



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**PATRÍCIA DO SOCORRO NUNES PEREIRA**

**DOR E ANGÚSTIA: UMA DISCUSSÃO PSICANALÍTICA**

**BELÉM - PARÁ**  
**2012**

**PATRÍCIA DO SOCORRO NUNES PEREIRA**

**DOR E ANGÚSTIA: UMA DISCUSSÃO PSICANALÍTICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicanálise

Orientadora: Profª. Dra. Roseane Freitas Nicolau

**BELÉM  
2012**

# **PATRÍCIA DO SOCORRO NUNES PEREIRA**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Apresentado em: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Conceito: \_\_\_\_\_

## **BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Roseane Freitas Nicolau  
Universidade Federal do Pará (UFPA)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Leônia Cavalcante Teixeira  
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira  
Universidade Federal do Pará (UFPA)

**Belém – Pará  
2012**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) Sistema de Bibliotecas  
da UFPA

---

Pereira, Patricia do Socorro Nunes, 1969-

Dor e angústia: uma discussão psicanalítica / Patricia do Socorro  
Nunes Pereira. - 2012.

Orientadora: Roseane Freitas Nicolau. Dissertação (Mestrado) -  
Universidade Federal  
do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa  
de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2012.

1. Psicanálise. 2. Dor. 3. Angústia. 4. Desejo. 5. Corpo. I.  
Título.

CDD 22. ed. 150.195

---

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2. Uma história de dor em um Centro de Referência de Assistência Social - CRAS.....</b>	<b>19</b>
2.1 Mara: na falta de amor, o encontro com a dor.....	26
<b>3. O Fenômeno da dor: uma concepção psicanalítica.....</b>	<b>28</b>
3.1 A história da dor na psicanálise: os primeiros escritos de Freud (1895-1905) .....	28
3.2. Retomada da questão da dor no trabalho de Freud (1914-1915).....	31
3.3. Dor psíquica e Dor física e sua relação com a perda do objeto.....	32
3.4. O fator econômico da dor .....	35
<b>4. Acontecimento do Corpo na Clínica Psicanalítica: neuroses atuais, histeria de conversão, fenômeno psicossomático e o fenômeno da dor.....</b>	<b>37</b>
4.1. A Constituição do corpo segundo Freud.....	37
4.2. As Neuroses atuais e a histeria de conversão.....	39
4.3. O Fenômeno psicossomático e o fenômeno da dor.....	45
<b>5. Por uma discussão sobre a Dor e a Angústia.....</b>	<b>54</b>
5.1. Angústia e Dor - de Freud a Lacan.....	54
5.2. Abuso sexual, trauma e desamparo, sua relação com a dor e a angústia.....	56
5.3. Angústia e Dor: sua relação com o gozo e o desejo - revisão e discussão...66	
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>83</b>

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Roseane Nicolau, por todo o ensinamento, incentivo e lições.

À profa. Leônia, por todas as contribuições desde a qualificação para a construção desta dissertação.

À profa. Ana Cleide, que foi a primeira a me acolher em meu desejo ao chegar à secretaria do mestrado, ainda buscando oportunidade como aluna especial.

Ao prof. Marco Aurélio, amigo e grande incentivador na vida acadêmica.

À amiga Jamile Moraes, grande companheira nos momentos difíceis da vida acadêmica e que muito contribuiu no desenvolvimento deste trabalho através de suas leituras críticas.

Às colegas do mestrado e do Grupo de Pesquisa que através de suas discussões e interlocuções contribuíram para as discussões aqui apresentadas. Especialmente à Danielle Ramos que aceitou o desafio de revisar este trabalho em tempo recorde.

À Ana Carla, pelo companheirismo e ajuda nessa trajetória.

Às minhas amigas: Djane, Mary e Ruth que entenderam minha longa ausência.

Especialmente à minha família, que sempre me apoiou e incentivou nas minhas escolhas e desejos sem a qual não teria sido possível essa conquista. À minha mãe por sempre estar ao meu lado, cuidando e incentivando na caminhada da vida. Aos meus irmãos: Keila, Cleber, Síntia e Elem. Aos meus sobrinhos: Maria Eduarda, João Lukas, Giovanna, Caio e Théo que mesmo sem entenderem muito as longas horas trancada estudando, estavam lá se fazendo presentes com seu carinho.

Dedico este trabalho à  
Manuel Luis Nunes (*in  
memorian*), tio/pai querido e  
amoroso que sempre  
incentivou e acreditou nas  
minhas escolhas.

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é investigar o fenômeno da dor física que não possui alteração orgânica que a explique. A medicina, ao não encontrar uma explicação que justifique sua existência, classifica-a como uma dor psicossomática, considerando-a como de etiologia psíquica. No entanto, procuramos demonstrar que a concepção de fenômeno psicossomático da psicanálise em muito se difere da concepção da medicina psicossomática. Nessa discussão, além do construto teórico da psicanálise, recorreremos aos fragmentos de um caso clínico atendido inicialmente no CRAS, de uma paciente que chegou à instituição demandando escuta analítica. A escuta dessa paciente nos provocou inquietações em relação às afecções circunscritas no corpo e a inserção do discurso psicanalítico na instituição social. Nossa investigação baseia-se na hipótese de que as dores sentidas no corpo da paciente estejam relacionadas ao efeito da angústia, que ao não ser representada simbolicamente pela paciente se manifestam como uma solução arcaica do psiquismo para remediar sua dor psíquica. A noção psicanalítica de corpo com sua dimensão erógena e pulsional possibilitou-nos falar da dor como resultado do rompimento da camada protetora contra estímulos por uma excitação externa de determinada área, ocasionando desprazer. As excitações vindas dessa área fluem continuamente para o aparelho psíquico, tal como ocorre com as excitações vindas do interior do aparelho. O aparelho psíquico, inundado pelo excesso de excitação, não consegue mediar tais afluxos de energia, deixando um excedente de energia não simbolizada, a qual surge como um afeto intenso e sem mediação simbólica. Assim, a dor física proveniente do afeto intenso e sem intermediação psíquica reflete a dor de um sujeito desamparado psiquicamente, emergindo como solução para o conflito neurótico, pois ao incidir no corpo, o sujeito passa a viver sem o lastro de seu sofrimento propriamente neurótico. A angústia sem representação vivida no corpo, por sua vez, significa justamente uma fuga da neurose, encontrando na “doença” uma possível saída para esta.

**Palavras-chaves:** Psicanálise. Dor. Angústia. Corpo. Clínica. Gozo. Desejo.



## ABSTRACT

The objective of this study is to investigate the phenomenon of physical pain that has no organic change that explain. The medicine, not to find an explanation that justifies its existence, classifies it as a psychosomatic pain, considering it as a psychic etiology. However, we demonstrate that the concept of psychosomatic phenomenon of psychoanalysis greatly differs from the concept of psychosomatic medicine. In this discussion, beyond the theoretical construct of psychoanalysis, we used the fragments of a case initially treated at the CRAS, a patient who came to the institution demanding analytical listening. Listening to this patient gave us concerns regarding circumscribed disorders in the body and the insertion of psychoanalytic discourse in social institution. Our research is based on the hypothesis that the pain felt in the body of the patient are related to the effect of distress, which is not to be represented symbolically by the patient manifest as a solution of the archaic psyche to remedy their psychic pain. The psychoanalytic notion of erogenous body with its size and instinctual enabled us speak of pain as a result of the disruption of the protective layer against external stimuli by an excitation of a given area, causing displeasure. The excitement coming from this area flows continuously to the psychic apparatus, as occurs with the excitations coming from inside the unit. The psychic apparatus, flooded by over-excitement, can not mediate such flows of energy, leaving a surplus of energy is not symbolized, which appears as an intense affection and without symbolic mediation. Thus, the physical pain from the intense affection and without intermediation reflects the psychic pain of a helpless subject psychically, emerging as a solution to the conflict neurotic, because the focus on the body, the person starts to live without the ballast of his neurotic suffering itself. The anguish experienced without representation in the body, in turn, means just an escape from neurosis, finding the "disease" a possible way out of this.

Keywords: Psychoanalysis. Pain. Anxiety. Body. Clinic. Joy. Desire.

## 1 INTRODUÇÃO

A partir da escuta psicanalítica e de seus subsídios teóricos, esta dissertação tem como objetivo discutir o fenômeno da dor no corpo, sem causa orgânica justificada. Para tanto, tomamos como referência a análise de um caso clínico que nos suscitou o seguinte questionamento: a dor pode ser compreendida como um possível efeito da angústia no corpo?

O interesse por essa temática deu-se a partir de um atendimento ocorrido inicialmente no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS<sup>1</sup>), local em que trabalhei como psicóloga. A paciente, a quem chamaremos de Mara, procurou atendimento no serviço de psicologia da instituição, onde era beneficiária. Ela trazia como queixa manifestações dolorosas em seu corpo, como dores de cabeça e na região pélvica, além de desmaios. Embora já tivesse sido submetida a diversos exames especializados e consultado médicos de várias especialidades, não foi encontrada nenhuma alteração orgânica que justificasse suas dores e desmaios, os quais aconteciam sempre que Mara era submetida a situações tensas e angustiantes.

A escuta inicial de Mara neste contexto institucional me causou muitos questionamentos, pois embora esta instituição esteja direcionada a prestar assistência social ao indivíduo, seria possível atender uma demanda de escuta analítica em seu âmbito? Seria possível inserir aí o discurso da psicanálise?

Mara endereçava seu sofrimento a alguém da instituição que pudesse ouvi-la. Sendo assim, ao ser escutada, algo se enlaçou, pois ela passou a trazer cada vez mais conteúdo às sessões. Causada pelos questionamentos suscitados nessa escuta – concernentes às dores e à angústia que a acometiam –, assim como subsidiada pelas discussões desenvolvidas no âmbito do Grupo de Pesquisa “Sintoma do Corpo”<sup>2</sup> (do qual eu faço parte desde 2008) e diante da demanda da paciente e do meu desejo de estudar mais sobre as afecções que acometem o corpo – somados ainda à dificuldade da escuta na instituição –, encaminhei então a paciente à Clínica-Escola de Psicologia da

---

<sup>1</sup> Instituição ligada à Fundação Papa João XXIII (FUNPAPA), fundação da prefeitura responsável por prestar assistência social através de programas do governo Federal como o Bolsa Família.

<sup>2</sup> Grupo de Pesquisa desenvolvido na Clínica-Escola de Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA) e coordenado pela professora Dr<sup>a</sup> Roseane Freitas Nicolau. Este grupo investigava, através do método psicanalítico, os mecanismos subjetivos e o modo de funcionamento psíquico implicados na manifestação sintomática do corpo para a qual não se encontra referente orgânico, objetivando, assim, responder algumas questões surgidas no campo da clínica psicanalítica.

UFPA, no intuito de dar continuidade ao seu atendimento no contexto da referida pesquisa.

O fenômeno da dor nos traz muitos questionamentos, principalmente pela sua persistência na queixa do paciente e por seu caráter incurável em alguns casos. Ademais, um fato interessante com o qual nos deparamos reside na atual e frequente referência à dor nos diagnósticos médicos, o que nos faz perguntar: porque a dor tem aparecido com tanta frequência em tais diagnósticos, especialmente quando não existe uma etiologia clínica que a explique? A dor funciona como um alerta diante de uma lesão no organismo e por isso é considerada pela medicina como sintoma. Mas quando a dor ultrapassa esta configuração e seu caráter incurável confere-lhe o estatuto de patologia isolada?

A dor está presente em algumas doenças referidas pela medicina como de caráter “psicossomático”, as quais possuem, na atualidade, terminologias diversas, tais como: artrite, artrose, enxaqueca, fibromialgia, gota, dores musculares crônicas, reumatismo, lúpus, anemia falciforme. Nessas doenças, o fenômeno da dor coloca-se como personagem principal ou, no mínimo, tem manifestação considerável. As denominações desses fenômenos, presentes nos manuais de psiquiatria (como o CID-10/1995 e o DSM-IV/1995), são diversas e encontradas na nosografia médica sob o nome de *transtorno doloroso somatoforme*<sup>3</sup>. Esse transtorno apresenta como queixa predominante uma dor persistente, intensa e angustiante, não explicável inteiramente por um processo fisiológico ou um transtorno físico.

A medicina, diferentemente da psicanálise, fundamenta seu conceito a respeito da dor a partir da definição da Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP), para a qual é tida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano presente ou potencial, e descrita em termos de tal dano.

A dor sem causa orgânica definida é concebida pela medicina como de origem psíquica, ou seja, uma dor psicossomática. Portanto, para o saber médico, tudo o que não tiver uma causa orgânica explicável (como a dor) é classificado como de origem psicológica – trata-se de uma dor sentida no corpo, mas sua origem é atribuída ao fator psíquico, daí a terminologia “*psico-somática*”. Nesses casos, seria então a “psicossomática” uma resposta ao não saber da medicina?

---

<sup>3</sup> Classificado no DSM-IV/1995 e CID-10/1995, esse transtorno é assim denominado por se apresentar no corpo e não possuir uma causa orgânica que justifique sua existência.

Segundo Besset (2002), ao se apropriar desses transtornos, a medicina descarta os aspectos subjetivos implicados na dor, tornando-os objetos de medicação e escondendo o que pode estar para além desses fenômenos – a angústia:

Circunscrita pelo discurso médico, que dela faz um sintoma, a angústia torna-se facilmente objeto de medicação. Nada mais distante, no entanto, da proposta da psicanálise. É respeitando a angústia como inerente e sinal daquilo que, do desejo e do gozo, revela-se como estranho eu, que podemos seguir na via inaugurada por Freud. Ou seja, prosseguir para além do objetivo terapêutico de alívio, apaziguamento. (BESSET, 2002, p. 15-16).

Ao discutir isso, a autora levanta o seguinte questionamento: “novos tempos para a angústia?” (BESSET, 2002, p. 15), ressaltando que muitos dos fenômenos que são categorizados como transtornos são na verdade faces de um real<sup>4</sup> que retorna no corpo. Assim, o fenômeno da dor, para a autora, resulta de um processo não simbolizado e aparece para o sujeito como face de um real, impossível de ser significado completamente e que não cessa à falação.

Para a psicanálise, as enfermidades ditas “psicossomáticas”, são concebidas como fenômenos do corpo, impossíveis de serem decifrados ou interpretados, tendo em vista não passarem pelo processo de intermediação simbólica – como bem nos antecipa Freud (1893/1996, 1894/1996, 1895/1996), ao fazer referência às “neuroses atuais”, apontando para o caráter não simbolizável dos sintomas físicos surgidos em consequência da falta de elaboração psíquica, não se dando, assim, à leitura. Lacan (1964/1998, 1966, inédito, 1974-1975, inédito) faz uso do termo *falha epistemossomática* para se referir à psicossomática. O autor usa essa terminologia para denunciar a falha no saber do indivíduo sobre o próprio corpo, seu desejo e sua história. Diante disto, considerando o caráter não simbolizável do fenômeno psicossomático, poderíamos aproximá-lo do mecanismo da angústia? Ou melhor, poderíamos pensar na dor manifestada no real do corpo como o retorno do que não foi simbolizado, ou seja, como um fenômeno próprio da angústia?

O fenômeno da dor para o campo de saber da psicanálise pode tanto ser concebido pela lógica estrutural, a exemplo da conversão histérica, como pela lógica fora do campo das estruturas subjetivas, como o fenômeno psicossomático, que se impõe no corpo de maneira a não ser passível de decifração, devido à ausência de intermediação simbólica. Sob a ótica psicanalítica, a questão que se coloca é: estando

<sup>4</sup> Real: aquilo que, para um sujeito, é expulso da realidade pela intervenção do simbólico. É o impossível, é aquilo que não pode ser simbolizado totalmente na fala ou na escrita e, por consequência, não cessa de não se escrever. (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007).

dentro ou fora do campo das estruturas subjetivas, o que está implicado na manifestação da dor? Esta questão só pode ser respondida no particular de cada caso, de acordo com a psicanálise, como bem nos aponta Freud (1912/1996) em um de seus artigos sobre a técnica.

A partir do estudo dos fenômenos que acometem o corpo sem causa definida como a dor, foi possível observar que a psicanálise é convocada onde a medicina deixa um furo. Ou seja, é pela via do sintoma orgânico, da doença física, quando a medicina diagnostica a dor do paciente como psicossomática, que, encaminhado pelo médico, este chega à análise. Conforme Nicolau (2007):

Este é o procedimento que responde a um saber sobre o corpo, coerente com o discurso médico. O efeito disso é calar o sujeito, evidenciando a função silenciadora desse discurso que se vale apenas dos elementos nele inscritos. A segunda é encaminhar os pacientes aos profissionais que atendem nos serviços de psicologia das clínicas e dos hospitais. Assim, as queixas, inicialmente endereçadas aos médicos, acabam no divã do analista ou em algum consultório de psicologia. (NICOLAU, 2007, p. 4).

Foi justamente deste modo que Mara chegou até mim e possibilitou interrogações circunscritas à temática sobre o sintoma do corpo. A partir das discussões teóricas e reflexões de outros casos estudados pelo grupo de pesquisa, foi possível observar que estes sujeitos, após percorrerem uma variedade de médicos, chegam ao consultório de psicologia/psicanálise com a expectativa de encontrar uma causa e uma cura para sua doença. Na maioria das vezes, estes sujeitos, ao serem considerados como pacientes acometidos de um “problema psicológico”, trazem consigo um discurso pronto da medicina, carregando o rótulo de “paciente psicossomático”, não se responsabilizando, assim, pelo sofrimento do qual se queixam. Wartel et al (2003, p. 13), ao falar de um paciente desta ordem, afirmam que sua fala aparece como uma sentença, em eco: “Todo mundo me diz que isso é nervoso”.

A despeito de serem nomeados pela medicina, há muito o que se esclarecer acerca desses transtornos dolorosos, principalmente, quanto aos aspectos subjetivos neles envolvidos e diante da dificuldade do campo médico em tratar os pacientes acometidos por essas afecções tidas como “doenças”. Embora muitos autores – como Assoun (1997), Berlinck (1999), Besset (2001, 2002, 2005), Delouya (1999), Guir (1988), Nasio (1993, 1997), Leite (2011), Birman (1994), Ferraz (1997, 1997), Volich (1998), Vieira (2011), Nicolau (2000, 2001, 2007, 2008, 2009), Teixeira (2006), Rabinovich (2005), Valas et al (2003) – tratem de questões relacionados ao corpo

(como a dor e a angústia), muito saber ainda precisa ser construído em torno dessas questões, especialmente no concerne à dor, pois sua manifestação mantém um caráter enigmático, tornando difícil sua apreensão e discussão. Os referidos autores serão retomados no decorrer desta dissertação.

O tema em questão é de grande relevância para a psicanálise, pois o fenômeno da dor traz consigo algo da subjetividade e das vivências de cada sujeito, o que nos faz questionar: o que a dor tem a falar sobre o sujeito? O que está implicado na manifestação do fenômeno da dor? Seriam manifestações histéricas ou fenômeno psicossomático?

Conforme nos fala Berlinck (1999), doenças como a fibromialgia<sup>5</sup> são implacáveis, espalhando-se por todo o corpo, possuindo uma íntima relação com a depressão e a angústia. Assim, o caráter de subjetividade presente nessas doenças aproxima-as de fenômenos como a angústia e de transtornos como a depressão, permitindo que a psicanálise possa contribuir para sua compreensão. Nesses casos, o que acontece, segundo o autor, é que analgésicos, antidepressivos e tranquilizantes passam a ter papel central nesses transtornos. Além disso, o consumo indiscriminado desses medicamentos impossibilita o conhecimento do que se passa com cada indivíduo, fazendo com que ele seja incapaz de produzir um saber em torno de si mesmo. (BERLINCK, 1999).

Seguindo essa discussão, Leite (2011) critica a ideia de *transtorno* referido pela psiquiatria, afirmando que esta vem evidenciar a inespecificidade de algumas manifestações corporais que, apesar de estarem relacionadas com as vivências humanas, ainda assim são incorporadas pela classificação médica, tornando-se passíveis de medicalização. Diante disso, torna-se necessário adentrarmos a concepção psicanalítica do fenômeno da dor.

Freud (1950[1895]/1996), na tentativa de compreender o mecanismo da dor a partir do ponto de vista neurológico, em *Projeto para uma psicologia científica*, a concebe a partir de um registro econômico, definido-a como resultado da ruptura de barreiras protetoras, sendo a consequência do excesso de energia que ultrapassa as resistências. Essa ruptura de barreiras deixa rastros permanentes atrás de si, exigindo, assim, a distribuição por parte do aparelho psíquico. Após dez anos, Freud

---

<sup>5</sup> Significa literalmente “dor nos músculos e nos tecidos fibrosos (ligamentos e tendões)” (BERLINCK, 1999, p. 58).

(1905b/1996) volta a se referir à dor, agora não mais apenas como um fenômeno físico, mas também como resultado da influência do psiquismo.

Ele observa que a intensidade da dor de produções psíquicas, é violenta e tão real quanto a que aparece como resultado de fenômenos físicos. Em consequência disso, e da falta de comprovação científica, o paciente acometido de dor não associada a uma causa orgânica que a explique, tal qual a histérica do tempo de Freud, sofre o descrédito quanto à veracidade de sua doença: “Os leigos [...] costumam ter pouco respeito pelas dores decorrentes da imaginação, em contraste com as que são causadas por lesões, doenças ou inflamações” (FREUD, 1905b/1996, p. 276). O autor ainda ressalta que o estado psíquico poderia não só ser responsável pela origem e manutenção de processos patológicos, como teria papel fundamental para o processo de cura – tal como o estado psíquico da expectativa poderia mobilizar uma série de forças psíquicas, eficazes para a instauração e cura das doenças físicas. Ou seja, o estado emocional, a expectativa angustiada ou confiante tem papel importante para o processo de adoecimento e cura.

Assim, a questão da dor trouxe questionamentos ao próprio Freud, que, na dificuldade de abordar e analisar este assunto, chegou a adiar, em alguns momentos, suas investigações. A explicação sobre a economia da dor parecia escapar a Freud. Porém, a dor física ressurge em sua obra em 1914, como paradigmática na explicação sobre o narcisismo. O aspecto destacado neste trabalho é a mobilidade libidinal presente na dor física. No momento seguinte, Freud (1917/2006) analisa ainda as relações entre o luto e a melancolia, sendo que a questão da dor (psíquica e física) aparece permeando tais estados.

Nestas investigações, Freud, mais uma vez esbarra na dificuldade de compreender a economia presente na dor física e psíquica. No trabalho de 1920, *Além do princípio do prazer*, o autor parece encontrar uma possível explicação para as questões referentes à dor, e nesse momento ressurge a temática do trauma em seu trabalho.

A concepção de trauma atrelado ao pulsional torna-se muito importante para os esclarecimentos sobre a dor. O autor compara as consequências econômicas do trauma às da dor física para o psiquismo, afirmando que este acarretaria uma perturbação econômica bastante significativa, enquanto a dor física, através de uma redistribuição energética promovida, se configuraria como reação ao traumático. (FREUD, 1920/2006).

Neste sentido, na dor física teríamos a reação defensiva no caráter de “domínio” da excitação traumática. Tal compreensão da economia da dor física baseia-se na afirmação freudiana de que um ferimento físico poderia proteger o psiquismo contra o desenvolvimento de uma neurose traumática. (FREUD, 1920/2006). Assim, entendemos que a dor no corpo funcionaria como medida defensiva arcaica utilizada pelo psiquismo para se defender dos efeitos devastadores do traumático.

Diante disso, a convocação do corpo se apresentaria como meio de defesa do psiquismo, operando a dor como representante de um excesso que está para além do princípio do prazer. Em *O seminário, livro 7*, Lacan (1959-1960/2009) denomina de campo do gozo o que Freud chamou de masoquismo, o que está para além do princípio do prazer, estando implicado no gozo dor e prazer. Ele observa ainda que o campo do gozo é aberto quando se interdita algo. Quanto mais se interdita, mais se goza, pois se goza na transgressão da lei, da lei que organiza a civilização e da lei humana. O gozo instaurado como impossível constitui o sujeito do desejo. A lei, assim como interdita o gozo, aponta a transgressão como um lugar de gozo.

Contudo, no texto *Inibição, sintoma e angústia*, Freud (1926a/1996) retoma a discussão, afirmando que a dor, quando ocasionada pela perda do objeto amado, manifesta-se na mesma intensidade de uma dor vivenciada na parte danificada do corpo. Avança dizendo que a angústia se faz acompanhar de sensações físicas, mais ou menos definidas, que podem ser referidas a órgãos específicos do corpo. Desse modo, a angústia relacionada a reações físicas volta a aparecer nos seus escritos, e, ao articulá-la à dor surgida pela perda do objeto, o autor lança-se à discussão sobre a angústia enquanto permeando o surgimento da dor física – objeto de discussão desse trabalho.

Considerando o exposto, vê-se que a psicanálise, diferenciando-se da concepção médica, visa escutar e implicar o sujeito com seu sofrimento, concebendo-o de maneira singular, ao considera-lo como portador de um corpo que está para além da constituição anatômica. Para este campo de saber, o sujeito sofre a incidência da pulsão, uma vez que deixa de ser apenas um “pedaço de carne” para ser possuidor de um corpo erógeno. Dessa maneira, a concepção de corpo para a psicanálise servirá para discutir a seguinte questão norteadora deste trabalho, já supracitada: seria possível pensar na dor como uma resposta ao que não foi representado, isto é, como um efeito próprio do mecanismo da angústia?

A fim de sustentar a discussão sobre a questão proposta, retomaremos os textos freudianos sobre a dor e sua relação com a angústia, além dos textos de Lacan que



tratam da angústia, do gozo e do desejo, assim como os autores já referidos que se debruçam sobre a temática do corpo. Assim sendo, este estudo inicia seu percurso apresentando como primeiro capítulo **Uma história de dor em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)**, no qual apresentamos o fragmento clínico acompanhado da contextualização da instituição social onde se deu a primeira parte do atendimento. Iniciamos com essa discussão devido aos questionamentos suscitados quanto à prática da psicanálise na instituição social, discutindo as implicações do discurso da psicanálise na instituição, levando em consideração os outros discursos que a permeiam, de acordo com a teoria de Jacques Lacan (1969-1970/1992) sobre os discursos. A partir daí o fragmento clínico é retomado ao longo da dissertação, em uma articulação com a teoria psicanalítica.

No segundo capítulo, intitulado **O fenômeno da dor: uma concepção psicanalítica**, abordamos a história da dor na psicanálise, partindo dos primeiros escritos de Freud (de 1895 a 1905), dando sequência com o retorno da temática no seu trabalho no período de 1914 a 1917. Abordamos ainda a concepção de dor psíquica e dor física e sua relação com a perda do objeto, além do fator econômico da dor. Neste capítulo nos propomos então a discutir sobre a dor acompanhando o percurso freudiano, buscando entender não apenas sua concepção de dor, mas também seguir sua linha de raciocínio e suas formulações (e reformulações) no decorrer do tempo.

Já no terceiro capítulo, **Acontecimento do Corpo na Clínica Psicanalítica**, percorremos os textos de Freud onde ele aborda o corpo e suas manifestações clínicas: as neuroses atuais, as psiconeuroses, assim como as formulações de Lacan sobre o fenômeno psicossomático, este último assemelhado por muitos autores pós-freudianos – como Birman (2010), Ferraz (1997) e Volich (1997) – àquilo que Freud chamou de “neuroses atuais”.

Por fim, no quarto e último capítulo, **Por uma discussão sobre a dor e a angústia**, abordamos as concepções freudianas e lacanianas sobre a angústia, abuso sexual, trauma e desamparo e sua relação com a constituição da dor, assim como a noção lacaniana de gozo e desejo contida em *O seminário, livro 10*. Neste capítulo buscamos discutir algumas questões que norteiam o surgimento e a manutenção da dor – como o prazer nela implicado –, além da função da dor e da angústia na constituição do gozo e do desejo.

Tendo em vista que o fenômeno da dor é algo complexo e nos causa questionamentos quanto ao seu mecanismo, origem e permanência, nos propomos, nesta

dissertação, a analisar este fenômeno considerando os fragmentos clínicos de um caso singular já brevemente citado. Vale ressaltar que este estudo não visa esgotar o complexo tema da dor e dos acontecimentos do corpo, mas pretende tão somente fomentar discussões em torno deste fenômeno que acometeu a paciente em questão.

## 2 UMA HISTÓRIA DE DOR EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS)

O atendimento da paciente Mara se deu inicialmente no contexto de uma instituição, fora, portanto, do consultório particular. Para Alberti (2008), o atendimento psicanalítico, quando ocorre em instituições, sofre invariavelmente os atravessamentos vigentes em tal instituição, motivo pelo qual se faz necessário delinear o funcionamento do CRAS e a possibilidade da prática da psicanálise na instituição social.

Uma instituição de cunho social como o CRAS tem como objetivo prestar assistência à população. A psicanálise, por sua vez, não visa o bem do sujeito e sim seu desejo. Isso gera impasses ao profissional de psicologia de orientação psicanalítica que se encontra inserido em uma instituição deste tipo. Como, então, inserir aí o discurso da psicanálise?

Freud (1919[1918]/1996) chamou a atenção da sociedade para a importância da possibilidade de tratamento analítico para os menos favorecidos, sugerindo que seu acesso fosse garantido pelo Estado. É possível observar sua preocupação com uma psicanálise voltada também para os pobres, conforme a citação abaixo:

[...] é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quanto o tem agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados [...]. Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres. (FREUD, 1919[1918]/1996, p. 180).

Embora tenha sido prevista há quase um século pelo autor, só recentemente a assistência psicológica foi incluída no rol das necessidades da classe menos favorecida, a qual hoje pode contar com alguns programas de instituições de ensino que, através de órgãos e projetos voltados para a prática da clínica, promovem tal serviço gratuitamente; bem como com outras instituições sociais que se dedicam especificamente à saúde mental. No geral, esse tipo de atenção tem sido atrelado a programas sociais e de políticas públicas.

O indivíduo que chega a um CRAS na busca de um benefício de assistência social, em um primeiro momento é acolhido em grupo. Posteriormente, ele passa por uma entrevista individual para preenchimento da ficha com as informações necessárias para a solicitação do benefício. A partir de então, são feitos encaminhamentos para a inclusão do usuário nos programas de repasse de renda do Programa Bolsa Família (PBF) e do Benefício de Prestação Continuada (BPC) – programa para idosos de baixa renda e pessoas incapazes para o trabalho.

Os beneficiários<sup>6</sup> destes programas de repasse de renda são integrados em grupos de convivência e sócio educativos, tendo como objetivo o fortalecimento dos grupos sociais, além do incentivo a atividades individuais geradoras de renda e do fortalecimento dos vínculos familiares.

As atividades desenvolvidas na instituição são de responsabilidade da equipe técnica, composta principalmente por psicólogos, assistentes sociais, pedagogos e educadores. Outras situações, como as que envolvem violação de direitos e problemas relacionados com a justiça (como o ato infracional, a violência doméstica, etc.), são encaminhados para os Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) que são responsáveis pela Proteção Especializada<sup>7</sup>.

Porém, as dificuldades dos usuários vão além dos problemas sociais relacionados à pobreza. E quando essas dificuldades estão relacionadas a questões de ordem subjetiva, emocionais?

Diante de tais demandas, o usuário é encaminhado ao psicólogo para ser escutado. Mas o profissional deve cumprir prioritariamente as atividades que lhe são atribuídas no Manual de Referências Técnicas para a atuação do psicólogo no CRAS/SUAS, que estabelece atividades em grupo e só permite atendimento individual em raros casos e com frequência pré-definida. O objetivo desses atendimentos é avaliar a necessidade para fins de encaminhamento à outra instituição que ofereça atendimento psicológico sem que isso ocasione seu desligamento do CRAS. (CREPOP, 2007).

O Manual define que a psicologia deve priorizar a construção de práticas que estejam comprometidas com a transformação social, ou seja, estabelece que, com vistas a prevenir o risco social, o psicólogo atenda o indivíduo e sua respectiva família

---

<sup>6</sup> Termo utilizado para designar as pessoas inseridas nos programas do CRAS.

<sup>7</sup> Proteção Especializada é a assistência aos casos em que já houve violação de direitos, rompimento de vínculos familiares e problemas com a justiça. Os CREAS atuam em parceria com a justiça e são responsáveis pelo cumprimento de medidas sócio educativas.

em situação de vulnerabilidade. (CREPOP, 2007). Embora esteja descrito neste manual que a escuta do psicólogo seja diferente da escuta do assistente social, é proposto que o psicólogo rompa com os dispositivos clínicos do consultório:

[...] a atenção acerca do significado social da profissão e da direção da intervenção da Psicologia na sociedade, apontando para novos dispositivos que rompam com o privativo da clínica, mas não com a formação da Psicologia, que traz, em sua essência, referenciais teórico-técnicos de valorização do outro, aspectos de intervenção e escuta comprometida com o processo de superação e de promoção da pessoa. (CREPOP, 2007, p. 29).

Como podemos observar, a atuação do psicólogo nas políticas públicas de assistência é prevista no âmbito estritamente social, intervindo somente nos programas, serviços e projetos.

Assim, o indivíduo e sua família constituem o público-alvo a receber proteção social do Estado. Partindo daí, o CRAS, através de serviços sociais e assistenciais, assegura o acesso aos direitos sociais essenciais à família, com o objetivo de inseri-las neste contexto assistencial, respeitando seus valores, sua cultura e sua história.

O trabalho multidisciplinar nesta instituição serve para o atendimento da família em sua totalidade, com o fortalecimento dos direitos de cidadania e dos vínculos afetivos. Assim, as famílias recebem proteção social por parte do Estado, mas na condição de sujeito de direitos. Entretanto, em muitas situações, essas ações não são suficientes, exigindo que o profissional de psicologia venha “[...] intervir diretamente numa demanda de caráter subjetivo que teima em aparecer no espaço do CRAS” (MARIANO, 2011, p. 209). Desta forma, em relação à demanda para a escuta subjetiva no CRAS, Scarparo e Poli observam:

O quanto esse ‘indivíduo’ pode ser ainda considerado como ‘sujeito’ – tal como a psicanálise propõe – é algo que se mantém fortemente em questão. [...] a possibilidade de reconhecer um sujeito vai além da legitimação de um ‘indivíduo de direitos’. Implica dar lugar a uma via singular àquele que, assujeitado à sua história e contexto social, busca encontrar uma via de reconhecimento e expressão de uma palavra própria. (SCARPARO; POLI 2009, p. 137).

Assim, conforme já mencionado, no espaço social, existe mais que um indivíduo de direitos sociais, podendo surgir o sujeito com uma história de vida e com questões psíquicas que precisam ser escutadas. É então na demanda que o sujeito faz à instituição que o psicanalista pode oferecer escuta e possibilitar o surgimento do inconsciente, bem

como a responsabilização do sujeito pelo seu desejo. Mas como fazer isso em meio outros discursos?

A teoria dos discursos, na qual Lacan identifica as modalidades de laço social, pode nos auxiliar a analisar a prática da psicanálise na instituição social. Os discursos são: o discurso do mestre, da histórica, da universidade e do analista. Partindo do pressuposto de que na instituição vigora o discurso do mestre, e que buscamos inserir o discurso do analista na instituição, nos detemos nos discursos do mestre e do analista.

As quatro variações discursivas são determinadas pela composição de quatro elementos, que são os significantes  $S_1$  (significante mestre) e  $S_2$  (o saber, a cadeia de significantes),  $\$$  (sujeito barrado) e o objeto  $a$  (a mais-valia ou mais-de-gozar), distribuídos em quatro lugares, definidos como: o agente, o outro, a verdade e a produção – representados da seguinte maneira:



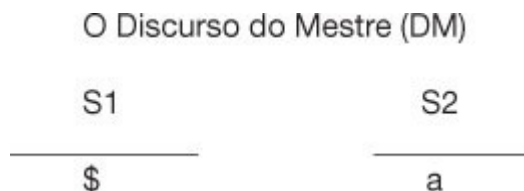
Esses lugares poderão ser ocupados pelos quatro elementos e essa posição irá definir cada um dos discursos. Um quarto de giro provoca uma mudança no discurso e um movimento que ocorre no sentido horário, conforme representado abaixo:



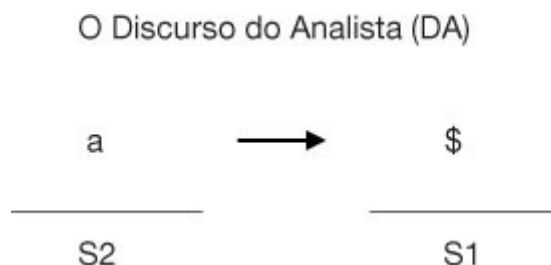
O agente é o que domina e determina cada discurso, existindo diversas maneiras de se portar enquanto agente, como:  $S_1$  e  $S_2$ ,  $\$$  e o objeto  $a$ . Essa posição provocará um efeito na cadeia discursiva, definindo, assim, um dos quatro discursos. (LACAN, 1969-1970/1992).

No discurso do mestre, fundamentado na lógica hegeliana do Senhor e do Escravo, o  $S_1$  é o agente e ocupa o lugar dominante de Senhor e mestre que, por conseguinte, vai exigir que o Outro ( $S_2$ ) trabalhe e assim produza algo ( $a$ ), um resto impossível de ser inscrito no simbólico. Nesse discurso, embora o mestre ordene, ele de fato necessita do saber do escravo, pois é este quem sabe, e sabe mais ainda que o

mestre, a quem cabe fazer somente um esforço: dar uma ordem. Para o mestre só importa que as coisas funcionem, não importa como e nem por que. (LACAN, 1969-1970/1992). Abaixo a representação do discurso do mestre:



Como nos mostra Lacan (1969-1970/1992), o mestre está sustentado por uma verdade, uma verdade que está oculta. Esta verdade (\$) diz respeito à própria castração do mestre, que precisa do saber do escravo para poder produzir. O que o discurso do mestre produz é o *a*, que para o escravo é o mais-de-gozar, um gozo que ele produz apenas para satisfazer o mestre. Na posição de mestre, o agente sempre trata o outro como escravo, exercendo seu poder sobre ele para fazê-lo produzir gozo. Mas qual a posição do analista no discurso? O discurso do analista é representado da seguinte forma:



No discurso do analista, o analista ocupa a posição de agente como *a*. Esta posição no discurso como objeto *a* revela um efeito de rechaço, de resto da operação da linguagem. Nesse discurso o analista é causa de desejo. Desta forma, o analista, ao fazer semblante e não responder para o paciente, vai abrir a possibilidade de o sujeito produzir encadeamento e construir um saber sobre sua verdade. Embora nos outros discursos exista o *a* em sua formulação, é somente no discurso do analista que ele estará numa posição privilegiada, como agenciador. Segundo o autor, a posição do analista deve estar no polo oposto à vontade de dominar, pois ele “[...] se faz causa de desejo do analisante” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 39)

O discurso do analista é o único em que o lugar de agente é ocupado pelo objeto, ou seja: no lugar do analista não há pretensão de sujeito. Assim, é na proposta de silêncio do agente do discurso que incidirá o caráter subversivo do discurso do analista. Outra característica desse discurso é o fato de ser o único a tratar o outro como sujeito (\$), possibilitando que manifeste sua singularidade, seu  $S_1$ , produto do discurso do analista. O sujeito (\$), no discurso do analista, é um sujeito ativo, inventivo, um sujeito que trabalha.

O  $S_2$  está na posição da verdade e abaixo da barra do agente, antecipando que a verdade desse discurso está num saber do analista – trata-se de uma verdade não completa, uma meia verdade. Ainda no lugar de  $S_2$ , observamos que o outro supõe que o agente possui um saber sobre ele, e é isso que vai garantir que o discurso possa se estabelecer. O analista, no lugar de agente do discurso, opera como objeto e não faz uso do saber para exercer domínio sobre o outro, não dominando o outro nem pelo saber nem pelo poder, como acontece no discurso do mestre. Assim, essa relação só pode se dar pela transferência.

Na instituição, a psicanálise se insere de modo subversivo ao discurso do mestre vigente, o qual coloca o sujeito como objeto de tutela e o aborda de forma autoritária, acreditando, assim, possuir um saber *a priori* sobre ele. O saber inconsciente do sujeito não pode ser transmitido pelo Outro, como pretende esse discurso que coloca o sujeito numa posição passiva, numa condição de mero receptor de conhecimento (BESSET, 2005). Desta forma, “ao recusar o lugar de quem sabe sobre o sujeito e aquilo que o causa, o analista abre a via de um percurso” (BESSET, 2001, p. 161).

A presença da psicanálise nas instituições depende muito mais da posição ética de quem faz valer o exercício desta orientação. Com a presença de um psicólogo atravessado pelos pressupostos da psicanálise lacaniana é possível apostar na contingência como um saber particular de cada sujeito frente aos desafios impostos pela vida. (DUPIM, 2009).

Deste modo, a psicanálise na instituição só se dá quando o psicanalista, enquanto agente, se dirige ao sujeito para colocá-lo a trabalhar e produzir seus próprios significantes mestres. Ao se ver impelido em direção a essa produção, o sujeito “[...] (ALBERTI, 2010, p. 20).

Alberti (2010) questiona a prática da psicanálise em uma instituição de assistência social, afirmando que não há garantias de que, mesmo os colegas “psi” que se utilizam da psicanálise como norteadora de seu trabalho, assim o façam com ética ou tenham se



submetido à análise pessoal. Segundo Alberti (2010, p. 23), é imprescindível a prática da psicanálise para uma nova abordagem, “[...] a questão então que se coloca é: como transmitir isso sem que os outros colegas da equipe tenham sido ou sejam analisantes?”. A autora ressalta, ainda, a prática da psicanálise como condição essencial, pois a psicanálise é uma teoria atrelada à prática, é uma teoria da clínica, surgida das questões da clínica e a ela retorna. (ALBERTI, 2010).

Assim, o psicanalista que atua no CRAS pode intervir possibilitando, na medida do possível, o aparecimento do sujeito “[...] para além do sujeito de direitos, e ajudá-lo a poder responsabilizar-se por aquilo que lhe provoca tanto sofrimento” (MARIANO, 2011, p. 234).

Sobre a presença desse discurso nas instituições, Dupim (2011) chamam atenção para o limite esbarrado nos atravessamentos institucionais, impossibilitando, muitas vezes, fazer circular discursos que provoquem outro modo de funcionar. Nesse sentido, é necessário ressaltar que a prática da psicanálise em uma instituição social como o CRAS, não é capaz de promover intervenções nos moldes psicanalíticos do consultório privado. Mas, considerando-se que a escuta e as intervenções analíticas podem ocorrer em qualquer espaço – desde que pautados na ética psicanalítica e na escuta singular de cada sujeito –, tais intervenções na instituição podem causar o desejo de saber do sujeito e possibilitar que ele discorra a cadeia de significantes. Em consequência disso, o sujeito pode então se responsabilizar e mudar de posição diante de seu sofrimento.

Parece-nos que, em uma instituição como essa, a atuação do profissional é possível graças ao desejo do analista, que, subvertendo as normas previstas no Manual de Referências Técnicas para a atuação do psicólogo no CRAS/SUAS, pode sustentar a análise e se empenhar em ouvir o sujeito em sua necessidade, a qual, conforme já visto, vai muito além de um programa de repasse de renda. Assim, o desejo do analista, fundamental para o exercício da psicanálise, é o que permite sua prática nos mais diversos contextos, podendo provocar, com isso, um giro no discurso vigente na instituição e nela tornar possível a inserção do discurso do analista.

Conforme mencionado anteriormente, foi nesse contexto institucional que a paciente foi primeiramente atendida. Mara, ao demandar uma escuta à instituição, endereçava seu sofrimento a alguém que, representando essa instituição, pudesse ouvi-la. Acolhida em sua demanda, algo na paciente se enlaçou, pois, em várias sessões, Mara trouxe consigo cada vez mais conteúdo a ser ouvido, além de suas inúmeras queixas sobre dor. A escuta da paciente possibilitou perceber o quanto ela necessitava

falar de seu sofrimento, como uma tentativa de amenizar o indizível que a dominava: a angústia.

Causada pelo conteúdo trazido pela paciente, muitos questionamentos me suscitaram, principalmente quanto à angústia e às dores que a acometiam. Movida por esses questionamentos e pelas discussões do grupo de pesquisa, surgiu o desejo de estudar mais sobre as afecções que acometem o corpo. Diante do interesse de estudar sobre a temática, e na dificuldade de dar continuidade à escuta na instituição, encaminhei a paciente para a Clínica-Escola de Psicologia da Universidade Federal do Pará, para dar prosseguimento ao seu atendimento no contexto da referida pesquisa. Eis, então, um pouco da história e das queixas da paciente.

## 2.1 MARA: NA FALTA DE AMOR, O ENCONTRO COM A DOR

*O que será que me dá  
E que me aperta o peito e me faz confessar  
O que não tem mais jeito de dissimular  
O que não tem remédio, nem nunca terá  
O que não tem descanso, nem nunca terá*

*Chico Buarque (Flor da pele)*

Mara chega ao CRAS trazendo como queixa sintomas físicos diversos: dor de cabeça e na região pélvica, tremores, tonturas e desmaios. Chorosa, relata sentir-se nervosa, triste e decepcionada com a mãe biológica por ter esquecido seu aniversário. Associa grande parte de suas sensações físicas a episódios de sua vida, especialmente aos que se referem à relação com sua mãe e ao abuso sexual sofrido na infância. Mara é casada, tem 29 anos de idade e dois filhos: um menino de 10 anos, de um relacionamento anterior, que vive com a avó dela; e uma menina de oito anos, portadora de deficiência física, fruto do atual casamento, e que vive com Mara e o marido.

Em decorrência da separação dos pais, Mara foi criada pela avó materna que a explorava e a agredia física e verbalmente, delegando a ela duras tarefas domésticas, como cuidar da casa e dos irmãos. A paciente relata que a avó só se dirigia a ela para cobrar o bom cumprimento dessas atividades, não lhe demonstrando qualquer atitude de afeto. No texto, *À guisa de uma introdução ao narcisismo*, Freud (1914/2004, p. 106) aponta para a importância do amar e ser amado, dizendo que, assim como “um forte egoísmo protege contra o adoecimento”, também podemos adoecer se não pudermos amar e ser amados.

---

Posteriormente, Freud (1926a/1996) aponta para a origem da angústia, a reação diante de uma situação de perigo ou traumática, observando que a angústia se faz acompanhar de sensações físicas mais ou menos definidas que podem ser referidas a órgãos específicos do corpo. Conclui que a angústia “[...] é um estado especial de desprazer com atos de descarga ao longo de suas trilhas específicas” (FREUD, 1926a/1996, p. 132). No caso de Mara, o afeto, ao não ter encontrado um lugar no Outro, parece denotar “a ausência do objeto amado ou de seu amor” (BESSET, 2002, p.208), deixando-a na infelicidade do desamparo, diante do “que não tem mais jeito de dissimular... não tem remédio nem nunca terá” da angústia, conforme anuncia o artista.

Freud (1926b/1996) também afirma que a dor, quando ocasionada pela perda do objeto amado, manifesta-se na mesma intensidade de uma dor vivenciada na parte danificada do corpo. Mara ama, porém se ressentente com a ausência de amor. Seria esse ressentimento, não simbolizado, que se manifesta no real de seu corpo através das dores?

Para compreendermos as manifestações do corpo na clínica psicanalítica, é necessário adentrarmos nas formulações freudianas acerca do corpo.

### 3 O FENÔMENO DA DOR: UMA CONCEPÇÃO PSICANALÍTICA

*“Todo mundo é capaz de dominar uma dor,  
exceto quem a sente”*

*William Shakespeare*

Mara, já casada, conforme citado anteriormente, passou a sentir dores na região pélvica, tanto durante a relação sexual, quanto fora dela. Além disso, relata dores intensas na cabeça e desmaios. Sobre as dores na região pélvica, embora tenha sido submetida a diversos exames e avaliação ginecológica, não foi detectada nenhuma alteração orgânica, assim como não foi encontrado nada que justificasse as dores de cabeça e desmaios.

#### 3.1 A HISTÓRIA DA DOR NA PSICANÁLISE: OS PRIMEIROS ESCRITOS DE FREUD (1895-1905)

Freud (1950[1895]/1996), na tentativa de compreender o fenômeno da dor, em *O projeto para uma psicologia científica*, concebe-a a partir de um registro econômico, definido-a como resultado da ruptura de barreiras protetoras. Para ele, a dor seria consequência de um excesso de energia que, por ultrapassar essas barreiras, deixaria rastros permanentes atrás de si, exigindo, assim, a distribuição por parte do aparelho psíquico.

O autor parte de uma abordagem quantitativa, de excesso, na qual a dor consiste numa irrupção excessiva de quantidade de energia. Trata-se de uma experiência que deixa um trilhamento, uma memória neuronal, visto que:

como resultado da experiência de dor, a imagem mnêmica do objeto hostil adquiriu uma facilitação excelente para esses neurônios – chave, em virtude da qual [...] se libera então desprazer no afeto ...]. A dor deixa atrás de si facilitações abundantes. (FREUD, 1950[1895]/1996, p. 373).

Tal facilitação favorece os mecanismos de dor e repetição, levando a pensar que os acontecimentos da vida mental tendem a percorrer um caminho já trilhado, evitando aqueles ainda não percorridos, o que traria então maior resistência.

Ainda no referido artigo, o autor assinala a oposição da experiência de dor à experiência de satisfação. Na experiência de dor é a qualidade do afeto que possibilita a

distinção entre dor e desprazer. Garcia-Roza (2004) observa que a dor, tal como descrita no *Projeto*, além da *quantidade*, possui uma *qualidade* produzida pelo sentimento de desprazer. Assim como ocorre na vivência de satisfação, na vivência da dor a imagem do objeto hostil é reinvestida, surgindo o estado de desprazer acompanhado de uma tendência à descarga. O resultado não é propriamente a dor, mas algo semelhante, que Freud denominou de afeto. Assim, a dor produz um aumento de tensão, sentida como desprazer, uma tendência à descarga e uma facilitação entre esta tendência e a imagem do objeto que provocou a dor. Se a imagem do objeto hostil for reinvestida, o efeito não será mais a dor, mas um afeto acompanhado de desprazer. Ou seja, o afeto designa a reprodução de uma vivência de dor, implicando em desprazer e não em dor. (GARCIA-ROZA, 2004)

É importante salientar que a diferenciação fundamental empreendida por Freud entre o fenômeno da dor e o desprazer envolve toda uma discussão sobre a qualidade na vivência da dor. A oposição da vivência de satisfação à vivência de dor, não é uma oposição entre prazer-desprazer, mas entre o princípio de desprazer-prazer e a dor. Segundo Garcia-Roza (2004), a dor não é o oposto do prazer, o oposto do prazer é o desprazer. Ambos estão referidos à organização do aparelho psíquico, sobretudo quando o diferencial prazer/desprazer se constitui como princípio de prazer/desprazer.

Delouya (1999), fazendo referência à descrição freudiana da dor no *Projeto*, observa que a dor é colocada numa posição paradoxal entre um excesso transbordante e um outro contrário, de evasão; entre a ameaça de desmanche e uma exasperada tentativa de ligação; entre o psíquico e o somático. Observa que, desde então, Freud já vinha falando da dor como um afeto, o qual, ao não encontrar um trilhamento específico pelas vias motoras, é secretado ou “despejado” para dentro do aparelho psíquico, sendo, desta forma, a dor equiparada à pulsão. A vivência de dor que aparece neste texto freudiano de 1895, em oposição à experiência de satisfação, revela a origem da massa sensorial que inaugura o psiquismo humano, adquirindo as feições de dor-pulsão.

Nessa direção, verifica-se que, somente dez anos depois do *Projeto*, em 1905, Freud volta a se referir à dor, agora não apenas como um fenômeno físico, mas também como resultado da influência do psiquismo:

Ao formar um juízo sobre as dores, que se costuma considerar como fenômenos físicos, em geral cabe levar em conta sua claríssima dependência das condições anímicas. Os leigos, que de bom grado reúnem tais influências anímicas sob o nome de ‘imaginação’, costumam ter pouco respeito pelas dores decorrentes da imaginação, em contraste com as que são causadas por

lesões, doenças ou inflamações. Mas isso é evidentemente injusto: qualquer que seja sua causa, inclusive imaginação, as dores em si nem por isso são menos reais ou menos violentas. (FREUD, 1905b/1996, p. 276).

Assim, conforme ressalta o autor, a intensidade da dor é a mesma, não importando se sua origem é psíquica ou física. Ele observa, ainda, que o fato de direcionar ou não a atenção para o fenômeno doloroso, resulta na sua manutenção ou desaparecimento, como afirma neste trecho: “[...] Assim como as dores são produzidas ou intensificadas em se voltando a atenção para elas, também desaparecem pelo desvio da atenção” (FREUD, 1905b/1996, p. 276).

Nesse sentido, o estado psíquico poderia não só ser responsável pela origem e manutenção de processos patológicos, como teria papel fundamental para o processo de cura. Desse modo, o estado psíquico da expectativa poderia mobilizar uma série de forças psíquicas eficazes para a instauração e a cura das doenças físicas:

[...] a expectativa **angustiada** por certo não deixa de influenciar o resultado; seria importante saber com certeza se ela contribui tanto para o adoecimento quanto se acredita, se é verdade, por exemplo, que em meio a uma epidemia correm maior perigo aqueles que têm medo de adoecer. O estado inverso – a **expectativa confiante** e esperançosa – é uma força atuante com que temos de contar, a rigor, em todas as nossas tentativas de tratamento e cura. (FREUD, 1905b/1996, p. 276, grifo nosso)

O estado emocional, a expectativa angustiada ou confiante tem, portanto, papel importante para o processo de adoecimento e cura. Assim, a dor surge como uma forma de expressão de desconforto, mas também como um modo de arranjo defensivo do psiquismo diante da angústia. A dor, ao mesmo tempo que incomoda, apazigua; sinaliza um desarranjo ou o encobre. (FREUD, 1926b/1996).

Segundo Nasio (2008), existem dores que, embora se manifestem em uma parte específica do corpo, resultam de alguma desordem psíquica, assim como aquelas que surgem no psiquismo e permanecem no psíquico. A dor, física ou psíquica, é sempre um fenômeno de limite, ela emerge sempre no nível de um limite impreciso entre o corpo e a psique, entre o eu e o outro. Assim, do ponto de vista psicanalítico, não existe diferença entre dor física e dor psíquica, ou, especificamente, entre a emoção dolorosa e a dor psíquica propriamente dita.

### 3.2 RETOMADA DA QUESTÃO DA DOR NO TRABALHO DE FREUD (1914-1915)

Situamos o retorno de Freud à problemática da dor, em sua obra, no texto *À guisa de uma introdução ao narcisismo*. Neste trabalho, Freud (1914/2004) coloca a dor como paradigmática do narcisismo, dada a dificuldade de investigar seu processo de forma direta. Objetivando avaliar a distribuição da libido nos casos em que a dor aparece como central ele considera que uma pessoa acometida de dor não se interessa pelas coisas ao seu redor. Com relação aos objetos amorosos, também há a retirada do interesse libidinal, pressupondo-se que, durante a vivência de dor, o sujeito deixa de amar. Quanto à economia libidinal nesse estado, Freud (1914/2004, p. 103) ainda observa: “o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio eu, e as põe para fora novamente quando se recupera”.

A partir de tal passagem do texto de Freud, podemos estender essa concepção ao sujeito acometido de dor física, no qual observamos certa apatia e indiferença em relação aos acontecimentos do mundo externo, ficando evidente que nada lhe desperta interesse, além das situações que envolvem seu sofrimento e sua dor. Esta concepção pode nos dar também uma compreensão sobre a dificuldade do sujeito em sair de sua condição de dor, resistindo a reinvestir a libido no mundo exterior.

Em *O recalque*, Freud (1915/2004) recorre à dor física na tentativa de indicar as situações pulsionais como determinantes para o recalque. Considerando que ela tivesse alguma semelhança com a pulsão, chega a descrever a dor física como um estímulo externo que se torna interno, apresentando-se, assim, como uma fonte de excitação constante, que provoca aumento de tensão e que se revela tão imperativa quanto a pulsão. Devido a essas características, chega a descrevê-la como uma pseudo-pulsão. Naquele momento, parece que tais esclarecimentos não foram de muita importância para Freud, que, empenhado em compreender os mecanismos do recalque, não se aprofundou nessa direção, abandonando-a para dedicar-se à investigação de outros processos que trouxessem resultados mais esclarecedores para a sua pesquisa sobre o mecanismo do recalque.

Em *Pulsões e destinos da pulsão*, Freud (1915/2004) apresenta uma formulação da dor vinculada ao prazer no masoquismo e no sadismo. Afirma que a psicanálise nos mostra que o infligir dor (física) e provocar sofrimento psíquico (humilhação) não desempenha nenhum papel nas metas originais da pulsão. Contudo,

uma vez estabelecida a transformação em masoquismo, a dor presta-se muito bem a produzir a finalidade masoquista passiva. Sobre isso, Freud (1915/2004, p. 153) diz que “Temos boas razões para supor que as sensações de dor, bem como as outras sensações de desprazer, transbordam para a excitação sexual e produzem um estado prazeroso, em nome do qual o desprazer da dor também pode ser aceito”.

Desta maneira, quando o sentir dor se torna uma finalidade masoquista, também a meta sádica de causar dor pode surgir retrospectivamente. No entanto, o autor enfatiza que, ao infligirmos dores nos outros, nós mesmos nos identificamos com o objeto que sofre e podemos desfrutá-las de modo masoquista. Portanto, em ambos os casos, sadismo e masoquismo, não é a dor que é fruída, mas a excitação sexual concomitante. Por esta razão, sentir prazer com a dor seria inicialmente uma meta masoquista, mas o comprazer-se com a dor do outro se tornaria uma meta pulsional do sádico. (FREUD, 1915/2004).

### 3.3 DOR PSÍQUICA E DOR FÍSICA E SUA RELAÇÃO COM A PERDA DO OBJETO

Embora, no decorrer dos trabalhos citados, Freud já venha esboçando algo sobre o assunto, situamos que a dor psíquica surge, de fato, nas concepções freudianas, no artigo *Luto e melancolia* de 1917, quando ele relaciona o surgimento da dor psíquica à perda do objeto de amor. Abordando a melancolia em comparação ao luto, Freud (1917/2006) sinaliza a existência de uma pré-disposição patológica para o desencadeamento da melancolia. Assim, a mesma experiência de perda do objeto de amor que faria determinadas pessoas entrar em trabalho de luto, precipitaria, naquelas com pré-disposição patológica, um estado melancólico.

Freud (1917/2006) enfatiza que o trabalho de luto exige uma disposição dolorosa devido à necessidade de abandono de uma posição libidinal. O desinvestimento do objeto que foi perdido é acompanhado de sofrimento pela dificuldade que o Eu experimenta em separar-se do objeto. Essa dificuldade dá-se também pelo sentimento de ódio investido contra esse objeto, sentimento que retorna ao Eu na melancolia. O autor observa que, na melancolia, o conflito com o objeto é revertido em um conflito no Eu, conflito este que age como uma ferida aberta, exigindo uma grande parcela de contra-investimento. (FREUD, 1917/2006).



Seguindo Freud, podemos observar que o processo resultante da melancolia inicia com uma escolha objetal, um enlaçamento libidinal por determinada pessoa. O desaparecimento dessa pessoa, por falecimento ou abandono, causa estremeção na relação com o objeto. A quota de energia investida nesse objeto, ao invés de ser retirada e reinvestida em outro objeto, ou em qualquer outra coisa, é recolhida dentro do Eu (regressão libidinal). Lá, a libido não sendo empregada em algum fim, é utilizada para produzir uma identificação do Eu com o objeto perdido. Nas palavras de Freud: “a sombra do objeto caiu sobre o próprio eu” (FREUD, 1917/2006, p. 108).

A partir dessa identificação, o Eu é julgado como se fosse o próprio objeto abandonado. A perda do objeto transforma-se na perda de aspectos do Eu, o conflito entre o Eu e a pessoa amada transforma-se em um conflito entre a crítica ao Eu e o Eu modificado por esta identificação. Assim, segundo Freud (1917/2006), nessa perda objetal há algo de inconsciente: o melancólico pode até saber *quem* ele perdeu, mas não sabe *o que* perdeu com isso.

Na melancolia, diferentemente do que ocorre no luto, existe um conflito ambivalente, em que são tecidas batalhas nas quais amor e ódio se enfrentam – um embate para desatar a libido do objeto e outro para preservar essa posição, embates esses que só podem acontecer no nível do inconsciente. É também no inconsciente que, no luto, ocorrem às tentativas de desligamento do objeto. Entretanto, a consciência não tem acesso ao processo da melancolia nem tem influência sobre a resolução do sofrimento. Observamos que o Eu se autodeprecia e se enfurece consigo mesmo, mas assim como o paciente, não sabemos o que isso acarretará. (FREUD, 1917/2006). Na medida em que se faz analogia entre o trabalho dos fenômenos da melancolia e do luto, seguindo Freud, é possível atribuir esses fenômenos à parte inconsciente do processo da melancolia:

[...] afinal, da mesma forma que o luto compele o Eu a desistir do objeto, declarando-o morto e oferecendo ao Eu o prêmio de continuar vivo, também os conflitos de ambivalência afrouxa a fixação da libido do objeto, desvalorizando-o, rebaixando-o como que matando-o a pancadas. (FREUD, 1917/2006, p. 115).

Assim, conclui Freud (1917/2006), é provável que o processo melancólico chegue ao fim no inconsciente depois de esgotada a raiva ou depois do objeto ser abandonado como sem valor. Talvez, afinal, o Eu consiga desfrutar a satisfação de considerar-se melhor que o objeto.

Freud (1926/1996), ao fazer uma relação entre a dor psíquica e a perda do objeto, afirma que, quando ocasionada pela perda do objeto amado, a dor manifesta-se na mesma intensidade de uma dor vivenciada na parte danificada do corpo. Assim, segundo sua concepção, a dor é uma reação real à perda do objeto, enquanto a angústia é uma reação ao perigo da perda de objeto.

A transição da dor física para a psíquica ocorre com a transferência da libido narcísica para libido objetal. Um objeto que esteja altamente investido libidinalmente pela necessidade pulsional, desempenha o mesmo papel que uma parte do corpo também altamente investida libidinalmente. Esse investimento contínuo e a “[...] impossibilidade de inibi-lo produzem o mesmo estado de desamparo mental [...]” (FREUD, 1926/1996, p. 166). Por conseguinte, surge um sentimento de desprazer em forma de dor, “[...] em vez de manifestar-se na forma reativa de angústia [...]” (Ibid). Essa perda pode ser então atribuída à outra reação emocional: o luto.

Nessa perspectiva, a dor, como reação afetiva, é sempre o resultado de uma brutal ou violenta perda de unidade – seja na dor física, em que se perde a harmonia e a integração equilibrada das diferentes partes do corpo; seja na dor psíquica, em que a perda se refere a um ente querido. Assim, não há diferença entre dor física ou psíquica, na medida em que ambas geram um afeto doloroso (NASIO, 2008).

Em sua teoria sobre a dor da comoção, Nasio (2008) afirma que esta irrompe no seio do Eu como um afluxo súbito e maciço de energia que submerge o psiquismo, rompendo a homeostase do sistema psíquico e abolindo, momentaneamente, o seu princípio regulador (o princípio do prazer). O Eu, transtornado, consegue perceber seu próprio transtorno, criando assim a emoção dolorosa.

O impacto deste abalo interno imprime uma imagem inconsciente. Marcada no inconsciente, a dor da comoção retornará, assumindo outras formas além da forma inicial: sob a forma de outra dor inexplicada, como uma dor psicogênica; ou, no próprio corpo, sob a forma de uma manifestação psicossomática; ou, ainda, na forma de outro afeto também opressor, como a culpa; transformada em comportamento impulsivo ou fracassado; ou até transfigurada em acontecimentos penosos e inexplicados da vida cotidiana do sujeito.

Quando se é privado da integridade do próprio corpo ou de um objeto de apego, produz-se um excesso de investimento afetivo da imagem do local lesado ou da imagem do objeto perdido. Deste modo, mais do que a simples manifestação de uma agressão, a dor física torna-se a expressão também de um esforço de defesa. (NASIO, 2008).

A dor inconsciente é a ligação de uma dor acontecida no passado a uma dor atualizada que a repete. A dor que cada um sente é uma dor que lhe pertence e que carrega o estigma mais íntimo do seu passado. Assim, toda dor atual é a repetição de uma dor passada, ou seja, cada ser tem uma dor primeira, imemorial. Uma importante relação com um acontecimento original, explica, então, não somente a dor, mas qualquer afeto. E já que toda emoção que o Eu possa experimentar no tempo atual recobre uma emoção arcaica, conclui-se que não existe, portanto, afeto novo, este é sempre fruto de uma reprodução. (NASIO, 2008)

Desta forma, a dor que Nasio (2008) define como psicogênica seria a lembrança no corpo de uma antiga dor, ou o retorno doloroso sobre uma parte específica do corpo, anteriormente marcada pela presença momentânea de uma pulsão – logo, recalçada. Segundo o autor, a dor psicogênica pode ainda ser de caráter histérico ou hipocondríaco.

#### 3.4 O FATOR ECONÔMICO DA DOR

Freud (1920/2006) refere a dor como um tipo de excitação externa que rompe a camada protetora contra estímulos de determinada área, ocasionando desprazer. As excitações provenientes dessa área fluem continuamente para o aparelho psíquico, tal como ocorre com as excitações vindas do interior do aparelho. O aparelho psíquico, inundado pelo excesso de excitação, não consegue mediar tais afluxos de energia. Assim, o excedente de energia não simbolizado surge como um afeto intenso e sem mediação psíquica.

A dor, aparecendo para o sujeito como algo intenso, avassalador, sentida no real do corpo, revela também um psiquismo fragilizado que não é capaz de simbolizar tamanha quantidade de afeto. Nessa perspectiva, podemos dizer que a dor física, decorrente desse afeto intenso e sem mediação, reflete a própria dor psíquica de um sujeito desamparado psiquicamente. Delouya (1999) ressalta que a dor nem é um sinal, nem antecipa tal como a angústia, mas é uma resposta ao esforço de ligação de um excesso no aparelho psíquico.

Em *O ego e o id* de 1923, Freud a retoma a questão da dor e seu caráter de pseudo-pulsão, assinalando que a dor se dá como *algo*, ou coisa, que brota de dentro do aparelho, atravessando-o na vertical, para se apresentar à consciência como percepção interna e externa. Assim, a dor, ao se equivarer à pulsão, faz também uma “exigência de

trabalho” ao psíquico por conta da íntima ligação que tem com o corpo, excitação essa que se origina no corpo, diante da qual ação nenhuma é capaz de provocar a fuga:

[...] a dor parece desempenhar um papel no processo, e a maneira pela qual obtemos novo conhecimento de nossos órgãos durante as doenças dolorosas constitui talvez um modelo da maneira pela qual em geral chegamos à ideia de nosso corpo (FREUD, 1923/1996, p. 39).

Portanto, sentir dor é uma representação interna do corpo, significa a constatação de um corpo constituído de órgãos, a constatação da própria existência. No artigo de 1926, Freud (1926/1996) reafirma a analogia da dor com a pulsão<sup>8</sup>, afirmando que, assim como a pulsão, a dor tem sua origem entre o soma e o psíquico, não sendo completamente somática ou psíquica. A dor, física ou psíquica, emerge, portanto, como um limite impreciso entre o corpo e a psique:

[...] O único fato do qual temos certeza é que a dor ocorre [...] como uma coisa regular sempre que um estímulo que incide na periferia irrompe através dos dispositivos do escudo protetor contra estímulos e passa a atuar como um estímulo pulsional contínuo [...]. (FREUD, 1926/1996, p. 165)

Deste modo, a dor-pulsão, ao se originar entre o corpo e o psíquico, traz consigo o caráter de limite entre psico-soma. Ou seja, assim como a pulsão, a dor é uma excitação contínua que se origina no interior do corpo. Esse estatuto pulsional da dor conferido por Freud poderia ser então responsável pela persistência da dor física, tal qual uma compulsão?

Conforme discutido, a dor surge de diversas formas na vida de cada sujeito, trazendo consigo estigmas da história mais primitiva e que pertence a cada ser de forma singular. Desse modo, parafraseamos William Shakespeare: “todo mundo é capaz de dominar a dor, exceto quem a sente”, ou seja, só o sujeito sabe da sua dor.

Para compreendermos um pouco mais sobre esse fenômeno e sobre as manifestações do corpo na clínica psicanalítica, é necessário adentrarmos nas formulações freudianas acerca do corpo.

---

<sup>8</sup>Conforme descrição feita por ele no artigo *Pulsão e os destinos da pulsão* de 1915.

#### 4 ACONTECIMENTO DO CORPO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA: AS NEUROSES ATUAIS, HISTERIA DE CONVERSÃO, FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO (FPS)

*“Meu corpo não é meu corpo, é uma ilusão de outro ser.  
Sabe a arte de esconder-me e é de tal modo  
sagaz que a mim de mim ele oculta”*

*Trecho do poema As Contradições do Corpo  
Carlos Drummond de Andrade*

##### 4.1 A CONSTITUIÇÃO DO CORPO SEGUNDO FREUD

Para a psicanálise, o corpo se constitui de forma diferente daquela concebida pela ciência. Na perspectiva psicanalítica, o corpo está para além da matéria orgânica e sofre a incidência da pulsão, que, por sua vez, impõe a ele um modo de funcionamento distinto daquele que caracteriza um animal desprovido de linguagem.

Sobre a erogeneidade do corpo, Freud (1905a/1996), no texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, aponta para a existência de uma sexualidade infantil que faz com que o corpo do sujeito constitua-se e funcione de uma forma diferenciada. Por conseguinte, dar-se-á também um outro modo de relação do sujeito com seu corpo, o que permite compreender sua suscetibilidade em sofrer alterações para além de sua estrutura orgânica.

Avançando com o autor, ele observa que o corpo teria como estado original o autoerotismo, em que o corpo assume a função de um objeto sexual, uma vez que qualquer parte dele pode ser tomada pela criança como objeto de obtenção de prazer. Freud (1905a/1996) observa ainda que o corpo é fragmentado em zonas erógenas – zonas investidas por uma energia sexual, denominada por ele de libido –, as quais foram concebidas como uma parte da pele ou da mucosa que, se estimulada, provoca intensas sensações de prazer. No decorrer do desenvolvimento, a criança passaria a direcionar a libido para uma determinada parte do corpo, desligamento esse que caracteriza as fases do desenvolvimento sexual, também conhecidas como fases psicosexuais: oral, anal, fálica e genital. Freud (1905a/1996).

Segundo Freud (1905a/1996), as etapas psicosexuais de desenvolvimento são fundamentais para a constituição do psiquismo, uma vez que o sujeito se constitui a

partir do corpo e de seu caráter erógeno. É descobrindo seu corpo por meio de atividades que causam prazer que a criança vai constituindo o seu Eu, deixando de ser apenas um ser de necessidade para também se instituir como um sujeito que deseja.

No texto *À guisa de uma introdução ao narcisismo*, Freud (1914/1996) retomando as considerações feitas nos *Três ensaios* sobre o autoerotismo, onde, como vimos, é definido como uma fase primitiva de obtenção de prazer pelas zonas erógenas – portanto, uma fase caracterizada por um corpo fragmentado –, Freud (1914/2004) afirma que a passagem do autoerotismo para o narcisismo resulta no processo de constituição do Eu. A constituição de um corpo imaginário pela criança se dá através de seu primeiro cuidador (normalmente a mãe). Assim, constituindo-se como um corpo totalizado, ordenando-se em torno da imagem corporal, deixa de ser uma matéria orgânica e transforma-se em um corpo pulsional.

Através do narcisismo, a criança passa a investir libido não somente no corpo biológico, nas zonas erógenas, mas no seu próprio Eu. Posteriormente, com o aparecimento da libido objetal, a criança deixa de ter somente seu Eu como objeto de investimento libidinal, direcionando uma parte de sua libido aos objetos externos. Entretanto, apesar de a libido se direcionar aos objetos de fora, uma parte da libido sempre ficará retida no Eu. Este será o motivo pelo qual o sujeito poderá regredir, através do seu sintoma, a um estágio mais primitivo – seja ao narcisismo, no caso de um sintoma psiconeurótico, seja ao auto-erotismo, no caso de um fenômeno psicossomático.

Posteriormente, ainda no referido texto, o autor aponta para a capacidade do órgão de apresentar sensibilidade dolorosa sem que alteração alguma tenha ocorrido na sua estrutura. Observa que isso pode ser visto no estado de excitação dos órgãos genitais sem que estes estejam enfermos. A atividade vinda de uma parte do corpo, e que envia estímulos excitantes para a vida psíquica, pode ser designada como erogeneidade, possibilitando que o corpo seja então tomado como objeto de satisfação. Freud (1914/2004) atribui ainda tal erogeneidade a uma faculdade geral de todos os órgãos:

Quanto a um órgão apresentar uma sensibilidade dolorosa sem que tenha ocorrido alteração alguma, encontraremos o protótipo disto no estado de excitação dos órgãos genitais, que apresentam tais características sem estarem propriamente enfermos [...]. Poderíamos então designar como erogeneidade a atividade que emana de uma parte do corpo e envia estímulos sexualmente excitantes em direção à vida psíquica [...]. Agora, basta que arrisquemos apenas mais um passo: podemos considerar que a erogeneidade é uma faculdade geral de todos os órgãos e, portanto, nos referir a um

aumento ou redução de erogeneidade em determinada parte do corpo. (FREUD, 1914/2004, p.104-105).

Esta movimentação que a zona erógena provoca no aparelho psíquico, apontada pelo autor, nos leva a pensar no conceito de pulsão, que tem sua origem em fontes de estímulo no interior do organismo, sendo sua manifestação vista como uma força de impacto que pressiona constantemente, fazendo com que nem mesmo as ações de fuga consigam eliminá-la, pois ela é “irremovível” (FREUD, 1915/2004).

Sobre o conceito de pulsão, Freud (1915/2004, p. 148) a define como “um conceito-limite entre o psíquico e o somático”. Para o autor, conforme já mencionado a fonte da pulsão está no interior do corpo, esses estímulos, uma vez excitados, recebem uma pressão de trabalho psíquico em direção ao alcance de sua meta: a satisfação. Embora a meta seja sempre a mesma, os caminhos para sua obtenção são diversos, necessitando, para isso, do objeto para alcançá-la. O objeto – elemento mais variável da pulsão –, por não ser definido, impõe ao corpo um modo de funcionamento diferente e possibilita-lhe ser tomado como objeto de obtenção de prazer pelo sujeito.

Assim, o corpo, do modo como é concebido pela psicanálise, é importante tanto para a constituição do sujeito quanto para sua vida psíquica, pois ao mesmo tempo que se constitui pelo corpo, o sujeito pode satisfazer-se dele. É um corpo que experimenta sensações físicas como a dor e representa afetos que escapam da dimensão psíquica, nas palavras do poeta Drummond: *“Meu corpo (...) sabe a arte de esconder-me e é de tal modo sagaz que a mim de mim ele oculta”*.

O sujeito, em sua constituição, tem seu corpo banhado por representações psíquicas através de seu primeiro cuidador, e é este mesmo corpo que, ao sofrer a interdição do falo, pode ser simbolizado, interpretado e decifrado. Porém, algo nesta operação escapa, e, quando isso acontece, a excitação corporal endógena toma este corpo real para a sua satisfação – como bem nos disse Freud ao apontar para o sintoma conversivo na histeria e para os sintomas físicos das neuroses que chamou de “atuais”. Veremos então como isto acontece, a partir da discussão conceitual referente às “neuroses atuais”, à histeria e ao fenômeno psicossomático.

#### 4.2 AS NEUROSES ATUAIS E A HISTERIA DE CONVERSÃO

O termo “neurose atual” surge pela primeira vez na obra de Freud em 1898, quando ele buscava definir a etiologia das neuroses atuais (neurastenia e neurose de

angústia) e distingui-las das psiconeuroses (neurose histérica e a neurose obsessiva). Finaliza este trabalho apontando para a importância da sexualidade como fator etiológico principal na origem das neuroses, ideia que terá importância fundamental para seus estudos sobre o assunto. (FREUD, 1898/1996).

A expressão “neuroses atuais” é adotada por Freud (1898/1996) para definir as afecções que se manifestavam no corpo e para as quais não havia uma causa orgânica que as justificasse. O termo “atuais” se refere ao fato dessas neuroses estarem ligadas a uma fase posterior à maturidade sexual, não estando relacionadas, assim, nem ao complexo de Édipo nem ao recalque. Estariam ligadas a determinadas práticas de atividade sexual do indivíduo, resultando em uma excitação somática, a qual, pela incapacidade do aparelho psíquico processar determinada quantidade de excitação, não teria uma intermediação simbólica, caracterizando-se, então, pela descarga direta no corpo, resultando em neurose de angústia ou em neurastenia.

Enquanto as “neuroses atuais” referir-se-iam à contemporaneidade do indivíduo, não tendo relação com sua historicidade, as psiconeuroses estariam vinculadas à história de vida do paciente, conforme podemos ver na passagem em que Freud (1898/1996, p. 255) faz considerações sobre a neurastenia: “Em todo o caso de neurose há uma etiologia sexual, mas na neurastenia é uma etiologia de tipo contemporâneo, enquanto nas psiconeuroses os fatores são de natureza infantil. Esse é o primeiro grande contraste na etiologia das neuroses”.

A psiconeurose seria o resultado sintomático de um conflito psíquico que tem etiologia nas vivências sexuais passadas do indivíduo e no seu histórico infantil. Ou seja, estaria relacionada relacionado com o retorno do que foi recalcado, podendo, assim, ser lembrado pelo paciente. Como podemos observar, embora Freud ainda não tivesse desenvolvido, nesta época, os conceitos de recalque e de inconsciente, ele já vinha fazendo menção ao que viria posteriormente.

Segundo Freud (1898/1996), entre as características que diferenciam as neuroses atuais das psiconeuroses estão os fatores de temporalidade em sua etiologia. Ou seja, o termo “atuais” se refere à história recente do sujeito enquanto as psiconeuroses remetem à história mais primitiva do indivíduo

Sobre a neurastenia, Freud (1893/1996) a conceitua como uma neurose sexual em decorrência de uma vida sexual irregular, sendo o esgotamento sexual sua causa determinante. Nos homens, estaria relacionada à masturbação e à prática do coito interrompido como forma preventiva da gravidez. Ele afirma que somente as mulheres



casadas com homens neurastênicos poderiam vir a desenvolver tal afecção, como uma consequência da neurastenia do homem. Poderia ainda surgir no sexo feminino concomitante com a histeria, como uma “neurose mista das mulheres”. Freud (1893/1996, p. 226) enfatiza que é mais predominante a histeria na mulher “[...] assim, um homem sexualmente neurastênico torna uma mulher não tanto neurastênica, mas histérica”.

A respeito da segunda neurose atual, a neurose de angústia, Freud (1894/1996, p. 235), ao discorrer sobre as pistas que explicariam sua origem, observa que “[...] a origem da angústia não deve ser buscada na esfera psíquica [...], deve está radicada na esfera física: é um fator físico sexual que causa a angústia”. Ao afirmar isso, Freud conclui que a neurose de angústia é causada por um acúmulo físico de excitação, o qual, por não ter alcançado a dimensão psíquica, acaba sendo representado no corpo, a partir de sensações físicas:

A tensão física aumenta, atinge o nível do limiar em que consegue despertar afeto psíquico, mas, por algum motivo, a conexão psíquica que lhe é oferecida permanece insuficiente: um afeto sexual não pode ser formado, porque falta algo nos fatores psíquicos. Por conseguinte, a tensão física, não sendo psiquicamente ligada, é transformada em angústia. (FREUD, 1894/1996, p. 238).

Nesta afirmação, Freud (1894/1996) salienta que o motivo para a não conversão da tensão física em afeto pela transformação psíquica, em alguns casos, seria o desenvolvimento insuficiente de afeto sexual na libido. Conforme observa ainda, isto se daria por uma tentativa de, defensivamente, evitar a libido por causa da diminuição do afeto sexual, ou do próprio “alheamento habitual entre sexualidade física e psíquica” (FREUD, 1894/1996, p. 238), ocasionando, assim, a transformação da tensão sexual em neurose de angústia. (FREUD, 1894/1996)

Em *Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia*, com o objetivo de estabelecer a diferença entre a neurastenia e a neurose de angústia, Freud (1895[1894]/1996) diferencia a sintomatologia do neurastênico do quadro da neurose de angústia, afirmando que ambas têm um quadro clínico próprio, não devendo ser colocadas na mesma categoria. Discorrendo sobre a sintomatologia da neurose de angústia, afirma que:

A expectativa angustiada é o sintoma nuclear da neurose. Talvez possamos dizer que existe nesses casos um quantum de angústia em estado de livre flutuação, o qual quando há uma expectativa, controla a escolha das

representações e está sempre pronto a se ligar a qualquer conteúdo representativo adequado [...]. Mas a angústia – que embora fique latente a maior parte do tempo no que concerne à consciência, está constantemente à espreita no fundo – tem outros meios de expressar, além desse. Pode irromper subitamente na consciência sem ter sido despertada por uma sequência de representações, provocando assim um ataque de angústia. (FREUD, 1895[1894]/1996, p. 96).

A expectativa angustiada pode ocorrer como sentimento angustiante e como visão pessimista da realidade, sem nenhum outro tipo de representação. Contudo, pode associar-se também a outras representações – como extinção da vida, ameaça de loucura, algum tipo de parestesia –, ou ligar-se ao distúrbio de uma ou mais funções corporais, assim como a uma preocupação infundada com a própria saúde, dando origem à hipocondria. Esta última é a forma preferida dos neurastênicos que são acometidos por neurose de angústia.

Para Freud (1895[1894]/1996) a origem da neurose de angústia, assim como da neurastenia, estaria na descarga da tensão sexual de forma inadequada. A neurastenia surgiria sempre que a descarga adequada fosse substituída por outra menos adequada, por exemplo. Já a neurose de angústia surgiria como resultado de todos os fatores que impedem que a excitação sexual seja elaborada na esfera psíquica. Freud (1895[1894]/1996) menciona pela primeira vez que, em muitos casos de sua clínica, a neurose de angústia é acompanhada por uma diminuição significativa da libido sexual ou do desejo psíquico. Conclui que se trata de um acúmulo de excitação de origem somática. Tal excitação, de natureza sexual, é acompanhada por um decréscimo da participação psíquica nos processos sexuais, indicando que o mecanismo da neurose de angústia deva ser buscado num desvio da excitação sexual somática da esfera psíquica e no conseqüente emprego anormal dessa excitação.

Ainda neste texto, assim como já citado no final do texto anterior, Freud (1895[1894]/1996) compara a neurose de angústia com a histeria, no sentido de ambas se manifestarem no soma. Porém, as diferencia, dizendo que a histeria é o resultado de um caminho errado tomado pela excitação psíquica, que vai em direção à área somática, concluindo que histeria e angústia podem, com frequência, se manifestar juntas. Uma vez que a neurose de angústia não consegue representação psíquica, permanece então na esfera física. Desta forma:

[...] na neurose de angústia, ocorre uma espécie de conversão para sensações corporais que pode facilmente passar despercebida – por exemplo, para os músculos reumáticos. Grande número do que se conhece como indivíduos

reumáticos – que, além disso, se pode demonstrar serem reumáticos – sofre na realidade de neurose de angústia. Ao lado desse aumento de sensibilidade à dor, tenho também observado em muitos casos de neurose uma tendência às alucinações; e estas não podem ser interpretadas como histéricas. (FREUD, (1895[1894]/1996, p. 100).

No entanto, vemos que, embora a neurose de angústia possa se manifestar no corpo, ela não pode ser concebida como uma histeria de conversão, na medida em que os sintomas apresentados por ela não fazem referência à história passada e primitiva do indivíduo. Posteriormente, Freud (1905[1901]/1996) sugere que o sintoma corporal trazido pela histérica expressa um conflito inconsciente de origem sexual.

Podemos observar, ainda nessa citação, que já começa a surgir neste trabalho uma referência ao aumento da sensibilidade à dor na neurose de angústia, porém o autor só discutirá sobre o assunto no texto de 1926.

Já a hipocondria, obedece ao mesmo funcionamento que a neurastenia e a neurose de angústia, mas com suas particularidades. Fazendo referência à hipocondria, Freud (1895[1894]/1996) observa que ela não aparecia isoladamente, surgindo tanto nos quadros neuróticos, psiconeuróticos, quanto nas parafrenias, podendo apresentar, ainda, uma íntima relação com a neurose de angústia. Nos casos em que estivesse inserida no quadro da neurose de angústia, a hipocondria surgiria no sintoma de expectativa angustiada, manifestando-se como ideias pessimistas em relação ao corpo e à própria saúde.

Posteriormente, em *À guisa da introdução ao narcisismo*, ao discutir a teoria da libido, Freud (1914/2004) destaca a hipocondria entre as neuroses atuais e observa que o hipocondríaco, assim como o parafrênico, sofria de problemas relacionados à distribuição da libido. Nos dois casos havia retirada de interesse e libido objetal do mundo externo, reinvestindo-os no Eu, em específico, em um órgão do corpo, centrando a libido no Eu. Ele conclui que, devido a este acúmulo de energia sexual no Eu, a hipocondria estaria no campo das neuroses narcísicas, e que, embora o indivíduo sofra de manifestações semelhantes à doença orgânica – pela via de sensações penosas e dolorosas –, não surgiriam em seu corpo alterações concretas. (FREUD, 1914/2004).

Segundo Freud (1914/2004) o surgimento de um episódio hipocondríaco se daria quando o aparelho psíquico, não sendo capaz de simbolizar o acúmulo de energia sexual, fizesse com que a libido, não se ligando a um objeto externo na fantasia, retornasse ao Eu. Tal acúmulo de energia provocaria uma verdadeira distorção na

realidade do indivíduo, fazendo com que, mesmo não tendo alterações somáticas que justificassem seu sofrimento, ele acreditasse que de fato sofria de uma doença:

O hipocondríaco vai se debater, durante muito tempo, até encontrar a chave de suas sensações de estar gravemente enfermo. Não admitirá perante a si mesmo que seus sintomas têm origem na vida sexual; mas causa-lhe a maior satisfação pensar que seu mal, como diz Moebius, não é endógeno, mas exógeno. Logo, ele está sendo envenenado. (FREUD, 1895[1894]/1996, p. 257).

Conforme observamos acima, o hipocondríaco, acreditando que realmente sofre de uma doença orgânica, não admite que a causa de seu sofrimento tenha uma origem interna (*endógena*), preferindo acreditar que a causa de todos os seus males vem de fora (*exógeno*). Desta forma, esse indivíduo vai em busca de justificativas para sua enfermidade, limitando-se a discorrer sobre seus sintomas, suas dores, sofrimentos e infinitas queixas sobre sua saúde, fixando-se, assim, num discurso hipocondríaco.

As afecções manifestadas no corpo, tais como as “neuroses atuais”, refletem a manifestação de uma excitação sexual somática não satisfeita; tais afecções seriam o resultado de todos os fatores que impediram a excitação sexual somática de ser psiquicamente elaborada (FREUD, 1895[1894]/1996). Assim, os sintomas físicos surgidos em consequência da não elaboração psíquica dessa energia sexual não são possíveis de serem analisados, conforme Freud volta a se referir:

A essência das teorias a respeito das ‘neuroses atuais’ que apresentei no passado e estou defendendo hoje reside na minha declaração, baseada em experimentos, de que seus sintomas, diferentemente dos psiconeuróticos, não podem ser analisados. Isto equivale a dizer que a prisão de ventre, as dores-de-cabeça e a fadiga do chamado neurastênico não admitem serem remontadas, histórica ou simbolicamente, a experiência operante, e não podem ser compreendidas como substitutos de satisfação sexual ou como conciliações entre impulsos pulsionais opostos, como é o caso dos sintomas psiconeuróticos (ainda que os últimos possam ter a mesma aparência). (FREUD, 1912b/1996, p. 267).

Como podemos observar nesta passagem, os sintomas das “neuroses atuais” – resultado de uma descarga direta de excitação sexual no corpo, sem uma intermediação simbólica – não estariam relacionados à história de vida do paciente, ou seja, estariam desvinculados da dimensão subjetiva, não sendo passíveis de leitura. As elaborações de Freud acerca das neuroses atuais nos levam a pensar no fenômeno psicossomático, no qual também não há uma intermediação simbólica, não se dando, assim, à leitura.

Desta forma, a partir desses estudos, ao afirmar que a sintomatologia somática nas neuroses atuais não constituía um retorno do recalçado, como ocorria nas psiconeuroses – ou seja, não era mediada pelo mecanismo do recalque –, Freud antecipou a questão que viria nortear o ponto de partida para o estudo da psicossomática. (FERRAZ, 1997).

Os estudos de Freud sobre as neuroses atuais também nos levam a pensar no mecanismo da dor, nesse algo que surge no corpo e que não passou pelo processo de recalçamento – portanto, resultado de uma experiência de excesso não simbolizada psiquicamente. Diante disso, levantamos o seguinte questionamento: o fenômeno da dor e o fenômeno psicossomático estão relacionados?

#### 4.3 O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO E O FENÔMENO DA DOR

Lacan (1966, inédito) adota a expressão falha epistemossomática para fazer referência aos fenômenos psicossomáticos na conferência *Psicanálise e Medicina*, uma conferência direcionada aos médicos. A falha epistemossomática está relacionada a uma “ignorância” do indivíduo quanto ao saber sobre o próprio corpo, sobre o seu desejo e sua história. Trata-se da “[...] estrutura da falha que existe entre a demanda e o desejo [...] isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja” (LACAN, 1966, inédito, p. 42, tradução nossa). Ou seja, o indivíduo demandaria algo diferente ou inverso do que deseja. Em contrapartida, o efeito do progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo, e sobre o não reconhecimento da dimensão do sujeito e do gozo, também estaria nessa relação de falha epistemossomática.

Segundo Lacan (1966, inédito), a falha no saber também estaria implicada na própria evolução da ciência. É na medida em que a ciência evolui em termos de tecnologia, de tratamentos, nomeação de doenças, tentativas de recobrimento do sofrimento do indivíduo com um saber – além do fato de não reconhecer o caráter subjetivo de algumas manifestações, atribuindo-lhes causas puramente orgânicas –, que mais evidente se torna o furo do saber científico, diante da insistência do real que não cessa de não se inscrever.

O autor ainda observa que o saber médico oferece ao indivíduo uma espécie de alienação, pois ao apropriar-se desse conhecimento, contentando-se com as terminologias médicas para seu sofrimento, o sujeito fixar-se-ia em sua patologia, não

sendo capaz de relacioná-la à questão psíquica, à dimensão subjetiva, não se utilizando, assim, da fantasia em torno de sua doença. Desse modo, o sujeito, não reconhecendo a doença como inscrita simbolicamente, apresentaria uma falha no saber sobre seu próprio corpo. (LACAN, 1966, inédito).

A teoria lacaniana da falha epistemossomática, conforme já citado, estaria, pois, relacionada a uma falha no saber sobre o corpo do sujeito. A lesão surgida no real do corpo seria o resultado do não recobrimento simbólico de determinada parte do corpo do sujeito – ou seja, a falha epistemossomática não remeteria, tal como o sintoma neurótico, a uma formação do inconsciente. Ressaltamos que essas colocações sobre a falha epistemossomática foram articulações finais do trabalho de Lacan sobre o fenômeno psicossomático. As primeiras articulações sobre o assunto começam a aparecer em *O seminário, livro 2*, de 1954-1955/1985, conforme discussão mais adiante. Assim, retomamos alguns conceitos básicos de seu pensamento para percorremos os seus trabalhos sobre essa temática.

Lacan (1957/1998), a partir de sua experiência analítica e recorrendo à linguística de Ferdinand de Saussure, define que o inconsciente é estruturado como uma linguagem. No texto *A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud*, o autor afirma que o inconsciente é constituído de significantes e propõe a inversão das posições do significado e do significante, priorizando a supremacia do significante em relação ao significado. Situando que o inconsciente é estruturado da mesma forma que a linguagem e que o sujeito é efeito da linguagem e expressão do inconsciente. Assim, o inconsciente estruturado como linguagem estaria submetido às suas mesmas leis – à metáfora e à metonímia.

Na metonímia, um significado se desloca sob um significante e desliza de um significante a outro. Trata-se de uma relação de palavra a palavra, formando uma cadeia. A metáfora é a substituição de um significante por outro significante que entra no lugar de outro significado, e que, como significante oculto, mantém relação metonímica com o resto da cadeia. Ao afirmar que “o inconsciente é estruturado como linguagem”, Lacan (1957/1998) nos situa que a metáfora e a metonímia representariam os meios pelos quais o sujeito, a partir da articulação significante, ocultaria o seu desejo, produzindo, assim, um sintoma. Sobre a cadeia de significantes o autor observa:

O que essa estrutura de significantes revela é a possibilidade que eu tenho, justamente na medida em que sua língua me é comum a outros sujeitos, isto é, em que essa língua existe, de me servir dela para expressar algo

completamente diferente do que ela diz. Função mais digna de ser enfatizada na fala que a de disfarçar o pensamento (quase sempre indefinível) do sujeito: a saber, a de indicar o lugar desse sujeito na busca da verdade (LACAN, 1957/1998, p. 508).

Desta forma, a linguagem revelaria o interdito, o que não se quer dizer. Através da fala, um significante se enlaçaria com outro significante, deslizando na cadeia e produzindo sentido. Sempre antecipado ao sentido, o significante desdobra então sua dimensão adiante dele, porquanto “[...] é na cadeia do significante que o sentido *insiste*, mas [...] nenhum dos elementos da cadeia *consiste* na significação de que ele é capaz nesse momento” (LACAN, 1957/1998, p. 506, grifo do autor). É a relação de significante a significante que produz a significação, pois um significante sozinho não produz uma cadeia. Assim, os significantes, ao se articularem, produziram significação num deslizamento incessante do significado sob o significante.

Em texto anterior, Lacan (1953/1998) já observava que o desejo do homem é reconhecido através da fala, pois é pela experiência intersubjetiva que esse desejo se faz reconhecer, apontando que o problema estaria nas relações do sujeito com a fala e a linguagem. O autor, ao apontar os paradoxos dessas relações, faz referência ao sintoma, à inibição e à angústia na economia constitutiva das neuroses. Segundo ele, a fala é expulsa do discurso consciente e encontra apoio nas funções naturais do sujeito, fazendo da doença a introdução do vivente na existência do sujeito, afirmando que o sintoma é “[...] significante de um significado recalcado da consciência do sujeito, [...] ele participa da linguagem pela ambigüidade semântica” (LACAN, 1953/1998, p. 282).

Assim, Lacan (1953/1998) afirma que o sintoma se utiliza da metáfora e da metonímia para dizer algo sobre o sujeito, e que é somente através da fala – isto é, da linguagem – que o sintoma se torna uma espécie de código, com a possibilidade de ser decifrado. É a fala que pode dar sentido às coisas, libertando o sentido aprisionado inconscientemente de um sujeito que insiste em se escamotear no dito.

Os significantes só operam por estarem presentes no sujeito. Portanto, um significante remete a outro significante, determinando e representando o sujeito. O inconsciente surge, assim, enquanto efeito dessa fala, e o sujeito se constitui pelos efeitos dos significantes:

O inconsciente é a soma dos efeitos da fala, sobre um sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos dos significantes. Isto marca bem que, com o termo sujeito – é por isso que o lembrei uma origem – não designamos o substrato vivo de que precisa o fenômeno subjetivo, nem qualquer espécie de substância, nem qualquer ser do conhecimento em sua patia, segunda ou primitiva, nem mesmo o logos que se encarnaria em alguma parte, mas o

sujeito cartesiano em que a dúvida se reconhece como certeza (LACAN, 1964/1998, p. 126).

Desse modo, o que determina o estatuto do sujeito são os efeitos primários da fala. O sujeito é o que desliza numa cadeia de significantes, visto que ele está num lugar indeterminado – não se situa nem em um, nem em outro significante. Lacan (1964/1998, p. 203), ao afirmar que “um significante representa o sujeito para outro significante”, nos indica que um significante sozinho, sem articulação com outro, não é um significante. A questão principal dessa definição é que o significante, diferindo do significado e do signo – que representam algo para alguém – não se esgota num único sentido, pois sua estrutura se dá de maneira articulada e infinita, denotando uma articulação que leva à emergência do sujeito: o sujeito só aparece por meio das falhas de linguagem.

A significação do sujeito, fechada em um significante, petrificando-o pelo mesmo movimento com que o chama a funcionar, a falar, o faz desaparecer como sujeito, mas ao mesmo tempo o identifica. Este processo é denominado de *afânise* (ou *fading*): o momento de fechamento, de paralisação da possibilidade de deslizamento na cadeia significante e, concomitantemente, o instante do aparecimento do sujeito, pois esse mesmo deslizamento, no momento em que falha, faz aparecer o sujeito do inconsciente.

Porém, Lacan (1964/1998) ressalta que o inconsciente só é capaz de produzir um sujeito através das operações que denominou de **alienação** e **separação**. Segundo o autor, o sujeito se constitui no campo do Outro. Para produzir e articular seus próprios significantes, o sujeito precisa primeiramente entrar no campo do Outro, é essa entrada que insere o sujeito na operação de alienação.

Para entender a noção de Outro, podemos dizer que, a partir de Lacan (1964/1998), este é o lugar em que se situa a cadeia de significantes, pois essa cadeia comanda tudo que poderá presentificar-se no sujeito, “é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer – é do lado desse vivo, chamado à subjetividade, que se manifesta essencialmente a pulsão” (LACAN, 1964/1998, p. 200). O significante, constituindo-se no campo do Outro, faz surgir o sujeito de sua significação. Nesse encontro com seu primeiro Outro, geralmente a mãe, a criança é inserida na linguagem, tornando-se um ser pulsional. Contudo, para que se estruture enquanto sujeito, é necessária a entrada na segunda operação – a separação:



Pela separação o sujeito acha, se podemos dizer, o ponto fraco do casal primitivo da articulação significante, no que ela é de essência alienante. É no intervalo entre esses dois significantes que vige o desejo oferecido ao balizamento do sujeito na experiência do discurso do Outro, do primeiro Outro com o qual ele tem que lidar, ponhamos, para ilustrá-lo, a mãe, no caso. É no que o seu desejo está para além ou aquém do que ela diz, do que ela intima [...] é nesse ponto de falta que se constitui o desejo do sujeito [...] o sujeito retorna ao ponto inicial, que é o de sua falta como tal, da falta de sua afânise (LACAN, 1964/1998, p. 213).

Para entrar na linguagem, a criança primeiramente se aliena aos significantes da mãe (o sujeito nasce no significante do Outro) para, posteriormente, com a constatação de que existe uma falta no Outro, se separar, visto que “o desejo do Outro é apreendido pelo sujeito naquilo que não cola, nas faltas do discurso do Outro” (LACAN, 1964/1998, p. 209). Ou seja, o desejo é apreendido na dimensão da falta do Outro, pois, se este Outro não é capaz de dar conta de tudo, o sujeito irá operar com sua própria falta para responder a falta do Outro. É na medida em que o sujeito supõe essa falta no Outro, que há a possibilidade da separação. É essa operação de alienação e separação que dará origem ao sujeito dividido: primeiro o ser se aliena no desejo da mãe para, em seguida, se separar e inaugurar o sujeito dividido, o sujeito desejante.

A partir da separação, há a convocação da entrada do pai, que, enquanto metáfora, faz com que a criança saia da condição de ser o falo da mãe para buscar ter o falo. É através da lei paterna que a criança é colocada como um ser faltante, se instaurando como um sujeito do desejo. Desse modo, “o pai, no Nome-do-pai, sustenta a estrutura do desejo com a da lei” (LACAN, 1964/1998, p. 41). A partir de então, a criança percebe que, para além de sua mãe, existe um Outro, uma linguagem, uma lei, um terceiro – o pai. O significante do Nome-do-Pai tem incidência numa operação simbólica, possibilitando a entrada da criança na linguagem e a constituição da barreira do recalque. Com isso, ela é submetida às leis da cultura, podendo, assim, se utilizar da linguagem para simbolizar o que lhe acomete (LACAN, 1964/1998). Desta forma, a criança tem que renunciar ao desejo da mãe (de ser seu falo) e passar a desejar ter o objeto (o falo). Portanto, a separação implicará no recalque originário, possibilitando a ordenação de toda a cadeia de significantes e permitindo, então, a queda do objeto *a*, objeto causa de desejo.

Este objeto, responsável por causar o desejo, é da ordem da impossibilidade, ou seja, é do registro do real. Sendo fruto desta operação de separação, institui o campo do irrepresentável, pois foi aquilo que sobrou da entrada do sujeito na linguagem. Este objeto será a causa da angústia, podendo ser atrelado a fenômenos advindos do campo

do real, como, por exemplo, os fenômenos psicossomáticos, que se manifestam no real do corpo.

Desse modo, as primeiras formulações de Lacan (1954-1955/1985) acerca do fenômeno psicossomático (FPS) aparecem em *O seminário, livro 2*, onde o autor ressalta que o FPS é uma construção externa, fora de um registro simbólico, ou seja, da ordem do real, do irrepresentável. Neste trabalho, o autor sinaliza que os investimentos auto-eróticos desempenham um papel muito importante nos fenômenos psicossomáticos, conforme podemos observar:

Trata-se de saber quais órgãos que entram em jogo na relação narcísica, imaginária, com o outro, onde o eu se forma, *bildet*. A estruturação imaginária do eu se efetua em torno da imagem especular do próprio corpo, da imagem do outro. Ora, a relação do olhar e do ser olhado envolve justamente o órgão, o olho, para chamá-lo pelo seu nome. Podem ocorrer aí coisas espantosas. Como abordá-las, quando reina a maior confusão em todos os temas da psicossomática? [...] O importante é que determinados órgãos estejam envolvidos na relação narcísica, visto que ela estrutura ao mesmo tempo a relação do eu ao outro e a constituição do mundo dos objetos. Por detrás do narcisismo, vocês têm o auto-erotismo, isto é, uma massa investida de libido no interior do organismo, do qual direi que as relações internas nos escapam tanto quanto a entropia (LACAN, 1954-1955/1985, p. 125-126).

Assim, a fase que Freud (1915/2004) definiu como auto-erótica, fase anterior ao narcisismo, se tornaria de fundamental importância para a discussão da psicossomática. Conforme já discutido, a fase auto-erótica caracteriza-se pelo investimento libidinal em zonas erógenas e nos órgãos do próprio corpo, que se encontra fragmentado e que somente poderá alcançar a unidade na fase narcísica.

Desta forma, na psicossomática, haveria uma satisfação do tipo auto-erótica, de um investimento sobre o próprio órgão. Lacan (1954-1955/1985) fala de “erotização” de determinado órgão, afirmando que a distinção entre a neurose e o fenômeno psicossomático estaria marcada pela linha divisória do narcisismo. Sabemos que a neurose está relacionada à estrutura narcísica. Portanto, o que distingue os fenômenos psicossomáticos do enquadre neurótico é que, neste caso, não se trata de uma relação de objeto, justamente porque, quando se trata de investimento auto-erótico, não podemos distinguir a fonte do objeto. Assim, corroborando com Lacan, Assoun (1997) afirma que as lesões psicossomáticas estão no nível do auto-erotismo e que, regressivamente, voltam-se a este estágio.

Dessa maneira, por não ter uma relação com o objeto, a psicossomática está fora do engendramento narcísico e das construções neuróticas. Portanto, as afecções

psicossomáticas, nas palavras de Lacan (1954-1955/1985, p. 127), “estão no nível do real”. Assim, o real aparece no desenrolar da falha epistemossomática.

Em *O seminário, livro 3*, devido à falha na cadeia de significantes, Lacan (1955-1956/1988) coloca o fenômeno psicossomático no mesmo nível da psicose e da debilidade mental. Compara a lesão psicossomática ao delírio psicótico como respostas ao real, ao impossível de ser simbolizado. Para falar da falha no primeiro par de significantes ( $S_1$ - $S_2$ ), Lacan utiliza o termo *holófrase*. Embora ele já tenha utilizado esse termo em outros momentos, é em *O seminário, livro 11* que Lacan (1964/1998) o associa à falha epistemossomática. O congelamento do primeiro par de significantes ( $S_1$ - $S_2$ ), ao impedir o deslizamento na cadeia, impossibilita também o aparecimento do sujeito. Com a falta dessa articulação significativa, o sujeito cessa de ser representado para outro significante. Como um significante só tem sentido se articulado com outro significante, no caso dos fenômenos psicossomáticos, onde há o congelamento de um significante ao outro, o resultado é o adoecimento do corpo.

Em consequência da *holófrase*, não há também a afânise do sujeito, o que faz com que ele não desapareça para que possa então aparecer (como sujeito); isto significa que nos fenômenos psicossomáticos, assim como na psicose há uma falha na metáfora subjetiva que constitui o sujeito: a Metáfora Paterna. Porém, se diferenciam, já que, na psicose, o Nome-do-Pai foi foracluído<sup>9</sup> do inconsciente, não incidindo o recalque primordial – o que permitiria a montagem da estrutura do sujeito. No fenômeno psicossomático, estes significantes não estão foracluídos,  $S_1$ - $S_2$  estão inscritos no inconsciente, mas estão congelados, condensados, ocasionando uma incapacidade de o registro simbólico articular os afetos a uma representação subjetiva e transformá-los em sintoma neurótico.

Assim, na *holófrase*, o significante mestre ( $S_1$ ), ao não ser substituído pelo significante da Metáfora Paterna ( $S_2$ ), ficando gelificado, ocasiona prejuízo ao registro simbólico. Com isso, o corpo se deixa escrever por algo da ordem do número, do símbolo, uma cifra particular de gozo, impossível de ser lida, conforme nos fala Lacan (1975) na *Conferência de Genebra sobre o sintoma*. O autor observa ainda que a lesão psicossomática não é da ordem do signo e sim da assinatura, como uma escrita do número que não faz série, ficando fora da cadeia significativa, pois não se faz um todo ao se contar de 1 a 1. Conclui, desta forma, que o FPS é um escrito no corpo, um

---

<sup>9</sup> Foraclusão: termo utilizado por Lacan para definir a falha que dá à psicose a característica essencial e estrutural que a distingue da neurose. (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007).

hieróglifo que precisa ser cifrado para ser decifrado, possibilitando esta operação na ordem da linguagem. (LACAN, 1975)

Partindo da tese lacaniana, Guir (1988, p. 48) vem afirmar que o fenômeno psicossomático se origina a partir da falha na função da Metáfora Paterna: “uma falha nessa função paterna institui o fenômeno psicossomático”. Ele observa que acontece algo que faz com que não exista censura entre  $S_1$  e  $S_2$ , não resultando, dessa operação, o objeto  $a$  (objeto causa de desejo), que fica encarnado no corpo do sujeito. O autor observa que “a metáfora paterna funciona em certos sítios do discurso e não em outros”, e que onde a metáfora não funciona, as afecções aparecem. (GUIR, 1988, p. 48).

Corroborando com essa tese, Nasio (1993), sugere o termo foracclusão local do Nome-do-Pai, uma foracclusão parcial do significante Nome-do-Pai, consequência do fracasso na inscrição da Metáfora Paterna. Assim, no local do corpo onde a linguagem, a inscrição paterna, não incidiu, surgiria a lesão psicossomática. Esse rompimento na cadeia de significantes, essa descontinuidade no discurso pode provocar a morte do sujeito, diferentemente do sintoma neurótico, que, segundo Lacan (1975), permite ao sujeito viver.

No fenômeno psicossomático, o corpo é afetado em sua realidade orgânica e funcional, sendo tais manifestações capturadas por exames clínicos, laboratoriais e imagéticos. Nem todas as somatizações são da mesma ordem, já que as somatizações históricas não afetam o real do corpo, embora possam paralisá-lo, cegá-lo, anestesiá-lo. (TEIXEIRA, 2006a). Diante disso, perguntamos: angústia e dor são da mesma ordem do fenômeno psicossomático?

Em relação a isso, retomemos, primeiramente, Freud (1895[1894]/1996), quando ele refere que, na neurose de angústia, ocorre uma conversão (não histérica) em sensações corporais que passam despercebidas, como no caso dos músculos reumáticos, e que muitos doentes, além de serem reumáticos, poderiam sofrer ainda de neurose de angústia, conforme já citado.

As queixas orgânicas recorrem à ciência para sua compreensão, ao mesmo tempo em que apontam para o que resta, para o que escapa da apreensão do corpo como carne, abrindo espaço a novos entendimentos. Desta forma, tratar pacientes acometidos por adoecimento somático é dar à clínica uma magnitude, ou seja, é pensar no sofrimento fora dos esquemas de simbolizações, no qual o corpo pulsa em dor, uma dor indizível e refratária às intervenções que visam às formações do inconsciente. Constitui-

se, assim, um árduo desafio para a clínica: tornar legível o sujeito-corpo-doença no jogo simbólico que não se reduz ao exercício funcional do biológico (TEIXEIRA, 2006b).

Desse modo, embora a dor tenha um mecanismo semelhante ao do fenômeno psicossomático – no que diz respeito a um excesso que escapa à simbolização, e à possibilidade de surgir em qualquer estrutura –, e mesmo se manifestando também nas doenças psicossomáticas, não pode ser classificada como um fenômeno psicossomático. Isto porque, mesmo alcançando o “status” de insuportável, a dor não lesiona o corpo em sua estrutura orgânica, no real do corpo, mas atinge o corpo pulsional, o qual sofre influência do psiquismo devido à unicidade psique-soma.

Assim, o fenômeno psicossomático nada tem a dizer sobre o sujeito, não remete a nada, enquanto a dor que o acomete tem muito a dizer sobre sua história. Nas palavras de Assoun (1997, p. 1, tradução nossa), “[...] a dor revela uma linguagem do Eu”. Podemos afirmar então que a dor aqui estudada não está relacionada com o fenômeno psicossomático, mas com o mecanismo da angústia.

Contudo, a concepção psicanalítica da psicossomática nos traz como contribuição uma forma de pensar o fenômeno da dor a partir da economia psíquica, do excesso não simbolizado pelo aparelho psíquico – ou seja, a partir da experiência não submetida ao processo de recalque. A dor e a angústia, assim como o FPS, atingem o sujeito em sua economia psíquica, permitindo a análise do seu corpo para além de uma dimensão orgânica.

Assim, ressaltamos que, mesmo que o diagnóstico médico atribua um caráter psicossomático para todas as doenças – ao não encontrar uma etiologia clínica que as explique –, a dor não está entre as afecções psicossomáticas concebidas pela psicanálise, que as considera como um verdadeiro fenômeno que acomete o corpo, impossível de ser lido ou decifrado, conforme já discutido. Embora a psicanálise preveja outras afecções que acometem o corpo e que tem relação com o psiquismo, nem tudo pode ser colocado no mesmo nível e classificado de forma generalizada, como o faz a medicina ao definir como “doença psicossomática” todas as afecções que tenham algum componente psíquico.

A discussão aqui levantada sobre a psicossomática pela perspectiva da psicanálise deu-se, principalmente, para demonstrar que, nesta, tal fenômeno se diferencia da forma como a medicina o nomeia.

## 5 POR UMA DISCUSSÃO SOBRE A DOR E A ANGÚSTIA

*Viera a aprender que não se podia cortar  
a dor, se não sofreria o tempo todo.*

*Clarice Lispector (1969/1994)*

O modo subjetivo da experiência de dor, a forma singular como cada sujeito a vivencia, contribui para o seu caráter enigmático. Essa dor manifestada no corpo se apresenta de forma intensa e avassaladora e, muitas vezes, não tem sua intensidade justificada pela patologia a qual acompanha. Incidindo no soma violentamente, a dor mantém sua forma de difícil compreensão.

Na tentativa de compreendermos o mecanismo de manifestação da dor no corpo e sua relação com a angústia, faremos um percurso pelas teorias da angústia, trauma e desamparo, a partir dos estudos de Freud e Lacan, assim como abordaremos a dor e a angústia articulando-as aos conceitos de gozo e desejo.

### 5.1 ANGÚSTIA E DOR: TRAUMA E DESAMPARO – DE FREUD A LACAN

Retomemos inicialmente e de forma breve a primeira teoria freudiana da angústia. Nesta teoria, Freud (1895[1894]/1996) trabalha com o conceito de energia represada, em decorrência da não conversão da tensão física em afeto pela mediação psíquica, ocorrendo uma espécie de transformação automática da energia somática em angústia. O autor reelabora em seguida esse conceito e passa a considerar a angústia como causa da transformação direta da libido.

Assim, em relação às teorias freudianas sobre a angústia, situamos que a primeira teoria se refere à angústia como um efeito: efeito de energia somática acumulada e da libido. A partir da segunda teoria, a angústia passa a ser a causa dos sintomas. As duas vertentes, que a princípio parecem contraditórias, não são excludentes, pois na primeira formulação, já havia indícios da segunda. O que acontece é que as primeiras formulações são colocadas em segundo plano.

Segundo Vieira (2001), o termo “transformação” é um conceito novo em Freud, em que ele opera explicitamente com a noção de mutação da energia psíquica. Diante disso, a angústia ganha espaço diante dos afetos. Essa substituição da energia somática pela libido introduz a ideia de perigo ligada ao recalque. Vieira (2001) indica que Freud,

ao estabelecer essas tipologias da angústia, apresenta uma formulação da angústia relacionada ao perigo. Com isso, a distinção entre os tipos de angústia não se faz mais com relação à descarga, mas, principalmente, com relação ao perigo.

Ao se questionar sobre as formas e situações em que a angústia pode se apresentar nos neuróticos, Freud (1917[1916]/1996) lança a discussão sobre os dois tipos de angústia – angústia realística e angústia neurótica. Concebe a angústia realística como uma reação que prepara o indivíduo para um perigo externo. Este tipo de angústia estaria relacionado à pulsão de auto preservação e ao conhecimento anterior que o indivíduo tem da situação de perigo – ou seja, trata-se de um dano esperado e previsto. O Eu reagiria a um perigo e sinalizaria para a fuga. Segundo Vieira (2001), essa angústia se relaciona a um perigo real externo (extra psíquico), portanto uma angústia real, saindo, desta forma, da concepção psicanalítica.

Diante da libido, o Eu reagiria a um perigo interno como se fosse externo, havendo, assim, na geração da angústia, uma relação entre o perigo e a libido. A angústia real se opõe à angústia neurótica e se estabelece a partir de um perigo interno (endopsíquico). Desta forma, Freud (1917[1916]/1996) ainda sustenta sua primeira teoria sobre a origem da angústia como resultado da libido represada.

A angústia neurótica é classificada por Freud (1917[1916]/1996) em duas formas: angústia expectante, que é livremente flutuante, uma espécie de apreensão generalizada, pronta para se ligar a alguma ideia; e a angústia das fobias, que seria inversa, psiquicamente ligada e vinculada a determinados objetos e situações, sendo a forma de angústia característica das psiconeuroses – “[...] é a angústia das ‘fobias’, extremamente multiformes e frequentemente muito estranhas” (FREUD, 1917[1916]/1996, p.399). As duas formas de angústia são independentes, só excepcionalmente podem aparecer juntas.

Corroborando com a teoria de Otto Rank, Freud (1917[1916]/1996, p. 407) faz referência à origem da angústia no ato do nascimento, afirmando que “[...] dificilmente pode tratar-se de uma causalidade o fato de, nessa situação que constitui o protótipo da angústia de crianças, ocorrer uma repetição do fator determinante do primeiro estado de angústia, durante o ato do nascimento – quer dizer a separação da mãe”. Ao atribuir ao nascimento a primeira experiência de angústia na criança, o autor aponta a situação de separação da mãe como fator primordial da origem da angústia, concluindo que esta condição será rememorada no decorrer da vida do sujeito. Neste momento, o autor se refere à angústia como um estado, desconsiderando que esta tenha um objeto.

As dores físicas sentidas por Mara refletem a sua própria história de sofrimento, pois ao ser abandonada pela mãe, ela revive tal angústia a todo instante; não se sentindo amada nem pela mãe nem por sua substituta (a avó). Não encontra, assim, lugar no desejo do Outro, restando-lhe apenas ir atrás desse amor, buscando-o incessantemente ao insistir em uma frustrada aproximação com a mãe. Mara fica, de fato, em completo desamparo.

Besset (2002a), ao fazer apontamentos sobre os fundamentos freudianos, aborda a ligação do desamparo com o amor e com a angústia, afirmando que o sujeito, na impossibilidade de possuir e satisfazer-se com o objeto amado, experimenta a angústia de desamparo.

Mara, presa num apelo ao Outro, demandava acolhimento, proteção e amor, revelando não só o desejo da imagem da criança amada como também a sua falha na inscrição materna. Freud (1914/2004) nos diz da importância da mãe para a constituição do Eu e, posteriormente, do sujeito do desejo. No momento em que a criança sente-se capturada pelo Outro que cuida e lhe dá amor, há, através desse Outro, a possibilidade de emergência do Eu e, posteriormente, por intermédio da castração, a possibilidade de emergência do sujeito do inconsciente, faltoso e desejante em sua constituição. No entanto, o que pode acontecer quando a criança não se sente amada e capturada pelo Outro?

## 5.2 ABUSO SEXUAL, TRAUMA E DESAMPARO - SUA RELAÇÃO COM A DOR E A ANGÚSTIA

Ao afirmar que o desamparo humano relaciona-se com a falta de garantia no Outro, Lacan aponta para a incompletude do sujeito, no sentido de sua *ex-sistência* na linguagem (PEREIRA, 1999). A angústia, como um afeto que não engana, cala o sujeito na medida em que o coloca diante do encontro com o real, irrepresentável no âmbito das palavras. Entendemos que as dores incontornáveis experimentadas por Mara representavam, portanto, o afeto não simbolizado no corpo.

Segundo Pereira (1999), é a partir dos estudos sobre a angústia que Freud percebe que o desamparo vai além da condição de incapacidade biológica do bebê, concebendo-o, o desamparo, como fundamental para o funcionamento psíquico. Essa nova concepção, vai além de um estado objetivo de impotência do bebê, refere-se,



assim, a uma vivência da perda do amor, principalmente, do amor objetal, que, segundo Freud, deixará marcas na estruturação psíquica do indivíduo. (PEREIRA, 1999).

A evolução teórica de Freud, em *Inibição, sintoma e angústia* de 1926, confere ao desamparo um estatuto fundamental da vida psíquica, indicando os limites e as condições de possibilidade do próprio processo de simbolização, e apontando para a estruturação do psiquismo a partir da questão do desamparo na criança. Ele faz referência ainda ao aspecto do simbólico frente ao desamparo do homem, ressaltando que a condição de desamparo nunca é superada completamente. (PEREIRA, 1999).

Freud (1926/1996), ao apontar para o Eu como sede da angústia, afirma que, diante do perigo, o Eu reage manifestando os sintomas para evitar ou afastar uma situação de risco. O sintoma é uma formação substitutiva de uma satisfação pulsional ameaçadora, sinalizando que o recalque falhou. Assim, “[...] a luta defensiva contra um impulso desagradável é elaborada com a formação do sintoma, rebaixando o processo de satisfação a um sintoma [...]” (FREUD, 1926/1996, p. 98).

Desse modo, a angústia põe em movimento o recalque, e os sintomas surgem para evitar que uma situação de ameaça seja geradora de angústia. Exemplificando isto, podemos citar as fobias, que se manifestam devido à ameaça de castração – conforme observou Freud nos casos clínicos do pequeno Hans e do Homem dos Lobos. É possível então afirmar que a manifestação da dor surge em forma de reação defensiva diante do perigo da angústia.

Tecendo considerações sobre a angústia, o desamparo e o trauma, Freud (1926/1996) observa que o determinante fundamental de uma angústia automática é a ocorrência de uma situação traumática. A essência disto é uma experiência de desamparo por parte do Eu, diante de um acúmulo de excitação, de origem externa ou interna, com o qual não pode lidar. A angústia “como um sinal” é a resposta do Eu à ameaça da ocorrência de uma situação traumática, que constitui um perigo. Os perigos internos modificam-se com o período da vida, mas possuem características em comum, com a separação ou perda de amor – uma perda ou separação que poderá conduzir, de várias maneiras, a um acúmulo de desejos insatisfatórios, e, dessa maneira, a uma situação de desamparo.

Em sua primeira teoria do trauma, desenvolvida entre 1895 e 1897, Freud atribuía a etiologia das neuroses à lembrança de cenas reais de sedução. Posteriormente, no fim dessa a primeira fase, em 1897, Freud abandona a teoria da sedução – ao

perceber que o trauma não era real, mas psíquico – e substitui a realidade objetiva da sedução traumática pela realidade das fantasias inconscientes e dos desejos.

Conforme pode ser visto na carta 69 a Fliess, Freud (1897) confessa não acreditar mais em sua teoria das neuroses e discorre sobre as principais razões pelas quais mudou seu ponto de vista. Conclui que, de acordo com sua hipótese da sedução, em todos os casos, o pai seria um perverso. Contudo, não acredita que uma dimensão tão difundida da perversão seja provável – se assim o fosse, a perversão seria bem mais frequente que a histeria –, na medida em que todo histérico teria sido seduzido, mas nem todo perverso necessariamente haveria seduzido previamente uma criança. Abandona, assim, a Teoria da Sedução.

Neste momento, a sedução toma outro lugar e ganha outro peso na teoria freudiana, não dizendo mais respeito a um fato real vivido na infância. Ao passar a conceber os relatos das histéricas como baseados numa fantasia, Freud (1897) a conceitua, elaborando a ideia de realidade psíquica. Assim, a origem das neuroses estaria agora centrada na fantasia de sedução, definida como uma projeção do afeto pelo pai ou pela mãe. Começa a surgir o que o autor posteriormente chamará de Complexo de Édipo. Desta forma, o conceito de sedução como valor etiológico não desaparece, mas permanece como sedução fantasiada.

Apesar de renunciar, de certa maneira, ao fator real, Freud não deixará de supor uma base de realidade na fantasia de sedução. Tal realidade se faz presente nos cuidados que a figura materna dirige ao bebê, atendendo as suas necessidades e, ao mesmo tempo, erogenizando-o, inserindo-o na vida pulsional. Delineia-se aqui uma reformulação do conceito de trauma, que passa a ser concebido como um conflito inconsciente, advindo de uma realidade psíquica, a qual não se confunde com a realidade. Podemos perceber, nessas modificações, um deslocamento do fator externo como causa dos sintomas neuróticos para um fator interno (a fantasia), uma substituição da realidade objetiva da cena traumática pela ênfase na sexualidade e na realidade psíquica (FREUD, 1905a/1996).

Em *Além do princípio do prazer*, Freud (1920/2006), finalmente, lança novos elementos fundamentais sobre o funcionamento psíquico. Inaugurando, desta forma, a Segunda Teoria do trauma:

Descrevemos como ‘traumáticas’ quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor. Parece-me que o conceito de trauma implica necessariamente uma conexão desse

tipo com uma ruptura numa barreira sob outros aspectos eficazes contra os estímulos. Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis. (FREUD, 1920/2006, p. 40)

Assim, Freud (1920/2006) reformula a teoria do trauma, vinculando-o ao aumento de recepção de excitações externas e internas no aparelho psíquico. Partindo da concepção de um *escudo protetor* na camada superficial do aparelho mental que o protege da intensidade dos estímulos externos, prossegue afirmando que, no interior do aparelho, “[...] as excitações das camadas mais profundas estendem-se para o sistema diretamente e em quantidade não reduzida, até onde algumas de suas características dão origem a sentimentos da série prazer-desprazer” (FREUD, 1920/2006, p. 43).

No trauma, o aumento de tensão indica que os mecanismos de defesa falharam e que a barreira de proteção contra estímulos do aparelho psíquico não deram conta da invasão das excitações, acarretando o empobrecimento das outras funções psíquicas. Pois, com o aumento de energia, o Eu corre o risco de ser inundado por energia (externa ou interna) e as fortificações que continuam a protegê-lo podem ser também rompidas. Portanto, na experiência traumática, o aparelho é invadido por uma energia que não pode ser contida ou ligada, restando como um excesso, como algo da ordem do irrepresentável.

Ao ser abusada sexualmente pelo companheiro da avó aos dez anos de idade – momento em que ainda não tinha aparato psíquico para lidar com tamanho excesso de energia –, Mara vivencia uma experiência traumática. Os abusos tornaram-se frequentes, só cessando no momento em que a avó o flagrou assediando outra criança e então o expulsou de casa. Por muito tempo submetida a essa experiência, além do abuso, Mara ainda tinha que lidar com a indiferença da avó, que a deixava em completo desamparo ao não acreditar nela, embora, inúmeras vezes, Mara tenha lhe comunicado sobre o abuso que sofria. Acerca disso, entre lágrimas ela se queixava:

Minha avó nunca acreditou, nem depois que ela pegou ele tocando ‘nas partes’ da menina de cinco anos que ela pegou pra criar. Fiquei menstruada a primeira vez, depois não menstruei mais, a vovó achava que eu ‘tava’ grávida, falou uma porção de coisa, me xingou muito. Depois fiquei doente, com inflamação séria. Fui com a vovó ao médico, e ela disse pra ele que eu tinha caído em cima de um pau (tronco de árvore), que tive uma queda, de pernas abertas. O médico disse que não mentisse, pois podia afirmar que aquilo não era resultado de queda e sim consequência de uma relação sexual forçada e que eu tinha ferimento no útero. (MARA, informação verbal).

Sobre o abuso sexual de crianças, Moreira (2010) refere que é difícil conceber que uma mãe (ou sua substituta, como nesse caso) tenha permitido, através da omissão ou não, o abuso de seu filho, pois aquela que deveria dele cuidar e proteger, se ausenta, lançando-o num vazio de pura angústia. A autora ressalta que no abuso sexual, o trauma se instala, pois aquilo que deveria estar no campo da fantasia se torna real; se inscreve uma violência no corpo, mas, sobretudo, uma violência no psiquismo. Um excesso mortífero que escapa à capacidade de elaboração do aparelho psíquico. (MOREIRA, 2010).

Dentro dessa perspectiva, observa-se que o papel da figura materna frente ao desamparo é fator central no conceito de trauma. O estado de desamparo é resultante das vivências de perda – principalmente, de perda objetal. Teríamos, assim, a vivência de desamparo como o protótipo da situação traumática. (STRACHEY, 2006). Conforme reforça Moreira (2010, p. 52-56): “O amor da mãe, apesar das situações adversas, garante para a criança um lugar narcisicamente almejado. Os cuidados maternos retiram a criança do trauma, ou seja, o excesso sem limites que é a vida”.

Em relação à teoria do trauma de nascimento proposta por Rank – como trauma gerador da primeira experiência de angústia –, Freud apresenta sua divergência no artigo de 1926. Vieira (2001) observa que o mérito de Rank em sua teoria foi compreender que o encontro com o mundo é sempre traumático. Não foi possível a ele perceber que, a partir de Freud, não era mais admissível situar o trauma como um acontecimento fundamental. A solução encontrada por Rank foi localizar o trauma num ponto limite da história individual. O trauma do nascimento seria, assim, um ponto zero e inevitável de todos os encontros traumáticos entre o ser e o mundo – Rank não partilhava da perspectiva freudiana. Freud também procurou o ponto zero da história subjetiva, mas estabeleceu uma nova articulação entre o ser, o mundo e o trauma, na qual eles se tornam elementos constitutivos da realidade e organizadores das experiências de vida.

Segundo Vieira (2001), Freud enfatiza que o nascimento só pode ser considerado um trauma se for tomado como um momento paradigmático, mítico, em que se inscrevem tanto o sujeito quanto o mundo. Nada pode apagar a perda fundamental que é dada na estrutura, pois é ela que constitui o aparelho psíquico. Desta forma, a angústia se mantém articulada ao perigo, perigo este relacionado a tudo que inclua a possibilidade de dissolução e miticamente situado em um momento de desamparo fundamental.

O termo sinal é usado por Freud para definir a função da angústia – reação a uma situação de perigo, apontando para o surgimento dos sintomas como forma de evitar a possibilidade de perigo diante do desenvolvimento da angústia. A partir de então, a castração é elevada à categoria de dado de estrutura e a angústia dá a forma de sinal do perigo a castração é o nome estrutural da ameaça de dissolução e do perigo que define o caos. A castração não é uma proibição violenta e traumatizante, mas a marca que faz do caos inicial um perigo a ser recalcado. Vieira (2001) observa que, ao passar da concepção da angústia vinculada à descarga para uma concepção da angústia ligada ao perigo, Freud se afasta do fator econômico para se aproximar de uma nova conceituação, marcando uma ruptura conceitual que se estabelecerá no texto de 1926.

Neste texto, Freud (1926/1996) apresenta ainda outra saída para evitar a angústia. Trata-se da inibição, a qual define como uma limitação normal de uma função do Eu, restrições que foram impostas como medida de precaução ou acarretadas como resultado de um empobrecimento de energia. O Eu renuncia a essas funções para evitar entrar em conflito com o id e com o superego, surgindo, desta forma, como uma tentativa de evitar a angústia.

Diante disto, pensamos em Mara, que, ao descumprir as duras tarefas domésticas impostas pela avó, sofria verdadeiras torturas que iam de xingamentos a pancadas na cabeça. Não tendo sido capaz de aprender a ler e escrever, a paciente associa tal dificuldade aos maus tratos e abusos sofridos na infância. Sua dificuldade cognitiva estaria então ligada à inibição dessas funções?

Observa-se que, na inibição, ao contrário do que ocorre no sintoma, há um enfraquecimento do Eu, não havendo implicação em um trabalho de resolução dos conflitos, como no sintoma. Assim, a inibição é a expressão de uma restrição funcional do Eu, podendo ter causas diversas e resultando no Eu enfraquecido, já que essa renúncia exige a força de uma ação inibidora para encontrar uma solução, uma formação de compromisso para não entrar em conflito com as demais instâncias. (FREUD, 1926/1996).

Com relação às postulações freudianas sobre a angústia, Vieira (2001) conclui que, em *Pulsões e destinos da pulsão* de 1915, o afeto nascia de um acúmulo de tensão, da interdição do objeto, ainda que a causa da angústia fosse a perda deste objeto. Sua causa suficiente residia, portanto, em um “excesso” que, na descarga, dava lugar ao afeto. Tal concepção não fundava o afeto sobre a perda, estava, por consequência, em desacordo com a ideia de um objeto perdido desde sempre – além de não afastar

definitivamente a miragem de uma satisfação direta, ao menos em potencial. No texto de 1926, Freud se situa mais nitidamente do lado de uma impossibilidade de reencontrar o objeto. O sinal de perigo da angústia produz-se porque a castração, ao conferir ao caos o caráter de gozo proibido, constrói apenas retroativamente a promessa de satisfação. (VIEIRA, 2001).

Desta forma, entendemos que o que há para todo sujeito é, segundo o autor, o caos original e não a satisfação original. Agora o perigo está sempre presente e o objeto não está mais nesse mundo. Estas considerações introduzem, no entanto, a questão: como temer a separação de um objeto do qual sempre se esteve separado? Ou ainda: o que é um objeto que não é deste mundo? Lacan responderá a estas questões com o objeto *a*. (VIEIRA, 2001).

Lacan (1962-1963/2005), ao interrogar o que é a angústia, a partir de uma leitura freudiana, sugere que se afaste a ideia de que a angústia seja uma emoção, para concebê-la como afeto. Para tanto, reforça que o afeto não é recalcado: “Ele se desprende, fica à deriva, podemos encontrá-lo deslocado, enlouquecido, invertido, metabolizado, mas ele não é recalcado. O que é recalcado são os significantes que o amarram” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 23).

Nesta concepção, o lugar definido como menos phi ( $-\phi$ )<sup>10</sup> é o que representa o falo negatizado, que significa a ausência do falo, lugar onde deveria estar a falta. Dito isto, podemos situar que a angústia surge quando um mecanismo faz aparecer alguma coisa no lugar em que deveria estar a falta ( $-\phi$ ), o que aparece nesse lugar é uma coisa qualquer. Desta forma, Lacan (1962-1963/2005) define como *Unheimlichkeit* aquilo que aparece no lugar em que deveria estar o  $-\phi$ .

Partindo da concepção da castração imaginária, que funciona para constituir o complexo de castração, tem-se que não existe a imagem da falta. No grande Outro, *i(a)* representa a imagem da falta e caracteriza-se por essa falta, na medida em que o que é aí convocado não pode aparecer. Assim, revela ser a presença em outro lugar que produz esse lugar como ausência, pois: “Quando aparece algo ali, portanto, é porque, se assim posso me expressar, a falta vem a faltar”. (LACAN, 1962-1963/2005, p. 52). A presença em questão é a do objeto *a*, na função que exerce na fantasia. Sobre o objeto da angústia, o autor observa:

<sup>10</sup>Representa a falta inconsciente cujo agente é simbólico e o objeto é real. O sujeito é uma falta por excelência. “Por aquilo que ela não tem, o falo imaginário, que será substituído por algum objeto *a* que a mulher pode ser amada” (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007, p. 145). É essencial que essa falta seja preservada, porém, o surgimento do “verdadeiro objeto *a*” nessa falta invisível faz com que essa falta venha a faltar, desencadeando a angústia. (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007).

A angústia é desprovida de causa, mas não de objeto [...]. Não só ela não é sem objeto, como também, muito provavelmente, designa o objeto, digamos, mais profundo, o objeto derradeiro, a Coisa. É nesse sentido, como lhes ensinei a dizer, que angústia é aquilo que não engana. (LACAN, 1962-1963/2005, p. 338-339).

O autor situa a existência de um objeto da angústia, o objeto *a*, que é o mesmo objeto do desejo, objeto causa de desejo. Desta forma, o que pode vir a assinalar o lugar designado como (-  $\phi$ ) é a angústia de castração em sua relação com Outro.

Segundo Rabinovich (2005), Lacan vai pensar a operação do objeto *a* e do (-  $\phi$ ) como uma operação de ausência no simbólico, porque o (-  $\phi$ ) aparece como falta, assim como o objeto *a*. O lugar da falta é compartilhado, ambos surgem no mesmo lugar. Ali onde se situa o que escapa à visão, encontra-se o real. Desta forma, o autor começa a construir as duas operações, a da divisão do sujeito e da aparição do *a*.

Em relação à definição da angústia como sinal, Lacan (LACAN, 1962-1963/2005) observa que, mesmo quando ainda tratava a angústia como efeito e transformação da libido, Freud já demonstrava, implicitamente, que ela podia funcionar como sinal. A angústia é o afeto que não engana, é da ordem da verdade, da certeza, irrepresentável no âmbito das palavras. Logo, a angústia é o sinal do real, do que não foi simbolizado, daquilo no qual o simbólico e o imaginário só fazem borda.

Na medida em que a angústia cala o sujeito – como um afeto que não engana, conforme a formulação lacaniana já citada –, algo surge do encontro no real: a dor. Surgindo como um afeto não simbolizado e de forma defensiva, sem uma representação simbólica, fica inacessível à linguagem, irrepresentável nas palavras. Com isso, podemos afirmar que a falação e a interpretação não cessam a dor, que não cessa de se inscrever. Conforme observado na escuta de Mara, mesmo falando incessantemente de seu sofrimento, nada parecia reduzir a intensidade de suas dores e queixas.

Nas palavras de Freud (1926/1996) a angústia é determinada por uma situação traumática, tendo como essência uma experiência de desamparo. A angústia como sinal seria a resposta de uma ameaça traumática por representar um perigo para o Eu. O aparelho psíquico, ao ser invadido por um acúmulo de energia na experiência traumática e não sendo capaz de conter ou ligar tamanho excesso, deixa escapar algo – o que escapa é da ordem do irrepresentável. Assim, o termo sinal é adotado por Freud para definir a função da angústia: reação diante do perigo, a qual daria origem aos sintomas, que surgiriam para evitar o desenvolvimento da angústia. Assim, conforme Morais (2010), se a angústia é uma pré-condição ao sintoma, ao ser colocada em sua forma

mais bruta, autoerótica e primitiva, pode, num determinado momento, alcançar a esfera psíquica e produzir um sintoma.

A doença corporal se revela como solução para o conflito neurótico, porquanto na medida em que algo incide no corpo, o sujeito passa a viver sem o lastro de seu sofrimento propriamente neurótico. Segundo Assoun (1997), no discurso freudiano, não é fortuito esse duo perturbador (entre sofrimento corporal e conflito neurótico) formado por essas duas noções. O autor ressalta que o liame entre ambos é a necessidade de punição.

A satisfação – em particular, a de uma necessidade de punição – faz com que muitos doentes apeguem-se às suas neuroses. Eles se punem e admitem um longo estado orgânico doentio como punição do destino, e renunciam, portanto, frequentemente, a perpetuação da neurose. O efeito punitivo seria, assim, alívio do sofrimento neurótico. O autor conclui em seu comentário que o “[...] ganho masoquista da doença e a questão da intercorrência inconsciente, isto é, do ‘cruzamento’ de um sofrimento neurótico e de um processo orgânico mórbido” (ASSOUN, 1997, p. 23).

Diante disso, Assoun (1997) questiona: como é possível se refazer de uma saúde psíquica caindo doente fisicamente? A partir de Freud, o autor comenta que um paciente se debatendo com uma tragédia interna, da qual tem dificuldade de se libertar, se distrairia dessa infelicidade interior, combatendo-a doravante com uma fatalidade externa – o sintoma estaria escondido no real diluído nele, ligado, por exemplo, à infelicidade conjugal, financeira ou corporal. A doença viria dar corpo a infelicidade do paciente.

Entretanto, prossegue o autor, apenas o sofrimento passou de dentro para fora, é o próprio corpo do sujeito que paga e salda a “conta”. Ou seja, uma forma de sofrimento foi substituída por uma outra, preservando certa quantidade do sofrimento<sup>11</sup>. (ASSOUN, 1997). É disso que nos fala Clarice Lispector: “viera a aprender que não se podia cortar a dor, se não sofreria o tempo todo”.

Partindo da releitura dos textos freudianos, Assoun (1997) observa que, no que refere aos sintomas corporais que podem surgir no decorrer do tratamento analítico, deve-se questionar se eles realmente estão no contexto das neuroses ou se estão referidos a uma afecção orgânica. A hesitação entre efeito corporal neurótico e a afecção orgânica deve, contudo, ser deixada a cargo do diagnóstico diferencial do médico. Essa indicação feita por Freud se dá em virtude das competências e

---

<sup>11</sup> Sobre a posição masoquista e o gozo do paciente somático será discutido logo adiante.



prerrogativas médicas, pois ao médico cabe se pronunciar sobre a consistência orgânica do “sintoma corporal” (ASSOUN, 1997).

Em uma situação como essa, cabe então ao analista repensar o efeito-de-corpo irreduzível à organicidade e retomar as malhas da textura da neurose. Compete ao médico definir se é uma afecção orgânica, e, ao analista, se é o efeito corporal de uma inscrição neurótica. A incidência somática cria, assim, durante um tempo, uma difícil medida entre físico e orgânico, afirma Assoun (1997).

A neurose causa danos ao órgão. É, portanto, sob o mando desses danos que o sofrimento neurótico torna-se acessível à terapia, havendo um momento orgânico que quase não pode faltar a esse sofrimento. É fato que a neurose comporta uma “ponta” orgânica e é uma forma de existência psíquica, que exige ser reconhecida em seus próprios direitos. Essas neuroses “criam sintomas” a partir de todos os órgãos, fazendo com que, além do sofrimento orgânico, haja um momento físico obrigado à neurose, ou seja, um “momento de verdade que é a incidência física do sintoma: no órgão doente é necessário poder reconhecer a voz da neurose, sua contribuição ao distúrbio somático” (ASSOUN, 1997, p. 25).

A angústia sem representação vivida no corpo, por sua vez, significa justamente uma fuga da neurose, o sujeito encontra na “doença” uma defesa contra sua neurose. O sintoma para Freud (1926/1996) é uma formação de compromisso passível de ser interpretada. Para Assoun (1997), o sintoma somático não é uma formação de compromisso, pois quando o sofrimento do sujeito vai em direção ao corpo, ele passa a sofrer do corpo e, embora não seja uma doença no sentido orgânico, deixa de se haver com sua neurose. Corroborando com o autor, Morais et al (2008) observam que, enquanto o “neurótico assumido” se utiliza do seu sintoma como uma formação de compromisso, o paciente somático se utiliza da doença para “fugir” deste compromisso, pois assumi-lo significa submeter-se às leis do inconsciente e implicar-se com sua neurose. Dizer que o sintoma toma o corpo, quer dizer que o sujeito endereça para si mesmo a mensagem que vem do Outro. O corpo, então, é o instrumento através do qual a mensagem do Outro se torna “*incorporada*” (ASSOUN, 1997).

Assoun (1997, p. 29) ainda observa que: “O sintoma somático não é talvez mais do que um pensamento do corpo, pensamento que sobrevém no corpo e que se chama ‘fantasma’. Ou mais exatamente: ‘pensamento’ que o corpo sugere ao fantasma”. Conclui que a análise pode promover condições para que o sujeito possa associar o

sintoma orgânico à sua neurose. É acreditando nisso que nos debruçamos a pesquisar sobre a temática do corpo e a dar escuta ao paciente dessa ordem.

Conforme vimos, a relação entre o paciente somático e sua neurose é marcada por uma necessidade de punição, o que faz com que o “doente” se apague a sua neurose. O efeito punitivo traz alívio ao sofrimento neurótico do paciente, na medida em que ao sofrer do corpo o paciente deixa de se haver com sua neurose, seu sofrimento psíquico, alcançando uma relação de satisfação e um ganho masoquista com sua doença, ou seja, o sujeito se mantém numa posição masoquista de gozo. A dor e o sofrimento tem íntima relação com o gozo, no sentido de que neste está implicado dor e prazer.

### 5.3 ANGÚSTIA E DOR: SUA RELAÇÃO COM O GOZO E O DESEJO – REVISÃO E DISCUSSÃO

Além das dores, Mara também se queixava da difícil relação que mantinha com a mãe, da qual se ressentia pelo fato de não lhe destinar a atenção e o afeto que almejava. Em uma sessão, a paciente chorou bastante ao relatar que, em seu aniversário, não havia recebido nem mesmo parabéns da mãe, enquanto que a cunhada teria ganhado uma festa surpresa.

Ressentida com a sua falta de amor, afirmava que a mãe a desprezava e que, além de não lhe dar a devida atenção, a agredia verbalmente, principalmente quando bebia. Contou que, sempre que ia a algum evento comemorativo na casa da mãe, ou simplesmente ia visita-la, ela se embriagava e a humilhava diante das pessoas. Tal situação causava-lhe intenso mal-estar, forte dor de cabeça e culminava em desmaios. Nem mesmo o fato de ter machucado a cabeça num desses episódios fez com que sua mãe se sensibilizasse, continuando a demonstrar indiferença pela filha. Mara não se sentia amada por ela, todavia, paradoxalmente, era esse mesmo sentimento que a mobilizava a buscar incessantemente tal amor, insistindo em visitar sua mãe todos os fins de semana.

Segundo Kehl (2004, p. 14), uma das condições do ressentimento é o sujeito estabelecer uma relação de dependência infantil com o outro, supostamente poderoso, que deveria protegê-lo, reconhecer seus esforços e seu valor, visto que “O ressentimento também expressa a recusa do sujeito em sair da dependência: ele prefere ser ‘protegido’ – ainda que prejudicado – a ser livre, mas desamparado”. Esse Outro é representado pelas figuras que, na infância, tinham o poder de proteção, de premiar e punir a criança.

Portanto, é a face imaginária do Outro, a qual são endereçadas demandas de amor e reconhecimento, que determina que o ressentido se represente não como faltante, mas como prejudicado, assim como o ressentimento é um gozo adiado e deslocado, mas nunca renunciado. Esse gozo é denunciado por sua repetição, pela insistência da queixa e da acusação dos ressentidos. (KEHL, 2004). Mara, presa nesse gozo, repete incessantemente a experiência de aproximação com a mãe, à repetição desse comportamento é uma tentativa inconsciente de domesticar o excesso pulsional em que está submetida e mantém a paciente numa posição masoquista.

O gozo implica sofrimento e está relacionado ao excesso que envolve risco de vida. Está referido ao corpo e remete ao além do princípio do prazer. O gozo é definido por Freud (1920/2006) como pulsão de morte, a qual ele se refere como compulsão a repetição, indicando que a pulsão de morte se opõe ao princípio do prazer. O autor exemplifica a compulsão a repetição referindo-se aos seus pacientes que resistiam e continuavam a repetir seus sintomas como se nada deles soubessem, mesmo após terem sido interpretados. Ressaltando, ainda, que o objetivo da vida é a morte, o retorno ao inanimado que antes dela já existia.

É no contexto da compulsão à repetição, conceito fundamental no que diz respeito ao trauma, que Freud (1920/2006) explica os mecanismos repetitivos e compulsivos como uma forma de dominar o excesso de excitação provocado pelo trauma. A repetição aparece nesta situação não apenas como fenômeno clínico, mas também como motor de elaboração psíquica, ou seja, como uma forma de tentar conter e ligar o excesso que invade o aparelho e que o deixa subjugado à força da pulsão de morte e de seus elementos irrepresentáveis. Logo, a repetição é uma das formas psíquicas eleitas pelo sujeito para lidar com o que é irrepresentável.

Segundo Freud (1920/2006), a repetição de situações desprazerosas e traumáticas aponta para uma tentativa precária e fracassada do indivíduo de obter êxito na domesticação da violência psíquica a qual está submetido. Esses recursos usados como uma forma de simbolizar, através do ato e da dor física, uma dor da alma, uma dor muito mais primitiva e indizível. Tentativa a qual o sujeito recorre para colocar-se como ativo, mas que, paradoxalmente, nos remete ao quanto ele está sob o domínio inescapável de um excesso pulsional.

Os mecanismos de elaboração e representação parecem não dar conta de tamanha exigência pulsional, promovendo a falência do psíquico e a emergência de respostas imediatas, como a compulsão à repetição. Tal compulsão possui um caráter

imperativo e inescapável, deixando o sujeito passivo, impelido a se colocar em situações desagradáveis. Ela diz respeito a algo que não pôde ser representado e que retorna de forma repetitiva e compulsiva na tentativa de ser elaborado. Essas respostas constituem mecanismos de defesa precários e extremos, que envolvem comportamentos autodestrutivos, numa possibilidade de se inscrever no corpo aquilo que não consegue se inscrever no psiquismo. Buscam dar conta dos aspectos irrepresentáveis, numa tentativa do sujeito sair da posição que ocupa diante do excesso pulsional que o invade. Um acontecimento violento ou um acúmulo de excitações não elaborado põe então em evidência o fracasso do aparelho psíquico em sua capacidade de descarregar a excitação. Assim, a compulsão à repetição está relacionada à pulsão de morte e se opõe ao princípio do prazer (FREUD, 1920/2006).<sup>1</sup>

No artigo *Problema econômico do masoquismo* (1924/2007), Freud afirma que o masoquismo erógeno tem origem a partir de uma parcela da pulsão de morte que permaneceu, no Eu, fixada libidinalmente entre a dor e o prazer. O masoquismo erógeno, por um lado, se tornaria componente da libido e, por outro, tomaria como objeto o próprio organismo. O que está em jogo no masoquismo erógeno não é a dor em si, mas a excitação sexual que ela provoca. Portanto, o masoquismo erógeno seria o resquício da antiga fase de formação, tão essencial à vida, em que houve um amálgama entre pulsão de morte e Eros. Já o masoquismo moral, derivado do masoquismo erógeno, estaria desvinculado de qualquer coisa da ordem da sexualidade.

Segundo Freud (1924/2007), é na relação entre o Eu e o supereu que a necessidade de sofrimento se acentua através do masoquismo moral, impondo uma satisfação através do sofrimento e da dor. Nesse masoquismo, o sofrimento é proveniente de qualquer lugar ou de qualquer pessoa, pois o que importa é tão somente o sofrimento. O sujeito o tem como um apaziguamento de uma culpa inconsciente que precisa ser punida, muito embora não admita ter esse sentimento de culpa. Porém, o que o mantém no sofrimento é a culpa, ocasionando, desta forma, uma satisfação do inconsciente. Ainda neste texto, Freud (1924/1996) sugere abandonar o termo “sentimento de culpa inconsciente” para adotar outro que melhor expressa o sentimento do sujeito. Trata-se da “necessidade de punição”.

O masoquista está sempre tentando agir de forma inadequada para sentir necessidade de punição. É o sofrimento que torna mais valiosa a tendência masoquista. A satisfação que o doente estabelece com o sofrimento o faz resistir a sair dessa condição, o que ocasiona a repetição das ações que o levam ao sofrimento. Freud

(1924/1996) ressalta a resistência do paciente em sair do estado de sofrimento, devido ao somatório de culpa e de satisfação. Em muitos casos, o masoquista apenas substitui um sofrimento pelo outro, pois o que importa para ele é a manutenção de certa quantidade de sofrimento.

Na perspectiva de Lacan (1959-1960/2009), a posição masoquista, enquanto estruturante, articula a subjetividade. Quando o sujeito é inserido na cadeia significante ele é barrado pela estrutura significante. O corpo, ao ser marcado pelo significante, perde alguma coisa – o que se perde está fora do circuito simbólico, mas está lá, existe, está no real. Logo, o masoquismo moral vai além de uma zona erógena, pois o que está nele implicado é o sujeito enquanto objeto de gozo do Outro.

O circuito da pulsão contém o gozo masoquista de fazer-se objeto do Outro em prol de um gozo que força a barreira do princípio do prazer. A pulsão se enlaça no simbólico pela via do significante, que entra no circuito pulsional. Só o masoquismo comporta uma satisfação através da dor e do sofrimento, visto que a dor tensiona o aparelho psíquico para provocar satisfação, e o gozo comporta uma dor experimentada pelo próprio sujeito. (LACAN, 1959-1960/2009).

Mara, inscrita no apelo ao Outro, está fixada na pulsão de morte, não sendo capaz de metaforizar essa angústia que a toma, não a dirigindo ao outro. Tal angústia retorna sobre ela mesma em forma de dor, fazendo com que permaneça num gozo mortífero. Conforme nos diz Costa (2007, p. 229): “A liberação dessa energia não-ligada, mortífera é pura angústia e produz uma equivalência entre dor psíquica e física”.

Lacan (1959-1960/2009), em *O seminário, livro 7*, denomina de campo do gozo o que Freud chamou de masoquismo, o que está para além do princípio do prazer. Ele observa, ainda, que o campo do gozo é aberto quando se interdita algo. Quanto mais se interdita, mais se goza, pois se goza na transgressão da lei, da lei que organiza a civilização e da lei humana, no sentido de proibição. O gozo instaurado como impossível constitui o sujeito do desejo. A lei, assim como interdita o gozo, aponta a transgressão como um lugar de gozo:

Se as vias para o gozo têm, nelas mesmas, algo que se amortece, que tende a ser impraticável, é a interdição que lhe serve, por assim dizer, de veículo utilitário para sair desses círculos que trazem sempre o homem, sem saber o que fazer, para a rotina de uma satisfação curta e tripudiada. Foi preciso que o pecado tivesse a lei para que ele se tivesse tornado desmesuradamente pecador. (LACAN, 1959-1960/2009, p. 217).

Fazendo uma análise do texto freudiano *O mal-estar na civilização* de 1930[1929], e ao referir que no íntimo do sujeito o que se encontra é o mal, Lacan (1959-1960/2009) indica que o mandamento “Amarás a teu próximo como a ti mesmo” institui um gozo no sujeito. Para Lacan (1959-1960/2009), o gozo é um mal porque implica o mal do próximo. Freud (1930[1929]/1996) fala dessa destrutividade, dessa forte tendência à agressividade, a partir da exploração que os homens infligiram a seu semelhante, afirmando que:

[...] o seu próximo é, para eles, não apenas um ajudante potencial ou um objeto sexual, mas também alguém em que eles tentam satisfazer a sua agressividade, explorar sua capacidade de trabalho sem compensação, utilizá-lo sexualmente sem o seu consentimento, apoderar-se de suas posses, humilhá-lo, causar-lhe sofrimento, torturá-lo e matá-lo. (FREUD, 1930[1929]/1996, p. 116).

Desse modo, para Freud (1930[1929]/1996), os homens não são criaturas gentis que desejam ser amadas ou que, no máximo, defendem-se apenas quando atacadas; pelo contrário, são criaturas que têm, entre seus dotes instintivos, uma poderosa quota de agressividade que deve ser levada em conta e através da qual o próximo é tomado como objeto de uso. O autor remonta essa agressividade à pulsão de morte, a essa parcela de forças pulsionais que atua no aparelho psíquico, que não se submete ao princípio do prazer e que faz com que o sujeito vacile na sua busca pela felicidade. Neste sentido, o autor questiona a moral como fruto da capacidade original do homem em distinguir o bem do mal. Nesta perspectiva, segundo Lacan (1959-1960/2009, p. 98), trata-se de uma ética do dever resumida na máxima kantiana: “faz de tal modo que a máxima de tua ação possa ser tomada como uma máxima universal”, o que é paradoxal, considerando-se que o ser é autônomo e que a boa vontade é exclusiva a toda ação na direção do “bem”.

Em relação à ética do gozo, Lacan (1959-1960/2009, p. 102) toma como modelo o sádico, ilustrando com a máxima sadéana: “emprestai-me a parte de vosso corpo que possa satisfazer-me um instante, e gozai, se isto vos agrada, da parte do meu que pode ser-vos agradável”; uma ideia totalizante do mal, negatividade pura e que conduz à destrutividade, ao paradoxo do gozo – um gozo como pertencente a um campo inacessível, da ordem de uma impossibilidade. Tal gozo só pode ser um mal na medida em que comporta o mal do outro. Assim, no que diz respeito ao gozo, que implica a satisfação de uma pulsão em um pólo, cada fragmento de agressão do qual nos abtemos

tem relação com o aumento da violência da consciência moral contra o Eu. Noutra pólo, cada parcela de gozo exercida constitui acréscimo de uma dívida insaldável para com a cultura, pois o que se encontra em jogo é um gozo de transgressão, próprio de um campo em que tudo é posto em questão.

Desta maneira, para Lacan (1959-1960/2009), o fundamento da lei moral é invertida em Freud. Aqui se encontram duas éticas, a princípio, opostas. De um lado, a máxima kantiana, e de outro, o imperativo sadecano. Uma ética do dever e uma ética do gozo, uma máxima proponente de uma autonomia do sujeito por meio de uma consciência moral (regra da ação universal). Comportamentos distintos do homem são determinados pela moralidade, como regras que impõem valores negativos e positivos. Desta forma, a ética sadecana é a razão e o oposto da kantiana. Torna-se moral, por um lado, da pura e simples aplicação da máxima universal, e, por outro, do puro e simples objeto.

Segundo Rabinovich (2005), é na década de 30, quando Lacan passa a frequentar os seminários de Kojève, que ele entra em contato com a obra de Hegel. Desses ensinamentos, ele vai reter a noção hegeliana do desejo, com a qual irá fazer uma releitura dos textos freudianos para elaborar uma teoria sobre a constituição de um sujeito do desejo. Hegel, em seu texto *Fenomenologia do espírito*, propõe que o desejo, é desejo do desejo do Outro. Nesta obra, o homem é basicamente desejo, pois ele poderá se conhecer, ser uma consciência de si e se dizer um “eu”, impelido pelo desejo. Para que o desejo se torne humano, diferente do desejo animal, é imprescindível que ele se apoie num objeto não natural, em algo que transcenda a realidade. (RABINOVICH, 2005).

Desejar o desejo significa querer ser desejado, amado e reconhecido em seu valor e em sua realidade humana. Almeja-se o reconhecimento do outro, que funciona como um fiador ou como uma garantia da existência desse *Eu de desejo*. Ser um Eu de desejo é desejar o reconhecimento, proveniente do Outro, de seu próprio desejo. É desejar que o Outro não somente reconheça seu valor, mas que também o reconheça enquanto valor. O sujeito quer ser então este valor que o desejo do Outro procura, e sobre isso, Lacan fala em *O seminário, livro 1*:

É exatamente aí, nesse momento, que se isola, no ser humano, a consciência de si. É na medida em que é no corpo do outro que ele reconhece o seu desejo, que a troca se faz. É na medida em que seu desejo passou para o outro lado, que ele assimila o corpo do outro e se reconhece como corpo. (LACAN, 1953-1954/1988, p. 172-173).

Passar o desejo para o outro lado quer dizer que o desejo foi ao encontro do que estava para além do espelho, ao encontro do desejo materno. Algo precisa evitar que o combate entre o sujeito e seu semelhante chegue às vias de fato. Assim, criou-se a lei, para interditar o incesto, para impedir o prosseguimento da matança para que fosse possível, a partir daí, instituir uma sociedade humana. Podemos notar que Lacan usa a referência à lei para conceituar o gozo, enfatizando novamente o fato de que a própria lei funda o gozo.

Em *Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano*, Lacan (1960/1998) trata do sujeito em sua relação com o significante. O sujeito seria portador de um saber que ele próprio desconhece. É preciso instaurar um ponto de corte em seu discurso mais corriqueiro, para que, por retroação, e entre dois significantes, possa emergir um sentido que já estava decidido e para que se revele o sujeito do inconsciente.

O desejo faz o sujeito perguntar ao Outro: *Che vuoi?* O que queres? O sujeito supõe que esse Outro – “lugar de tesouro do significante”, origem de toda bateria significante, de onde emana uma fala que insiste em se repetir, lhe demande algo. Isto porque a castração, incidindo tanto sobre o Outro como no sujeito, faz aparecer uma falta. A esta falta vem corresponder um significante, comumente representado pelo falo, que tem a propriedade de ser destacável do corpo. Enquanto significante da falta do Outro, o falo dá corpo ao gozo (LACAN 1960/1998, p. 836).

O neurótico identifica a falta do Outro com sua demanda, e assim se oferece como um falo para tentar tamponar a falta do Outro. Desta forma, a metáfora paterna permite ao neurótico dar uma resposta simbólica a essa falta do Outro, que, do contrário, seria um Outro devorador e terrível, se o sujeito se colocasse como puro objeto imaginário para seu desejo. Assim, o sujeito desliza na cadeia, oferecendo significantes para a suposta demanda do Outro, sendo que o desejo se constitui nessa metonímia.

Para Lacan (1960/1998), o homem é um “falasser”, é sujeito dividido pelo desejo e, não sendo substância e nem existência, se define como um efeito de linguagem, possuindo com o gozo apenas uma relação mediada pelo significante fálico. Deixado sem garantias, uma vez que não existe o Outro do Outro, o homem vai constituir seu desejo como desejo do Outro. O gozo é “interdito”, feito da própria textura da linguagem, ele “está proibido a quem fala como tal, ou ainda, [...] ele só pode ser dito nas entrelinhas para quem quer que seja sujeito à Lei, já que a Lei se funda justamente nessa proibição” (LACAN, 1960/1998, p. 836). Se, por um lado, há a proibição do gozo



pela Lei, por outro, esta regulará um gozo possível, sujeito aos impasses do desejo e articulado ao significante do falo-gozo. Este gozo possível é o gozo fálico. Lacan (1960/1998) refere que “A castração significa que é preciso que o gozo seja recusado, para que possa ser atingido na escala invertida da Lei do desejo” (LACAN, 1960/1998, p. 841).

Em *O seminário, livro 20*, apesar de afirmar que temos o direito de usar o gozo, Lacan (1972-1973/2008) diz que o gozo se reduz apenas a uma instância negativa, àquilo que não serve para nada. O gozo não tem utilidade nenhuma, o direito ao gozo não é um dever, mas se goza porque o superego, na qualidade de imperativo do gozo, ordena: goza! O gozar só aumenta esse imperativo egóico promovendo a infinitude. O autor enfatiza a relação do homem com o gozo articulando-a com a falta:

De um lado, o gozo é marcado por esse furo que não lhe deixa outra via senão a do gozo fálico. Do outro lado, será que algo pode ser atingido, que nos diria como aquilo que até aqui é só falta, hiância, no gozo, seria realizado? (LACAN, 1972-1973/2008, p. 15).

Podemos observar que somente o gozo fálico seria possível, pela via do significante que marca a borda do buraco, o significante fálico; enquanto que o gozo do Outro está para além de uma possível abordagem por parte do sujeito, pois este gozo está fora da linguagem.

Lacan (1972-1973/2008) articula um gozo ligado a um desejo, a uma possibilidade de satisfação. Esse gozo de que se trata é um gozo sexual, fálico, um gozo que é não-todo, de um ser falante cujas necessidades estão sempre implicadas numa outra satisfação inconsciente, a satisfação da fala, que pode ser dita ou não. Para além dessa forma de gozo, Lacan fala de um outro gozo, um gozo do corpo, do ser, um gozo do Outro. Se, no gozo fálico, há a busca de um gozo sexual, no gozo do Outro temos o gozo do corpo que, como tal, nada diz sobre o corpo. Trata-se de um corpo assexuado, pois o que o faz sexuado é a linguagem através da nomeação e significação das partes do corpo. Conforme observa Lacan (1972-1973/2008, p. 14), “[...] o que aparece nos corpos, com essas formas enigmáticas que são os caracteres sexuais – que são apenas secundários – faz o ser sexuado. Sem dúvida. Mas, o ser, é o gozo do corpo como tal, quer dizer, como assexuado [...]”.

O gozo do ser é um gozo fora-da-linguagem, que suporta o corpo como tal e não o corpo mortificado pela linguagem. Do lado desse gozo está o gozo feminino, um gozo que, assim como o gozo do corpo, é inacessível, por não corresponder a nenhum desejo

e, portanto, não poder ser de forma alguma apreendido ou significantizado. Por não ser toda castrada, como diz Lacan (1972-1973/2008), o sexo da mulher só diz algo por intermédio do gozo do corpo.

O gozo do Outro está localizado na interseção do real com o imaginário, é o gozo que está fora da linguagem, do simbólico, mas não fora do corpo. Já o gozo fálico está situado na interseção do real com o simbólico, está fora do imaginário e do corpo, mas não está fora do simbólico, ou seja, está na linguagem. Eis o que Lacan diz sobre isso em *A Terceira*:

[...] esse gozo do Outro, é aí que se produz o que mostra que quanto mais o gozo fálico está fora do corpo, mais o gozo do Outro está fora da linguagem, fora do simbólico, pois é a partir dali, a saber, a partir do momento em que se agarra o que há – como dizer – de mais vivo ou de mais morto na linguagem, a saber, a letra, é unicamente a partir daí que temos acesso ao real. (LACAN, 1974, p. 17, inédito).

Para a discussão sobre o desejo, retomamos Lacan (1962-1963/2005) em *O seminário, livro 10*, que, ao abordar a angústia como afeto-sinal do desejo do Outro, faz referência ao sujeito do desejo. O desejo constituído a partir da falta do Outro – apesar de desconhecida por ele –, é a via para o Eu descobrir o que lhe falta como objeto de desejo. Assim:

Esse Outro, antes de saber o que quer dizer minha relação com seu desejo quando estou angustiado, coloco-o primeiro ali [...]. Para me aproximar de seu desejo, retomarei os caminhos que já abri [...] **o desejo do homem é o desejo do Outro** [...], O Outro existe como inconsistência constituída como tal. O Outro concerne a meu desejo na medida do que lhe falta e de que ele não sabe. É no nível do que lhe falta e do qual ele não sabe que sou implicado da maneira mais pregnante, porque, para mim, não há outro desvio para descobrir o que me falta como objeto de meu desejo. É por isso que, para mim, não só não há acesso a meu desejo, como sequer há uma sustentação possível de meu desejo que tenha referência a um objeto qualquer, a não ser acoplado-o, atando-o a isto, o \$, que expressa a dependência necessária do sujeito em relação ao Outro como tal. Esse Outro [...] é o Outro como lugar do significante. É meu semelhante entre outros, mas apenas por ser também o lugar em que se institui como tal o Outro da diferença singular de que eu lhes falava no início. (LACAN, 1962-1963/2005, p. 31-33, grifo nosso).

A angústia nos faz pensar na incidência da falta, sem a qual o sujeito não se constitui como desejante. A falta, podendo ser preenchida de várias maneiras, sempre participa de algum vazio, embora, como afirma Lacan 1962-1963/2005, ela não seja preenchida de mil maneiras. O desejo está relacionado à falta e o falo é o significante

dessa falta. Assim, lidamos com a angústia num momento anterior ao momento que lidamos com o desejo.

Desta forma, para Lacan (1962-1963/2005, p. 51) o desejo sustenta o homem em sua existência de homem, e é na medida em que a relação sujeito punção de  $a$  ( $\$ \diamond a$ ) “[...] é acessível por algum desvio, [...] que certos artificios nos dão acesso à relação imaginária constituída pela fantasia”. O  $a$ , enquanto suporte do desejo na fantasia, não é identificável naquilo que constitui a imagem do desejo para o homem. Quanto mais ele se aproxima do que acredita ser o objeto de seu desejo, mais é, de fato, afastado dele.

Essa busca por se aproximar do objeto de seu desejo, dá mais corpo ao que representa a imagem especular  $i(a)$ . Lacan (1962-1963/2005, p. 34) esclarece que não é exatamente da imagem especular que se trata, mas de algo da ordem da imagem especular – que é a fantasia: “Não hesito, neste caso, em revesti-la da notação da imagem especular. Portanto, digo que esse desejo é desejo na medida em que sua imagem suporte é equivalente ao Outro”. Assim, quanto mais o homem se envereda por esse caminho, mais ele é enganado. Lacan (1962-1963/2005) dará à fantasia a função de tamponar o desejo do Outro, o que

é uma forma de preencher onde deveria estar a falta.

Na fórmula lacaniana do desejo [ $i(a)$ ], o  $a$  aparece no lugar do  $\$$  para marcar claramente que o objeto  $a$ , objeto próprio da psicanálise, sinaliza que enquanto desejantes, somos objetos. Rabinovich (2005, p. 17) assinala que: “o que desejo, o que meu desejo deseja, na medida em que desejo o Outro como desejante, é me incluir no  $i(a)$ , esse  $i(a)$  que pode capturar o Outro como desejante”.

Para Lacan, a perspectiva psicanalítica sinaliza que o desejo humano está aberto a uma mediação que vai além da mediação da violência hegeliana. Tal mediação se relaciona com a função da imagem em sua dupla articulação com a fantasia e com o Eu – que serve de ponte entre os dois, ponte dada pelo objeto  $a$ , esse real que, enquanto causa, sustenta o desejo e divide o sujeito do inconsciente. (RABINOVICH, 2005).

Na perspectiva lacaniana, a angústia surge como sinal por meio de sua função mediana entre o gozo e o desejo. É na medida em que a angústia é ultrapassada que o desejo se constitui. O sujeito barrado ( $\$$ ) é o término da operação de divisão, já que o objeto  $a$  é irreduzível, um resto que resiste a qualquer articulação com um significante, impossível de ser operado, perdido para a “significância”. Assim, o  $a$  vem assumir a função de metáfora do sujeito do gozo: “O gozo não conhece o Outro senão através

desse resto, *a*” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 192). Isto quer dizer que é a presença do objeto *a* que dá corpo ao gozo.

O fundamento do sujeito desejante vem se constituir na ausência de *a*. O objeto *a* é o dejetivo, o resultado da operação que ocasiona sua queda e precipita o sujeito desejante. Portanto, é este resto que em sua queda se mostra constitutivo do sujeito desejante – vertente de objeto causa do desejo, agora não mais o sujeito do gozo, mas aquele que está em sua busca:

[...] é ao querer fazer esse gozo entrar no lugar do Outro, como lugar do significante, que o sujeito se precipita, antecipa-se como desejante. Se há nisso uma precipitação, não é no sentido de que esse processo dê saltos, ande mais depressa do que suas próprias etapas, mas no sentido de que ele aborda, aquém de sua realização, a hiância do desejo no gozo. É aí que se situa a angústia. (LACAN, 1962-1963/2005, p. 192-193).

Portanto, a angústia em sua função mediana entre o gozo e o desejo, não está ausente na constituição do desejo. Embora este tempo esteja suprimido, não identificável de fato, a angústia, ao ser superada e fundamentada em seu tempo, constitui o desejo.

Mara, ao se deparar com a doença do marido, com possibilidade de câncer no fígado, se desespera ao pensar em perdê-lo, afirma não saber o que fazer caso fique sozinha. Apesar do relacionamento tumultuado, o marido é o único que está ao seu lado e que, da maneira dele, a apoia. Ou seja, é o único amparo que teve na vida. Diante desta situação, a paciente começa a manifestar o desejo de ter mais um filho – o que seria, segundo ela, também desejo do marido. Nesse momento, ela esbarra mais uma vez na falta de compreensão e apoio de sua mãe, que a critica e a tortura afirmando que a criança vai ter a “doença do pai”, como ela mesma (a paciente) poderia contraí-la do marido. Baseados nisso, questionamos: que significado poderia ter para Mara o desejo de ter um filho no momento em que se sente ameaçada pela possibilidade de perder o marido?

Durante os primeiros meses de tentativa ela não consegue engravidar, o que suscita nela muita angústia e medo. As sessões são tomadas por choro do início ao fim. Neste momento, entra em cena sua relação com o filho de dez anos que é criado pela avó dela. Mesmo fazendo várias tentativas de aproximação, trazendo-o para passar o final de ano e as férias com ela, o menino reage de forma hostil e a acusa de não ser sua mãe por não ter ficado com ele. Segundo relata, sua avó se nega a devolvê-lo e a desqualifica, falando-lhe mal dela, colocando-o contra a mãe, fazendo-lhe “*uma*

*lavagem cerebral*". Através de seu filho, Mara revive então cenas do seu passado, pois, segundo informações de conhecidos, o menino é maltratado pela bisavó, como ela também fora.

Depois de alguns meses de frustração em relação à tentativa de engravidar, Mara começa a faltar novamente nas sessões. Em uma sessão, quando fala do quanto se sente angustiada e desesperada, sem esperanças de resolver seus problemas, relata pensamentos suicidas e revela que pensa em tomar veneno de rato e "*acabar com tudo*", assim como ir para rua, beber, fumar e fazer várias "*coisas erradas*" – e que só não o fazia por causa dos filhos. Depois desta sessão, ela não compareceu mais, embora tenha ligado e prometido retornar.

Em uma das vezes que liga para desmarcar a sessão, avisa que está grávida e que está com muito enjoo, o que lhe dificultava sair de casa. A partir deste momento, ela não liga novamente, abandonando então a análise. Mas fica-nos a questão: que significado trouxe essa gravidez para a paciente que a faz abandonar a análise?

A paciente manifesta o desejo de ter um filho justamente no momento em que se sente ameaçada de perder o marido, e abandona a análise ao engravidar. Parece-nos que seu desejo pela gravidez, diante do desamparo frente ao diagnóstico do marido, teria surgido como uma tentativa precária de tamponar uma falta por antecipação. Conforme Freud (1925/1996-1931/1996), a menina renuncia ao pênis substituindo-o pelo desejo de ter um filho. Sendo assim, com a gravidez, a ideia de ter um filho pode ter lhe trazido uma sensação de possuir o falo e, com isso, a possibilidade de se sentir plena e não faltosa, ou desamparada como outrora.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso objetivo neste trabalho foi discutir sobre o fenômeno da dor física que não possui alteração orgânica que justifique sua existência. Como vimos, a dor é denominada, pela medicina, de dor psicossomática ou *transtorno doloroso somatoforme*, em decorrência do saber médico não conseguir identificar uma explicação para a sua existência, considerando-a como de origem psíquica – ou seja, uma dor sentida no corpo cuja causa é atribuída a fatores psíquicos. Nessa discussão, além do construto teórico da psicanálise, recorreremos aos fragmentos de um caso clínico atendido no CRAS, instituição à qual a paciente Mara chegou apresentando uma demanda de escuta analítica. A escuta dessa paciente nos provocou inquietações em relação às afecções circunscritas no corpo e causou-nos o desejo de pesquisar sobre esse assunto, o que resultou na presente dissertação.

O fato da primeira parte do atendimento ter ocorrido num CRAS nos gerou discussões sobre a prática possível da psicanálise na instituição social, sobre a inserção do discurso psicanalítico neste âmbito, levando em consideração os outros discursos que a permeiam, de acordo com a teoria de Jacques Lacan (1969-1970/1992). Disso, resultou o primeiro capítulo de nossa discussão.

Empreendemos uma discussão psicanalítica da psicossomática, abordando a forma como a psicanálise a concebe: algo da ordem do irrepresentável, do real, devido à ausência de intermediação simbólica, não se dando, assim, a ser lida ou interpretada. Portanto, uma forma diferente da concepção da medicina. O tema da psicossomática na psicanálise foi então abordado para sinalizar sua diferença com relação à psicossomática médica.

Discutimos também a noção psicanalítica de corpo, uma construção que ultrapassa a dimensão do orgânico. Essa estrutura de corpo começa a ser construída por Freud a partir de seus estudos sobre a histeria de conversão. Avançando nesse construto teórico no decorrer dos anos, Freud alcança o estatuto particular do corpo – seu caráter pulsional. A partir de então, a concepção de corpo alcança, por conseguinte, a dimensão de corpo pulsional. Sua formação tem como base as funções biológicas, mas se diferencia destas, na medida em que, ao receber o investimento libidinal necessário para a emergência da erogeneidade, atinge um estatuto de corpo erógeno. A dimensão erógena e pulsional do corpo terá papel fundamental na construção da imagem do eu-corporal, nos possibilitando falar sobre a dor.

A noção do eu-corporal de Freud permite entender a relação psico-soma, conceito fundamental para compreender a influência determinante do psiquismo na origem da dor. Essa concepção aparece no texto *O Ego e o Id*, em que Freud (1923/1996) considera a dor como um dos meios de se obter a representação psíquica do corpo, de um corpo constituído de órgãos, ou seja, a constatação da própria existência.

Conforme o que Freud (1926/1994) postula no processo de luto e melancolia, há uma relação entre a dor psíquica e a perda do objeto. A dor ocasionada pela perda do objeto amado tem a mesma intensidade de uma dor vivenciada na parte danificada do corpo. Desse modo, a convocação do corpo é utilizada como estratégia para a sobrevivência psíquica. A transição da dor física para a psíquica ocorre com a transformação da libido narcísica em libido objetal. Um objeto que esteja altamente investido libidinalmente pela necessidade pulsional, desempenha o mesmo papel que uma parte do corpo altamente investida libidinalmente. Assim, podemos dizer que o processo ocorrido na melancolia tem semelhança com o processo de dor física.

Segundo Nasio (2008), a dor, como reação afetiva, é sempre o resultado de uma brutal ou violenta perda – seja na dor física, em que se perde a harmonia e a integração equilibrada das diferentes partes do corpo, ou na dor psíquica, com a perda de um ser querido. Logo, não há diferença entre dor física e psíquica, na medida em que ambas geram afeto doloroso.

O aspecto econômico da dor está relacionado à concepção do rompimento da camada protetora contra estímulos por uma excitação externa de determinada área, ocasionando desprazer. As excitações vindas dessa área fluem continuamente sobre o aparelho psíquico, tal como ocorre com as excitações vindas do interior do aparelho. O aparelho psíquico, inundado pelo excesso de excitação, não consegue mediar tais afluxos de energia, o que faz com que o excedente de energia não simbolizada surja como um afeto intenso e sem mediação psíquica. A intensa e avassaladora dor sentida no corpo revela um psiquismo incapaz de simbolizar tamanho fluxo de afeto. A dor física proveniente do afeto intenso e sem mediação psíquica reflete, portanto, a dor psíquica de um sujeito desamparado.

Assim, a doença corporal se revela como solução para o conflito neurótico, na medida em que, quando algo incide no corpo, o sujeito passa a viver sem o lastro de seu sofrimento propriamente neurótico. A angústia, sem representação, vivida no corpo, por

sua vez, significa justamente uma fuga da neurose, o sujeito encontra na “doença” uma defesa contra sua neurose.

O sintoma para Freud é uma formação de compromisso passível de ser interpretada. Todavia, para Assoun (1997), o sintoma somático não é uma formação de compromisso, pois quando o sofrimento do sujeito vai em direção ao corpo, ele passa a sofrer do corpo. Embora não seja uma doença no sentido orgânico, ele deixa de se haver com sua neurose. Diante disso, o autor questiona: como é possível se refazer de uma saúde psíquica caindo doente fisicamente? A doença viria dar corpo ao seu sofrimento, que apenas passaria de dentro para fora, sendo então o próprio corpo do sujeito o saldador da “conta”. Em outros termos, uma forma de sofrimento foi substituída por outra.

Tecendo considerações sobre a angústia, o desamparo e o trauma, Freud (1926/1996) observa que o determinante fundamental de uma angústia automática é a ocorrência de uma situação traumática. A essência disto é uma experiência de desamparo por parte do Eu, diante de um acúmulo de excitação, de origem externa ou interna, com o qual não pode lidar. A angústia “como um sinal” é a resposta do Eu à ameaça da ocorrência de uma situação traumática, pois tal ameaça constitui uma situação de perigo. Os perigos internos modificam-se com o período da vida, mas possuem características em comum, com a separação ou perda de amor – uma perda ou separação que poderá conduzir, de várias maneiras, a um acúmulo de desejos insatisfatórios e, dessa maneira, a uma situação de desamparo.

No trauma, o aumento de tensão indica que os mecanismos de defesa falharam e que a barreira de proteção contra estímulos do aparelho psíquico não pôde conter a invasão das excitações, acarretando o empobrecimento das outras funções psíquicas. Com o aumento de energia (externa ou interna), o Eu corre então o risco de ser inundado por ela, e, assim, é possível que as fortificações que o protegem também sejam. Portanto, na experiência traumática, o aparelho é invadido por uma energia que não pode ser contida ou ligada, restando como um excesso, como algo da ordem do irrepresentável.

Desse modo, a dor física seria a reação defensiva ao caráter de “domínio” da excitação traumática. Tal compreensão da economia da dor física baseia-se na afirmação freudiana de que um ferimento físico poderia proteger o psiquismo contra o desenvolvimento de uma neurose traumática (FREUD, 1920/2006). Assim, entendemos que a dor no corpo funcionaria como uma medida defensiva arcaica utilizada pelo



psiquismo para se defender dos efeitos devastadores do traumático. Consequentemente, a convocação do corpo se apresentaria como meio de defesa do psiquismo, fazendo da dor um representante de um excesso.

Vimos que a paciente, abusada sexualmente pelo companheiro da avó aos dez anos de idade – num momento em que ainda não dispunha de um aparato psíquico que lhe permitisse lidar com tal excesso de energia –, vivencia uma traumática experiência. A partir de então, os abusos, ao tornarem-se frequentes, submetem Mara continuamente a essa experiência traumática, só cessando no momento em que o abusador é expulso de casa pela avó dela.

Mara, quando adulta, conforme vimos, passa a manifestar no corpo toda a angústia por seu sofrimento decorrente do trauma, do abandono, do desamparo e do abuso sexual e psíquico sofrido na infância. Entendendo que as suas dores físicas refletiam toda a sua história de dor, podemos afirmar que as manifestações no corpo resultavam da angústia, e que, na impossibilidade de serem metaforizados, simbolizados pela paciente, tais afetos se apresentavam como uma solução arcaica do inconsciente para remediar sua dor psíquica. A paciente na impossibilidade de elaborar os traumas de abandono e abusos sofridos e, numa tentativa arcaica de domesticar o excesso pulsional, repetia compulsivamente o comportamento de busca da atenção e do amor da mãe que outrora a abandonara. Não obtendo êxito em sua busca desenfreada, só lhe restava sua dor que vinha remediar o inominável para a paciente, a angústia. Estabelecendo, assim, uma relação de Outro com sua dor, na medida em que esta vinha barrar, ou melhor, era a solução para a sua angústia.

O presente trabalho consistiu em uma tentativa de lançar questionamentos sobre o paciente que sofre de dor e, com isso, promover uma discussão em torno deste assunto, principalmente no que tange a escuta do paciente somático, trazendo assim contribuições para a clínica com o sujeito dessa ordem. É uma aposta na utilização da psicanálise como ferramenta de escuta clínica do sujeito que experimenta em seu corpo seus conflitos e os desdobramentos destes. A psicanálise opera sobre o sujeito, o sujeito que a ciência exclui ao considerar seu corpo como puramente biológico e, cabe ao psicanalista o desafio de empreender um trabalho analítico no paciente.

O desafio da análise de paciente somático está em fazer emergir o sujeito aprisionado no gozo da dor e da queixa recorrente de suas afecções corporais, como se essas estivessem desvinculadas de sua história. Por trás da dor existe uma história,

muitas vezes difícil de ser contada, como a de Mara que contava a sua em um rio de lágrimas, muitas vezes, difícil de ser concluída, interrompida pelo soluço doloroso.

A queixa física parece dominar o universo do paciente, uma repetição exaustiva de seus sintomas dolorosos. Porém, em dado momento, entre uma queixa e outra, os fatos começam a surgir. Na medida em que o repertório de queixas corporais vai se esgotando, a fala começa a se deslocar para os acontecimentos que permearam o início e o decorrer de suas dores, permitindo se colocar em palavras o que o corpo insiste em falar pela dor, um deslocamento da simples queixa para os episódios dolorosos da vida do paciente. A fala, finalmente, desliza na cadeia de significantes e o paciente começa a fazer associações, abrindo, assim, possibilidades de elaborar e simbolizar sua dor. Desse modo, deixando de se vitimizar e passando a questionar seu sofrimento, é possível o paciente transformar sua queixa em demanda de análise, podendo vir a falar mais pela palavra e menos pelo corpo, pela dor. Por isso, é preciso disponibilizar a escuta para o sujeito, o que inclui o falar de seu corpo, deixar falar de seu sofrimento.

O analista diante de tanto sofrimento, pode a princípio encontrar-se numa posição de impotência, mas ao acolher a queixa, permitir que o paciente fale do insuportável, atento para que essa fala não seja sem endereçamento, solta, perdida, sem implicação do sujeito, ou seja, que esta não se torne um gozo da fala. Desse modo, o endereçamento da fala ao analista permite o estabelecimento da transferência e, através da transferência, da palavra e da escuta, o sujeito tem a possibilidade de barrar esse gozo mortífero.

## REFERÊNCIAS

ALBERTI, S. Psicanálise: a última flor da medicina – a clínica dos discursos no hospital. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (Org.). **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p.

\_\_\_\_\_. Psicanálise e intervenção social: um exemplo. In: ALTOÉ, S.; MELLO, M. L. (Org.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p.

\_\_\_\_\_. O Hospital, o sujeito, a psicanálise: questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 1 n. 1, p., junho/2008.

\_\_\_\_\_. Psicanálise e discurso: a clínica no campo social. In: GUERRA, A. M. C.; MOREIRA, J. O (Org.). **A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba: Editora CRV, 2010. p.

ASSOUN, Paul-Laurent. **Corps et Symptôme. Tome 1: clinique du corps**. Paris: Economica Ed, 1997.

BERLINCK, M. T. **Dor**. Rio de Janeiro: Escuta, 1999

BESSET, V. Quem tem medo da angústia? **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 4, n. 1, p., 2001.

\_\_\_\_\_. Angústia e desamparo. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 2, n. 2, p. 203-215, set. 2002a.

\_\_\_\_\_. A clínica da angústia: faces do real. In: BESSET, V. L. (Org.) **Angustia..** São Paulo: Escuta, 2002b. p.

\_\_\_\_\_. Clínica com adolescentes: de que pai se trata? **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 17, p., 2005.

BIRMAN, J. Discurso freudiano e medicina. In: BIRMAN, J.; FORTES, I.; PERELSON, S. (Org.). **Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010. p.

CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. **Dicionário de Psicanálise**. São Leopoldo, RS: Unisinos, 2007.

CID-10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

COSTA, J. A noção psicanalítica de desamparo. In: \_\_\_\_\_. **O risco de cada um: e outros ensaios de psicanálise e cultura**. Rio de Janeiro: Gramond, 2007. p.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA DE PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS. **Referências Técnicas para Atuação do(a) psicólogo(a) no**

**CRAS/SUAS.** Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília: CFP, 2007. 46 p. Disponível em: <<http://crepop.pol.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=53>>. Acesso em: 1 mar. 2012.

DELOUYA, D. A. A dor entre o corpo, seu anseio e a concepção de seu objeto. In: BERLINCK, T. M. (Org.). **Dor**. São Paulo: Escuta, 1999. p. 23-35.

DSM-IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DUPIM, G. et al. Discurso do analista em uma prática social. In: CALDAS, H.; ALTOÉ, S. (Org.). **Psicanálise, Universidade e Sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Companhia de Freud, 2009. p.

FERRAZ, F. C. Das neuroses atuais à psicossomática. In: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (Org.). **Psicossoma I: psicossomática psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

FREUD, S. (1893). Rascunho B: a etiologia das neuroses. In: Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I.

\_\_\_\_\_. (1894). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. Rascunho E: como se origina a angústia? In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I.

\_\_\_\_\_. (1895[1894]) Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio: Imago, 1996. v. III.

\_\_\_\_\_. (1895). Rascunho H: paranóia . In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I.

\_\_\_\_\_. (1895). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. III.

\_\_\_\_\_. (1894). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. Carta 69. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I.

\_\_\_\_\_. (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. III.

\_\_\_\_\_. (1905[1901]). Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. VII.

\_\_\_\_\_. (1905a) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, vol. VII, 1996. v. VII.

\_\_\_\_\_. (1905b). Tratamento psíquico (ou anímico) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. II.

\_\_\_\_\_. (1912b) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

\_\_\_\_\_. (1912c). Contribuições a um debate sobre a masturbação. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

\_\_\_\_\_. (1914). À guisa de uma introdução ao narcisismo. In: Obras psicológicas de Sigmund Freud. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004. v. 1.

\_\_\_\_\_. (1915). Pulsões e destinos da pulsão. In: Obras psicológicas de Sigmund Freud. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004. v. 1.

\_\_\_\_\_. (1915). O recalque. In: Obras psicológicas de Sigmund Freud. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004. v. 1.

\_\_\_\_\_. (1917[1916]) Conferência XXV: angústia. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVI.

\_\_\_\_\_. (1917). Luto e melancolia. In: Obras psicológicas de Sigmund Freud. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 2.

\_\_\_\_\_. (1919[1918]) Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVII.

\_\_\_\_\_. (1920). Além do princípio do prazer. In: Obras psicológicas de Sigmund Freud. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 2.

\_\_\_\_\_. (1923). O Ego e o Id. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX.

\_\_\_\_\_. (1924). O problema econômico do masoquismo In: Obras psicológicas de Sigmund Freud. Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2007. v. 3.

\_\_\_\_\_. (1925) Algumas conseqüências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX.

\_\_\_\_\_. (1926) Inibições, sintomas e Angústia. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XX.

\_\_\_\_\_. (1930[1929]). O mal estar na civilização. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXI.

\_\_\_\_\_. (1931). Sexualidade feminina. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XI.

\_\_\_\_\_. (1932) Conferência XXXII: angústia e vida instintual. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXII.

\_\_\_\_\_. (1950[1895]). Projeto para uma psicologia científica. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I.

GARCIA-ROZA, L. A. Pesquisa de Tipo Teórico. **Psicanálise e universidade**, São Paulo, n. 1, p. 9-32, 1991. (Publicação Periódica do Núcleo de pesquisa em Psicanálise do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP).

\_\_\_\_\_. **Introdução à metapsicologia freudiana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004. v. 1.

GUIR, J. **A psicossomática na clínica laciana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

KHEL, M. R. **Ressentimento: clínica psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

LACAN, J. (1949). Estádio do espelho como formador da função do eu. In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p.

\_\_\_\_\_. (1953). Função e campo da fala e da linguagem. In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p.

\_\_\_\_\_. (1953-1954). **O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

\_\_\_\_\_. (1954-1955) **O seminário, livro 2: o Eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

\_\_\_\_\_. (1955-1956). **O seminário, livro 3: as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

\_\_\_\_\_. (1957). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p.

\_\_\_\_\_. (1957-1958). **O seminário, livro 5**: as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

\_\_\_\_\_. (1959-1960). **O seminário, livro 7**: a ética na psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

\_\_\_\_\_. (1960). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. p.

\_\_\_\_\_. (1962-1963). **O seminário, livro 10**: a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

\_\_\_\_\_. (1964). **O seminário, livro 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

\_\_\_\_\_. (1966). Psychanalyse et médecine. In: \_\_\_\_\_. **Petit écrits et conférences 1945-1981**. Inédito.

\_\_\_\_\_. (1969-1970). **O seminário, livro 17**: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

\_\_\_\_\_. (1972-1973). **O seminário, livro 20**: mais, ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

\_\_\_\_\_. (1974) “**A Terceira**”. Comunicação feita ao Congresso ao EFP em Roma. Inédito.

\_\_\_\_\_. (1974-1975). **O seminário, livro 22**: RSI. Inédito.

\_\_\_\_\_. (1975). Conferencia in Ginebra sobre el sintoma. In: **Intervenciones y textos**. Buenos Aires: Manantial.

LAURENT, E. In: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; JAANUS, M. (Org.). **Para ler o seminário 11 de Lacan**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997. p.

LEITE, S. **Angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2011. (Coleção Passo-a-Passo).

MARIANO, L. H. S. **O praticante de psicanálise no centro de referência da assistência social (CRAS)**: a intervenção retificadora e outras questões. 277f. Dissertação (mestrado em), Programa de pós graduação em psicologia, Pontífica Universidade Católica de Minas Gerais.

MORAIS, J. L.; NICOLAU, R.; PEREIRA, A. C.; REI, V. Os fenômenos psicossomáticos: um substituto para a neurose? In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 3.; CONGRESSO BRASILEIRO DE

PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 9., 2008, Niterói, RJ. **Anais eletrônicos...** Niterói, RJ: 2008. Disponível em: <[http://www.fundamentalpsychopathology.org/8\\_cong\\_anais/TR\\_437.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/8_cong_anais/TR_437.pdf)>. Acesso em: 20/08/2012

MORAIS, J. L. Corpo, Feminino e Subjetivação: uma análise a partir de sujeitos portadores de lúpus eritematoso sistêmico. Dissertação de mestrado (2010). Disponível: <http://ppgp.ufpa.br/dissert/Jamile.pdf>.

MOREIRA, J. O. Re-tecendo as posições maternais junto à criança vítima de negligência ou abuso sexual: da mãe ideal à mãe possível. In: GUERRA, A. M. C.; MOREIRA, J. O. (Org.). **A psicanálise nas instituições públicas**: saúde mental, assistência e defesa social. Curitiba: Ed. CRV, 2010.p

NASIO, J-D. **Psicossomática**: as formações do objeto a. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1993.

\_\_\_\_\_. O Livro do amor e da dor. Tradução de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

NICOLAU, R. F. Sobre a angústia e sua relação com o corpo que adocece. **Revista de Psicanálise da UFC**. Ano 1, p., maio, 2000.

\_\_\_\_\_. Corpo e gozo. **a' linha – Psicanálise e Transmissão**, Fortaleza, n. 2, p. 83-90, 2001.

\_\_\_\_\_. **O sintoma no corpo**: uma contribuição ao estudo dos mecanismos subjetivos e da lógica que engendra as manifestações somáticas do corpo. Projeto de Pesquisa. Universidade Federal do Pará, Belém, 2007. Não publicado.

\_\_\_\_\_. A psicossomática e a escrita do real. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 8, n. 4, p. 959-990, 2008.

\_\_\_\_\_. Pathos, corpo e gozo. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 3.; CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 9., 2009, Niterói, RJ. **Anais eletrônicos...** Niterói, RJ: 2009. Disponível em: <[www.fundamentalpsychopathology.org](http://www.fundamentalpsychopathology.org)>. Acesso em: 30 jul. 2010.

OLIVEIRA, R. T. Dispositivos clínicos e disposições: algumas intervenções. In: GUERRA, A. M. C.; MOREIRA, J. O. (Org.). **A psicanálise nas instituições públicas**:saúde mental, assistência e defesa social. Curitiba: Ed. CRV, 2010. p.

PEREIRA, M. E. C. **Pânico e desamparo**. São Paulo: Escuta, 2002.

RABINOVICH, D. **A angústia e o desejo do outro**. Tradução de André Luis de Oliveira Lopes. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.

\_\_\_\_\_. **O desejo do psicanalista**: liberdade e determinação em psicanálise. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.



ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

SAFRA, G. Pesquisa com material clínico. **Psicanálise e Universidade**, São Paulo, n. 1, p., 1994. (Publicação Periódica do Núcleo de Pesquisa em Psicanálise do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP).

SANTOS, A. P. Qual a maternidade possível em situação de violência familiar? In: GUERRA, A. M. C.; MOREIRA, J. O. (Org.). **A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba: Ed. CRV, 2010. p.

SCARPARO, M. D-E; POLI, M. C. Psicanálise e assistência social. In: CRUZ, L. R. GUARESCHI, N. (Org.). **Políticas públicas e assistência social: diálogo com as práticas psicológicas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. p. 124-151.

STRACHEY, J. Introdução do editor inglês. In: FREUD, S. (1926). **Inibições, sintomas e ansiedade**. Edição Standar Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud .Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. XX. p.

TEIXEIRA, L. C. Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology** on line, v. 6, n. 1, p., 2006a.

\_\_\_\_\_. Morte, luto e organização familiar: à escuta da criança na clínica psicanalítica. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 6-76, 2006b.

VIEIRA, M. A. **A ética da paixão: uma teoria psicanalítica do afeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2011.

VALAS, P. et al. Apresentação. In: \_\_\_\_\_. **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003. p.

VOLICH, R. M. Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. (Org.). **Psicossoma II – Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998, p. 17-31.

WARTEL, R. et al. Que esperam de nós os médicos? In: \_\_\_\_\_. **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003. p