

A dor de cada um¹

The pain of each one

Gabriella Dupim

Resumo

A dor é o que o ser vivo evita à condição que possa se mover, e ele não pode se mover quando a dor vem do interior, nos ensina Lacan. Na contemporaneidade observamos a propagação de sintomas corporais, principalmente dolorosos, de fibromialgias às síndromes de dor crônica em diversas partes do corpo. Se a dor para a medicina é universal e indica algo que não vai bem no organismo, para a psicanálise a dor é sempre singular, pois cada pode contar sua história sobre sua dor. Pesquisas reumatológicas indicam uma prevalência de síndromes dolorosas em mulheres. Neste artigo, pretendemos investigar a dor presente na cultura à luz de pressupostos psicanalíticos e se as dores crônicas, para algumas mulheres, associam-se há algum sofrimento na esfera amorosa.

Palavras-chave

Psicanálise; dor; amor.

Abstract

Pain is what all living beings avoid in order to be able to move. And they cannot move when the pain comes from within, Lacan teaches us. In contemporary times we observe the spreading out of bodily symptoms, particularly painful ones, varying from fibromyalgia to chronic pain syndromes, which take place in various parts of the body. For Medicine, if pain is universal and indicates that something is not right in the body, for Psychoanalysis pain is always singular, because each one can tell their own story about their pain. Researches on Rheumatology indicate a prevalence of pain syndromes in women. In this paper we intend to investigate pain in culture, in the light of psychoanalytic assumptions, and also if, for some women, chronic pain is associated with some kind of suffering in the love sphere.

Keywords

Psychoanalysis; pain; love.

Gabriella Dupim

**Universidade Federal de
Campina Grande**

Professor Adjunto do curso de
Psicologia da Universidade
Federal de Campina Grande.
Docteur en Psychologie -
Université Rennes 2. Doutora
em Psicologia - UFRJ. Mestre em
Psicologia - UFRJ.

gabidupim@gmail.com

A proliferação de sintomas corporais sem substrato orgânico na atualidade vem chamando a atenção dos profissionais da saúde para um tratamento multidisciplinar, conforme explicita a Sociedade Brasileira de Reumatologia e a Academia Francesa de Medicina (BESSET et al., 2010a; MÁRQUEZ, 2007). A dor continua sendo uma das grandes preocupações nas políticas públicas de saúde de inúmeros países, entre os quais o Brasil e a França (GORI; DEL VOLGO, 2005).

Desde os primórdios, a humanidade sempre procurou esclarecer as razões que justificassem a ocorrência de dor e os procedimentos destinados a seu tratamento (SANTOS, 2009). Os estudiosos da dor encontraram ao longo da história vários registros da existência de estados dolorosos em diversas civilizações, revelando que a expressão da dor varia não somente de um indivíduo para outro, mas também de acordo com as diferentes culturas (LE BRETON, 2006). Apesar de apresentar um funcionamento neuroquímico universal para a medicina, a dor, apresenta por definição uma percepção subjetiva, respondendo a causas psíquicas diferentes. Cada sujeito em sua singularidade pode contar sua história sobre o surgimento de sua dor (BESSET et al., 2010a).

Para a medicina, a dor pode ser considerada como um sintoma, como um sinal de alguma doença, afecção orgânica ou de um quadro clínico mais complexo em que algo no corpo não está funcionando bem. No caso da dor crônica, muitas vezes não é possível para a medicina localizar o que vai mal no organismo, pois uma dor que persiste pode estar associada a causas psíquicas.

Pesquisas revelam uma maior incidência de síndromes dolorosas em mulheres (Leite; Pereira, 2003; Marques; Slompo; Bernardino, 2006). Estudos comparativos da relação mulher versus homem verificam que a prevalência de condições dolorosas é da ordem de 1,5:1 em dor lombar, no ombro e joelhos, 2:1 em dor orofacial, 2,5:1 em migrânea e 4:1 em fibromialgia (SBED, 2013). Com base nesses dados, e alicerçados em investigações clínicas observamos um predomínio de mulheres atingidas pelas síndromes de dor crônica, principalmente quando não há uma causa orgânica que justifique a doença.

O interesse da psicanálise pela dor justifica-se por haver um sujeito que sofre de uma dor que é real, mesmo não havendo uma causa orgânica clara. A clínica nos ensina que a psicogênese de uma dor, por vezes crônica se vincula a uma representação inconsciente de algum acontecimento penoso da história de vida do sujeito.

Se há uma prevalência de síndromes dolorosas em mulheres, interrogamo-nos se há alguma relação entre essas dores e sofrimentos na esfera amorosa, sejam eles em decorrência de uma perda ou dificuldades na relação com a mãe ou com um parceiro sexual que causam grande angústia para o sujeito. Pretendemos neste artigo investigar a dor à luz da cultura e da particularidade da dor de cada um, a partir de pressupostos psicanalíticos. Para tal, nos utilizaremos de uma metodologia própria a pesquisa psicanalítica que considera o caso a caso como caso único, alicerçada em uma revisão de literatura pertinente ao tema.

Aspectos subjetivos da dor na cultura

Os homens não reagem de uma mesma maneira à dor, pois cada sociedade integra a dor a partir de sua visão de mundo, conferindo-lhe um sentido próprio (LE BRETON, 2006; GUERCI; CONSIGLIERE, 1999). A

1

Este trabalho refere-se a tese de doutorado em co-tutela defendida em 2014 no âmbito Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRJ, sob orientação da Profa. Dra. Vera Lopes Besset e na École Doctorale da Université Rennes 2, sob orientação do Prof. Dr. Jean-Luc Gaspard, intitulada "Angústia, corpo e dor: particularidades nas escolhas amorosas" financiada pela FAPERJ e pelo CNPq.

maneira como o homem se apropria de sua cultura e dos seus valores constitui uma trama decisiva na percepção dolorosa.

A anatomia e a fisiologia da dor não são suficientes para justificar as variações de percepção da dor de acordo com a condição social, a cultura e a história pessoal. Segundo Melzack e Wall (1991, p. 21),

a quantidade e a qualidade da dor que sentimos é determinada pelas nossas experiências prévias e de quanto bem nos lembramos delas; pela capacidade de entender suas causas e compreender suas consequências. Ainda, a cultura em que estamos inseridos tem papel essencial em como sentimos e respondemos à dor.

Em determinadas culturas a dor é considerada sagrada, em outras a tolerância à dor está incluída nos valores morais que fundamentam a identidade de seus membros. O exemplo da dor como sagrada temos num ritual praticado em algumas regiões da Índia em que uma pessoa é escolhida como representante do poder dos deuses para abençoar as crianças e as plantações. Esse indivíduo é içado no alto de um veículo, preso por ganchos na pele, girado e balançado fortemente de aldeia em aldeia. Durante o ritual, ele não demonstra sentir dor, e apresenta um semblante de êxtase (PIMENTA; PORTNOI, 1999).

Em relação à tolerância, os Bariba, um pequeno grupo étnico na África Oeste, são conhecidos por não manifestarem dor quando sujeitos a ferimentos, rituais de iniciação, como a circuncisão e a clitoridectomia, além do parto. A base da identificação a essa cultura está na adequação à resposta à dor. Estudos revelam que, quando questionados, evitam falar sobre a dor, preferindo discorrer sobre a honra e a coragem, afetos enfatizados no processo de socialização desse grupo (PIMENTA; PORTNOI, 1999).

A relação de cada sujeito com a dor depende da significação que este pode fazer no momento em que é afetado por tal sensação. Nesse sentido, aquele que é acometido por um efeito doloroso não é um mero receptor orgânico das afecções corporais fisiológicas. No momento em que a dor pode ser representada e significada pelo sujeito, esse se torna ativo, implicado nessa dor. Assim, a dor não é puramente física, ela compreende uma percepção simbólica. O que faz com que cada sujeito perceba a dor de forma singular, de acordo com seu contexto pessoal.

As primeiras análises sobre a dor aparecem nas mitologias primitivas e arcaicas que dividem o mundo a partir de uma classificação dualista: o bem e o mal. Nesse contexto, a dor está associada ao mal devendo ser desprezada por sua manifestação corporal, submetendo o corpo a duras punições para livrar-se dela. Essa divisão entre o bem e o mal não era exclusiva do pensamento religioso, mesmo Platão afirmava a existência de duas almas antagonicas no mundo (GUERCI; CONSIGLIERE, 1999).

Ao longo da história do pensamento ocidental, a dor foi pouco explorada enquanto tema de interpretação e reflexão. Somente em certos períodos da filosofia observamos algumas discussões sobre a dor. Para Aristóteles, a dor era concebida como uma forma particular de emoção, enquanto que para Descartes, ela era produzida pelo próprio corpo, entendida como uma sensação. Mais tarde com Locke, Hume e o pensamento iluminista, a dor foi tratada junto com o prazer como categorias de sensação. Entre os séculos XIX e início do século XX, a dor deixa de ser objeto da filosofia, sendo delegada aos teólogos e a outros especialistas como médicos, sociólogos e psicólogos (LE BRETON, 2006).

Segundo Guerci e Consigliere (1999), no Ocidente a dor tem sido bem explorada pela antropologia, juntamente com a atitude perante a morte, por autores, sobretudo franceses e italianos, como Morin, Fuchs, Baudrillard ,

Elias, Thomas, Rey e Le Breton. Embora muitos trabalhos sejam desenvolvidos no campo da antropologia, a medicina é a única disciplina que considera a dor como objeto específico de técnica e conhecimento. Isso se deve aos avanços no estudo da fisiologia da dor, bem como de tratamentos, produtos e medicamentos para aliviá-la.

Para a medicina a dor protege o corpo de situações de perigo. Como queimar os membros, se cortar, etc. A experiência de dor tem uma função importante na defesa do organismo, podendo aparecer em sua face aguda ou crônica. A dor aguda adquire uma função de sinal. Demonstra que há algo na homeostase orgânica de um corpo que foi desequilibrado, que algo vai mal. Assim, a dor aguda para a medicina apresenta um caráter sintomático. Tomando a dor como um sinal, um corpo são, livre de doenças, é aquele silencioso, que não faz barulho, que não apresenta dores.

A experiência de dor pode causar ao sujeito uma reação de estranhamento em relação ao próprio corpo. Esse tipo de sofrimento causa com frequência uma desorganização na esfera física, psíquica e social do sujeito. Le Breton (2006) afirma que alguns sujeitos acometidos por forte dores se queixam de diminuição do apetite, apatia, insônia, desgosto em relação à vida, entre outros.

A dor varia também quanto à intensidade e à duração. Uma pessoa pode ser acometida por uma experiência dolorosa apenas em determinados dias ou em relação a algum contexto específico. Ela pode variar a cada dia quanto ao seu surgimento ou a sua intensidade. Pode ser uma reação à medicação ou a algum tipo de acontecimento, assim como pode ser imponderável, de tal modo que o sujeito não consiga detectar uma relação de causa e efeito.

A dor aguda é transitória, pode ser consequência de uma queda, queimadura, de um corte com um objeto ou de uma lesão que demora em ser curada, cicatrizada. Ou ainda: uma dor de cabeça, dor de dente, dor em consequência de uma cirurgia ou de alguma doença. Essa especificidade da dor resulta, segundo Le Breton (2006), da fragilidade da condição humana e da vulnerabilidade em relação ao meio. Nestes casos, a dor é percebida como um sintoma, que anuncia um desenvolvimento patológico que deve ser cuidado.

O encontro com um médico encarna a possibilidade de nomeação e de cura da doença ou da situação que provoca a dor. A dor crônica, em contrapartida, se apresenta como um enigma para a medicina, marca sua impotência diante do entendimento de sua causa e da possibilidade de cura. Muitas vezes ela não se apresenta como sinal no corpo, de algo que vai mal, mas como fruto de alguma dificuldade ou necessidade no ambiente. No Ocidente é comum encontrarmos a dor associada às condições de vida adversas, ao passo que, em outras culturas, a dor oriunda de uma causa emocional pode nem vir a ser enunciada.

Um estudo realizado na França com mulheres provenientes da África revela como o ambiente pode influenciar a percepção dolorosa de um indivíduo. Essas mulheres ao se inserirem em uma nova cultura queixam-se de dores menstruais ou de relações sexuais, nunca antes sentidas em seus lugares de origem devido à mudança na concepção da condição feminina. As novas condições de vida provocaram o rebaixamento no limiar da dor individual, já que em sua cultura primeira não era permitida a manifestação da dor nessas condições (GUERCI; CONSIGLIERE, 1999).

Assim, notamos que a percepção dolorosa varia ao longo da história e em diferentes culturas, podendo estar associada a alguma doença, sofrimento ou ritual. A dor nem sempre se vincula a um mal. Em algumas culturas faz parte da inserção que identifica um indivíduo como homem ou como mulher em uma sociedade, estando intimamente vinculada à sexualidade feminina ou masculina.

A seguir procuraremos elucidar, a partir do aporte da psicanálise, as origens psíquicas da dor e como esta afeta o corpo.

A psicogênese da dor

Desde os primórdios da psicanálise Freud (1895a) se inquietou com os sintomas em que o sofrimento psíquico afetava o corpo. A partir de estudos pré-psicanalíticos, em conjunção com o médico Joseph Breuer (1895a), o fundador da psicanálise imergiu-se intensamente em investigações de pacientes com sintomas corporais em que não havia uma causa orgânica que os justificasse. Esses pacientes eram sobretudo mulheres, diagnosticadas como histéricas, que sofriam de todo tipo de dores corporais, crônicas e agudas, além de cegueiras, paralisias e semiparalisias de alguma parte do corpo, entre outras (BESSET et al., 2010b). Entre elas, Elisabeth Von R. (FREUD, 1895a), que ficou conhecida por apresentar sintomas físicos que hoje poderiam ser classificados como um estado de dor crônica.

Elisabeth, na ocasião com 24 anos, foi encaminhada por um médico amigo de Freud por sofrer há mais de dois anos de fortes dores nas pernas e apresentar dificuldade em andar. A moça havia passado por grandes dificuldades nos últimos anos em relação a sua família. Primeiramente, a morte do pai, seguida de uma grave operação na visão da mãe e, por fim, a morte de uma irmã casada após uma afecção cardíaca. Queixava-se de grande dor ao andar e ficar de pé, cansava-se com facilidade e tinha que fazer repouso a toda hora. Freud (1895^a [2006]) diagnosticou as dores como indefinidas, ligadas a uma fadiga dolorosa no músculo da superfície anterior da coxa direita que se propagava por outras regiões das pernas. Como não havia outros sintomas físicos e nenhuma afecção orgânica que justificasse tais dores, a jovem foi diagnosticada como histérica.

Para Freud (1895a [2006]), o fator de indefinição das dores descrito por Elisabeth foi fundamental na tomada do diagnóstico, levando-o a crer que sua atenção deveria estar em outra coisa, tais como sentimentos e pensamentos relacionados à dor, porém ocultos. A partir de sua experiência clínica, pacientes que sofriam de dores orgânicas, em geral, relatavam-nas de forma precisa e calma, contrariamente ao relato da jovem. O psicanalista também se intrigou com sua expressão facial peculiar. Quando estimulada a área dolorosa, a moça assumia um semblante de prazer ao invés de dor.

Elisabeth era das três filhas a mais ligada ao pai, que contava com ela como um verdadeiro amigo, confidenciando-a intimidades. Chamava-a com frequência de atrevida e convencida, dizendo por vezes que ela teria dificuldades de encontrar um marido por conta de seu comportamento. Tinha planos de estudar música e não estava disposta a renunciar a eles por conta de um casamento. Isso a deixava queixosa e descontente pelo fato de ser mulher.

O pior acontecera quando a família se mudou para a capital. O pai, que sofria de uma doença crônica no coração, ficou gravemente doente com um edema pulmonar. Elisabeth se ocupava dos cuidados do pai, dia e noite, em seu leito, sem reclamar. Lembrava-se que nesse período ela esteve doente apenas uma vez, apresentando os mesmos sintomas de dores nas pernas, que passaram rapidamente. Dois anos após o falecimento do pai, essas dores voltaram com força total. Segundo Freud, “esta dor inaugural do sintoma de conversão é uma repetição de uma dor que ela já havia sentido à época em que cuidava de seu pai doente: dor muscular e reumática que nada tinha de histérica, mas que se viu elevada ao nível do núcleo do trauma pela repetição significativa” (ANDRÉ, 2011, p. 159).

Com o luto da morte do pai, Elisabeth passara a se dedicar à mãe, que estava cada dia mais doente. Sua irmã mais velha se casou com um homem intelectual e dinâmico, considerado por sua família como um bom partido. Elisabeth se queixava que ele era muito excêntrico e egoísta, demonstrando pouca consideração com a enfermidade de sua mãe, mudando-se com a família para outra cidade. Isso deixou a jovem muito descontente.

A segunda irmã se casou e teve um filho com um homem menos influente, mas que tinha apreço pela família, isso fez com que Elisabeth se reconciliasse com a ideia de se casar um dia. Quando a irmã estava grávida do segundo filho, teve uma doença cardíaca que a levou a morte. O cunhado afastou-se da família, levando com ele o sobrinho. Nessa ocasião, sobreveio para a Elisabeth a ideia de que um matrimônio, mesmo feliz, teria um fim infeliz.

Ao analisar o caso, Freud (1895^a [2006]) elucubra que a demanda da moça era de amor e que ela padecia dos fracassos de sua vida amorosa. Já que todos que ela amava estavam mortos ou distantes, ela se ocupou de suas dores e dos cuidados com a mãe enferma. A investigação de sua história revelou uma primeira decepção amorosa. Quando jovem, havia se apaixonado por um rapaz e logo se afastou dele para dedicar-se ao pai enfermo. Elisabeth se interessou a princípio pela dedicação que o rapaz empreendia ao pai, deixando mesmo se orientar por este em sua carreira. Esse ponto de identificação com o rapaz levou a moça a se apaixonar ainda mais, pois ela não teria que optar por deixar o pai de lado em um futuro casamento (ANDRÉ, 2011). A estrutura da relação está em vias de ser desestruturada quando Elisabeth deixa o leito do pai para sair com o rapaz. Após essa situação, o estado de enamoramento é rompido e ela o abandona. Como resultado desse conflito Freud (1895a [2006]) indica que a ideia erótica da desilusão amorosa foi recalçada e que a emoção ligada a ela foi conectada a uma dor física nas pernas, que havia surgido outrora.

As dores nas pernas sobrevieram durante umas férias familiares, justamente em um momento em que Elisabeth poderia relaxar dos cuidados com a mãe e divertir-se. Mas a intensificação destas se deram logo após o ataque cardíaco do pai e a morte da irmã, ocasiões em que ela estava de pé e ficou paralisada. Queixava-se de que ficar sozinha era doloroso, sentia desamparo por “no avanzar un paso” (FREUD, 1895a [2006], p. 167).

A análise do caso desvelou que as dores nas pernas se tornaram crônicas após um passeio agradável com o cunhado, quando a irmã estava ainda doente. Ela sonhava em ser feliz como a irmã e ter um marido como o cunhado, quando as dores sobrevieram. Outro pensamento surgiu no momento em que viu a irmã morta na cama na presença do cunhado: “ahora él está de nuevo libre, y yo puedo convertirme en su esposa” (FREUD, 1895a [2006], p. 171). Para Freud, a solução do sintoma de Elisabeth era claro:

Esta muchacha había regalado a su cuñado una inclinación tierna, contra cuya admisión se revolvía dentro de su conciencia todo su ser moral. Había conseguido ahorrarse la dolorosa certidumbre pretendía imponérsele (durante el paseo con él, en aquella ensoñación matinal, en el baño, ante el lecho de la hermana) había sido generados aquellos dolores por una lograda conversión a lo somático. (FREUD, 1895a [2006], p. 171)

Para André (2011), a imagem do casal formado pela irmã e o cunhado evoca para Elisabeth a relação que ela mantinha com seu pai, com a diferença de que neste caso seria tratada como mulher ao invés de amigo. Nas palavras do autor: “o desejo de Elisabeth não pode, pois ser reduzido a um desejo por seu cunhado. Seria antes, o de ser amada por seu pai como a irmã é amada pelo cunhado...” (ANDRÉ, 2011, p. 152). E acrescenta:

é a relação entre esse cunhado e sua irmã que constitui o bem mais precioso, pois ela lhe propõe o mistério de uma feminilidade alimentada pelo desejo masculino. Não é pois de admirar que Elisabeth proteja essa relação: o que ela ama não é o cunhado, mas o desejo que este tem por sua irmã (ANDRÉ, 2011, p. 152)

A morte da irmã priva Elisabeth de sua referência feminina em relação ao cunhado, deixando-a sem a mediação necessária à manutenção da insatisfação de seu desejo histérico.

A partir da interpretação do caso de Elisabeth Von R., entendemos que para Freud (1917b [2006]) o sintoma corporal de dor se oferece a um sentido inconsciente que, por meio das associações do paciente, pode ser decifrado. Esse significado do sintoma, oculto para o sujeito, apresenta sempre causas sexuais ou um desejo insatisfeito que encontram-se recalçados. Concordamos com Castellanos (2009, p. 40) que a “psicoanálisis sería la práctica clínica que permitiría al paciente encontrar el camino adecuado para resolver o aliviar el síntoma”.

O tratamento dessa e de outras pacientes histéricas com sintomas de dores corporais torna emblemático para Freud o mecanismo da conversão de uma dor psíquica em somática, física, estimulando-o a procurar formalizar teoricamente tal processo. Já nos primórdios da psicanálise no *Projeto para uma psicologia científica* (FREUD, 1895b [2006]) a dor justifica-se pelo funcionamento do aparato psíquico em termos econômicos a partir de *quantuns* de energia. Nesse texto, o autor procura elaborar um modelo de aparato psíquico que seja compatível com os avanços neurológicos e científicos de sua época. Em sua hipótese inicial haveria três tipos de neurônios que interagem dinamicamente entre si: os neurônios perceptivos, de memória e de sensação de qualidade.

Nesse contexto, a dor seria um fenômeno constituído pelo fracasso das telas de proteção, que ao receber uma *Qs* (quantidade de excitação externa) exagerada no neurônio *phi*, afeta diretamente o neurônio *psi*. O aparato psíquico tem a tendência natural de evitar o aumento da tensão quantitativa em *Qs* de modo a contornar qualquer experiência dolorosa sentida como desprazer. O rompimento dessa barreira de proteção fica guardado em neurônios mnêmicos. Assim, o fracasso do mecanismo excitatório estaria diretamente relacionado às causas da dor.

Mais adiante, em um dos extratos de documentos dirigidos a Fliess, intitulado *Rascunho G* (1895d) a sensação dolorosa está relacionada a um desinvestimento libidinal ou desligamento associativo. Nesse momento, a experiência da dor seria regida por um processo econômico, em que um excesso de energia libidinal estaria impedido de ser representado psiquicamente, causando um desequilíbrio homeostático no aparato psíquico.

Tomemos como exemplo uma queimadura grave no braço para entendermos como o rompimento das barreiras psíquicas tal qual dispostas por Freud (1895b [2006]) influencia no processo de surgimento da dor. Logo após o contato do braço com uma superfície extremamente quente, o eu experimenta uma dor difusa e profunda oriunda de alguma perturbação interior.

A dor da lesão é sentida quando alguma excitação de energia excessiva originária de alguma zona corporal periférica é percebida pelo eu. Assim, toda lesão, seja ela proveniente de um órgão interno ou de um ferimento superficial será identificada pelo eu como uma agressão do mundo exterior. O eu percebe então, ao mesmo tempo, duas sensações heterogêneas, uma dor externa, proveniente da lesão, e um incômodo interno que lhe acomete. Ao sentir a dor, o sujeito cria uma imagem psíquica do braço em carne viva, para além da sensação dolorosa da região lesada. Essa representação

mnêmica da ferida fixa a dor experienciada em um lugar específico do corpo (NASIO, 2008).

A representação interna da dor provoca o desequilíbrio homeostático do sistema psíquico, que cessa de funcionar a partir do princípio do prazer que atua como regulador do aparato. Desse modo, o eu percebe seu transtorno como uma perturbação pulsional, em consonância com o que Freud (1895c [2006]) propôs sobre a dor e a libido. A imagem interna da dor imprime uma lembrança, não só na memória, mas também no inconsciente. A lembrança da dor fica marcada no inconsciente podendo aparecer em outro momento e em outro lugar, como uma dor psicogênica, uma manifestação psicossomática ou como um afeto.

Como estratégia de defesa, o eu tenta construir uma espécie de autocurativo sobre a representação psíquica da dor, escoando para a ferida a energia que dispõe para neutralizar o fluxo contínuo de excitação dolorosa. Freud (1895c [2006]) nomeou esse movimento reativo de energia de contrainvestimento ou contradescarga. Com isso, vemos que a resposta a uma lesão ou dor física não é somente fisiológica, mas comporta também uma ordem psíquica.

A partir de indicações freudianas, Nasio (2008, p. 38) propõe que quando nosso corpo ou objeto de amor não estão homeostaticamente equilibrados:

(...) produz-se um excesso de investimento afetivo da imagem do local lesado do corpo, quando é a nossa integridade física que está em jogo; ou um excesso de investimento afetivo da imagem do objeto perdido, quando é a presença do outro que está em jogo. Esse excesso compensatório traduz-se em dor.

O autor depreende que para Freud, assim como a dor física seria a manifestação no corpo de um superinvestimento reativo do eu à representação da lesão, a dor psíquica seria a tradução de um superinvestimento do eu também reativo da representação do objeto perdido e amado. Seguindo os passos de Freud no estudo sobre a dor, pretendemos investigar a seguir como esta se vincula à angústia e à perda de um objeto amoroso.

Dor, angústia e perda do objeto amoroso

Com Freud (1926 [2006]), aprendemos que a angústia é um afeto que não engana, uma vez que é sentido no corpo assim como a dor. A psicanálise, ao contrário do que se pensa no senso comum, não desconsidera o corpo no seu tratamento. O sofrimento psíquico desvelado através da fala em uma análise muitas vezes aparece para o sujeito a partir de algum sofrimento corporal. Dentre as diversas aflições que colocam o corpo na conversa analítica, a angústia revela-se como um afeto privilegiado para observarmos a interseção entre o somático e o psíquico (BESSET, 2000, 2001, 2002). Para Lacan (1974, p. 65), “a angústia é algo que se situa alhures em nosso corpo, é o sentimento que surge dessa suspeita que nos vem de nos reduzirmos ao nosso corpo”.

Para Freud, os mecanismos psíquicos responsáveis pela sensação dolorosa embora afete o corpo assim como a angústia são distintos. A problemática da dor só é retomada por Freud (1926 [2006]) no final do texto *Inibição, Sintoma e Angústia*, distinguindo-a do luto e da angústia em relação à perda do objeto. Nesse momento, o autor conceitua a angústia

como uma reação do eu à perda do objeto, do mesmo modo que o luto. Se ambos constituem uma defesa do eu diante da perda do objeto, o que os torna diferentes? A seguir veremos como Freud (1926 [2006]) desenvolve a questão da angústia e da dor em relação à perda do objeto.

A partir da observação da separação entre crianças e suas mães, Freud depreende que a angústia surge quando há perda da percepção do objeto. Ele considera que a expressão de choro do bebê, quando a mãe não aparece mais no campo visual da criança, é de dor. Inicialmente, a criança não consegue diferenciar entre uma ausência temporária e uma ausência permanente da mãe. A reação de choro, de dor, indica que a perda, o desaparecimento da mãe momentâneo, é sentida como definitiva.

Segundo Freud (1926 [2006]), na primeira infância a criança ainda não consegue distinguir a angústia da dor. Apenas mais tarde, por volta dos dois anos, assinala o autor, que ela será capaz de discernir um afastamento temporário da mãe, provocando angústia de uma privação definitiva, correlativa ao sentimento de dor pela perda do amor. Essa questão só é colocada quando a criança percebe que o objeto, a mãe, pode estar presente sem notá-la. Esse segundo momento é determinante para o surgimento da angústia, pois associa a perda do amor ao objeto.

Nesse sentido, a dor difere da angústia por ser uma reação genuína à perda do objeto, e não apenas a ameaça da perda. Ela ocorre quando um estímulo, interno ou externo, irrompe os mecanismos de proteção periféricos, passando a atuar como estímulos pulsionais contínuos, ineficazes à ação muscular. A analogia entre a dor corporal e a dor mental justifica-se, para Freud, pela transformação de um investimento narcísico em um investimento de objeto. Nas palavras do autor (1926 [2006], p. 160):

La intensiva investidura de añoranza, em continuo crecimiento a consecuencia de su carácter irrestañable, del objeto ausente (perdido) crea las mismas condiciones económicas que la investidura de dolor del lugar lastimado del cuerpo y hace posible prescindir del condicionamento periférico del dolor corporal.

Quando comparado à dor, Freud (1926 [2006]) postula que o luto sofre influência da realidade, pois o objeto de investimento libidinal deixa de existir. O luto exige que a pessoa separe-se do objeto perdido, retirando a libido que estava ligada ao objeto, investindo-a em outro objeto. Quando esse desligamento e religamento das catexias em um novo objeto de amor não são possíveis, temos a melancolia. Na melancolia, a sombra do objeto recai sobre o eu (FREUD, 1917a [2006]; 1915 [2006]). A impossibilidade do melancólico em substituir o objeto perdido consiste em sua identificação maciça com este, resultando em um estado de dor e luto permanentes.

Minatti (2012, p. 6) concorda com os argumentos de Freud ao propor que “a angústia pode ser traduzida como um mal-estar geral, ou difuso, que pode paralisar ou acelerar o acometido, mas pode, também, manifestar-se próxima à forma de dor, e até mesmo confundir-se com ela, localizando-se numa parte do corpo”. A autora apresenta o caso de Ruth, que chegou ao psicanalista com diagnóstico médico de fibromialgia para corroborar a relação de proximidade entre a dor e a angústia. Ruth, desde os três anos, época do nascimento da irmã, é carregada pela mãe pelos corredores e ambulatórios do hospital em busca de tratamento para a outra filha, recém-nascida, que sofre com problemas congênitos graves.

A mãe circula com as duas filhas por diversas especialidades pediátricas, mas toda a atenção e investimento eram direcionados ao bebê. Ela lembra apenas que Ruth corria sem rumo e chorava copiosamente sem nenhum motivo aparente. A mãe não se ocupava em investigar o que acontecia. Em determinado momento a angústia de Ruth transformou-se em

um *dói aqui*, dito pela menina. A partir disso, a mãe se ocupa do tratamento das duas filhas, uma com síndrome congênita e a outra com fibromialgia. Esse fragmento de caso nos indica que embora a dor e a angústia apresentem mecanismos psíquicos diferentes, a angústia pode, muitas vezes, aparecer no corpo como uma dor que não pôde ser simbolizada pelo sujeito.

Vejam os percurso de Freud em suas investigações sobre os processos psíquicos que concernem à angústia, e como ela se aproxima e se diferencia da dor, e da perda amorosa. A primeira vez que Freud apresenta o termo angústia (*Angst*) foi 1894/2006, no fragmento de uma correspondência destinada a Fliess, que ficou conhecido como 'Rascunho E'. Nessa carta, Freud se questiona sobre a origem da neurose de angústia, observada em muitos de seus pacientes. O autor tem como hipótese que a irrupção da angústia está estreitamente ligada à sexualidade, precisamente ao *coitus interruptus*. Suas investigações conduziram-no a pensar que a fonte da angústia seria de natureza física, e não psíquica. Desse modo, Freud (1894 [2006]) classifica de modo exaustivo as principais causas sexuais da angústia. São elas: angústia em pessoas virgens; angústia em pessoas voluntariamente abstinente; angústia das abstinente forçadas; angústia das mulheres que vivem em *coitus interruptus*; angústia de homens que praticam o *coitus interruptus*; angústia dos homens que vão mais além do seu prazer ou suas forças; angústia dos homens que se abtêm ocasionalmente.

Os estudos de Freud (1894 [2006]) revelam que o *coitus interruptus* gerava um acúmulo de tensão sexual física que não podia ser descarregada pelas vias sexuais regulares, irrompendo na manifestação da angústia. De modo correlativo, o autor associa o acúmulo de tensão sexual psíquica ao surgimento da melancolia. No caso da angústia, uma excitação sexual exógena, situada fora do sujeito, enviaria uma mensagem de excitação psíquica através de um *quantum* de energia. Assim, a angústia sobreviria quando um acúmulo de tensão sexual física fosse impedido de ser descarregado psiquicamente.

Mais adiante, no texto *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia*, Freud (1895c [2006]) investiga as manifestações corporais presentes em um ataque de angústia, classificando-as em respiratórias, cardíacas, vasomotrices e glandulares. Uma pessoa acometida por uma forte crise de angústia pode sofrer de taquicardia, palpitações, arritmia, falta de ar, sudorese excessiva, vertigem, diarreias e, em casos extremos, paralisias. Essas perturbações corporais podem aparecer isoladamente ou em conjunto (FREUD, 1895c [2006]).

Apesar de continuar sustentando a hipótese de que a angústia seria causada pelo recalque de uma energia sexual não descarregada, Freud propõe (1916 [2006]) dois tipos de angústia: a angústia realística e a angústia neurótica. A angústia realística seria uma reação do eu frente à percepção de um perigo externo, como um sinal para empreender a fuga. Na angústia neurótica, o eu faz uma tentativa de fuga da exigência feita por sua libido, tratando este perigo interno como se fosse um perigo externo. Tanto a angústia realística, associada a um perigo real, quanto a angústia neurótica, proveniente de um perigo interno para o sujeito, são mantidas pela pulsão de autoconservação do eu.

Ao diferenciar angústia (*angst*), susto (*furcht*) e medo (*schreck*), o autor deixa claro que a angústia é um afeto em que se prescinde do objeto (FREUD, 1916 [2006]). Enquanto que nas fobias, a angústia está ligada a um determinado objeto, como ocorre nas fobias de animais, altura, avião, trem, escuro, etc., em que a angústia sobreviria apenas quando esses objetos assolassem a vida do sujeito. Evitar o confronto com o objeto fóbico, portanto, salvaguardaria o sujeito da angústia. O mesmo ocorre com os

neuróticos obsessivos, cujos rituais têm a função de manter afastada a angústia. Nesses casos, a formação de um sintoma substitui a angústia.

Em *Inhibición, síntoma y angustia* (1926 [2006]), Freud reformula sua teoria da angústia, invertendo a relação entre esse afeto e o recalque. A angústia deixa de ser consequência do recalque e passa a ser causa deste. Essa inversão constitui uma medida significativa na teoria da angústia, pois esta deixa de estar ligada exclusivamente a fatores econômicos (acúmulo de libido). Neste momento, a angústia surge como um sinal frente a um perigo real: o perigo da castração. É diante desta angústia que ocorre o recalque. A angústia de castração pode aparecer como uma reação à perda do objeto, à perda do amor ou ao medo de se separar de um objeto que seja valioso para o sujeito (FREUD, 1926 [2006]). É o caso, por exemplo, de algumas crianças que se angustiam ao se separarem da mãe por certo tempo. Para Freud (1926 [2006]), a angústia frente à perda não é diferente da angústia realística que o eu empreende em situações de perigo. A única ressalva é que seu conteúdo se mantém inconsciente, tornando-se consciente para o sujeito apenas por meio de uma distorção.

Considerações finais

A partir das formulações freudianas tratadas neste artigo, podemos depreender que a dor apesar de ser sentida no corpo assim como a angústia apresenta mecanismos de formação psíquicos distintos, mas que se articulam de certa forma ao sofrimento do luto e da perda de um objeto amoroso. A articulação entre essas categorias em Freud foi fundamental para nossa investigação sobre a relação entre as dores crônicas e sofrimentos na esfera amorosa para algumas mulheres. Nesse sentido, concordamos com Castellanos que:

la demanda de amor ocupa en la sexualidad femenina una función incomparable en relación. Esta demanda de amor, potencialmente infinita, puede retornar bajo la forma del estrago (2009, p. 64).

O autor acrescenta:

...es un hecho indiscutible de la clínica de la fibromialgia eu el estrago en la mujer puede experimentar en el cuerpo como dolor, porque desestructura los equilibrios libidinales propios de la mujer, ya que el goce femenino no tiene la localización estable de la sexuación masculina (2009, p. 64-65).

Com base em nossos estudos, um sofrimento amoroso pode manifestar-se no corpo como uma dor crônica impossível de ser simbolizada assim como uma angústia frente ao real do amor que afeta o corpo de diversas formas, desde palpitações à sudorese excessiva. Marcando que apesar dos processos psíquicos de formação da dor e da angústia serem para todos, o que causa uma dor ou angustia um sujeito é sempre particular. Assim, uma perda amorosa que aparece no corpo como dor articula-se a história de cada um.

Sobre o artigo

Recebido: 10/10/2014

Aceito: 02/02/2015

Referências bibliográficas

- ANDRÉ, S. **O que quer uma mulher?** Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- BESSET, V. L. Inibição e Sintoma: a angústia na clínica hoje. **Psyche**, São Paulo, v. 5, p. 29-37, 2000.
- BESSET, V. L. Quem tem medo da angústia? **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. IV, n.1, p. 11-18, 2001.
- BESSET, V. L. A clínica da angústia: faces do real. In: BESSET, V. L. (Org.). **Angústia**. São Paulo, v. 1, p. 15-29, 2002.
- BESSET, V.; GASPARD, J.-L.; DOUCET, C.; VERAS M. A. S.; COHEN, R. H. Um nome para a dor: fibromialgia. **Revista Mal-estar e subjetividade**. Fortaleza, v. X, n. 4, p. 1243-1267, 2010a.
- BESSET, V.; ZANOTTI, S. V.; TENENBAUM, D.; SCHIMIDT, N.; FISHER, R.; FIGALE, V. Corpo e histeria: atualizações sobre a dor. **Polêmica Revista Eletrônica**. v. 9, n. 4, p. 35-42, 2010b.
- CASTELLANOS, S. **El dolor y los lenguajes del cuerpo**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2009.
- FREUD, S. Manuscrito E. ¿Cómo se genera la angustia? (1894) In: FREUD, S. **Obras Completas de Sigmund Freud**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2006. p. 228-234, v. I.
- FREUD, S. Estudios sobre la histeria(1895a). In: FREUD, S. **Obras Completas de Sigmund Freud**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2006, p. 1-195, v. II.
- FREUD, S. Proyecto de Psicología (1895b). In: FREUD, S. **Obras Completas de Sigmund Freud**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2006, p. 323-446, v. I.
- FREUD, S. Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia (1895c). In: FREUD, S. **Obras Completas de Sigmund Freud**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2006, p. 85-116, v. III.
- FREUD, S. Manuscrito G. Melancolía (1895d). In: FREUD, S. **Obras Completas de Sigmund Freud**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2006, p. 239-252, v. I.
- FREUD, S. Pulsiones y destinos de pulsión (1915). In: FREUD, S. **Obras Completas de Sigmund Freud**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2006, p. 105-134, v. XIV.
- FREUD, S. 25 conferencia: La angustia (1916). In: FREUD, S. **Obras Completas de Sigmund Freud**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2006, p. 357-374, v. XVI.
- FREUD, S. Duelo y melancolía (1917a). In: FREUD, S. **Obras Completas de Sigmund Freud**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2006, p. 237-255, v. XIV.

FREUD, S. 17 conferencia: El sentido de los síntomas (1917b). In: FREUD, S. **Obras Completas de Sigmund Freud**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2006, p. 235-249, v. XVI.

FREUD, S. Inibição, sintoma y angustia (1926). In: FREUD, S. **Obras Completas de Sigmund Freud**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2006, p. 76-164, v. XX.

GORI, R.; DEL VOLGO, M. J. **La santé totalitaire. Essai sur a médicalisation de l'existence**. Paris: Denoël, 2005.

GUERCI, A.; CONSIGLIERE S. Por uma antropologia da dor. Nota preliminar. **ILHA**. Florianópolis, n. 0, p. 57-72, 1999.

LACAN, J. **O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise** (1964). Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LACAN, J. A Terceira (1974). **Opção Lacaniana** n. 62, 2011.

LE BRETON, D. **Antropologie de la douleur**. Paris: Métailié, 2006.

LEITE, A. C. C.; PEREIRA, M. E. C. Sofrimento e dor no feminino. Fibromialgia: uma síndrome dolorosa. **Revista Psychê**. v.7 n.12, p. 97-106, 2003.

MARQUES, T. K., SLOMO, L. M. F. Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo “fibromialgia” e o quadro clínico “histeria” descrito por Freud no século XIX. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. v.9, n.2, p. 263-278, 2006.

MÁRQUEZ, J. O. Dor crônica, sofrimento que pode ser tratado. **ComCiência**. São Paulo: SBPC, 2007. Disponível em: <http://www.comciencia.br/comciencia/?section=8&edicao=24&id=264>
Acesso em: 05 dez. 2013.

MELZACK, R.; WALL, P. D. The psychology of pain. In: MELZACK, R.; WALL, P. D. (Org.) **The challenge of pain**. London: Penguin Books, 1999. P. 15-33.

MINATTI, S. P. O psicanalista no tratamento da dor. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundundamental**. São Paulo, v. 15, n. 4, p. 825-837, 2012.

NASIO, J-D. **A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

PIMENTA, C. A. M.; PORTNOI, A. G. Dor e cultura. In: CARVALHO, M. M. Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999, p. 159-173.

SANTOS, R. A. **Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica: uma genealogia da clínica da dor**. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR (SBED). Disponível em: <http://www.dor.org.br>. Acesso em: 21 mar. 2013.