

A dor*

Manoel Tosta Berlinck

Este trabalho relata pesquisa sobre a natureza psicopatológica da dor partindo da noção de que o humano habita na dor. Esta passa, assim, a ser um conceito-limite do humano que não consegue ultrapassá-la, apesar dos recursos farmacológicos e psíquicos disponíveis para dela se proteger. Nesta perspectiva, o corpo humano solicita uma concepção que seja capaz de levar em consideração tanto a dor física como a psíquica.

Palavras-chave: Dor, psicopatologia, corpo, sexualidade

* Este trabalho foi escrito para ser apresentado no IV Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, em abril de 1999, e contou com as leituras atentas e generosas do Prof. Dr. Luís Claudio M. Figueiredo, de Rubens Coura, de Maurício Silveira Garrote e da Prof^a Ana Cleide Guedes Moreira que muito enriqueceram o texto e a quem sou muito grato.

Entre a analgesia – doença rara em que o corpo não acusa a existência de dor e que solicita do doente um complexo e delicado aprendizado para viver – e a dor crônica, sensação sempre presente no corpo, habita o ser humano.

Há, no humano, uma intimidade com a dor fazendo com que ela se torne particularmente difícil de ser precisamente conceituada e que só sua completa ausência, na analgesia, é capaz de revelar. Essa intimidade é atestada, por exemplo, pelo amplo e crescente consumo de analgésicos. Assim, de acordo com o Laboratório Bayer, só nos E.U.A. consome-se 50 milhões de tabletes de aspirina por dia, ou mais de 15 bilhões de tabletes por ano, não devendo ser esquecido que este produto é, hoje, um dos múltiplos analgésicos consumidos pelo mundo afora. A dor é, assim, um fenômeno de tão ampla extensão que é possível afirmar que a humanidade é uma espécie dolorida. Entretanto, essa intimidade com a dor é acompanhada de um proporcional desconhecimento a seu respeito. Apesar de ser geral e irrestrita, a dor é, em grande parte, um persistente enigma que justifica, inclusive, a existência de uma Associação Internacional para o Estudo da Dor com sede em Seattle, nos E.U.A., que publica regularmente, desde 1975, uma revista denominada *Pain*. Ela é, assim, cercada de obscuros aspectos e parece resistir intensamente ao esforço humano de esclarecimento.

Quem dá início a uma pesquisa sobre a dor enfrenta grandes problemas. Em primeiro lugar, descobre rapidamente que a dor possui um número muito grande de denominações específicas como artrite, artrose

enxaqueca, fibromialgia, gota, dor muscular crônica, reumatismo. Em segundo lugar, descobre que cada uma dessas dores continua acompanhada por enigma e obscuridade. Tome-se, por exemplo, a Dor Muscular Crônica. Ela integra um grupo de síndromes com muitas características em comum que representam um problema clínico e terapêutico de etiologia desconhecida, englobando formas severas como a fibromialgia. Esta, que significa, literalmente, “dor nos músculos e nos tecidos fibrosos (ligamentos e tendões) e que é implacável, espalhando-se por todo o corpo, possui uma grande proximidade com a depressão e a angústia. Assim, é sabido que o tratamento da depressão faz, muitas vezes, desaparecer a dor crônica e aumentar a resistência do organismo a essa manifestação. A dor de cabeça também possui uma intensa e íntima relação com a subjetividade. A depressão e a angústia, bem como a conversão, muitas vezes se manifestam com dor de cabeça, assim como esta freqüentemente acompanha aquelas. A enxaqueca, que é apenas um dos vinte e um tipos de dor de cabeça reconhecidos pela *National Headhache Foundation*, solicita constantemente a produção de novas drogas que periodicamente são anunciadas nas revistas de divulgação de massa. Entretanto, apesar dessas drogas milagrosas, a enxaqueca persiste. Justifica-se, pois, a pesquisa desse fenômeno tão próximo e, ao mesmo tempo, tão enigmático.

Dada a proximidade da dor com a depressão e a angústia que se observa na clínica psicoterapêutica e considerando que ela mesma é um dos fenômenos próprios do psiquismo humano, a psicanálise pode contribuir para a sua compreensão. O próprio Freud, em “Tratamento psíquico (ou mental)” (1905) (1969) observa que:

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 a imaginação, as dores em si nem por isso são menos reais ou menos violentas.

Assim como as dores são produzidas ou intensificadas em se voltando a atenção para elas, também desaparecem pelo desvio da atenção. Essa experiência pode ser utilizada com todas as crianças para acalmá-las; os soldados adultos não sentem a dor da ferida no entusiasmo febril da batalha; é muito provável que os mártires, no ardor desmedido de seu sentimento religioso e voltando todos os seus pensamentos para as recompensas com que lhes acena o paraíso, fiquem perfeitamente insensíveis às dores de sua tortura. É menos fácil comprovar através de exemplos a influência da volição nos processos patológicos do corpo, mas é muito possível que a determinação de curar-se ou a vontade de morrer não sejam desprovidas de importância nem mesmo para o desfecho dos casos mais graves e mais duvidosos de doença. (pp. 302-303)

Entretanto, apesar das numerosas referências psicanalíticas sobre a dor – tanto nos textos de Freud como nos de pós-freudianos – são relativamente poucos os trabalhos psicanalíticos que tratam sistematicamente da dor. Dentre eles destacam-se os livros de Juan-David Nasio, *O livro da dor e do amor* (Rio, Jorge Zahar, 1997) e de Annie Aubert, *La douleur. Originalité d'une théorie freudienne* (Paris, Presses Universitaires de France, 1996).

Este trabalho não pretende realizar nem uma revisão desses textos nem apresentar, de uma forma sistemática, a metapsicologia da dor. Pretende, isto sim, apresentar algumas reflexões que podem vir a ser úteis para a clínica psicopatológica da dor.

Seguindo, então, essa proposta, gostaria de retomar a idéia de que o humano habita na dor. Não sentir dor coloca o humano num radical desamparo. Sem ela, a existência fica gravemente ameaçada, já que a dor acusa os estímulos potencialmente lesivos do presente, contidos no aqui e agora. Numa primeira instância, então, é conveniente dizer que a dor é uma defesa contra ameaças lesivas ou lesões vindas da realidade externa ao organismo. A dor protege o organismo provocando uma tensão e ações que procuram evitar esses perigos, mas é bom não esquecer que a própria defesa contra a dor é, muitas vezes, dolorida.

De fato, o ser humano necessita a dor, assim como não pode dispensar a depressão e a angústia, pois estes estados são também sinais, anunciam perigos e ameaças que ocorreram no tempo e no espaço. Minkowski (1973) chega a dizer que a dor é um dos elementos essenciais que determinam os limites de nossas relações com o ambiente: contém em si, de maneira intrínseca, a noção de uma força estranha que atua em nós e que nos vemos obrigados a suportar, e acrescenta:

Deste ponto de vista, se opõe diretamente ao caráter expansivo do ímpeto pessoal. Na dor não nos exteriorizamos, não tratamos de deixar marca no mundo exterior, pelo contrário, suportamos, deixamos que venha, com toda a sua impetuosidade, fazendo sofrer. A dor sensorial é, assim, uma atitude em relação ao ambiente. Passageira, instantânea até, por sua natureza, se instala e transforma-se em duradoura ali onde não é contrabalançada pelo elemento antagônico, o ímpeto pessoal. (pp. 176-177)

Nesta perspectiva, a dor é, então, um limite *sui generis* porque é uma resposta a uma fratura nos limites do organismo e, portanto, do psiquismo e nos remete à nossa finitude.

Enquanto a dor responde a ameaças do aqui e agora, a angústia, na sua manifestação como ansiedade, se refere a ameaças futuras e a depressão está voltada para o passado e para um espaço que não é o do aqui e agora. Há, na depressão, na dor e na angústia sensações que incidem espetacularmente no corpo, mas que são sempre psíquicas e que são inscrições do tempo na carne do humano, frágil e

desamparada, que solicita constantes cuidados que atestam a insuficiência diante de ameaças que colocam a existência em permanente perigo. Dor e angústia unem-se à depressão que, nas belas palavras de Pierre Fédida, “é uma figura do corpo. Figura cuja expressividade é desenhada ao vivo na impressão de um rosto sensível como um espelho, no peso estirado ou tenso dos membros, na visibilidade aguda e dolorosa da pele...” (Fédida, 1999)

A vasta extensão desses fenômenos, que praticamente caracterizam a humanidade como espécie dolorida (não fora pela analgesia que, por isso mesmo, é vista como doença), impelem à intensa busca de um estado de alívio que pode levar a conseqüências catastróficas.

Assim, a crescente produção de analgésicos, ansiolíticos e anti-depressivos de consumo mais fácil, já que, cada vez mais, produzem menos efeitos colaterais e são cada vez mais fáceis de serem prescritos nas doses adequadas, leva a humanidade ao crescente e indiscriminado consumo dessas drogas sem que ocorra um correspondente esforço de pensamento que possibilite a compreensão do que se passa com cada um e, especialmente, sem que se adquira uma experiência a partir das vivências depressivas, doloridas e angustiantes.

Mas esse fantástico consumo de drogas capaz de aliviar a depressão, a dor e a angústia atesta, também, a existência de um excesso e de manifestações que são anacrônicas. Em outras palavras, o consumo de drogas fala em favor de sensações doloridas que não correspondem necessariamente a estímulos potencialmente lesivos que ocorrem no aqui e agora nem às ameaças às quais a espécie está efetivamente exposta. A depressão, a dor e a angústia têm, portanto, uma ampla dimensão de ineficiência, pois se manifestam segundo lógicas próprias que se articulam, de formas complexas e muito indiretas, com ameaças que efetivamente ocorreram.

Se, por um lado, a depressão, a dor e a angústia são mecanismos de defesa contra ameaças vindas tanto de fora quanto de dentro do humano, por outro elas são, na maioria das vezes, excessivas em relação a essas mesmas ameaças. O excesso, aqui, se refere a uma intensidade que não é proporcional à intensidade da ameaça. Cabe, portanto, supor que essa discrepância se refere a uma anacronia, pois o humano nunca está referido ao presente. Ele é um ser tanto do passado como do futuro, ou seja, o seu psiquismo é uma extencionalidade que ignora o tempo e que permite Freud afirmar que no inconsciente não há representação de tempo, que o inconsciente é uma extensão. Uma das conseqüências dessa observação fundamental a respeito do aparelho psíquico do humano é a de que depressão, dor e angústia, muitas vezes não se distinguem, pois são sensações referidas ao desamparo que é humanamente extenso, vale dizer, cobre uma dimensão que desconhece o tempo. Por outro lado, o organismo envelhece e é finito. Essa discrepância entre organismo e psiquismo tende a ser corrigida pela dor. Tome-se,

por exemplo, a artrose, a forma mais comum de reumatismo, que afeta a maior parte da população mundial depois dos 50 anos. A dor produzida pela artrose acusa a destruição progressiva dos tecidos que compõem as articulações, isto é, parte do corpo que permite a mobilidade dos ossos, levando à instalação progressiva de dor, deformação e limitação dos movimentos. À medida que o organismo envelhece, a artrose se instala de tal forma que 100% da população mundial com mais de 80 anos sofre desse mal. Ora, a dor, neste caso, “avisa” ou “lembra constantemente” o psiquismo extenso que o organismo está velho e não suporta certos movimentos que, se praticados, provocam o agravamento da dor e da artrose. A mente que não envelhece, que desconhece a envelhescência, é “lembrada”, pela dor, que o organismo já não suporta mais certos movimentos.

Porém, o clínico deve tomar muito cuidado com a falsa artrose, ou seja, com a dor nas articulações que ocorre sem qualquer outro sintoma. Neste caso, é muito provável que o aparelho psíquico seja o responsável por ataques destrutivos em articulações que, por sua vez, são utilizadas em outros tipos de articulações, sexuais e sociais, que ressoam no organismo, já que, sempre é bom lembrar, o aparelho psíquico e o organismo são partes de um todo indissolúvel. Aqui, novamente, a anacronia e a extensão do psiquismo se manifestam no organismo.

Mas tanto o reconhecimento da anacronia como o da extensão das respostas defensivas diante de ameaças solicitam tanto as idéias de origem como de diferenciação. Em outras palavras, se o humano é dolorido e se a dor é extensa no humano, quando e como ela tem início e quando e como ela se diferencia da depressão e da angústia?

Antes, porém, de considerar respostas a estas indagações, seria interessante esclarecer, à medida do possível, a dor enquanto fenômeno.

Numa primeira abordagem, evidentemente insuficiente, a dor pode ser definida como experiência desagradável ou penosa, proveniente de lesão, contusão ou estado anômalo do organismo ou de parte dele. Trata-se, dessa forma, num primeiro momento, de um sofrimento físico, isto é, de um afeto que incide na carne. Entretanto, como já foi dito, ela é particularmente difícil de ser conceituada por suas naturais implicações com outros termos – sofrimento, aflição, pena, mágoa, tristeza, angústia, depressão – de conteúdos semânticos muito próximos. Além disso, a reconhecida existência da dor moral faz com que o fenômeno ultrapasse em muito o interesse meramente fisiológico.

Porém, é necessário reconhecer que, em princípio, a dor é sensação produzida quando o estímulo que atua no organismo é potencialmente lesivo. A potencialidade lesiva varia de organismo para organismo e cria o conceito de limiar doloroso já que a dor é, também, sensação comumente produzida por estímulos que, atuando com intensidades mais fracas, apenas produzem sensações como frio, calor, pressão etc. A intensidade do estímulo para produzir dor depende da sensibilidade do tecido

estimulado. Talvez isso explique porque o consumo de certos ansiolíticos anti-depressivos sejam utilizados para combater a dor.

Como toda modalidade sensorial, a dor se inicia em receptor periférico e, conforme a localização desse receptor, pode ser classificada em dois tipos gerais: *dor somática*, quando o receptor está localizado em tecidos originados da somatopleura, estrutura embrionária que vai dar origem à pele, músculos, tendões, ossos e articulações, ou *dor visceral*, com receptor localizado nos tecidos oriundos da visceropleura, estrutura embrionária que vai dar origem às vísceras em geral, vasos sanguíneos, serosas, meninges etc.

Estas referências fisiológicas a respeito da dor têm particular importância porque revelam que, desde a ótica dessa sensação, o corpo humano é uma superfície sensível que tem a principal função de proteger o organismo contra estímulos potencialmente lesivos vindos tanto do ambiente como de dentro. Talvez seja por isso que a sensação dolorosa desencadeia sempre reações orgânicas – somáticas e viscerais – reflexas e voluntárias, que permitem ao organismo fugir ou evitar o estímulo. Entretanto, como já observou Freud, quando a dor se origina no interior do aparelho psíquico, a fuga da dor torna-se impossível e outros recursos são necessários para tratá-la.

A anacronia da dor adquire toda a sua complexa manifestação naquilo que os psiquiatras do século XIX denominavam de histeria e que foi objeto de longa e sistemática pesquisa de Freud.

Na histeria, como bem observa Charcot (v. Didi-Huberman, 1982), tanto o estímulo potencialmente lesivo pode ser recebido pelo organismo com uma reação anestésica, como a dor pode ocorrer sem qualquer manifestação de estímulo potencialmente lesivo. As pacientes de Charcot se deixavam perfurar por grossas agulhas de tricô, se beslicar por torturantes alicates e se submetiam à “excitação mecânica e elétrica de músculos da face e do corpo durante a letargia hipnótica” sem qualquer manifestação de dor. Essas mesmas pacientes, por sua vez, sofriam dores terríveis em órgãos que não estavam sob qualquer estímulo potencialmente lesivo observável.

A histeria é, portanto, de tal forma disruptiva do saber instituído sobre a dor que acaba sendo eliminada dos mais recentes manuais de psiquiatria. Mas isso não faz com que a histeria deixe de existir. Essa negação da realidade é, de fato, uma certa alucinação negativa médica provocada pela constante dor que a histeria causa naqueles que se aventuram a tratá-la.

As descobertas de Freud a respeito da histeria, se não resolvem o problema da dor, constituem um inegável avanço desse saber médico que está ameaçado de desaparecer da medicina por motivos eminentemente político-científicos.

Assim, a misteriosa condução da dor do receptor periférico até o cérebro, por mais que se diga que ocorre por uma atividade neuronal, é insuficiente para

explicar o fenômeno da dor referida, isto é, porque um estímulo potencialmente lesivo num determinado órgão produz dor num outro órgão e, mais ainda, porque determinado órgão dói sem qualquer estímulo. As noções de conversão e de transferência, que subjaz à conversão, avançam substancialmente na compreensão de certos aspectos enigmáticos da dor.

Mas, é, sem dúvida, a partir da concepção freudiana de corpo que tanto a conversão como a transferência podem ser compreendidas. Freud não produziu uma reflexão sistemática a respeito da natureza do corpo humano, mas há, ao longo de sua obra, uma grande quantidade de referências à natureza do corpo que vai produzindo uma concepção *sui generis* dessa instância.

Assim, em carta de 1918, endereçada ao Pastor Pfister, que procurava dessexualizar a psicanálise, escreve:

... o que há com a teoria sexual? Como pode ocorrer ao senhor negar a decomposição da pulsão sexual em pulsões parciais, à qual a análise nos obriga diariamente? Seus argumentos contra ela realmente não são fortes. O senhor não vê que a multiplicidade destas pulsões remonta à multiplicidade dos órgãos, que são todos erógenos, isto é, têm o anseio de se reproduzir no organismo vindouro? E o fato de que todos os órgãos reuniram-se numa unidade viva, de que se influenciam mutuamente, se apóiam ou freiam, e de que mesmo no seu desenvolvimento permanecem dependentes uns dos outros, foram capazes de impedir a anatomia de estudá-los ou descrevê-los separadamente, ou de impedir a terapia de atuar sobre um órgão isolado, que preponderantemente se tornou a sede do processo enfermando ou seu agente? É possível que a terapia interna freqüentemente tenha-se esquecido desta correlação dos órgãos; a psicanálise empenha-se para não perder de vista esta conexão da vida pulsional sobre a separação das pulsões isoladas. Na ciência, primeiro é preciso decompor, depois reunir. Parece-me que o senhor quer uma síntese sem a análise prévia. Na técnica psicanalítica não há necessidade de um trabalho especial de síntese; isto o indivíduo autonomamente providencia melhor que nós. Isto vale para todas as pulsões, até onde as conseguimos separar. Mas ... o senhor não foi plenamente justo com as pulsões sexuais. O senhor não disse em nenhum lugar que estas realmente têm uma relação mais íntima e um significado maior – não para a vida anímica como tal, mas – no que importa – para se adoecer na neurose. E isto justamente por causa da natureza conservativa delas, da sua relação mais íntima com o inconsciente, com o princípio do prazer, e em conseqüência das particularidades do seu processo de desenvolvimento até as normas culturais. (Cartas entre Freud & Pfister, 1998, pp. 85-86)

O corpo é, então, uma sucessão de órgãos, todos erógenos, isto é, que se comportam como o pênis, num movimento de tensão e relaxamento, que é eminentemente involuntário, mas que obedece aos ditames do desejo inconsciente, ou seja, “ao anseio de se reproduzir no organismo vindouro”. O corpo é, em outras palavras, um campo pulsional regido por pulsões parciais. A existência de um or-

ganismo obedece à lógica da parcialidade das pulsões e do desejo inconsciente. Ele obedece, em última palavra, o modelo do fenômeno hipocondríaco, isto é, do “bom” comportamento do órgão que está submetido ao princípio do prazer. Em outras palavras, na ótica freudiana, a preocupação obsessiva com a saúde e a “beleza” do corpo, mais do que uma neurose, revela sua própria natureza sexual e define um ideal que tem como referência principal o falo, a representação simbólica do pênis.

Segundo essa concepção, a dor é causada por um excesso de excitação erógena que demanda uma descarga e uma fuga do objeto estimulante. A neurose é, nesta perspectiva, o principal mecanismo de defesa contra a dor, ainda que seja insuficiente por ser anacrônica.

A angústia, primeira manifestação da neurose, é concebida, inicialmente, como um excesso de excitação que não encontra o caminho da descarga e, mais tarde, como um sinal de ameaça futura. Mas sendo neurose, a angústia é, principalmente, repetição, e, por isso, não se refere àquilo que se denomina de objetiva realidade. Há, pois, na angústia, um evidente anacronismo, já que se trata de manifestação referida ao passado repetindo-se no presente diante de uma situação que rememora o passado, mas que, além disso, pouco se relaciona com ele.

O deslocamento da dor, de um órgão para outro, por conversão, obedece tanto à lógica da evitação como a da excitação sexual e é, como a angústia, uma neurose à medida que se torna repetição, vale dizer, apresenta um anacronismo em relação à atualidade. Mas é a conversão a responsável pelo deslocamento da dor no corpo como se ela fosse um bicho que se movimenta e que, às vezes, descansa em um determinado ponto.

A concepção freudiana de corpo é, portanto, bastante peculiar. Trata-se de uma superfície de partes cuja integração num organismo é, principalmente, um mecanismo psíquico de defesa e, por isso, pode ou não ocorrer. Sensações de fragmentação não são necessariamente sintomas de psicose como apressadamente psiquiatras e psicanalistas são levados a crer, mas podem estar representando a verdadeira natureza desse corpo. Cada órgão desse corpo se comporta como o pênis, isto é, possui um desejo inconsciente, um anseio de se reproduzir no organismo vindouro, um ímpeto pessoal. A partir daí, é possível se conceber o fenômeno hipocondríaco como o modelo do corpo freudiano, pois a realização do desejo define saúde e doença. Além disso, deriva-se daí uma peculiar estética hipocondríaca que define o belo e o feio e que leva à extirpação de órgãos e à cirurgia plástica, tal como vem sendo praticada no Ocidente.

Ao falar de desejo, de anseio, Freud se refere à falta de um objeto primitivo que assegura o funcionamento do corpo segundo o princípio do prazer. No âmbito da sexualidade, que emerge na catástrofe, com a perda de contato com o objeto primitivo, o corpo já não responde adequadamente ao princípio do prazer. A dor, por sua vez, é uma vivência que ocorre com a catástrofe, isto é, na reviravolta, e é

contemporânea da perda de contato com o objeto primitivo. A depressão, que sucede a perda do objeto; a dor, que se manifesta na catástrofe e na perda desse mesmo objeto e a angústia, que ocorre como um sinal de persistência da catástrofe constituem, na ótica freudiana, o corpo do humano, que está permanentemente sob ameaça de ataques vindos de fora, originados tanto no ambiente em que está inserido, como do outro que ora faz parte do ambiente, ora habita o psiquismo. O corpo humano se constitui, assim, no desamparo e desenvolve um complexo sistema imunológico que constantemente se revela insuficiente para proteger o organismo.

A insuficiência imunológica do humano se revela, de forma trágica, nas doenças auto-imunes quando, como no lupus, o corpo se transforma num outro agressor, ou seja, em seu próprio inimigo e inicia um processo de autodestrutividade. As células e outros mecanismos de defesa estranham as outras células do organismo e começam a atacá-las como se fossem agentes inimigos. Essa não é, diga-se de passagem, a única forma pela qual a insuficiência imunológica se manifesta. Na hepatite C, a constante mutação do vírus que é provocada pela própria resistência das células defensivas do organismo, revela que, para certos tipos de ataques, qualquer defesa endógena é inútil. A insuficiência imunológica revela-se claramente psíquica na melancolia. Já Gallo e Montagnier chamaram a atenção para o fato de que pacientes depressivos infectados pelo vírus HIV apresentam maior vulnerabilidade à doença do que pacientes não depressivos. Pesquisas que estão sendo realizadas no Laboratório de Psicopatologia Fundamental da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo revelam que não se trata de depressão e sim de melancolia, pois pacientes depressivos não revelam um desamparo autodestrutivo típico dos melancólicos, que têm a capacidade de acelerar a ação de doenças auto-imunes, como lupus, AIDS e câncer.

A catástrofe é vivida como um conflito entre a vida e a morte e a sexualidade encontra-se no epicentro desse conflito. A depressão, a dor e a angústia são, por sua vez, invenções do humano, ou seja, o corpo freudiano contém, na sua própria concepção, a inventividade, a criação. A perda de contato com o objeto primitivo ocorre graças a uma catástrofe ecológica que ameaça a sobrevivência da espécie que deve se proteger dessa ameaça através da invenção de mecanismos de defesa que, por se tornarem repetitivos, transformam-se em neurose. Conflito e mutação compõem os dois movimentos fundamentais da vida. A concepção freudiana de corpo é, assim, baseada no evolucionismo darwinista.

Para Freud, o princípio do prazer não só é princípio porque rege uma dinâmica, mas é princípio porque dá início ao humano. É conhecida a insistência de Freud à idéia de que o pré-humano é um estado nirvânico, sem dor, silencioso, onde tensão e relaxamento estão completamente submetidos à natureza objetal do animal.

É a perda de contato com o objeto primitivo, causada por uma catástrofe, que irá causar a depressão, a dor e a angústia. Essa catástrofe inicial, poderíamos mesmo dizer fundamental, produz, naquilo que é sua mais intensa atualidade, a dor. Esta, por sua vez, colabora, através da fuga que incita, com a perda de contato com o objeto primitivo. Duas manifestações ocorrem, então: 1. o narcisismo primitivo que implica num retorno do investimento objetal para o próprio corpo e na correspondente identificação com o objeto; e 2. a depressão que comemora a perda de contato com o objeto primitivo. A angústia é sensação que se manifesta depois, já que depende da repetição da situação catastrófica, ou seja, a angústia supõe um “conhecimento” a respeito da repetição da catástrofe que inaugura a experiência do futuro humano.

A natureza inaugural do humano é, portanto, a dor e é por isso que venho insistindo na idéia de que a humanidade é uma espécie dolorida. O “bom” funcionamento do corpo humano, tal como é concebido na contemporaneidade, que implica naquilo que se denomina saúde, nada mais é do que um desejo de retorno a um estado nirvânico onde dor, depressão e angústia não existem, mas onde o humano também não existe.

A dor, provocada pela catástrofe e pela perda do objeto primitivo, não só inaugura o humano, mas o lança no sexual que não só visa a reprodução da espécie ameaçada de extinção como, a partir do narcisismo primitivo, permite a conversão e a perversão. Esta, porém, é inventada a partir da angústia e da conversão que a catástrofe suscita.

Ainda de acordo com esta concepção, o corpo atual é portador de toda a história (e pré-história) da espécie, o que garante a boa dose de anacronismo da dor que se sofre por aquilo que não é, mas que foi muito e muito antes de se ter nascido. A dor seria, então, um preço que se paga por se fazer parte da espécie e, nesse sentido, ficar livre dela, ainda que momentaneamente, pode dar a sensação fantástica de nos libertarmos dos grilhões que nos prendem à espécie.

Um menor que fazia uma psicanálise de rua comigo disse-me, numa sessão, após ter tomado oito comprimidos de Optalidon: “Eu me sinto como o Super-homem! Eu não sinto dor! Eu posso voar!”. Por algum tempo ele se imaginava como um ser de outro planeta e estava livre do que lhe prendia à espécie: a catástrofe e sua dor. Não importa que estivesse sangrando na canela, que devia ter batido um pouco antes. Estava num estado de plena euforia, experimentando a ausência da dor, sua companheira inseparável que lhe fazia lembrar incessantemente de sua condição de terráqueo, de passageiro desta espaçonave. Assim, expondo sua euforia causada pela insensibilidade química, esse menino expunha toda a sua intensa dor de viver uma catástrofe que, neste caso, possuía uma evidente atualidade. Falava, também, sobre a natureza do outro – aquele que, não sendo o objeto primitivo, desempenha a função de sucedâneo e, por isso mesmo, faz doer.

Entretanto, esta explicação enfrenta uma dificuldade insuperável: como explicar a dor crônica e o estresse?

Tanto a dor crônica como o estresse (desamparo) apontam para uma impossibilidade de descarga da tensão pulsional.

Para resolver esta dificuldade Freud foi obrigado a modificar a própria teoria pulsional introduzindo as noções de pulsão de vida ou de autoconservação e pulsão de morte. Nesta nova perspectiva, o órgão, o corpo e o psiquismo não estão voltados para uma descarga completa e um retorno a um estado nirvânico, mas há uma tendência pulsional para a autoconservação que mantém a tensão mesmo depois da descarga sexual. A vida é, então, tensa e estressante independentemente do ambiente e a própria vida leva à dor crônica e ao estresse. Este, por sua vez, se refere tanto ao desamparo como, também, à própria vida.

Se, por um lado, esta perspectiva encontra uma resolução plausível para todo o tipo de dor, inclusive a dor crônica e o estresse, coloca, por outro, um problema para a abordagem psicanalítica. Ainda que se possa construir, através da análise, uma experiência a partir da dor, ela persiste e resiste a qualquer interpretação devido à natureza mesma das pulsões de autoconservação que provocam a dor e o estresse.

Estamos, então, diante de um dos limites da psicanálise e, diga-se de passagem, diante, também, de um dos limites da droga que alivia a dor e provoca, como freqüentemente acontece, efeitos colaterais nocivos à saúde.

Enfim, é necessário concluir dizendo que, nesta nova perspectiva teórica, a dor e o estresse são manifestações da vida da espécie humana e se referem a um excesso próprio da pulsão de vida que evita a descarga e o retorno ao princípio de nirvana.

Bibliografia

- AUBERT, Annie. *La douleur. Originalité d'une théorie freudienne*. Paris, Presses Universitaires de France, 1996.
- BERLINCK, Manoel Tosta. "Insuficiência imunológica psíquica", *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional*, ano X, nº 103, novembro de 1997, pp. 5-14.
- _____. "A envelhecimento", *Anais do I Congresso Internacional do Colégio de Psicanálise da Bahia*, Salvador, Colégio de Psicanálise da Bahia, 1998, pp. 297-301.
- DEITOS, Fátima, GASPARY, João Francisco Pollo et al., *Mito de Ulisses. Estresse, câncer e imunidade*. Santa Maria, RS, Kaza do Zé, 1997.
- DIDI-HUBERMAN, Georges. *Invention de l'hystérie. Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*. Paris, Macula, 1982.
- FÉDIDA, Pierre. *Depressão*. Trad. de Martha Gambini, introdução de Daniel Delouya. São Paulo, Escuta, 1999.
- FREUD, Ernest L. e MENG, Heinrich (orgs.). *Cartas entre Freud & Pfister. 1909-1939. Um diálogo entre a psicanálise e a fé cristã*. Trad. de Karin Hellen Kepler Wondrack e Ditmar Junge. Viçosa, MG, Ultimato, 1998.

- FREUD, Sigmund. "Tratamiento psíquico (ou mental)" (1905). *ESB*, vol. VII. Rio de Janeiro, Imago, 1969.
- MINKOWSKI, Eugène. *El tiempo vivido*. Trad. de Ángel Saiz Sáez. México, Fondo de Cultura Económica, 1973
- NASIO, Juan-David. *O livro da dor e do amor*. Trad. de Lucy Guimarães. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997.
- PIRLOT, Gérard. *Les passions du corps. La psyché dans les addictions et les maladies auto-immunes: possessions et conflits d'alterité*. Paris, Presses Universitaires de France, 1997.
- SAVI, Gabriel; AMIT, Giselle; PRODANOV, Ana et al., "Fibromialgia y depresión. Evolución de la fibromialgia en pacientes deprimidos y no deprimidos". *Internet*, 02.01.99.

Resumos

Ese trabajo relata la pesquisa acerca de la naturaleza psicopatológica del dolor, partiendo de la noción de que el humano habita en el dolor. Ese pasa, así, a ser un concepto límite del humano que no consigue ultrapasarla, a pesar de los recursos farmacológicos y psíquicos disponibles para protegerse de él. En esa perspectiva, el cuerpo humano solicita una concepción que sea capaz de considerar tanto el dolor físico cuanto el dolor psíquico.

Palabras llave: Dolor, psicopatología, cuerpo, sexualidad.

Ce travail fait le récit d'une recherche à propos de la nature psychopathologique de la douleur, en partant de la notion de que l'être humain habite dans la douleur. Celle-ci devient, donc, un concept-limite de l'humain que n'arrive pas à dépasser, malgré les ressources pharmacologiques et psychique disponibles pour s'en protéger. Dans cette perspective, le corps humain demande une conception qui soit capable de prendre en considération et la douleur physique et la douleur psychique.

Mots clés: Douleur, psychopathologie, corps, sexualité.

This article is a research product on the psychopathological nature of pain and starts from the idea that the human inhabits in pain. Therefore, this notion turns out to be a concept that limits the human which cannot surpass it, even with the pharmacological and psychic resources that are available to protect the human from pain. In this perspective, the human body requires a conception that should be able to take into account the physical as well as the psychic pain.

Key words: pain, psychopathology, body, sexuality.