomatistas clássicos, serão centradas na relação dialógica da dor e nas suas destinações. Dores que fazem parte não só da clínica psicanalítica, como também da clínica médica, mas que se destacaram no aprofundamento de sua singularidade.

4.1 A Dor em Publicações Pré-psicanalíticas, Manuscritos e Esboços Inéditos⁵⁴

A trajetória do pensamento freudiano, desde seus escritos pré-psicanalíticos, reiteram a hipótese de que Freud, médico neurologista, entusiasta das apresentações de Charcot, tentou aglutinar hipóteses psicológicas dentro de uma perspectiva médica substancialista, na qual a “substância sexual” e sua tensão energética represada ou, paradoxalmente, escassa, levariam aos sintomas psíquicos neuróticos histéricos, neurastênicos, hipocondríacos, melancólicos, etc. Neste momento se constituiu uma *Teoria da substância sexual*, que veio a se dissipar,

⁵⁴ A utilização da palavra *pré-psicanalíticas* relaciona-se, aqui, com a publicação das *Obras completas*, da Imago (1990), cujo volume I intitula-se: *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Esse título não se propõe a discutir o que é psicanalítico e o que ainda não é, na obra freudiana, pois a complexidade para se estabelecer “datas inaugurais” num saber emergente será sempre controverso. Além do mais, aprofundar essa discussão alhures da psicanálise escapa do tema deste trabalho.

posteriormente, com a subjetividade da psicanálise. Teoria esta que, juntamente com o *princípio de constância*, alavancou teoricamente hipóteses energéticas do *princípio de prazer–desprazer* e introduziu, sumariamente, uma teoria instintual (pulsional). Sobre a primeira teoria, em que enfatiza “o sexual” que faz pensar como quase sinônimo do “genital”, Freud, em rascunhos e manuscritos, faz diversas referências para a etiologia das neuroses, relacionando as diversas anomalias sexuais, desde a inibição ao comportamento hipersexual. É no *rascunho D*, onde descreve resumidamente essa hipótese, que ele a compatibiliza ao princípio de constância.

*E. O Processo Sexual à Luz da Teoria da Constância.
A via seguida pela excitação no processo sexual masculino e feminino. A via seguida pela excitação na presença de fatores sexuais nocivos etiologicamente operantes — Teoria de uma substância sexual.*⁵⁵

Essa primeira tentativa de articular o pensamento médico com uma teoria psicológica, ou ainda, de criar uma psicologia dentro do pressuposto semiológico da medicina, está bem descrita em muitos manuscritos, rascunhos e em projetos inacabados. Há diversas exemplificações que relacionam o corpóreo e o psíquico, e, no caso específico da dor, há uma analogia com o fenômeno psíquico da melancolia, no *rascunho G*, e com a complexa teoria energética elaborada no *Projeto para uma psicologia científica*. No *rascunho G* diz:

[Na melancolia] *os neurônios associados são obrigados a desfazer-se de sua excitação, o que produz sofrimento. Desfazer associações é sempre doloroso. Com isso, instala-se um empobrecimento da excitação (...) — uma hemorragia interna, por assim dizer — que se manifesta nas outras pulsões e funções. Essa retração para dentro atua de forma inibidora, como uma ferida, num modo análogo ao da dor.*⁵⁶

⁵⁵ FREUD, Sigmund (1950 [1892 – 1899]). *Rascunho D*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. I. p. 232.

⁵⁶ Ibid. Op. cit. *Rascunho G*. p. 252.

Observa-se, nesse fragmento, o que Freud vai retomar no futuro em *Luto e melancolia* (1915), a mesma analogia da dor somática com a melancolia, no entanto, com uma perspectiva mais subjetiva, articulada no *ficcionamento* da construção metapsicológica. Era preciso abandonar a compreensão estritamente corpórea, fato que só veio a se constituir em gradação com os primeiros artigos psicanalíticos.

Ainda nos manuscritos, Freud, no *rascunho I*, persiste em ter uma compreensão médico-psicológica da história natural da enxaqueca — uma dor que hoje tem tratamentos e hipóteses médicas bem mais sofisticadas, mas da qual, certamente, está longe de se ter uma compreensão em sua totalidade. Misturam-se, nesse *rascunho*, o conhecimento médico e a construção de uma nova psicologia que põe esse tipo de cefaléia dentro da perspectiva sexual-genital. Enumera:

- (a) *Raríssima em homens sadios.*
- (b) *Restrita ao período sexual da vida: infância e velhice praticamente excluídas.*
- (c) *Se é produzido por soma, também o estímulo sexual é algo que se produz por soma.*
- (d) *A analogia da periodicidade.*
- (e) *Freqüência em pessoas com perturbação da descarga sexual (neurastenia e coitus interruptus).*⁵⁷

E, em seguida, conclui: “Isto parece mostrar que a enxaqueca é um efeito tóxico produzido pela substância estimulante sexual quando não consegue encontrar descarga suficiente”.

Nesse *rascunho*, além de Freud contextualizar mais uma vez a questão de uma dor tão conhecida, a enxaqueca, com esta obscura “substância sexual”, acrescenta algumas hipóteses orgânicas que hoje são bem conhecidas da medicina, como utilização de substâncias químicas e odores tóxicos (as nevralgias tóxicas) e doenças do “crânio” em sua causalidade. Essas especulações etiológicas, apesar de serem

⁵⁷ FREUD, Sigmund (1950 [1892 – 1899]). *Rascunho I*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. I. p. 261.

questionáveis do ponto de vista teórico, tanto médico como psicanalítico, têm um valor metafórico que põe Freud numa pequena elaboração de uma teoria psicológica da dor sem perder de vista os conhecimentos médicos de sua época. Desse modo, sua contribuição mais uma vez, frente às variáveis da constituição do sujeito, veio, como de início pensou, complementar ou preencher partes obscuras do objeto da medicina. A dor aqui intermedia a tradição médica com incursões de uma teoria psicológica que, posteriormente, irá se edificar. Como ainda faltava a peculiaridade subjetiva do psiquismo (visto pela medicina como sem materialidade), foi necessário elaborar, provisoriamente, uma teoria na qual a sexualidade fosse substanciada em variável do corpo real. Sexualidade esta que não tardou em ser transformada no mito pulsional psicanalítico, em libido e, conseqüentemente, nas suas complexas relações com o aparelho psíquico. A dor, então, envolveria essa nova compreensão de sujeito e, desse modo, aprisionado na indiferenciação corpórea e anímica que vai constituí-lo, metapsicologicamente, na fronteira da pulsão.

O Projeto para uma psicologia científica, inédito em vida, foi uma das últimas tentativas de elaborar no corpo, mais funcional-neuronal que propriamente anatômico, uma teoria psicológica, como se houvesse por parte de Freud uma obstinada preocupação em tornar sua psicologia atrelada a um lugar no corpo, que obedeceria aos princípios fisiológicos do saber médico, assim como René Descartes tentou fazer na interseção entre o pensamento e o corpo, com a pineal.

*A intenção é prover uma psicologia que seja ciência natural: isto é, representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, tornando assim esses processos claros e livres de contradição.*⁵⁸

Essa tentativa de unidade freudiana compreende uma complexa rede neuronal com várias atribuições energéticas, que propõe ter uma concepção

⁵⁸ FREUD, Sigmund (1950 [1895]). *Projeto para uma psicologia científica*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. I. p. 347.

quantitativa do aparelho psíquico regido pelo princípio de constância. Constitui-se o sujeito psicológico, como correlato do sujeito somático — como numa trama nervosa cerebral —, o que tornou simplista tanto a visão médica quanto a psicológica, respectivamente, do funcionamento neuronal e anímico. Freud, de fato, mostrava-se nessa ocasião bastante absorvido pela sua *Psicologia para neurologistas*, como citou em carta a Fliess em 27 de abril de 1895 (carta 23), mas sua ambivalência frente ao intento de levar o *Projeto* adiante, ou abandoná-lo, foi por diversas vezes citado em outras correspondências (cartas 26, 27, 30 e 39) até que foi abandonado definitivamente.

Resumir ou interpretar o conteúdo do *Projeto*, assim como destacá-lo como importante texto de construção metapsicológica, não será o objetivo deste trabalho, mas, sim, questionar, no que concerne à dor, o momento em que Freud dará importância ou atenção especial a esse sintoma. O projeto faz uma incursão quantitativa na distribuição energética neuronal e seus mecanismos ora inibitórios, ora excitatórios. Mais uma vez regido, como pano de fundo, pelo “princípio de constância” e pelo “princípio de inércia neurônica”, com três tipos neuronais — ϕ , ψ e ω —, seria este *Projeto* mais uma tentativa de explicar um mecanismo estrutural, quantificado (Q) em intensidade de energia psíquica que, provisoriamente, divide o aparelho psíquico em instâncias sistemáticas, abstratas ou esquemáticas.

ϕ e ψ são sistemas neuronais respectivamente permeáveis e impermeáveis a uma determinada quantidade de energia (Q), seja de natureza exógena ou endógena. São as *barreiras de contato*, formas de resistência do trânsito energético, que determinam, entre outros, a permeabilidade de um sistema. Essa permeabilidade obedece ao *princípio inercial* de energia psíquica para alcançar a descarga, havendo, assim, uma tendência ao *afastamento* ou à *diminuição da tensão* de Q. Esse dispositivo, a depender da intensidade, poderá falhar quando se ultrapassa um limite quantitativo. Essa falha seria a dor propriamente dita.

No Capítulo 6 do *projeto* intitulado de *A dor*, Freud mantém essa afirmação quantitativa tendo uma perspectiva de sintoma como desconforto e de uma propensão do sistema nervoso de *fugir da dor*.

Vemos nisso uma manifestação da tendência primária contra o aumento da tensão Q_n e inferimos que a dor consiste na irrupção de grandes Q_s em ψ . As duas tendências ficam, neste caso, reduzidas a uma só. A dor aciona tanto o sistema ϕ como o sistema ψ , não há nenhum obstáculo à sua condução, e ela é o mais imperativo de todos os processos.⁵⁹

Nesse caso, existe uma relação direta entre a dor e a escassez de *barreiras de contato*. Um outro mecanismo denominado *facilitação* (*Bahnung*) teria, também, como conseqüência, a inscrição mnemônica no aparelho psíquico, que melhoraria, ainda mais, o caráter de permeabilidade.

O privilégio dado por Freud às reminiscências que construiriam toda técnica da psicanálise já estava, no *Projeto*, realçado, e a dor, como se verá mais adiante, estaria aprisionada na intensidade de uma estimulação (externa ou interna), e na sua representação psíquica (a inscrição na memória). No entanto, a dor tenderia apenas ao desconforto e ao desprazer. Muito ter-se-ia que caminhar até chegar ao masoquismo.

4.2 O Sofrimento Histórico

Um médico residente traz este pequeno relato:

Caso I

(...) Eu pensei o tempo todo que era verdade, mas, só agora, vejo que essa paciente me iludia. Falava-me com tanta convicção de uma dor que sentia na região do peito, acompanhada de falta de ar, que já estava tratando, simultaneamente, de pneumonia e de asma. Só depois percebi que ela me enganou, quando me contou que continuava cansada, com dor e mesmo quando as radiografias e o exame clínico estavam normais e ela não

⁵⁹ Ibid. Op. cit. *Projeto para uma psicologia científica*. p. 359.

respondia aos remédios. Tratei mais uma vez, porque tem casos em que esses exames podem não dar nada e mesmo assim acontecer uma doença de verdade. Gastamos antibióticos, antiinflamatórios e nada... Era tudo mentira ou então só posso compreender que ela brincava comigo... Além do mais, soube que ela já teve coisas parecidas: soluços, falta de ar, dores no estômago e vômitos. Disse a ela que não tinha nada e encaminhei-a ao serviço de psicologia, pois assim ela poderia se tratar de dores “supracorticais”.

Esse primeiro fragmento de caso, que poderia levar a inúmeras variáveis interpretativas, irá, aqui, apenas reacender algumas questões antigas que, muitas vezes, para a psicanálise, pareciam superadas: a questão da dualidade entre corpo e alma, da intencionalidade do sintoma (fruto da consciência voluntária), do sintoma *dor*, que, em medicina, está, especialmente, representado pela expressão primordialmente corpórea, da questão da *ilusão* ou da *mentira*, aparentemente gratuita, construída, principalmente, pelos histéricos que se queixam de dor ou de outro sintoma somático, e, por fim, das questões transferenciais ainda geradas, hoje, por esse impasse que se encontra entre o corpo e a alma, e que, aqui, no caso da dor histérica parece avolumar-se.

A dor aglutina boa parte das doenças em medicina, e estando a autoridade do médico ameaçada por esse sintoma, por vezes infável e que reedita antigas experiências, restam-lhe as ressonâncias ruidosas desse sentimento: sentimentos de impotência, raiva, compaixão ou simplesmente todos esses sentimentos em conjunto, acrescentando-se, como no caso, o da negação. Desse modo, aquela dor é negada como se não fizesse parte do conhecimento médico, mas de uma ciência em que o corpo fosse um objeto extirpado cirurgicamente: a psicologia ou a psicanálise. Teriam essas ciências de tratar literalmente do sintoma inexistente: o “nada” representado na dor. Que se discuta essa inexistência nesse “além do corpo” ou “supracortical”, supostamente objeto desses novos saberes, ilustrando a construção teórica da histeria: um “nada” que é alguma coisa.

O primeiro contato de Freud com algum estudo mais elaborado da histeria, que escapava apenas da perspectiva moral, foi no período em que, na Salpêtrière, “transferiu-se da neuropatologia para a psicopatologia — da ciência física para a psicologia”,⁶⁰ encontrando, especialmente, com a experiência clínica e com a personalidade de J-M Charcot. A admiração que Freud tinha pelo neuropatologista era tamanha que chegou a citar em carta à sua esposa que suas aulas “eram como se tivesse saído da Notre Dame ou como se tivesse passado a noite no teatro”.⁶¹ Este último, encenado, invariavelmente, pelo sintoma histérico, ambiente natural da dramaticidade do corpo simbólico, na apresentação da *Grande Hystérie* (grande ataque histérico), tinha como enredo contraturas, paralisias, parestesias e dores enigmáticas. No obituário de Charcot, Freud lembra que o neuropatologista *restaurou a dignidade* da histeria:

*Esta, a mais enigmática de todas as doenças nervosas, para cuja avaliação a medicina ainda não achara nenhum ângulo de enfoque aproveitável, acabara então de cair no mais completo descrédito, e esse descrédito se estendia não só aos pacientes, mas também aos médicos que se interessassem pela neurose. Sustentava-se que na histeria qualquer coisa era possível e não se dava crédito aos histéricos em relação a nada. A primeira coisa feita pelo trabalho de Charcot foi a restauração da dignidade desse tópico.*⁶²

Nesse pequeno trecho, pode-se observar que a questão inicial da histeria, ou do sofrimento psíquico, era não apenas relacioná-la à questão subjetivo-ideogênica, levantada por Charcot com o método da hipnose, mas, antes de tudo, implementar um novo conhecimento à medicina, em que a histeria perderia seu caráter de voluntariedade, ou de descrédito, e, conseqüentemente, em mais uma entidade nosográfica médica. Esse dado novo, veio possibilitar a construção de uma nova medicina, como comentou

⁶⁰ FREUD, Sigmund (1893). *Charcot*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. III. p. 19.

⁶¹ *Ibid.*, p. 19-20.

⁶² *Ibid.*, p. 28.

Groddeck, e ao mesmo tempo veio construir, em gradação, um novo saber: a psicanálise. De algum modo, a histeria foi, metaforicamente, uma tentativa de relativizar o conhecimento médico restrito ao corporal. No entanto, no momento em que um médico, atualmente, fala, como no caso acima citado, de um sintoma “supracortical”, e ainda carrega-lhe de juízo de valor, parece que parte, infelizmente a maior parte, da medicina ainda funciona, nesse tópico, no ambiente do século XIX.

Mesmo ainda longe de haver uma relação dialógica entre a medicina e a psicanálise, foi através do corpo, inicialmente médico, que se elaborou o corpo histórico na perspectiva psicanalítica. No entanto, Assoun não o põe como privilégio apenas da histeria e declara:

A histeria nos designa, inegavelmente, a entrada do corpo na experiência analítica. Se, a esse título, a histérica merece ser associada à fundação da psicanálise, convém tirar daí todas as conseqüências, pelo fato de que aqui o corpo não ser apenas tema privilegiado dessa neurose, pela qual Freud se põe, originalmente, na pista de um saber do inconsciente, mas ainda aquilo que “dá corpo” ao próprio sintoma.⁶³

De fato, a histeria introduz o saber do inconsciente (seria o “supracortical”?) e, através do corpo simbólico, fez Freud elaborar, primordialmente, uma terapia ainda dedutivo-causal — *Cessante causa cessat effectus* — entre o trauma psíquico e sua relação simbólica com um determinado sintoma histórico. Ainda sob a predominância teórica de um trauma real, fruto de uma sedução — *a teoria da sedução* —, Freud já anunciava a importância do simbólico no corpo histórico. No texto *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos históricos* (1893), põe em relevância essas simbolizações com o sintoma da dor.

Tais simbolizações foram empregadas por muitos pacientes num enorme conjunto das chamadas nevralgias e dores. É como se houvesse a intenção de expressar o estado mental

⁶³ ASSOUN, P-L. Op. cit. p. 178.

*através de um estado físico; e o uso lingüístico fornece uma ponte pela qual isso pode ser efetuado.*⁶⁴

Pode-se afirmar que nesse trecho do artigo, Freud põe a representação psíquica, através da linguagem, como fator etiológico que já havia sido citado e aprofundado nesse mesmo texto da *Comunicação preliminar* (1893), no qual correlacionou o sintoma histérico com as recordações de “traumas” psíquicos. Aqui, contudo, cabe ressaltar a distinção que Freud tentou estabelecer entre o “trauma psíquico” na histeria e o “trauma” da neurose que denominou de *traumática*. Apesar de terem entre si uma relação analógica, as experiências traumáticas, ou aflitivas, sem dano físico significativo, diferiam tenuemente da histeria pela multiplicidade de “traumas parciais” que formam um grupo de causa desencadeadora. Entrariam, nesse grupo, sentimentos ou afetos os mais diversos, como susto, vergonha ou dor física. A neurose traumática, por outro lado, seria de causa isolada, enquanto que a inscrição da recordação, na histeria, seria mais firmemente representável. A diferença entre a histeria e a neurose traumática, naquele texto, veio a se estender e se alargar em artigos posteriores, sendo uma questão insolúvel em toda a primeira tópica freudiana, que só foi, de fato, repensada a partir da segunda tópica em *Além do princípio do prazer*. Nesse artigo, foi redimensionada ou reestruturada a teoria das pulsões e, conseqüentemente, a questão da representabilidade e da irrepresentabilidade psíquicas. O estudo da *neurose traumática*, ou *neurose atual* também serviu como *mote* para determinadas escolas psicanalíticas que se detiveram na questão corporal — a psicossomática psicanalítica, como se verá, em minúcia, mais adiante.

A histeria e a teoria freudiana tomaram nova dimensão a partir do momento em que a questão do “trauma psíquico” mudou de perspectiva do trauma real para o trauma de uma fantasia. A célebre carta, enviada a Fliess, onde diz não acreditar mais na sua *neurótica* — a mesma *neurótica*

⁶⁴ BREUER, Josef, FREUD, Sigmund (1893-1895). *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação preliminar*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. II. p. 43.

que frustrou o médico do **caso 1** — veio efetivar toda a questão que já vinha se edificando na psicanálise, a fantasia e a realidade psíquica. Se a dor histérica já era resultado de uma construção simbólica, sem a materialidade objetiva da medicina, que fazer nesse momento em que sua etiologia perdia-se inconsistentemente na subjetividade, na ficção? Estaria desse modo a teoria se distanciando dos pressupostos científicos do saber médico? Sem dúvida, a psicanálise começava a estabelecer seus novos referenciais epistemológicos que escapavam às ciências naturais, criando consistência ao aparelho psíquico, no entanto numa perspectiva completamente diferente da anatomia ou da fisiologia médicas. O corpo histérico e seu sofrimento seriam a melhor metáfora para esse vasto campo teórico. Essa nova construção de sujeito em que já se inclui o sujeito do inconsciente, contudo, não teve como objetivo dicotomizar os dois saberes. Veio, sim, relativizar ou “desordenar” a lógica linear dedutivo-causal da medicina, que hoje, por exemplo, vem sendo repensada em diversas especialidades médicas.

O mecanismo histérico denominado por Freud de *conversão* é o termo que se dirige restritamente à doença simbólica no corpo. Essa *mutação em corporal (ins Korperliche umgesetzt)*, carregada de representação psíquica, levará o sintoma ao corpo falante e erótico — “corpo que fala sozinho”⁶⁵ sob a interdição do recalque. É importante, contudo, pensar que o que Freud chamou de *conversão* e o privilégio que deu a esse sintoma na histeria sofreram transformações significativas em sua plasticidade à medida que o tempo foi passando. Sabe-se hoje, por exemplo, que muitas daquelas manifestações do final do século XIX e início do século XX, como as grandes paralisias, parestesias, cegueiras, anestésias ou hiperestésias histéricas, hoje mais raras, parecem ter mudado de formato no decorrer do século XX, uma vez que esses sintomas, banalizados pelo conhecimento psicológico, médico ou leigo, de uma maneira geral, tenderam, na organização psíquica histérica, a procurar novas formas de manifestações sintomáticas. Como diz Nasio, a histeria deixou de ser apenas um aglomerado de sintomas, pois estes “caíram de moda”, enquanto

⁶⁵ ASSOUN, P-L. Op. cit. p. 181.

outros sintomas mais contemporâneos o tornavam entidade que se diagnostica pelo ponto de vista relacional:

Com efeito, podemos contemplá-la de um ponto de vista descritivo, a partir dos sintomas observáveis, caso em que a histeria se apresenta como uma entidade clínica definida; ou encará-la de um ponto de vista relacional, e assim conceber a histeria como um vínculo doentio do neurótico com outrem e, particularmente no caso da análise, com esse outro que é o psicanalista.⁶⁶

Ainda dentro dessa perspectiva transferencial, Nasio estabeleceu três formas de se apresentar o histérico frente ao terapeuta. Num primeiro estado, ainda passivo, o “Eu está constantemente à espera de receber do Outro, não a satisfação que plenifica, mas, curiosamente, a não-resposta que frustra”.⁶⁷ A esse “descontentamento” do neurótico, Nasio denomina *de Eu insatisfeito*, próprio do humano, mas que, no caso da neurose histérica, tem importantes implicações transferenciais na figura do terapeuta:

O histérico trata o seu semelhante, amado ou odiado, e mais particularmente seu parceiro psicanalista, da mesma maneira que trata o Outro de sua fantasia. E como é que se arranja? Ele procura — e sempre encontra! — os pontos em que seu semelhante é forte e abusa dessa força para humilhá-lo, e os pontos em que seu semelhante é fraco e, por essa fraqueza, suscita a compaixão. (...) Em suma, quer se trate do poder do outro ou da falha no outro, (...) é sempre a insatisfação que o eu histérico faz questão de encontrar como sua melhor guardiã.⁶⁸

Este *Eu insatisfeito* é seguido pelos *Eu histerizante* e *Eu tristeza* que respectivamente vão histerizar, erotizar, sexualizar o que não é sexual e, por fim, ocupar lugar de excluído (o *Eu tristeza*). A tristeza do *Eu histérico* corresponde ao vazio e à incerteza de sua identidade sexuada. Esses três aspectos aqui realçados do texto de Nasio trazem algumas reflexões que estão configuradas na relação do histérico com o terapeuta que, no caso

⁶⁶ NASIO, J. *A histeria: teoria e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991. p. 13.

⁶⁷ *Ibid.*, p. 14.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 16.

acima citado, é o médico. Observa-se, por exemplo, que o diagnóstico tem preciosa importância frente à relação histórico-médico. É das ressonâncias exprimidas pelo médico queixoso de sua paciente dolorosamente *insatisfeita* que se pode assistir à emersão da estrutura psíquica e não apenas pelo acúmulo de sintomas conversivos. E, quanto a estes, seria difícil de delimitá-los no corpo simbólico, quando o sintoma é primordialmente doloroso como no caso a seguir, que é relatado por um anestesiológico em reunião clínica:

Caso II

Eu conheço quando uma paciente vai desenvolver a dor da distrofia simpático-reflexa.⁶⁹ Geralmente são mulheres problemáticas, que vivem em instituição hospitalar, que gostam de inventar doenças ou de valorizar ínfimos sintomas. Elas são “manhosas”, infantis, poliqueixosas, vêm até a mim não só para falar da dor, mas para falar da vida, uma vida geralmente desgraçada, e, no final, mostram a dor como se fosse algo de mais precioso que têm. Reclamam, reclamam... é um verdadeiro teatro e digo, particularmente, que são péssimas atrizes. Mas, mesmo sendo assim, eu sei que elas sofrem, sei que a dor existe, que não é brincadeira... Então, faço a infiltração e, depois de alguns minutos, estão um pouco mais felizes.

Esse segundo fragmento, além de reiterar a hipótese defendida de que o diagnóstico de histeria se impõe como, em Nasio, pelo *Eu insatisfeito*, cria outras dificuldades, tanto do ponto de vista médico quanto psicanalítico; uma vez que, aqui, não se trata exclusivamente ou puramente de um fenômeno conversivo nem totalmente corporal. A dor existe e, inclusive, cede com uso de anestésicos ou analgésicos. Seria, de fato, um fenômeno histórico? Seria um fenômeno neurológico? Ou seria, como defendem alguns psicossomatistas, somatização? Antes de aprofundar esta última

⁶⁹ Doença estudada principalmente na neurologia, mas que vem sendo cada vez mais discutida em equipe multidisciplinar que se detém nos estudos das dores crônicas. São portadores dessa síndrome pacientes que tenham geralmente sofrido traumas físicos ou artrite de punho que, com a imobilização ou a diminuição do movimento desse segmento do corpo, desenvolvem um quadro doloroso, acompanhado de edema local e alterações ósseas. Os tratamentos preconizados são simpactectomia ou infiltrações anestésicas.

questão, cabe ainda fazer algumas considerações sobre a histeria dentro dessa perspectiva.

Em um de seus casos clínicos mais famosos, o *caso Dora* ou *Fragmento da análise de um caso de histeria* (1905), Freud fez um verdadeiro estudo teórico e técnico da psicanálise e, especialmente, da neurose histérica. Caso em que fez, entre vários aspectos interpretativos, uma minuciosa descrição sintomatológica que pode ser vista, com clareza, como fenômenos conversivos, como tosse nervosa, falta de ar, síncope, afonia, etc. No entanto, no final do texto, no posfácio, Freud fez uma referência a um sintoma que Dora ainda havia apresentado numa consulta após o interrompimento do tratamento:

Viera buscar minha ajuda por causa de uma nevralgia facial do lado direito, que agora persistia dia e noite. — Desde quando? Perguntei-lhe. “Exatamente há quatorze dias”. Não pude deixar de sorrir, pois foi-me possível demonstrar-lhe que justamente quatorze dias antes ela lera uma notícia referente a mim nos jornais, o que ela confirmou.

A suposta nevralgia facial correspondia, portanto, a uma autopunição, ao remorso pela bofetada que ela dera naquele dia no Sr. K. e pela transferência vingativa daí feita por mim.⁷⁰

Parece claro que a relação transferencial citada por Freud e todas as implicações representáveis psiquicamente do sintoma histérico eram irrefutáveis pelo menos em 1902. No entanto, se nos detivermos, por exemplo, na atual neurologia, podemos, surpreendentemente, nos confundir com algumas classificações diagnósticas de diversos tipos de *dores faciais*: *neuralgia do trigêmeo* ou *dor facial atípica*. Essas dores, apesar de serem de etiologia desconhecida na neurologia,⁷¹ podem responder a contento ou parcialmente a tratamentos médicos. A primeira questão que se revela frente a essa problematização, aqui ilustrada, é questionar se aquela dor era de

⁷⁰ FREUD, Sigmund (1905 [1901]). *Fragmento da análise de um caso de histeria*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. VII, p. 116.

⁷¹ MERRIT, R. *Tratado de neurologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1986. p. 328-329.

fato de conversão ou era uma doença neurológica. A histeria deixaria de existir caso a inscrição no corpo se mostrasse não mais simbólica? Qual seria o sentido da análise? Ou ainda, mais pragmaticamente, não seria coincidência: mais uma histérica com neuralgia do trigêmeo?

Mesmo havendo uma hipótese neurológica, como foi descrita no segundo caso clínico, isso, de modo algum, invalida uma hipótese intuitiva que a relaciona a uma organização psíquica. A distrofia simpático-reflexa assim como diversos fenômenos dolorosos — síndrome do “ombro congelado”, dores neuropáticas, enxaquecas, lombalgias, dores da Articulação Têmporo-Mandibular (ATM), além das dores faciais — talvez sejam, na atualidade, corolários de sintomas histéricos. Histéricos que em sua maioria procuram ajuda médica e são direcionados à análise por questões transferenciais, resultado da demanda gerada pelo *Eu insatisfeito*, que, sem dúvida, imobiliza e desorganiza a onipotência do profissional médico. É muito difícil afirmar que Dora tinha alguma doença facial neurológica, provável até que não a tivesse, mas mesmo que se chegasse a essa hipótese, a interpretação freudiana continuaria sendo pertinente e de grande utilidade. Talvez “a conversão” é que venha perdendo a sua essência conceitual. Quando tratamos de histéricos mais contemporâneos não há como delimitar as fronteiras entre o corpóreo e o anímico. Mas isso não é uma hipótese tão atual: no início do século XX, frente a toda uma experiência clínica, no sanatório de Baden-Baden, Georg Groddeck afirmava no *livro dIsso*:

Corporal, psíquico... Que poder têm as palavras! Durante muito tempo se acreditou — talvez muitos ainda estejam convencidos disso — que de um lado havia o corpo humano, habitado, de outro lado, como se fosse uma casa, pela alma, a psique. Mas, mesmo admitindo isso, o corpo em si nunca fica doente, uma vez que sem alma e sem psique ele morre. O que está morto não fica doente, no máximo apodrece. Só o que está vivo fica doente, e como ninguém contesta que só se dá o nome de coisa viva àquilo que tem corpo e alma.⁷²

⁷² GRODDECK, G. Op. cit. *O livro dIsso*. p. 112.

Grodeck, considerado por alguns como o pai da psicossomática, foi antes de tudo médico que inicialmente resistiu à descoberta da psicanálise — acreditava já usar o método, mesmo antes de conhecê-lo. Só veio aceitar a teoria de Freud no final da segunda década do século XX e acrescentou, pelo menos em teoria, algumas terminologias, como o *Isso*, que foi também utilizado por Freud, mas com discordâncias teóricas em sua conceituação propriamente dita. Praticamente não se observa a utilização da palavra “conversão” nos principais textos grodeckianos, e mesmo a “somatização” quando utilizada, parece, muitas vezes, ter o mesmo significado que o fenômeno conversivo. Talvez o exagero de Grodeck tenha se dado, principalmente, pelo fato de ter valorizado o determinismo psíquico, dando caráter de representabilidade a toda manifestação corpórea (*o corpo como linguagem*) e, englobando tudo no seu conceito de *Isso*. Cabe ressaltar que o *Isso* de Freud difere, em muitos pontos, do *Isso* preconizado por Grodeck: “Para Grodeck o *Isso* engloba a totalidade do ser humano, redução do universo, e são suas manifestações: o consciente e o inconsciente, o corpo e a alma, o Ego e as pulsões, o fisiológico e o psicológico.”⁷³

De fato, o *Isso* freudiano está representado pela questão, primordialmente pulsional, já dentro da dualidade vida–morte, na fronteira anímico-corpórea, e, por fim, no encarceramento do recalque. O resultado teórico freudiano, bem mais elaborado, restrito, articulado com outras instâncias psíquicas fez seu *Isso* ter melhor aceitação na comunidade científica. No entanto, alguns pontos merecem consideração, na práxis grodeckiana, na despreocupação entre o dizível e o indizível do corpo. No texto *Sobre a catamnésia das dores de cabeça e anotações gerais sobre a técnica psicanalítica*, Grodeck inicia com um caso em que uma senhora (“provavelmente histérica”) queixa-se de dor de cabeça; através desse caso, faz diversas especulações e construções interpretativas psicológicas diante da paciente, utilizando do método da livre associação e concluindo:

⁷³ d'ÉPINAY, M. *Grodeck: a doença como linguagem*. São Paulo: Papyrus, 1983. p. 118.

“Segundo a minha experiência, mesmo que as dores de cabeça sejam condicionadas por graves distúrbios orgânicos, elas surgem apenas no momento em que uma idéia importante e desagradável é afastada do pensamento, recalcada”.⁷⁴

Apesar de, neste fragmento de texto, caminhar no sentido do determinismo psíquico, Groddeck já admite a concomitância entre a organicidade e o psiquismo, não só na histeria como em outras enfermidades humanas.

Outras hipóteses, no entanto, devem ser consideradas. Para Joyce McDougall, a questão do sintoma aparece em concomitância orgânico-psíquica na estrutura histórica, a que prefere dar o nome de *somatização*, quer, segundo seu relato, dirigir-se a uma forma de histeria que denominou de *arcaica*, na qual a inscrição simbólica, na cadeia do desenvolvimento, estaria prejudicada por causa de “um elo faltante entre os estados psicossomáticos e a organização histórica”, que se estabelece na relação dual mãe–bebê. Essa falha resultaria na dificuldade de simbolização, na irrepresentabilidade psíquica do sintoma físico, na doença real — que seria a própria histeria que denominou de *arcaica*. Alega:

*Uma constelação edipiana específica aparece, entretanto, em todos esses pacientes que parecem ter atingido uma organização edipiana e, também, a possibilidade de viver uma vida sexual e social adulta. Mas, na verdade, seu Édipo permanece instalado em uma organização bem mais primitiva, onde a imago paterna está praticamente ausente do mundo simbólico da mãe e da criança. O sexo e a presença paterna parecem não ter representado um papel estruturador na vida da mãe.*⁷⁵

Pode-se observar, neste fragmento de texto, que o que é dito por McDougall não deixa de ser pertinente na teorização que faz dessa suposta “falha de simbolização”. É bastante clara e ilustrativa quando é dirigida à histórica da atualidade ou, como prefere dizer, à histórica “arcaica”. Seria esta histórica da atualidade ou contemporânea aquela histórica que se utiliza

⁷⁴ GRODDECK, G. Op. cit. *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática*. p. 128.

⁷⁵ McDOUGALL, J. Um corpo para dois: In: AULAGNIER, P. A. *Corpo e história*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 15. IV encontro psicanalítico D’Aix-En-Provence.

de mecanismos que ultrapassam o corpo simbólico e que, como mesmo diz McDougall, somatizam. O mecanismo psíquico *conversão* não seria, desse modo, o norteador do sintoma histérico, como foi aventado neste trabalho ao comentar textos de Nasio, embora dentro de outra perspectiva. No entanto, algumas indagações, dentro da teoria de McDougall, dificultam essa sistematização teórica que não é de ordem apenas semântica, pois, de algum modo, atingem, de forma ambígua, a vivência clínica. Sendo o fenômeno sintomático, a somatização, que referencial se teria para diagnosticar, dentro desse pressuposto, a histeria propriamente dita? O que seria então a somatização clássica do paciente psicossomático e como diferenciá-la dessa outra somatização? Outra questão que não deixa de ser relevante: por que se deter numa perspectiva evolutiva, em que a somatização e a utilização do corpo real estão sempre atreladas a um “primitivismo” ou “arcaísmo” psíquico? Esse pressuposto parece colocar o corpo, de maneira subliminar, como um rudimento do vivo.

A dor, inefável para Joyce, criaria um diálogo impossível, pois como afirma: “se não é traduzida em discurso simbólico, a dor não nos diz respeito”⁷⁶. No entanto, continua no mesmo texto com a afirmação de que uma dor do corpo simbólico repercute no corpo biológico ou o contrário. Pergunta-se: existe dor que não atinja o discurso simbólico? Pode-se dar a isso o nome de *dor*?

Que se continue esta discussão na perspectiva da neurose atual, uma vez que poderá instrumentalizar uma construção teórica sobre a dor não apenas na histeria, mas no psiquismo.

4.3 A Neurose Atual: Uma Dor Antiga

Uma médica residente faz o seguinte relato:

⁷⁶McDOUGALL, J. *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 152.

Caso III

Atendo, há mais de um mês, um paciente que se queixa de dores difusas no abdome, principalmente na região do estômago, acompanhadas de vômitos eventualmente sanguinolentos. Ele diz que já tinha experimentado dores semelhantes há uns 10 anos atrás, quando usou, por dois dias seguidos, um antibiótico muito tóxico ao estômago, mas que não chegou a se tratar porque não era tão intensa a dor e durou poucos dias, uns quinze dias. “Nunca mais tomo aquela coisa...” disse. Agora, com 28 anos de idade, vem há pelo menos 3 meses com essa dor, que ainda persiste, apesar do tratamento. Fizemos algumas investigações e observamos, depois da endoscopia, que ele estava com um processo ulceroso na parede gástrica. Além do mais, tinha um processo de gastrite bastante extenso. Iniciamos o tratamento, mas, mesmo assim, ele se contorcia na frente da gente que, às vezes, deixava a equipe com pena ou constrangida. Fizemos de tudo, do ponto de vista de analgesia, mas foi inútil. Ele me parece uma pessoa saudável em todos os aspectos, inclusive psiquicamente. É hígido e conservado. A irmã que o acompanha diz que ele é um pouco “estressado”, mas ele não chegou a me dizer nada a esse respeito, ao contrário, mostrava-se calmo, um pouco isolado. Por falar nisso, ele é uma pessoa muito calada, tímida, só perde esse jeito de ser quando está com dor. A dor dele, sinceramente, me incomoda, porque ele parece que fica com raiva de mim e de outros médicos quando dizemos para ter paciência, que a gente não faz milagres. “Isso porque não é com a senhora”, responde, “Se eu estivesse num hospital particular estava já bom disso”. Fala tudo isso em baixo tom de voz e depois, quase no mesmo momento, pede desculpas. Ele fica provocando todo mundo, principalmente quando a dor “aperta”. Eu fui muitas vezes solicitada, até mesmo quando estava de plantão na emergência, para atendê-lo. Numa dessas vezes, ele me perguntou se eu era médica “mesmo” ou “estudante”. Fiquei um pouco chateada, mas disse que era médica e que, inclusive, pensava em me especializar em gastroenterologia. Ele se calou e só fez um comentário no

final: “Acho que vou morrer, doutora... Meu caso parece não ter mais jeito e, digo, sinceramente, que prefiro morrer a ficar com essa dor maldita”. Eu sempre tentava confortá-lo, pois o que ele tinha nos parecia relativamente simples de tratar. Perguntei por que pensava em morte e ele disse que era só um pensamento que tinha ouvido, desde criança, de que quem botava sangue pela boca tinha uma doença séria. Tentei tranquilizá-lo, explicando que em outras doenças, até mesmo nas doenças sérias, podia acontecer isso, mas que não era o caso dele. Num outro encontro, ele me perguntou a causa daquela doença e respondi, resumidamente, que poderiam ser muitas: genéticas, alimentares, emocionais, etc. Naquele momento ele disse que achava que tinha ficado doente por causa de uma “raiva” que teve da mulher: “Me disseram que ela não era correta comigo, até que um dia eu confirmei isso, quer dizer, é uma suspeita, pois ela se separou de mim faz uns seis meses, e nunca mais pensou em voltar... Ouço falar umas histórias por aí que eu não quero nem saber... As mulheres são assim, doutora, quando querem acabam com o sujeito, têm um veneno que bota para trás qualquer um, não escapa ninguém”, e conclui: “Essa história até hoje eu não engulo”. A irmã do paciente me disse que ele tinha tido uma grande decepção “de família”, mas nem eu perguntei nem ela falou mais no assunto, apenas fez esse curto comentário, diante do próprio paciente. Dias depois, ele apresentou um quadro súbito de dor e vômitos, na maioria sanguinolentos, que o fez ser transferido, emergencialmente, para a UTI, por alguns dias. Quando estive lá, encontrei ele muito decaído. Disse-me que não ia ficar bom: “Acho que vou morrer. Essa dor não pára, doutora!”. Tive pena em vê-lo naquele lugar cheio de sondas entrando pela boca. Com mais pena mesmo, eu estou agora... Como de costume, quando solicitamos uma endoscopia, pedimos sempre uma biópsia da região ulcerada, e, para minha surpresa, tomei um susto ontem quando vi os resultados, ele estava com início de um processo carcinomatoso, com câncer gástrico. Tenho que avisá-lo de que precisa se operar, mas, confesso, tenho receio das perguntas que ele venha a me fazer em relação a esse tumor e ao prognóstico, que, aliás, não é nada bom. Tenho vontade de chamar um psiquiatra para dizer essas coisas. Esse é um caso difícil...

Esse fragmento de caso, apesar de conciso e, conseqüentemente, com informações apenas pontuais, resume aspectos que têm uma importância significativa no discurso médico e suas repercussões mais imediatas. É clara e incontestável, por exemplo, a fala transferencial tanto do paciente como da médica e a construção de uma *teoria leiga* da doença, elaborada pelo doente, que foi aceita silenciosamente pela médica, o que não é raro acontecer. Teoria tão aceita que a imobilizou perante ele num destino inexorável, como numa espécie de “oráculo”, proferido pelo paciente, que estava à beira de ser confirmado (“Eu vou morrer”). Além disso, o que mais angustiava a médica no encontro com o paciente? Seria por ter sido mais uma vez a mulher que o havia enganado, traído e, posteriormente, quem sabe, abandonado o “caso”? Obviamente, a residente não tinha percebido essa comunicação do seu paciente, apenas reagia, como numa comunicação inconsciente, na transferência, a dor e o sofrimento que assistia de maneira penosa e culposa. No entanto, quando, em reunião clínica, fez-se a mesma pergunta do paciente sobre a “causa da doença”, a residente respondeu objetivamente: “Tem causas orgânicas e causas ‘traumáticas’. Acredito que essa ‘decepção’ que ele viveu foi uma das causas principais”, teorizou. “Foi um trauma psíquico.” Mas a dor seria também psíquica? “Não. O que dói nele é o estômago.”

É interessante observar que — mesmo considerando uma teoria explicativa como esta, por deveras superficial ou linear, do tipo relação causa-efeito ou situação “traumática”-doença (dor) — os médicos, pelo menos os mais novos, tentam encontrar dentro de sua constelação diagnóstica, razões “de ordem emocional” para preencher as lacunas de suas hipóteses, o que não deixa de ser vantajoso. Contudo, quando se vai um pouco mais além nesta “ordem emocional”, observa-se claramente, em medicina, a hegemonia determinista do corpo, sendo o psiquismo uma espécie de adorno do somático — “Perfumarias!”, como disse, numa outra ocasião, um médico. Caso fosse um grupo de psicólogos e não de residentes, como acontece em alguns grupos do mesmo hospital, a resposta seria exatamente oposta: o psiquismo, sem dúvida, seria o escultor do

corpo; seja ele são ou insano, dele se constituirá a linguagem corpórea. E a dor? No caso da dor, pelo menos, posso dizer que ela está na interface dessas duas hipóteses.

A dor se relaciona com o que a residente disse de “trauma”, só que, segundo ela, há “traumas” e “traumas”: um da “lesão” e outro da “vivência”. Sobre a lesão pouco se tem a contestar, mas se nos detivermos sobre o que foi chamado de “vivência” — o “trauma” psíquico — podemos fazer diversas observações.

Freud quando estava na construção da psicanálise teve, em alguns momentos, a mesma postura dos médicos, só que sua teoria dedutivo-causal, a princípio, partia de uma doença, inicialmente simbólica, de origem psicológica, como se observa, por exemplo, na histeria. Origem essa ligada a “traumas” psíquicos, inicialmente, supostos reais e, posteriormente, criado pela fantasia, e que, na maioria dos casos, estavam ligados a representações da libido recalcada, reminiscências ou impressões infantis. Havia, no entanto, um tipo de neurose, que ao contrário, por exemplo, da própria histeria, não tinha para Freud relação com a libido dos conflitos infantis, “nem seus sintomas seriam a expressão simbólica e superdeterminada, mas resultam diretamente da ausência ou inadequação da satisfação sexual”.⁷⁷ Essa neurose que serve até hoje como *mote* para a psicossomática psicanalítica, Freud denominou de “atual”, que na sua versão de um “trauma” dito real (de real ameaça ao indivíduo) se chamaria “neurose traumática”. Cabe, aqui, levantar algumas considerações conceituais sobre essa(s) neurose(s).

Essas duas palavras, *atual/traumática*, fazem parte dos textos freudianos desde as publicações pré-psicanalíticas. Tomando como primeiro exemplo a neurose atual, Freud assim chamou para aquela neurose que não tem origem nos conflitos infantis, mas, no “presente”, na “atualidade”, e, por essa razão, como comenta Laplanche e Pontalis, seus sintomas não guardam expressão simbólica, mas “resultam diretamente da ausência ou da

⁷⁷ LAPLANCHE, J. *Vocabulário de Psicanálise*: Laplanche e Pontalis. São Paulo: Martins Fontes, 1998. p. 299.

inadequação da satisfação sexual”.⁷⁸ Essa expressão surge pela primeira vez no texto freudiano em 1898 para designar a “neurose de angústia”, “neurastenia” e, posteriormente, incluir a “hipocondria”. Do mesmo modo que as psiconeuroses, a neurose atual pode ter como causa uma desordem sexual, mas, como foi dito, da *vida sexual atual*. Como está no texto freudiano *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”* (1895), observam-se, de fato, várias referências à vida sexual “do presente” e, inclusive, à relação da “neurastenia” a sintomas somáticos os mais diversos: “São sintomas típicos da neurastenia: pressão intracraniana, irritação espinhal e dispepsia, constipação”.⁷⁹ Pode-se pressupor que o aspecto somatizador dessa neurose tenha contribuído para a atual psicossomática. Quanto à “neurose traumática”, seria semelhante à neurose atual pela questão da “atualidade”, mas difere por estar relacionada a situações “traumáticas” nas quais a vida do indivíduo se mostrou, desafortunada e, subitamente, ameaçada. Nesta neurose, a libido, aparentemente, não tem nenhuma participação na sua etiologia. Do ponto de vista dos sintomas, caracteriza-se por crises de ansiedade paroxística, agitação e confusão mental, assim como por desconfortáveis recordações da suposta cena traumática.⁸⁰ A “neurose de guerra” seria, apenas, uma das modalidades trágicas dessa neurose. A neurose traumática percorreu toda a obra de Freud, mas foi especialmente em *Além do princípio do prazer* que, ilustrativamente, alavancou a construção da segunda tópica com toda a reformulação da teoria pulsional — como se verá mais adiante.

Vale ressaltar que, de início, toda neurose, em Freud, era considerada, de alguma maneira, como traumática, do trauma objetivo, mas,

⁷⁸ Ibid., p. 299-318.

⁷⁹ FREUD, Sigmund (1895 [1894]). *Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada “neurose de angústia”*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. III. p. 93.

⁸⁰ Essa neurose tem uma semelhança muito pertinente com um distúrbio psiquiátrico denominado de *transtorno do estresse pós-traumático*. Seriam os acometidos por este distúrbio pessoas que viveram situações de comoção, privação, violência de forma subitânea, com ameaças de fato à sua integridade.

mesmo antes, quando predominava a “teoria da sedução”, já fazia alguma distinção entre a histeria e uma neurose traumática propriamente dita. Essa diferença repousava, essencialmente, na agudeza do “trauma” e suas implicações sexuais (trauma “sexual”), caso existissem. Fazendo uma ponte entre a “neurose atual” e a “neurose traumática” pode-se, muitas vezes, confundi-las, ou, até mesmo, usá-las como sinônimos, principalmente, pela relação que elas têm com a angústia e pelo fato de que ambas estavam, de algum modo, excluídas do campo de estudos da psicanálise, pela concomitância da “atualidade” ou pela pouca interferência da libido. Em resumo, não havia nas duas neuroses inscrições simbólicas ou recordações de conflitos infantis, nos quais o método da psicanálise tivesse, naquele momento, utilidade.

Que importância têm as neuroses atuais para a psicossomática e para o caso relatado pela residente? A dor do paciente não parecia ter uma inscrição simbólica como na clássica histeria, e o seu corpo anatômico sofria irrefutáveis injúrias que, de tão severas, podiam levá-lo à morte. Irrefutável, do mesmo modo, era a dor psíquica do paciente. Havia uma brecha que criava uma simultaneidade de dores. Desta pequena fresta, alguns psicanalistas, versados em psicossomática, começaram a elaborar, na atualidade, uma teoria que fez da neurose atual uma neurose bem mais antiga.

As neuroses atuais, como propõem Laplanche e Pontalis, são contemporâneas às afecções psicossomáticas, algo que fez Freud, alegar que *as neuroses atuais tinham mecanismo em ação divergente do recalque, isto é, da existência de uma área de formação do sintoma não abrangida pela simbolização*, como comenta Flávio Carvalho Ferraz:

A sintomatologia somática, indubitavelmente, mantém-se como ponto de destaque na estrutura psíquica que diverge essencialmente da formação neurótica. A impossibilidade de elaboração psíquica deixaria livre o acesso da excitação não-representável para o plano somático.⁸¹

⁸¹ FERRAZ, Flávio. C. Das Neuroses atuais à psicossomática. In: FERRAZ, Flávio Carvalho, VOLISH, Rubens (Org.). *Psicossoma psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 29.

Essa impossibilidade de representação psíquica foi pesquisada por vários psicanalistas, mas dois se destacam pela dedicação que tiveram a essa questão e a psicossomática como um todo: Pierre Marty e Joyce McDougall.

P. Marty, da Escola Francesa de Psicossomática, dá ênfase a essa questão da não simbolização, relacionando-a a uma forma de pensar ou de existir *desmentalizada* — se é que isso é possível. Segundo o autor, o processo normal de simbolização, de inscrição da representação psíquica, seria a capacidade de *mentalização* do sujeito. Essa teorização, baseia-se, principalmente, no texto metapsicológico, *O inconsciente* (1915), em que se faz um excuro na relação de *representação de coisa* e *representação de palavra*. Sendo para Marty a representação de coisa carente de simbolização — “palavras reduzidas a ao estado de coisa” —, ele acreditou que esse mecanismo “arcaico”, construído no sistema inconsciente-pré-consciente–consciente, seria uma das formas utilizadas pelos *desmentalizados* e conseqüentemente pelos somatizadores. O privilégio da *mentalização*, em tese, faria com que o processo de somatização fosse menos freqüente e, caso houvesse algum tipo de sofrimento ou doença psíquica, uma neurose, esta estaria, apenas, envolvida pelo sintoma simbólico, como na histeria. Esses somatizadores não caberiam, estruturalmente, na neurose, na psicose nem tampouco na perversão. Essas pessoas *desmentalizadas*, Marty também denominou de *operatórias*, conseqüência do que chamou de *Pensamento Operatório*:

*O Pensamento Operatório (P.O.) é um pensamento consciente, sem ligação com movimentos fantasmáticos (representativos) apreciáveis. Ele duplica e ilustra a ação, precede-a ou a segue em um campo temporal limitado entretanto. As relações do sujeito com seus interlocutores habituais ou particulares (o investigador, por exemplo) traduzem-se em uma relação “branca”.*⁸²

⁸² MARTY, Pierre. *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes médicas, 1993. p. 17.

E continua:

O Pensamento Operatório (P.O.) surge desprovido de valor libidinal, nem sempre permite a exteriorização de uma agressividade (...) ligando-se esse pensamento, contudo, a coisas e não a conceitos abstratos, a produtos da imaginação ou a expressões simbólicas, sugere a precariedade da conexão com as palavras e sugere assim um processo de investimento de nível arcaico.⁸³

Para o que Marty chamou de *desmentalizados*, Joyce McDougall preferiu usar a palavra *desafetados*. Seriam os afetos que estariam “ausentes” nos chamados *pacientes psicossomáticos*. O sintoma aqui, tanto para Marty como para McDougall, seria bem mais arcaico: a somatização. Tão arcaico que, por vezes, foram feitas referências comparativas com as psicoses ou com uma “*quarta estrutura*” (além da neurose, da psicose e da perversão). Se na histeria havia o sintoma simbólico, no paciente psicossomático “delirava-se” com o corpo como se sujeito tivesse uma visão cartesiana excessiva de si próprio e desmembrasse seu corpo da psique atribuindo à doença uma espécie de “conspiração” do corpo contra a alma. No artigo *Um corpo para dois*, título que, de antemão, sugere uma dualidade, McDougall, pondera sobre o amadurecimento teórico desta *quarta estrutura* e elabora uma interessante metapsicologia do paciente somatizador. Os dois corpos seriam, de início, no “fantasma primordial”, o corpo próprio e o seio da mãe. Esse momento inicial da relação mãe–bebê, Joyce denominou, como se vê abaixo, como a *matriz psicossomática*:

A partir dessa matriz psicossomática desenvolver-se-á, na psique infantil, uma diferenciação progressiva entre o corpo próprio e a primeira representação do mundo exterior que é o seio materno. Paralelamente, o que é psíquico se distingue, pouco a pouco, do que é somático. A lenta “dessomatização” da psique é acompanhada, desde então, por uma dupla busca infantil: de um lado, o bebê procurará, sobretudo nos momentos de dor física ou psíquica, recriar a ilusão da unidade corporal e mental com mãe–seio, e, por outro, lutará, com todos os meios disponíveis, para diferenciar o seu corpo de seu ser.⁸⁴

⁸³ Ibid., p. 17.

⁸⁴ McDOUGALL, J. Op. cit. *Um corpo para dois*. p. 9.

A hipótese de falha dessa diferenciação, segundo Joyce, estaria na relação dual mãe–bebê: nos obstáculos do inconsciente materno e na construção pelo bebê da *imago* materna interna que prejudiquem o processo de incorporação, introjeção, identificação. Quanto à desafetação, McDougall propõe:

*Se o fantasma fundamental prescreve que o amor conduz à morte e que somente a indiferença a toda a libidinização garante sobrevivência psíquica, o indivíduo, ao procurar mediante essa perda de afeto proteger sua sobrevivência psíquica, aumenta de modo notável a sua vulnerabilidade psicossomática. A morte interna que infiltra a realidade psíquica comporta, entre outros riscos, o de produzir a desagregação das barreiras imunológicas, bem como uma somatização regressiva da experiência afetiva.*⁸⁵

McDougall, contudo, reconhece que existem os “*desaffectés*” que não somatizam, como somatizadores que não *criaram a carapaça operatória*. Esses pacientes *operatórios*, ainda dentro da perspectiva desses teóricos, especialmente P. Marty, poderiam ainda desenvolver uma forma de depressão, chamada de *depressão essencial*, que, em resumo, seria uma forma de depressão em que, praticamente, só haveria sintomas somáticos, sem os sentimentos comuns a estados como tristeza, baixa auto-estima, idéias autodestrutivas, etc., experienciados pelo psiquismo. Essa forma de depressão se utilizaria do corpo como a expressão real desses sentimentos e idéias pela impossibilidade de serem expressos. Desse modo, o discurso do paciente do **Caso III** seria interpretado e transcrito da seguinte forma: “Se as minhas idéias são de suicídio e eu não posso pensar nisso, me arruma um tumor maligno, doutora...”. Objetivamente o corpo não diz nada, simplesmente atua. Mas será que há essa distância toda entre o corpo e a alma?

Penso que a dor pode, nesse caso, nortear e aproximar perspectivas dualistas as mais diversas que aqui se erguem. Podem-se pontuar, neste trabalho, vários dualismos já criados dentro da psicossomática. O dualismo psicofísico entre médico e psicanalista, o mesmo dualismo entre *mental* e

⁸⁵ Ibid., p. 11.

não mental, entre *afeto* e *desafeto*, entre a psique do bebê e seu corpo; dualismos estes que quanto mais se direcionam e se delimitam no sofrimento psíquico, menos “somatizador”, e, portanto, menos fisicamente doente se revela o sujeito. Por fim, surge uma perspectiva dualista mais firmemente polarizada entre a libido e a não-libido, entre o simbólico e o real, o representável e o irrepresentável que será aprofundada no próximo tópico.

Afirmar que as “neuroses atuais”, em Freud, perderam o sentido de “atualidade”, à medida que se foi elaborando uma teoria do *psicossoma* mais complexa, é, sem dúvida, uma proposição bastante pertinente, uma vez que, de fato, Freud só veio a relativizar sua teoria pulsional, incluindo a pulsão de morte, num período bem mais adiantado de sua obra, e parte do que seria essa suposta atualidade estaria no processo de compulsão à repetição, no irrepresentável da pulsão. “Os fatos” não eram tão recentes ou tão “presentes”, precediam a linguagem, estavam num lugar quase mímico do sujeito. Mais alguns problemas sobre isso poderão ser discutidos ou pelo menos interrogados.

Os termos *mentalizado/desmentalizado* não parecem pertinentes por levantarem uma polaridade, digamos, desnecessária. Não existe, acredito, sujeito sem qualquer tipo de mentalização, ou mesmo, *alma sem corpo*. Se a representação de palavra é uma construção psíquica — simbólica, no sentido freudiano — ela não pode deixar de ser *mental*, a não ser que se utilize da palavra *mental* como sinônimo apenas de consciência. Desse modo, tudo é *mentalizável*, o que mudaria seria a qualidade dessa *mentalização*. E, além do mais, essa forma de entendimento leva, como foi dito anteriormente, a uma visão exageradamente *evolucionista* de sujeito que se põe, à maneira platônica, na frente, com sua alma soberana e imortal. Falo *imortal* porque se seguirmos, religiosamente, essa teorização em que se eleva o *mental* ao extremo, chegaremos à imortalidade, uma vez que só se somatiza ou só se adoce quando se perde o *mental* de vista. Um grito de dor, por exemplo, é *mental* ou não?

Faz parte, penso, dessa mesma perspectiva *evolucionista* o conceito de *depressão essencial*. Um dos sintomas mais comuns à depressão, quando ela, do ponto de vista psiquiátrico, preenche-se em manifestações

corpóreas, são dores diversas, mas como pode-se nomear a dor sem a palavra, o signo *dor*. A dor atravessa o psiquismo e chega a um outro pela palavra. Como se pode chamá-la em sua totalidade de indizível? Talvez o que chame mais atenção, nessa forma de depressão, seja a palavra *essencial*. O que seria a essência? O corpo? A alma? Parece que P. Marty privilegiou a *essência* como substância palpável, definida no corpo biológico. E sobre isso mais algumas palavras podem ser ditas.

Parece existir uma tendência de segmentos da atual psicossomática a chamar de “arcaico” tudo o que é corporal, e de “evoluído”, “desenvolvido”, tudo o que compreende o psiquismo. A medicina pensa exatamente de modo oposto, escamoteando ou repudiando moralmente o sintoma histórico. O que interessa à tradicional medicina é o corpo, e quanto menos ele fala, melhor. Paradoxalmente, o que interessa, por exemplo, à teoria de Joyce McDougall, no processo de individuação do bebê em relação à mãe e ao seu próprio corpo, é o distanciamento do anímico em relação ao físico, o que, sem dúvida, leva a um dualismo semelhante ao que foi proposto por René Descartes, só que, aqui, dentro da psicanálise. Mas como se propor distanciamento quando na interseção está a dor?

A dor do paciente (**Caso III**) pode ser uma ou várias, o que importa aqui é que, mesmo dentro dessa multiplicidade de eventos corporais e psíquicos, há um entrelaçamento que põe a dor na indiferenciação. É difícil, por vezes, conceituar a dor como sensação ou sentimento. Levando em consideração as duas coisas, pode-se dizer que o que acontece no “contorcionismo” da dor, seria, à maneira do histórico, uma separação do afeto da representação. No entanto, nem aqui nem na histeria propriamente dita, existe uma “desafetação”, no sentido que McDougall quis dar. O que parece estar em questão é o afeto e sua representação, ou a dor e o que a ela está ligado. O método psicanalítico, neste momento, cria variáveis extraordinárias de larga extensão interpretativa que só na dualidade terapeuta–paciente (aqui, médico–paciente) vai se desvelar: o sujeito do inconsciente que, como no caso acima relatado, torna homogêneas a dor da perda, a dor de estômago, a dor do desespero frente à morte e à angústia. Essas dores “mal-ditas”, “indeglutíveis”, *prescritas* por mulheres, ora sob a

forma de fármaco, ora sob a forma de “veneno” (pontuo, especialmente, a ambigüidade da palavra *antibiótico*),⁸⁶ fazem lembrar um aforismo de Nietzsche citado por Roberto Machado: “A arte dionisíaca transforma um veneno — a poção mágica, o filtro das feiticeiras — em um remédio, tirando de Dioniso suas armas destruidoras”.⁸⁷ Esse veneno-remédio encontra-se agora, transferencialmente, no amor e no ódio dirigidos à médica residente, que deverá tratar de uma dor muito mais extensa.

De algum modo, pode-se utilizar da fala de Ferenczi, citada por Teresa Pinheiro: “No momento em que o sistema psíquico falha, o organismo começa a pensar”.⁸⁸ A palavra *pensar* faz uma referência a um elo de representabilidade entre as diversas dores aglutinadas em lugar indeterminado. Do mesmo modo, Groddeck, ao comparar as doenças orgânicas e as neuroses, diz: “O inconsciente utiliza doenças e distúrbios orgânicos na representação mímica dos recalques do mesmo modo que lança mão das convulsões histéricas ou de qualquer outro sintoma neurótico”.⁸⁹ A perspectiva groddekiana, sempre, como vem sendo dito, do sintoma fortemente representável, ainda não corrobora com a segunda tópica freudiana, no entanto não cria uma assimetria entre o anímico e o corpóreo. Assimetria que Pierre Benoît critica:

*(...) torna-se cada vez mais impossível não encarar a hipótese de que, na transferência, há um processo em ação, que não está sem relação ou parentesco com aqueles que operam na intimidade mais profunda das células, dos tecidos, dos tumores, dos sistemas biológicos. Quem sabe não se chega a incluir aí a própria genética? Afinal de contas, os psicanalistas e os médicos relutaram muito tempo para admitir em suas áreas o que os físicos já haviam admitido na sua: uma certa equivalência ou correspondência entre a matéria, a matéria material, para nós as estruturas orgânicas, e os processos energéticos, relacionais, ligados à sua realidade.*⁹⁰

⁸⁶ *anti + bio + t + ico*: 1. Quem tende a inibir ou impedir a vida, ou produzir a morte. 2. Fármaco, remédio (...).

⁸⁷ MACHADO, R. *Nietzsche e a verdade*. Rio de Janeiro: Graal, 1999. p. 17-26.

⁸⁸ PINHEIRO, Teresa. *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. p. 97.

⁸⁹ GRODDECK, G. Op. cit. *Estudos psicanalíticos de psicossomática*. p. 79.

⁹⁰ BENOÎT, P. Op. cit. p. 77.

O caso que norteou esse tópico pode ser resumido nesse trecho de seminário proferido por Benoît, acrescentando-se ainda o destaque à questão transferencial, que parece empobrecida (“*branca*”) na Escola Francesa. Se existe transferência, existe investimento energético psíquico. Sobre esta energia, a energia pulsional, serão a seguir levantadas algumas considerações em relação à dor.

4.4 Uma Dor Além do Corpo, Aquém da Alma: a Fronteira da Pulsão

A experiência ou representação do sentimento de dor só pode ser expressa, como já foi dito anteriormente, pela linguagem. A dor excita e *perfura* o aparelho psíquico e, quanto mais avassaladora, mais quebra as *barreiras de contato*, produzindo uma palavra já anteriormente inscrita no psiquismo: *dor*. Desse modo, pode-se dizer que a dor já existia como experiência, como se houvesse no processo de formação da linguagem “uma dor primordial” que deslizasse em outras representações imagéticas, sensoriais e mnemônicas. Representações que fazem com que o seu signo, *dor*, vá ser nomeado pelo sujeito, tacitamente, ou que vá se ligar a outras representações, ou ainda, vá deixar, invariavelmente, *restos* de uma ou mais palavras que preencham esse sentimento — sua parte inominável. Essa “dor primordial”, do mesmo modo que a angústia, poderia ser comparada, por se assemelhar com esse afeto (ainda indizível), com a experiência do “trauma” do nascimento e, conseqüentemente, com o sentimento de desamparo. Mas dor e angústia são palavras que só se nomeiam depois, que só se inscrevem no psiquismo mais adiante, portanto, são os antigos sentimentos de desconforto ou mal-estar que, de alguma forma, buscam representações psíquicas que reverberam, inicialmente, no corpo.

Presumir se, no nascimento, uma criança saberia discernir a angústia da dor, seria um intento mais especulativo do ponto de vista teórico, que, propriamente, criador de saber, pois como disse o poeta Manoel de Barros:

“As coisas que não têm nome são mais pronunciadas pelas crianças”,⁹¹ e questiono: os pesquisadores poderiam pronunciá-las?

Se partirmos do pressuposto de que a linguagem de um recém-nascido seria um rudimento de expressões, como choro, riso, raiva, medo, etc., poder-se-ia concluir que a dor e a angústia teriam, desse modo, um parentesco incontestável. De fato, sofrimento psíquico e físico se entrelaçam tanto na angústia quanto na dor, que inclusive, são usadas como sinônimos ou metáforas, por vezes líricas, pelos sofredores: *a dor da angústia* ou *a angústia da dor*. Como afirma Fernando Pessoa: “(...) mal sei como conduzir-me na vida com este mal-estar [a angústia] a fazer-me pregar na alma!”⁹² Esse trecho de poema ilustra bem essa hipótese; no entanto, seria necessário pensar se essa relação é apenas analógica, metafórica, ou se posso, pelo contrário, utilizar como ponto de interseção. Que se ilustre essa problemática com outro relato de caso proferido por uma médica residente:

Caso IV

Venho atendendo uma paciente, há uma semana, que tem uma história intrigante. Ela vinha há um ano em tratamento psicoterápico devido a uma dor que começou a sentir, há dois anos, que se localizava na região retroesternal e se disseminava pelo tórax. Essa dor tinha uma intensidade importante e, geralmente, fazia com que a paciente, além da dor, tivesse acessos de tosse seguidos de falta de ar e, ocasionalmente, episódios de náuseas e vômitos. Quando este sintoma apareceu ela foi, de fato, bastante investigada do ponto de vista médico; fizeram todo tipo de exames (que ainda os tenho comigo), radiológico, laboratorial — muitos exames sofisticados — e, até mesmo, testes terapêuticos foram realizados, supondo que ela tivesse uma tuberculose. No entanto, nenhum exame, naquela ocasião, evidenciou nada do ponto de vista orgânico. Mas a paciente sofria e ainda sofre muito. Sua face é de uma pessoa que sente muita dor, mas ao mesmo tempo fica muito ansiosa com tudo, com a presença dos médicos,

⁹¹ BARROS, M. *O livro das ignorâncias*. Rio de Janeiro: Record, 2001. p. 13.

⁹² PESSOA, F. *Poemas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1989, p. 108.

dos seus parentes, qualquer pessoa. Tem medo de morrer “sufocada” e isso a faz ter acessos de pavor à noite, quando iniciado o sono.

O fato mais curioso, nisso tudo, é a explicação que ela tem para a doença: “Um murro”, disse-me. Ela começou a sentir a dor num período bem determinado de sua vida. Havia viajado há dois anos para São Paulo, contra a vontade de sua mãe, para encontrar seu pai, que não via desde criança, e, chegando lá, encontrou um sujeito alcoolista, “mau-caráter” e agressivo que, segundo ela, a rejeitou e, absurdamente, tentou abusá-la sexualmente. Este sujeito era o seu pai, que, sem conseguir qualquer coisa que pensou em fazer com a filha, terminou por agredi-la com um soco no peito. Esse soco, o “murro”, fez com que de imediato sentisse a dor e a falta de ar que jamais deixou de sentir... Foi hospitalizada naquela e em outras ocasiões. Pensavam os médicos, naquele tempo, que ela era “meio histérica”, o que não deixa de ser verdade, pois é muito dramática e muito “neurótica” com tudo: faz verdadeiras cenas na enfermaria, como se fosse uma criança de trinta e um anos... e isso não é fato recente, desde criança sua mãe relata crises de desmaios e “chiliques”. Esta semana soubemos que ela tinha algo bem mais grave... Um tumor no timo. Incrível! Mesmo depois de eu ter explicado a ela sobre o timoma, ela continuou culpando o pai, mantendo a crença de que a violência paterna foi responsável pela doença e pela dor, o que para nós é um absurdo. O timoma nada tem a ver com trauma físico ou psíquico.

Esse caso ilustra, novamente, não só a idéia que vem sendo construída neste trabalho, de que a dor poderá estar na interseção psicofísica, mas diz algo mais: que a dor foi paulatinamente se desvelando no corpo biológico, porém sem jamais abandonar o psiquismo. No entanto, coincidências podem acontecer. A paciente é mais uma provável histérica que adoeceu e, provavelmente, morrerá com brevidade: “Histéricos têm o direito de adoecer”, ponderou a residente. Ela está correta, pois se eu tentasse refutar essa hipótese, mesmo munido de um conhecimento teórico de psicossomática, eu teria, antes de tudo, que acreditar na “imortalidade” de algumas organizações psíquicas, algo impensável, que não pretendo

defender, mas que poderia resgatar uma questão antiga em psicossomática: “Se pelo menos ela continuasse histérica não adoeceria, mas foi se utilizar de mecanismo mais ‘primitivo’! ‘Somatizou’, adoeceu...” Essa questão mais uma vez protagoniza, epistemicamente, o psiquismo e, certamente, não levará a nenhum lugar na medicina, tampouco na psicanálise que tem, eventualmente, o hábito, em psicossomática, de profetizar o passado. O que parece estar em discussão, ao se destacar esse modo de pensar, seria a manutenção de uma teoria etiológica da dor dentro do modelo da unicausalidade (positivista), que quando relativizada pela psicanálise cria um outro determinismo; no caso, um determinismo singular, do inconsciente, que desfaz tenuemente a linearidade da medicina. Essa singularidade, por enquanto, seria a vantagem da psicanálise. Mas outros cortes epistêmicos podem ser dados com a contribuição da psicanálise.

O problema aqui levantado, contudo, não se declinará no *a quem pertence a dor ou a doença?* Mas existindo uma dor ou uma doença, que construções o sujeito estabeleceu para que a enfermidade carregue simultaneamente, entre outras coisas, um fragmento de representação psíquica. Por exemplo, no caso acima relatado (**Caso IV**), a paciente poderia construir diversas doenças, sofrer de diversas maneiras. Mas teve um *timoma*. Será que faz algum sentido ter *timoma* em vez de ter uma tuberculose, uma cardiopatia, uma úlcera gastroduodenal, ou simplesmente, uma fratura de ossos? O que a fez construir exatamente um tumor no timo? Provavelmente o acaso, haja vista o extremo número de variáveis... No entanto, algo chama atenção especial nesse caso, que está na linguagem e no corpo simultaneamente. Aqui não importa quem veio antes ou depois, ou a *essência* da enfermidade, mas simplesmente o evento e suas significações de um processo mórbido.

Se de um lado se tem toda a representação psíquica, com a experiência da dor, da violência, do abandono, da angústia, do “trauma” e, por fim, das manifestações “histeriformes” vividas pela paciente; de outro lado, na surdina, desordenadamente, estava emergindo um processo orgânico que levaria invariavelmente à dor, à falta de ar, à angústia e, finalmente, ao diagnóstico de tumor no timo. Esses processos, obviamente,

não se iniciaram há dois anos, são bem mais antigos; estão, ora arraigados vividamente na reminiscência ou na construção ficcional da paciente, ora estão na sua constituição corpórea — genética, metabólica, ambiental, entre outras. Essas dores são bem mais antigas exatamente pelos dois motivos. Há, no entanto, uma coincidência, um outro acaso, que, interessante, talvez funcione como norteador entre os continentes corporal e anímico.

Sabe-se que o timo é uma glândula endócrina ímpar localizada no tórax — volumosa no recém-nascido e que começa a regredir na puberdade. Sua função principal é a produção de linfócitos que conferem imunidade celular. O *timoma* seria o tumor maligno dessa glândula, que teria como sintomas principais os já citados pela médica residente: dor torácica, falta de ar, dispnéia, alterações gástricas, emagrecimento e inapetência. Tumor de causa etiológica desconhecida na medicina. Seu prognóstico, uma vez firmado o diagnóstico, é bastante reservado.

Timo, contudo, faz referência a outras significações. Como radical, do grego *thymós*, pode também exprimir a idéia de *coração* e *alma* em palavras comuns, por exemplo, na psiquiatria, como distímia, eutímia, hipertímia ou hipotímia.

A palavra *timo* (*thymós*) também é encontrada nos mitos dos poemas homéricos. “Na conceituação de homem” em Homero, esclarece Junito Brandão, “não se encontra ainda uma distinção entre psíquico e somático”: “qualquer função intelectual é considerada um órgão” (Dodds).⁹³ Continua:

*(...) Daí decorrem certos vocábulos que “tentam” explicar as ações e reações do ser humano e sobretudo seu destino após a morte. O primeiro deles é thymós que designa o instinto, o apetite, o alento e poderia ser definido “grosseira e genericamente”, consoante Dodds, como “órgão do sentir” (feeling) (...). O guerreiro pode conversar com seu thymós. Em síntese, para o homem homérico o thymós não é sentido como uma parte do “self”: trata-se de uma espécie de voz interna independente.*⁹⁴

⁹³ BRANDÃO, J. S. Op. cit. p. 144.

⁹⁴ Ibid., p. 144.

A paciente tinha uma doença natural, objeto da medicina — de causa desconhecida —, mas, mesmo dentro dessa doença, algo se representava, simultaneamente, no sofrimento indiferenciado, entre a palavra e a construção corpórea. Sendo o timós (*thymós*)⁹⁵ “órgão do sentir”, que voz *interna* teria a paciente para dizer de sua dor?

Neste ponto, faço lembrar o destaque dado por Junito Brandão à unidade indiferenciada psicofísica em Homero, uma das questões centrais deste trabalho, e, em seguida, designando *thymós* como instinto, que será o próximo tema a ser problematizado, mas que, de algum modo, já vem sendo discutido indiretamente desde o início deste capítulo: o instinto ou a *pulsão*.

A psicanálise utiliza, preferencialmente, a palavra *pulsão* (*Trieb*) no lugar de instinto. Para ela, a relação instinto–pulsão pode se tratar sinonimicamente, como foi arbitrariamente traduzido na edição inglesa das *Obras completas*, mas a palavra *pulsão* parece se adequar mais ao humano, haja vista que nela desfaz-se a previsibilidade instintual própria dos animais. Outras razões terminológicas podem ser levantadas, contudo esse privilégio pela psicanálise à palavra *pulsão*, já consagrada conceitualmente, não cabe nesta dissertação se questionar ou esmiuçar. O que me interessa, essencialmente, será conceituá-la ou construí-la como algo que dê sentido a este trabalho, que problematiza a dor e a relação corpo–psique. E acredito que a pulsão, como um conceito fundamental da psicanálise, ilustra bem esse questionamento.

A teoria das pulsões, uma espécie de convenção ou *ficção teórica* da psicanálise,⁹⁶ foi sendo inicialmente sistematizada a partir dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905) e, parcialmente consolidada, mais adiante, no artigo, *Os instintos e suas vicissitudes* (*Triebe und Triebschicksale* – 1915), destacado em um dos *artigos metapsicológicos*.

⁹⁵ Há duas palavras em grego, como complementa o Prof. Dr. Zeferino Rocha, com a mesma grafia, cuja significação muda em conformidade com a acentuação: *thymós* que, como foi citado, significa *coração, alma, desejo, sede de afetividade* e *thýmos* (*ervilha, tomilho*) e o seu correspondente latino *thymum* que tem ainda a significação de “excrescência carnuda”, em que há uma aproximação incontestável com a idéia de “tumor no timo”.

⁹⁶ GARCIA-ROZA, Luiz A. *Metapsicologia freudiana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. p. 79-85.

Apesar de ser essa teoria uma das mais importantes e, paradoxalmente, uma das mais *inconclusas* da psicanálise, algumas reflexões merecem atenção especial em sua construção teórica, que tenham um papel significativo neste trabalho.

Um primeiro ponto a ser destacado é o valor dado por Freud ao “lugar” da pulsão, enfatizando claramente a indiferenciação entre o soma e a psique, “a pulsão se situa na fronteira entre o anímico e o corporal”. No entanto, como comenta Garcia-Roza: “Freud não pretende com isso postular uma nova substância intermediária entre a *res cogitans* e a *res extensa*, mas apontar o fato de que se trata de um conceito que articula o anímico e o corpóreo.”⁹⁷ E essa articulação, num sentido mais spinoziano, de duas vias de comunicação, excluindo o modelo cartesiano, tornou a teoria das pulsões, ainda dentro da perspectiva da primeira tópica, de extrema importância para a aglutinação psicofísica. Está claro, no entanto, que naquele momento Freud tinha pouco interesse em querer fazer disso o ponto-chave de sua hipótese. Era de fato sua preocupação articular uma teoria, embora ficcional, que desse um sentido a uma teoria psicológica. O corpo se presentificava nessa teoria, mas, de modo algum, foi pretensão de Freud fazê-lo objeto da psicanálise, com óbvia exceção ao corpo simbólico. Apesar de admitir, por exemplo, que a *fonte* pulsional estaria no somático, os estímulos estariam representados na vida psíquica pelos representantes psíquicos da pulsão, que buscariam satisfação obedecendo ao *Princípio de Constância*. Princípio que, desde o *Projeto*, já tinha, de algum modo, se consolidado, como foi dito anteriormente. Entender, como diz Garcia-Roza, a pulsão como estímulo *para* o psíquico⁹⁸ (*der Trieb sei ein Reiz für das Psychische*) e não estímulo psíquico, faz referências às implicações somáticas imprescindíveis para a teorização da psicanálise. Esse estímulo *para* o psíquico dá impressão de que, como na medicina, o determinismo seria estabelecido no corpo. Mas o corpo, ou “o processo somático”, em Freud, não seria o corpo anatômico inteligível às ciências médicas, como chama atenção Garcia-Roza:

⁹⁷ Ibid, p. 82

⁹⁸ Ibid., p. 82.

É curioso que em nenhum momento Freud afirme que a origem da pulsão é “o corpo”, isto é, uma totalidade organizada, mas sim que a pulsão tem sua origem num “processo somático”, numa “parte do corpo”, num “órgão” etc., não importando qual a relação que as várias “partes” mantêm entre si ou com a totalidade do organismo. A ordem e a inteligibilidade desse corpo não importam, elas não são pertinentes quando se trata de produzir uma inteligibilidade para as pulsões. Com isto Freud não pretende desqualificar o discurso biológico sobre o corpo mas apenas colocá-lo entre parênteses ao construir o discurso psicanalítico.⁹⁹

Essa idéia de corpo psicanalítico, ou corpo como uma outra ficção, põe o somático no mesmo lugar mitificado do psiquismo na teoria das pulsões. Mesmo lugar que Freud relatou em *O Ego e o Id*, onde deu atribuição ao Ego como antes de tudo corpóreo. Mas que corpo seria este?

Seria, metaforicamente, um corpo “além-corpo” que tocaria uma alma “aquém-alma”: a fronteira da pulsão.

É importante ressaltar esse *corpe* epistemológico, vindo do artigo metapsicológico de 1915, como uma verdadeira transformação subjetiva da relação corpo e alma. A psicanálise, de algum modo, como comenta Joel Birman, criou uma espécie de “‘mediação’ na concepção biologizante do objeto e, por outro lado, uma concepção psicologizante do mesmo”, fato que desmembrou-se em várias tendências. No entanto, tendências dualistas estanques persistiram, mesmo na psicanálise, que fizeram perder o sentido dessa “mediação”:

Considerar a pulsão como pertencendo fundamentalmente à ordem somática, dissolvendo seu ser em suas “fontes” corporais e passar a abordá-la como “instinto”, como fez uma parcela significativa do pensamento psicanalítico pós-freudiano, principalmente o americano mas também inglês, ou, então, considerar a pulsão como entidade pertencente à ordem psíquica, como também ocorreu com uma parcela significativa da psicanálise norte-americana, (...) implicam uma transformação radical do objeto da psicanálise que se centra fundamentalmente na problemática dessa passagem mítica, na tentativa de apreender em estado nascente a constituição do psíquico enquanto ordenação da “pulsionalidade” no universo da representação.¹⁰⁰

⁹⁹ Ibid., p. 98-99.

¹⁰⁰ BIRMAN, J. *Ensaio de teoria psicanalítica – parte 1*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993, p. 110.

Essa “mediação”, defendida por Birman, mostra-se bastante pertinente, quando o objeto de estudo é o sujeito não só da psicanálise como da medicina. Enfraquece-se com essa hipótese, que é antes de tudo freudiana, a idéia de enfermidade de etiologia única, isolada ou de posse de apenas de um campo do saber. Cria-se, conseqüentemente, uma trama de eventos (sempre no plural e não no singular), corpóreos e anímicos, que tentam dar sentido à dor e à doença. A dor privilegia-se por parecer estar atrelada exatamente na interface pulsional. Interface que, assim como na geometria euclidiana ou na mecânica quântica, postulam um lugar “inlocalizável”, mas que, por dedução, mostra-se existente e útil a uma teoria.

Desse modo, estando a fronteira da pulsão entre o anímico e o corpóreo, poder-se-ia concluir que a dor humana, por analogia, necessariamente, estaria nesse mesmo lugar indeterminado. Essa afirmação parece pertinente, mas se mostra ainda insuficiente quando se pode falar de dor em uma outra dualidade, a dualidade da representação. A dor no **Caso IV**, ou em todos os casos citados, seria representável ou irrepresentável?

Essa questão da representabilidade psíquica, privilegiada em toda a primeira tópica, quando a psicanálise foi, primordialmente, um método terapêutico “interpretativo”, passaria por significativas transformações a partir do artigo *Além do princípio do prazer* (1920). Mesmo antes, já no artigo de 1915, *Instintos e suas vicissitudes*, algumas questões começaram a problematizar a teoria pulsional. Freud, segundo Roza, considerou que haveria uma parte pulsional voltada para as pulsões do Ego. De fato, predominava na primeira tópica uma dualidade pulsional que antagonizava, de um lado; as pulsões sexuais e as pulsões de autoconservação (ou do Ego), de outro. Incluíam-se nessa parte irrepresentável do sujeito as neuroses de angústia, traumáticas e narcísicas (as psicoses), que por este, entre outros motivos, fizeram Freud ver, com reservas, a utilidade da psicanálise para esses casos. Essa mesma restrição se dava também pelo fato de não se estabelecer a transferência no processo terapêutico — algo que hoje perdeu o sentido. Essa questão transferencial, fundamental à psicanálise, merece aqui uma curta divagação. Se só há transferência com

praticamente o que é representável psiquicamente, poder-se-ia levantar uma outra questão: se, para alguns, a dor ou o fenômeno psicossomático é irrepresentável, não simbolizável, que fenômeno é este que se observa nos casos citados na relação médico–paciente?

Das “neuroses atuais”, dessas neuroses irrepresentáveis ou com *falha na inscrição simbólica*, como já foi descrito no tópico anterior, sistematizou-se toda a teoria psicossomática da Escola Francesa e de seus seguidores, com o conceito de *desmentalização*, *pensamento operatório*, etc., que, de certo modo, teoricamente se declinou, sobremaneira, na primeira tópica.

Contudo, foi no texto *Para introduzir o narcisismo* que de fato iria se desvelar uma falha ou uma questão teórica. Se nesse artigo Freud começa a admitir uma libido do Ego, a dualidade *instinto sexual e instinto do Ego* tornaria a ser um problema aparentemente insolúvel e contraditório. Não haveria uma distinção qualitativa entre pulsões do Ego e sexuais. A dor, como metáfora da unidade, preconizada nesta dissertação, se contentaria com essa contradição ou com essa tendência que sairia da dualidade para um suposto monismo pulsional. No entanto, essa visão simplificadora seria útil apenas a esta pesquisa, mas não a toda a teoria e técnica psicanalíticas. O que fazer do irrepresentável, do inefável, do jamais dito, ilustrado, por exemplo, na “compulsão à repetição”? Ter-se-ia que construir, mais adiante, uma nova teoria pulsional com outra dualidade. Cabe, no entanto, fazer algumas considerações das “dualidades” em Freud.

Não se pode dizer da teoria freudiana que ela seja dualista no sentido cartesiano do termo, uma vez que a psicanálise talvez tenha sido um dos campos do conhecimento em psicologia que se utilizou do corpo como nunca antes havia sido feito. Para isso, basta o próprio conceito de pulsão ou do *Ego antes de tudo corporal*. A questão central deste trabalho não será discutir monismos ou dualismos, inclusive por se tratarem de questões profundas, complicadas e polêmicas, que, apesar de interessantes ou instigantes, fogem da questão da psicanálise. O que está sempre sendo questionado — incansavelmente questionado — é a desarticulação que ocorre em algumas formas de teorizar o sujeito dentro de alguns dualismos específicos, principalmente, o dualismo psicofísico (no modelo cartesiano)

ou aqueles que, porventura, provoquem uma relação de extrema assimetria ou com dois pólos neutros, distintos e independentes da relação corpo e psique, como alguns já apontados que inclusive fazem lembrar o modelo moderno de ciência, como *mentalização/desmentalização*, *libido/não-libido*, etc.

A questão que se torna relevante nesta pesquisa é a interseção: os elos ou os entrelaces que façam, especialmente, do sintoma dor, uma indiferenciação. O fato de ter surgido a partir de *Além do princípio do prazer* uma teoria que novamente reorganiza qualitativamente as pulsões em pulsão de vida e de morte não polariza, inteiramente, o campo das representações. Falar, por exemplo, que a pulsão de morte é irrepresentável e a de vida, representável, não significa que estamos defronte de situações antagônicas, distantes e, conseqüentemente, inviáveis do ponto de vista técnico. A pulsão de morte veio se mostrar no conceito de “compulsão à repetição” e na observação do *Fort Da*, temas sempre intrigantes para Freud, que pareciam estancar a cadeia associativa, utilizada na técnica psicanalítica, ou simplesmente contrariar parte do *princípio do prazer*. Essa pulsão invisível e inominável parecia transitar no espaço analítico no processo de construção do sujeito e da teoria. No entanto, pondera Freud, a pulsão nunca se encontra no seu “estado puro”, como se as pulsões de vida e de morte “se misturassem”, certifica Garcia-Roza,¹⁰¹ e o representável e o irrepresentável alternassem e não fossem privilégios absolutos de qualquer organização psíquica, eventualmente, quem sabe, uma tendência. Esses questionamentos podem se encontrar ilustrados no texto *Esboço de psicanálise* (1938), no Capítulo II:

*Não se pode pensar em restringir um ou outro dos instintos básicos a uma das regiões da mente. Eles, necessariamente, têm de ser encontradas em toda a parte. Podemos imaginar um estado inicial como sendo o estado em que a energia total disponível de Eros, a qual, doravante, mencionaremos como “libido”, acha-se presente no Ego-id ainda indiferenciado e serve para neutralizar as tendências destrutivas que estão simultaneamente presentes.*¹⁰²

¹⁰¹ GARCIA-ROZA, Luiz. Op. cit. p. 160-162.

¹⁰² FREUD, Sigmund (1940 [1938]). *Esboço de psicanálise*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XXIII. p. 162.

Apesar de Freud criar uma polaridade, nesse texto que antagoniza vida e “destruição”, as pulsões ou os *instintos básicos* (como está traduzido no texto) “operam um contra o outro ou **combinam-se mutuamente**” (grifos meus). Da combinação dessas pulsões relata: “estende-se da esfera das coisas vivas até o par de forças opostas — atração e repulsão — que governa o mundo orgânico”.¹⁰³ Neste momento, ele faz analogia com o ato sexual ou o ato de comer, que podem, na desmedida pulsional, tornar-se questões de vida ou de destruição. O que vai diferenciar são as *modificações nas proporções da fusão/desfusão* entre as pulsões.

Desse modo, pode-se dizer, por exemplo, da dor como um fenômeno parte a serviço da vida (a dor como defesa) e parte a serviço da “destruição” e, conseqüentemente, parte representável, parte irrepresentável; parte libidinal, parte não-libidinal; parte simbólica, parte real. E, especialmente sobre este último ponto, questiono se não só na dor, mas em geral, nas organizações psíquicas, estas partes poderiam se *entrelaçar* de maneira similar. Uma organização histérica, por exemplo, na sua parte inominável ou irrepresentável — em que cabe a pulsão de morte — poderia, eventualmente, utilizar-se do corpo real do mesmo modo que, freqüentemente, utiliza-se do corpo simbólico.

A psicanálise, deixando de ser um método estritamente associativo, muda a partir desse momento para uma concepção de construção mítica, como se o psicanalista deixasse de ser um mero “investigador”, que ressignifica ou interpreta palavras e “depoimentos”, e passasse a se utilizar de artefatos e hiatos para um processo não mais interpretativo, mas de construção mítica.

O **Caso IV** (e também o **Caso III**) ilustra bem essa construção, tirando a representação psíquica do lugar de um transitório irrepresentável da dor, dando significações a esses “buracos”, superpondo hipóteses de uma construção ficcional com possibilidades de representabilidade. Se esses pacientes são acometidos por doenças diversas, com a dor como mediadora

¹⁰³ Ibid., p. 162-163.

entre o sofrimento físico e o sofrimento psíquico, é através dela, da própria dor, que se pode ver a fresta, ou como diz Groddeck, “a mímica” das enfermidades. Se a paciente (**Caso IV**) estivesse no campo da desfetação ou da pulsão de morte, como teoriza Joyce McDougall, o que fazer daquela fala do seu *thymós*? O corpo da paciente *conta uma história*, afirma Groddeck, com *linguagem corporal*. Como comenta Nicos Nicolaïdis: “Nos protótipos dos traços mnêmicos, as imagens corporais têm um lugar privilegiado senão exclusivo enquanto transformação da energia somática (excitações externas, internas) que se escoam no sistema psíquico”.¹⁰⁴ Essa *história* “escoada” no psiquismo é contada para um outro, médico ou psicanalista, e o paciente pode, transferencialmente, queixar-se desse sentir... Se há transferência, há amor ou ódio, há, portanto, Eros e, conseqüentemente, algo de representável.

Mas ainda dentro dessa perspectiva pulsional o que dizer do masoquismo?

*A existência de uma tendência masoquista na vida instintual [pulsional] dos seres humanos pode corretamente ser descrita como misteriosa desde o ponto de vista econômico. Pois se os processos mentais são governados pelo princípio do prazer de modo tal que o seu primeiro objetivo é a evitação do desprazer e a obtenção do prazer, o masoquismo é incompreensível. Se o sofrimento e o desprazer podem não ser simplesmente advertências, mas, em realidade, objetivos, o princípio do prazer é paralisado — é como se o vigia de nossa vida mental fosse colocado fora de ação por uma droga.*¹⁰⁵

Essa primeira premissa do masoquismo, *a priori* “incompreensível”, talvez possa justificar uma das dificuldades dos médicos em conceituar a dor além do desprazer ou do desconforto — impossível em medicina. Não há de fato em qualquer manual médico essa variável no conceito de dor. Os pacientes que se mutilam, ingerem agulhas ou outros instrumentos

¹⁰⁴ NICOLAÏDIS, Nicos. *A representação* — ensaio psicanalítico. São Paulo: Escuta, 1989, p. 54.

¹⁰⁵ FREUD, Sigmund (1924). *O problema econômico do masoquismo*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XIX. p. 177.

cortantes, ou até mesmo pacientes que tomaram uma postura passiva frente ao sofrimento, retaliando ou boicotando qualquer tratamento que vise ao alívio da dor, como nos aspectos masoquistas da própria histeria, provocaram, a contragosto, nas ciências médicas, mais uma relativização embaraçosa da dor. Afinal, que dor é essa que se faz desejanter? Qual o papel da medicina frente a esses doloridos, já que a *droga* é a própria dor? Mas que *droga* é esta?

A droga mais uma vez está no aspecto destrutivo da pulsão — a pulsão de morte. Mas se o masoquismo está também a serviço de Eros, como comenta Freud, como pensá-lo com libido e não-libido ao mesmo tempo? Freud responde do mesmo modo como foi teorizado anteriormente:

No que concerne ao campo psicanalítico de idéias, só podemos presumir que se realiza uma fusão e amalgamação muito ampla, em proporções variáveis, das duas classes de instintos [pulsões], de modo que jamais temos de lidar com instintos de vida puros ou instintos de morte puros, mas apenas com misturas deles, em quantidades diferentes.¹⁰⁶

É por causa dessa medida e, principalmente, dessa desmedida pulsional, decorrentes da “desfusão”, que se poderia falar do masoquismo perverso. A satisfação aqui seria prazer com a dor ou, na terminologia lacaniana, o Gozo. Como relata E. Roudinesco:

Lacan estabelece então uma distinção essencial entre o prazer e o gozo, residindo este na tentativa permanente de ultrapassar os limites do princípio do prazer. Esse movimento, ligado à busca da coisa perdida que falta no lugar do Outro, é causa de sofrimento.¹⁰⁷

Essa ultrapassagem, tendência do perverso, está também presente em outras organizações psíquicas que, no caso da histeria, ilustram bem a interseção entre o princípio do prazer e o mais além do princípio do prazer, concomitantes na junção de amor (Eros) e morte, que pedagogicamente são

¹⁰⁶ Ibid., p. 181-182.

¹⁰⁷ ROUDINESCO, E. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 300.

vistos como fenômenos opostos. “São sempre coisas que se distinguem, que são separadas, mas sempre unidas. Quer dizer, quando se fala de amor, com frequência a morte vem também aí.”¹⁰⁸ Com essa afirmação, Ivan Corrêa, no seminário **Amorte**, justifica mais uma vez a tendência de homogeneização. Essa aglutinação de uma dualidade vida (Eros)/morte pode ser bem ilustrada com o seguinte fragmento de um texto de Thomas Mann, já citado em trabalho anterior.¹⁰⁹

*(...) a única maneira sadia e nobre, aliás, também a única maneira religiosa de encarar a morte é compreendê-la e senti-la como parte, como complemento, como condição inviolável da vida, ao invés de separá-la espiritualmente da vida, pô-la em oposição a ela e de usá-la como argumento contra ela.*¹¹⁰

Essa mesma perspectiva de complementaridade, poderia, por analogia, ser deslocada para o estudo das pulsões. No entanto, cabem ainda mais algumas considerações sobre a relação dor/pulsão.

Dor é pulsão? A essa controversa pergunta, acredito que ainda tenho pouco a dizer, haja vista a escassez de trabalhos que se detêm especialmente nesse tema. Freud, citado por Nasio, muitas vezes as tratou como algo comparativo:

*É provável que o sentimento especificamente penoso que acompanha a dor física resulte de uma ruptura parcial da barreira de proteção. Excitações vindas dessa região periférica fluem então continuamente para o aparelho psíquico central, como se se tratasse de excitações provenientes do interior do aparelho.*¹¹¹

No entanto, comparação não é conceito, e aqui Nasio faz alguma inferência para diferenciá-las:

¹⁰⁸ CORRÊA, I. *A psicanálise e seus paradoxos*: seminários clínicos. Recife: Ágalma, 2001. p. 112.

¹⁰⁹ LEÃO, Marcos C. Op. cit. p. 114.

¹¹⁰ MANN, T. *A montanha mágica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. p. 243.

¹¹¹ NASIO, J. *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997, p. 172.

*Mas na verdade a dor não é uma pulsão. Suas finalidades são diferentes: a dor é um sinal de alarme para fazer cessar o mal, enquanto a pulsão procura o prazer. As defesas do Eu diferem nos dois casos: diante da pulsão, o Eu opõe o recalçamento; diante da dor imperativa, ele fica impotente.*¹¹²

A segunda afirmação parece verdadeira, mas seria essa procura da pulsão irremediavelmente o prazer? Se Nasio usou o prazer como sinônimo de Gozo ou da satisfação do “mais além do princípio do prazer” sua afirmativa, mais uma vez, mostra-se verdadeira.

Tenho tendência em acreditar, do mesmo modo que Nasio, que a dor não é pulsão. Sob outra forma de pensar, dor parece-me ser um sentir, enquanto que pulsão seria o agente ou o “propulsor” desse sintoma ou afeto. Contudo, essa crença, quase especulativa, precisa ainda de reflexões, que possam sustentar minimamente essa proposta de diferenças conceituais. Entretanto, no momento em que Roza afirma que a idéia de *fronteira* não significa, necessariamente, a criação de uma nova “substância intermediária” entre a *res cogitans* e a *res extensa*, creio que pensar dor como pulsão seria também, de certo modo, “substanciá-la”. A perspectiva aqui é da articulação, da indiferenciação.

¹¹² Ibid., p. 173.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Num conhecido tratado de neurologia, o autor escreve: “As sensações dolorosas de qualquer espécie são transmitidas através dos nervos, razão pela qual pertencem ao domínio da neurologia; todavia nem toda dor possui importância para o diagnóstico neurológico”.¹¹³ Por outro lado, no livro *Em defesa de uma certa anormalidade*, Joyce McDougall afirma que “(...) se a dor não é traduzida em simbólico, a dor física não nos diz respeito”.¹¹⁴ Desse modo, podemos interpretar, grosseiramente, que a dor possui pelo menos duas formas de entendimento, como se uma delas completasse a outra, o que se mostra aparentemente vantajoso. No entanto, esse modelo de compreensão de um sintoma parece desarticular o fenômeno em si, dando-lhe qualidades diversas que distanciam cada vez mais uma dor da outra. Haverá um momento em que a palavra *dor* correrá o risco de designar fenômenos completamente diferentes, como a dor da medicina e a dor da psicanálise ou, quem sabe, em outras áreas do conhecimento, a dor da antropologia, da sociologia, da literatura, da arte, etc. Acredito que esse modo de pensar traz questionamentos antigos, que aparentemente parte da psicanálise parecia ter desfeito e a medicina tradicional insiste em conservar: a fragmentação do conhecimento e, conseqüentemente, do sujeito.

Questionar, usualmente, o modelo dedutivo-causal, o individualismo, o dualismo psicofísico, o mecanicismo, o positivismo, a modernidade, etc. —

¹¹³ MERRIT, R. Op. cit. p. 23.

¹¹⁴ McDougall, J. Op. cit. *Em defesa de uma certa anormalidade*. p. 152.

palavras conhecidas e desgastadas no discurso teórico contemporâneo — mostrou-se regra predominante na retórica da comunidade científica da atualidade. Mas algo parece criar fissuras quando esses discursos, meramente teóricos, defrontam-se com a práxis ou quando se desarticulam entre si. O que parece estar evidente é que hoje existe uma distância mais alargada entre campos do conhecimento ou mesmo entre áreas específicas que os cientistas contemporâneos parecem não dar conta. Num mesmo texto, por exemplo, observa-se com frequência fragmentos “modernos” e “contemporâneos” que, desconhecendo esse impasse, prefaciam essas “novas” teorias, como se pudessem falar dois ou mais idiomas excludentes. Reservo as explicações desse evento aos epistemólogos. No entanto, penso que, no caso da dor, posso especular algo mais que uma questão epistemológica.

Acredito que há razões de ordem bem mais subjetiva naqueles que pesquisam a dor e que defendem, religiosamente, o seu paralelismo psicofísico do que razões estritamente teóricas. Quais seriam essas razões que abrem hiatos entre dores? Penso que no humano se faz necessário manter, provisoriamente, abertas essas lacunas. O que há de tão temeroso dentro delas? *O impossível, a impotência, a frustração e a dor de não saber*. Essa dor “insuportável” gera, necessariamente, uma resistência, do mesmo modo que há e que houve uma resistência à psicanálise e que faz com que ela, a dor, tenha um movimento pendular entre as ciências. Como diz D. Anzieu: “O que é compartilhável não é a dor, é a defesa contra a dor”.¹¹⁵ Daí, vem essa necessidade de entrincheirar-se perante à dor, esgarçá-la e mutilá-la e, em pedaços, poder vê-la menos humana. Essa questão transferencial daquele que assiste a pessoa com dor impede, sobremaneira, uma perspectiva de conhecimento mais uníssono em relação a esse sentimento. A proposta deste trabalho foi, então, metaforizá-la — quem sabe conceituá-la! Metáfora que homogeneizasse, fizesse dela uma unidade, ponto de interseção entre vários campos do saber: *a dor como metáfora da unidade*. Unidade que abre na dualidade (terapeuta–paciente) uma ferida

¹¹⁵ ANZIEU, D. *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989. p. 234.

narcísica, extremamente dolorosa, que, de tão insuportável, prefere-se deixá-la para um outro, como fizeram acima McDougall e o neurologista. É preciso pensar a dor como algo sem território epistemológico definido e pensar que, desse modo, saberes se complementam e se articulam.

Como a dor é inicialmente um sintoma da medicina, privilegiei, neste trabalho, as pequenas revoluções conceituais da dor, relativizadas pela psicanálise, partindo da medicina, através do discurso médico, ilustrada por quatro casos clínicos que, de certa forma, acompanham metaforicamente a trajetória individual de um médico (incluo a minha trajetória pessoal) e a própria trajetória da medicina, em concomitância com a construção teórica da psicanálise. Desse modo, reitero que a criação de um novo saber não veio com a proposta de desmembrar conceitos, mas de os tornarem confluentes, obviamente, reservando-lhes especificidades que dão identidade ao novo conhecimento.

De algum modo essa trajetória se mistura com o meu caminho particular, de médico que presenciou toda uma formação conservadora e que, a seguir, partiu para um outro caminho, o da psiquiatria e da psicanálise, e que, por fim, teve que se deparar novamente com aquela velha, e paradoxalmente sofisticada, medicina. Esse reencontro trouxe a impressão de que, no que concerne à dor, os conceitos pareciam se distanciar cada vez mais. Esse questionamento percorreu todo o trabalho e, sem poder responder com a mesma precisão, tão comum à medicina, preferi deixar interrogações e reflexões. Reflexões que se iniciaram já na apresentação dos casos, alguns banais, outros mais desconcertantes, que tiveram grande utilidade para ilustrar algumas hipóteses que sempre levantaram perguntas sobre desgastadas palavras: *somatização, conversão, vida, morte, dor somática, dor psíquica*. A ênfase dada à organização histórica, que praticamente foi citada em boa parte do trabalho, não foi sem sentido ou aleatória. Serviu para demonstrar, nos primórdios da psicanálise, os hiatos deixados pela medicina e provocar discussões que pareciam antigas, mas que não são tão antigas quanto se pensa. O **Caso I** ilustra a histeria na perspectiva da medicina do século XIX, que ainda se perpetua, eventualmente, na atualidade. O **Caso II** destaca a questão: *o que é isso:*

sintoma histérico? O **Caso III** por conseguinte, ilustra o impasse, entre o corpo real e o corpo simbólico, do que se chamou respectivamente de “neurose atual” e psiconeurose. Por fim, no **Caso IV**, aponta-se para a questão pulsional da representação e da possibilidade de construção.

Isso tudo ainda torna o trabalho por deveras incompleto, pois muito ter-se-ia que continuar a refletir sobre a dor. A dor nas psicoses? Na melancolia? Um aprofundamento no estudo da angústia (dos afetos), no narcisismo...

Sobre a melancolia, especialmente, poder-se-iam levantar considerações importantes, uma vez que hoje um tema emergente como esse não deveria ser deixado de lado sem uma justificativa. E o único argumento que tenho para excluir a melancolia seria a extensão e a especificidade de um trabalho com tal tema. *Dor e melancolia* merecem não apenas um capítulo à parte, mas, quem sabe, um novo trabalho de pesquisa. Um trabalho maduro que, se utilizando dos mesmos argumentos da unidade corpóreo-anímica, poderia reiterar essas hipóteses ou reflexões. O que pareceu emergente, nesta pesquisa, foi o fato de que o impasse que estava no cerne da questão era o desmembramento ou a aglutinação psicofísica no discurso do médico se contrapondo ao discurso psicanalítico. Essas mesmas razões, justificam, de modo semelhante, a exclusão da psicose nesta dissertação.

A psicose, como faz parte do estudo de uma determinada área da medicina — a psiquiatria — e não sendo praticamente compartilhada no dia-a-dia do médico clínico, reserva-se também a um outro trabalho de pesquisa. Como se sabe, a articulação entre o tema da dor e o da psicose com uma suposta incapacidade do psicótico em experimentar esse sintoma, por falha na inscrição simbólica, não seria sem propósito. Contudo, como toda pesquisa, mesmo teórica, parte de uma vivência clínica, e acredito que no serviço de Psicossomática do qual faço parte, a experiência com a psicose mostra-se ainda bastante escassa.

Enfim, são tantas e infindáveis possibilidades que se limitar à questão da interseção psicofísica parece um pormenor frente a tantas outras questões emergentes. Será?

Numa discussão técnica sobre um paciente com dor de cólica renal, um médico apresentou em detalhes uma hipótese bioquímica. O paciente sofria dores intensas, que não cediam com qualquer medicação. Eram freqüentes, irritadiças, raivosas, clamorosas. O médico, na reunião, levantou duas hipóteses fisiológicas: uma no metabolismo do cálcio, outra no metabolismo do citrato. Por fim, foi categórico: “O problema dele é o citrato!”. A assonância da palavra chamou-me atenção para um outro lugar fora e ao mesmo tempo dentro das explicações metabólicas. O que estava em questão era o citrato. Mas citrato pode levar a duas *imagens acústicas*: “citrato” e “se trato!”. Eis a dor criando suas (im)possibilidades.

BIBLIOGRAFIA

- ABATH, Guilherme, M. *Nietzsche e a medicina*. Recife: Universitária, 1998.
- ALEXANDER, Franz. *Medicina psicossomática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- ANZIEU, Didier. *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- ASSOUN, Paul-Laurent. *Metapsicologia freudiana. Uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
- BALINT, Michael. *O médico, seu paciente e a doença*. São Paulo: Atheneu, 1988.
- BARROS, M. *O livro das ignorâncias*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- BENOÎT, P. Seminário V. In: NASIO, J. *Psicossomática: as formações do objeto a*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.
- BERLINCK, Manoel. T. *Dor*. São Paulo: Escuta, 1999.
- _____. O que é psicopatologia fundamental. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, [S.l.: s.n.], n. 1, v. I, p. 47-76, mar. 1998.
- BIRMAN, Joel. *Por uma estilística da existência*. São Paulo: 34, 1996.

_____. *Ensaio de teoria psicanalítica – parte 1*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

BRANDÃO, Junito. S. *Mitologia grega*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BREUER, Josef, FREUD, Sigmund (1893-1895). *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação preliminar*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. II. p. 43.

CANELAS, H. *Fisiopatologia do sistema nervoso*. São Paulo: Sarvier, 1983.

CHAUÍ, Marilena. Spinoza: a alma, idéia do corpo. In: JUNQUEIRA FILHO, Luiz Carlos U. (Org.). *Mente e corpo: uma fronteira móvel*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

CORRÊA, Ivan. *A psicanálise e seus paradoxos: seminários clínicos*. Recife: Álgama, 2001.

d'ÉPINAY, M. *Groddeck: a doença como linguagem*. São Paulo: Papyrus, 1983.

DROZ, Genevière. *Os mitos platônicos*. Brasília: UnB, 1997.

EPICURO. *Os pensadores*. Trad. de Agostinho da Silva, Amador Cisneiros, Giulio Davide Leoni. São Paulo: Nova Cultural, 1988. p.16-17. *Antologia de textos*.

FÉDIDA, Pierre. *Clínica psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 1988.

FERENCZI, Sandor. *As organoneuroses e seus tratamentos*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

FERRAZ, Flávio. C. Das Neuroses atuais à psicossomática. In: FERRAZ, Flávio Carvalho, VOLISH, Rubens (Org.). *Psicossoma psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

FIGUEIREDO, Luiz Cláudio. *Ética e técnica em psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2000.

_____. *Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. São Paulo: Educ; Petrópolis: Vozes, 1996. p. 82-83.

_____. *Escutar, recordar, dizer*. São Paulo: Escuta, 1994.

_____. O silêncio e as falas do corpo. In: JUNQUEIRA FILHO, Luiz Carlos U. (Org.). *Corpo-mente: uma fronteira móvel*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

FREUD, Sigmund (1950 [1892-1899]). *Extratos dos documentos dirigidos a Fliess*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. I.

_____ (1950 [1892 – 1899]). *Rascunho D*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. I.

_____ (1950 [1892 – 1899]). *Rascunho G*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. I.

_____ (1950 [1892 – 1899]). *Rascunho I*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. I.

_____ (1950 [1895]). *Projeto para uma psicologia científica*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. I.

_____ (1950 [1895]). *Projeto para uma psicologia científica*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. I.

_____ (1940-41 [1892]). *Esboços para a “Comunicação Preliminar” de 1893*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. I.

_____ (1940 [1938]). *Esboço de psicanálise*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XXIII.

_____ (1937). *Análise terminável e interminável*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XXIII.

_____ (1937). *Construções em análise*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XXIII.

_____ (1926 [1925]). *Inibições, sintomas e ansiedade*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XX.

_____ (1924). *O problema econômico do masoquismo*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XIX.

_____ (1923). *O ego e o id*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XIX.

_____ (1920). *Além do princípio do prazer*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XVIII.

_____ (1917 [1915]). *Luto e melancolia*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XIV.

_____ (1915). *Os instintos e suas vicissitudes*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XIV.

_____ (1914). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XIV.

_____ (1912). *A dinâmica da transferência*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XII.

_____ (1912). *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XII.

_____ (1909 [1908]). *Algumas observações gerais sobre ataques histéricos*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. IX.

_____ (1905 [1901]). *Fragmento da análise de um caso de histeria*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. VII.

_____ (1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. VII.

_____ (1896). *A etiologia da histeria*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. III.

_____ (1895 [1894]). *Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada "neurose de angústia"*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. III.

_____ (1894). *As neuropsicoses de defesa*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. III.

_____ (1893). *Charcot*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. III.

_____ (1893). *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência*. In: FREUD, S. *Obras completas*. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. III.

_____ (1893 [1888-1893]). *Alguns pontos para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*. In: FREUD, S. *Obras*

completas. Direção de Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. I.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. *Metapsicologia freudiana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

GRAEFF, Frederico. *Drogas psicotrópicas*. São Paulo: EPU, 1984.

GRODDECK, Georg. *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática*. São Paulo: Perspectiva, 1996.

_____. *O livro d'Isso*. São Paulo: Perspectiva, 1997.

GUIR, Jean. *A psicossomática na clínica lacaniana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

GULLAR, F. Dor e arte. *Folha de S. Paulo*, Caderno Mais, p. 3. 07 maio 1995.

GURFINKEL, D. Psicanálise, regressão e psicossomática: nas bordas do sonhar. In: FERRAZ, Flávio C. (Org.). *Psicossoma*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

HARRISON, T. R. *Medicina interna*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990.

HERMAN, Cecil. G. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

JAEGER, W. *Paidéia: a formação do homem grego*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

JASPERS, K. *Psicopatologia geral*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996.

JUNQUEIRA Filho, Luiz Carlos Uchôa. *Corpo e mente: uma fronteira móvel*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

KALIMEROS. *A dor de existir*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1997.

LAPLANCHE, J. *Vocabulário de Psicanálise*: Laplanche e Pontalis. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LEÃO, Marcos. C. S. O silêncio na relação com o paciente terminal. *Ágora: estudos em teoria psicanalítica*, Rio de Janeiro: Contracapa, n. 2, V. II, p. 107-118, jul./dez. 1999.

LOUZÃ, Mário, MOTA, Thelma, Yuang-Pang Wang, ELKIS, Hélio. *Psiquiatria básica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MACHADO, Angelo. *Neuroanatomia funcional*. São Paulo: Atheneu, 1988.

MACHADO, R. *Nietzsche e a verdade*. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

MANN, Thomas. *A montanha mágica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

MARTY, Pierre. *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARTY, P, M'UZAN, M. O pensamento operatório. *Revista Brasileira de Psicanálise*, Local: Editora, nº 28, p. 45, 11 novembro 1994.

_____. *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

McDOUGALL, J. Um corpo para dois: In: AULAGNER, P. A. *Corpo e história*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 15. IV encontro psicanalítico D'Aix-En-Provence.

_____. *Teatros do corpo*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

_____. *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

MELO FILHO, Júlio de. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MERRIT, R. *Tratado de neurologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1986.

MICHAELIS. *Moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

NASIO, J. *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. *A psicossomática*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. *Histeria: estudos psicanalíticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

NICOLAÏDIS, Nicos. *A representação — ensaio psicanalítico*. São Paulo: Escuta, 1989.

NIETZSCHE, Friedrich. *A genealogia da moral: uma polêmica*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

_____. *Assim falou Zaratrusta*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

_____. *A gaia ciência*. São Paulo: Ediouro, 1998.

_____. *Crepúsculo dos ídolos*, Lisboa, Guimarães editores, 1985.

PEREIRA, S. J. *Dicionário greco-português e português-grego*. Porto: Livraria Apostolado da Imprensa, 1981.

PESSOA, F. *Poemas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1989.

PINHEIRO, Teresa. *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

REALE, Giovanni. ANTISERI, Dario. *História da filosofia*. São Paulo: Paulus, 1990.

ROCHA, Zeferino. O Desejo na Grécia Clássica. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo [s.n.], n. 1, v. II, p.84-116, mar. 2000.

ROUDINESCO, Elizabeth. *Por que a Psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

RUSSELL, Bertrand. *História do pensamento ocidental*. São Paulo: Ediouro, 2001.

SPINOZA, B. *Os pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1989, p. 115.

TOLSTÓI, Leão. *A morte de Ivan Ilitch*. Rio de Janeiro: Alhambra, 1979.

TOROK, Maria *A casca e o núcleo*. São Paulo: Escuta, 1995.

VOLGO, Marie-José. *O instante de dizer*. São Paulo: Escuta, 1998.

VOLISH, Rubens. *Psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.