



Organizadora

Victoria Regina Béjar

PSICANÁLISE

Dor psíquica, dor corporal

Uma abordagem multidisciplinar

Blucher

DOR PSÍQUICA, DOR CORPORAL

Uma abordagem multidisciplinar

Organizadora

Victoria Regina Béjar

Dor psíquica, dor corporal: uma abordagem multidisciplinar

© 2017 Victoria Regina Béjar (organizadora)

Editora Edgard Blücher Ltda.

Imagem da capa: Ciro Marcio Béjar Barbosa (*in memoriam*)

Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar
04531-934 – São Paulo – SP – Brasil
Tel.: 55 11 3078-5366
contato@blucher.com.br
www.blucher.com.br

Segundo o Novo Acordo Ortográfico, conforme
5. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua
Portuguesa*, Academia Brasileira de Letras,
março de 2009.

É proibida a reprodução total ou parcial por
qualquer meios sem autorização escrita da
editora.

Todos os direitos reservados pela Editora Edgard
Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação
na Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Dor psíquica, dor corporal: uma abordagem
multidisciplinar / organização de Victoria
Regina Béjar. – São Paulo : Blucher, 2017.
440 p.

Bibliografia
ISBN 978-85-212-1138-9

1. Dor 2. Dor – Aspectos psicológicos 3.
Psicanálise I. Béjar, Victoria Regina.

15-1530

CDD 152.1824

Índice para catálogo sistemático:

1. Dor – Aspectos psicológicos

Conteúdo

Introdução	15
1. Dor física <i>versus</i> dor psíquica	33
<i>Elsa Rappoport de Aisemberg</i>	
2. Os deuses não conhecem o cansaço: os heróis, às vezes, mas as heroínas, nunca...	47
<i>Marilia Aisenstein</i>	
3. A insustentável leveza do corpo da mãe	59
<i>Marina Papageorgiou</i>	
4. Fibromialgia e fadiga crônica na sociedade atual e a modernidade líquida	85
<i>Lydia Marticorena</i>	
5. Psicanálise: terror, vértice estético, linguagem poética	95
<i>Antonio Sapienza</i>	
6. Frida Kahlo: a pintura como processo de busca de si mesmo	105
<i>Gina Khafif Levinzon</i>	

7. Dor corporal e dor psíquica: discursos do corpo 121
Victoria Regina Béjar
8. Da histeria às somatizações: o corpo em cena 147
Adriana Cortelletti Uchôa
9. A dor de viver, a dor da vida... 161
Gláucia Maria Ferreira Furtado
10. Doença de Crohn e retocolite: abordagem
psicanalítica dos fenômenos somáticos 175
Denise Aizemberg Steinwurz
11. Vida operatória, um ataque pulsional à capacidade
de pensar: Mara, uma escrava da dor 199
Diva Aparecida Cilurzo Neto
12. Construção do sonhar na transferência 213
Silvia Joas Erdos
13. O que não se resolve pelo amor se resolve pela dor 237
Helena Lopes Daltro Pontual
14. Dor e psicanálise contemporânea: atenção e
representabilidade 253
Milton Della Nina
15. Corpo-Dor-Psicanálise: a importância da
contratransferência 271
Eliana Riberti Nazareth
16. Entre a vida e a morte: as dores da melancolia 289
Cristiana Rodrigues Rua
Ana Maria Soares
Rubens Marcelo Volich
17. A vertigem na neurose atual 315
Ana Maria Baccari Kuhn

18. A doença de Crohn e a dor	343
<i>Flavio Steinwurz</i>	
19. Fisiopatologia da dor	355
<i>Manoel Jacobsen Teixeira</i>	
<i>Daniel Ciampi de Andrade</i>	
20. Síndrome fibromiálgica (SFM)	403
<i>Helena Hideko Seguchi Kaziyama</i>	
Sobre os autores	421

1. Dor física *versus* dor psíquica¹

Elsa Rappoport de Aisemberg

Neste trabalho, construir conjecturas a respeito do surgimento de um fenômeno somático devido ao *deficit* de representação e de simbolização da dor.

Inicialmente, serão tecidas algumas considerações sobre a dor física e a dor psíquica e o trabalho será concluído com vinhetas clínicas que ilustram minhas ideias.

A dor física remete ao corpo biológico, à sensorialidade, embora seja também inevitável pensar na reação mental tão particular de cada pessoa diante dessa experiência, devido à sua série complementar. A dor psíquica, por sua vez, remete-nos às ideias freudianas do *Projeto para uma psicologia científica* (1895 /1977a) sobre a vivência da dor, vivência que dará lugar a defesas primitivas, desinvestimento, cisão e facilitação de descarga, uma vez que se

1 Trabalho apresentado no painel de mesmo título durante o Congresso Internacional de Psicanálise da Associação Internacional de Psicanálise (IPA – International Psychoanalytical Association), Praga, 2013.

trata de uma quantidade de excitações impossível de lidar, que não é possível ligar. Essa experiência deixaria uma inscrição sensorial primária, uma marca traumática ou traumatogênica, sem tradução psíquica. Estamos no campo do trauma precoce, pré-psíquico, do trauma perdido, segundo Roussillon (1991), o qual, diferentemente do trauma sexual estruturante que organiza fantasias edípicas, permanece em estado de latência ou congelamento e pode ser a origem das patologias não neuróticas, entre as quais as somatoses, quando um fato atual o coloca em movimento.

Temos também que incluir outro destino da vivência da dor: refiro-me ao masoquismo guardião da vida, descrito por Benno Rosenberg (1991), como o investimento erótico da experiência da dor que origina uma espécie de tecido psíquico para a sobrevivência mental.

Dessa maneira, vale a pena recordar que é a repetição da experiência dolorosa que conduziu Freud à mudança de 1920, em *Além do princípio do prazer*. Em 1923, em *O ego e o id*, descreveu a dor como uma experiência que, teria um destino estruturante, ao assinalar que, na base da percepção das sensações e enfermidades corporais dolorosas, chega-se à representação do próprio corpo.

Em 1926, em *Inibição, sintoma e angústia*, o criador da psicanálise retoma ao tema da dor em sua dimensão psíquica. Trata-se de uma quantidade de dor que transborda o aparelho psíquico na situação de desamparo, na falta do objeto que o proteja. No adendo, parte C do texto citado, Freud nos lembra que sucessivas experiências de satisfação vão construindo o objeto, que, por sua vez, protege do desamparo e da angústia automática. Por isso, advém o temor de sua perda.

André Green (2003), seguindo Freud, enfatiza as diferenças entre a dor pela perda do objeto e a angústia gerada pelo desamparo que essa perda produz.

Dor física e dor psíquica

É importante assinalar que, quando lidamos com pessoas com traumas ou lutos importantes, observamos que costumam coexistir, em diferentes graus, tanto a dor psíquica quanto a dor corporal, dependendo das singularidades. Conforme opinião da autora, a dor corporal é coerente com a ideia da origem corporal das excitações endossomáticas, que, em seguida, podem ser traduzidas no aparelho psíquico como pulsões. São derivadas da percepção intero e exteroceptiva da relação com o objeto.

Ao nos recordarmos do modelo de aparelho psíquico que Freud desenhou em 1933, na *Conferência 31*, onde assinala que o id está aberto ao soma e que é proporcionalmente mais importante e maior que o ego e que, portanto, deveríamos modificar mentalmente seu esquema original. Se forem acrescentadas a isso as ideias que enuncia em *Moisés*, em 1939, quando descreve que além do inconsciente reprimido há um inconsciente propriamente dito ou genuíno que jamais foi consciente, torna-se, então, possível pensar que essas marcas sensoriais que nunca tiveram tradução psíquica encontram-se no inconsciente propriamente dito ou genuíno. Assim, a partir de uma situação dolorosa ou traumática atual, tais marcas serão investidas, o que torna inevitável, entre outros, a dimensão física da dor no luto.

É importante se referir aqui a outros destinos, já que é possível fazer, além do curto-circuito ao soma, também ao ato ou à alucinação.

Luto e desamparo

O desamparo atual pela perda do objeto produz uma regressão a situações equivalentes ou que evocam o desamparo original.

Se a perda do objeto é a perda de uma parte de si mesmo, por tratar-se de um objeto que contribuiu com a estruturação do sujeito, devido à importância do processo do luto, o mesmo adquire neste contexto dimensão traumática, já que produz excesso de quantidade de emoções não ligadas, decorrentes da destruição ou da perda de parte das representações do objeto que estruturavam o psiquismo. Isso conduzirá a estado equivalente ao desamparo inicial, não somente a dor pela perda do objeto, mas também a angústia pela perda da proteção que se obtinha ou que se supunha obter na presença do objeto.

Isso envolve a necessidade de um outro, de um semelhante que de fato sustente, como ocorreu nos primórdios. A meu ver, o processo do luto progride quando a representação do objeto pode se reinstalar, analogamente, ao mecanismo original da construção do objeto, com lembranças positivas do objeto perdido ou ausente e, além disso, com a representação de novos objetos que, em parte, suprem o mesmo papel.

Sobre a psicanálise contemporânea

Gostaria de recordar aqui algumas formulações minhas a respeito da construção do psiquismo (Aisemberg, 1994; Aisemberg et al., 2000, 2001, 2003, 2004, 2005, 2007, 2008, 2010, 2013). Uma delas é sobre a existência de dois inconscientes, como assinalei anteriormente: um inconsciente reprimido e um inconsciente

propriamente dito ou genuíno. O primeiro corresponde ao funcionamento psiconeurótico, que deriva da experiência de satisfação e seus avatares, enquanto o segundo deriva da vivência de dor. Trata-se, neste último caso, do funcionamento não neurótico.

Quando as emoções dolorosas invadem o psiquismo em momentos especiais, como é o caso de luto e/ou trauma, é gerada uma quantidade excedente de excitações que transborda e costuma produzir, como mencionei antes, curtos-circuitos ao soma, ao ato ou à alucinação, produto dos investimentos das marcas sensoriais primitivas, não investidas, não transformadas em estrutura psíquica.

Essas expressões do funcionamento não neurótico, que coexistem com o funcionamento psiconeurótico, podem ser objeto da psicanálise contemporânea, mas exigem o trabalho da contra-transferência e a proposta de hipóteses com o objetivo de tentar construir representações, dar sentido ao que ainda não tem, oferecer ligações e produzir tecido psíquico onde falta.

Como foi assinalado pela autora em trabalhos anteriores, vale a pena lembrar que o objetivo na clínica é a instalação da transferência, o funcionamento dessa regra fundamental que permite a busca ou o desenvolvimento dos derivados do Inconsciente.

Minha experiência com pacientes com predomínio de estruturas não neuróticas que iniciam uma psicoterapia psicanalítica me ensinou que deve haver certa flexibilidade ou criatividade no enquadre, sem deixar de levar em conta a matriz ativa – denominação criada por André Green (2003), ao se referir ao enquadre interno ou ao pensamento analítico do psicanalista. Dessa maneira, muitas vezes torna-se possível a instalação da transferência e o desenvolvimento de um tratamento analítico mais clássico, de onde emergem transferência, sonhos, Édipo, sexualidade infantil e o relato de uma violência que não está suprimida, como ocorria quando se encontrava no soma.

A seguir, essas ideias serão ilustradas com material clínico.

Inês

Inês é uma paciente que tinha aproximadamente 35 anos de idade quando me procurou para consulta. Apresentava ataques de pânico, angústia generalizada e hipocondria. Seu médico ginecologista recomendou que me procurasse. A princípio, optamos por um tratamento face a face duas vezes por semana, porque foi o que aceitou, foi o enquadre possível.

Imediatamente, emergiu a causa atual de sua angústia: a morte de um de seus filhos, Pedro; era o terceiro menino, tinha 6 anos de idade. Faleceu de um câncer linfático depois de uma longa batalha para salvá-lo.

Inês era casada, tinha outros dois filhos mais velhos e, logo após a morte de Pedro, teve outro filho do sexo masculino. Vivia com medo de que ela mesma ou algum de seus filhos viessem a morrer de câncer.

Apesar de pequena e não muito alta, pesava somente 38 quilos e se alimentava mal na época da consulta. Encaminhei-a a uma médica clínica para tratar da anorexia.

Além disso, somatizava. Desenvolveu cistos benignos sucessivos nos ovário, mama e tireoide. Submetia-se a estudos exploratórios que culminavam em tratamentos médicos exitosos.

Enquanto isso, temia que o filho caçula, nascido após o falecimento de Pedro, desenvolvesse a mesma enfermidade do irmão. Em dado momento, entrou em um quase delírio compartilhado com a pediatra, que confirmava essa hipótese. Aceitou minha

sugestão de procurar outro profissional e, por sorte, isso a ajudou a se desfazer dessa certeza.

Inês não conseguia aceitar a morte de seu filho Pedro. Em todos os filhos, mas especialmente no caçula, via o objeto doente moribundo, o objeto morto-vivo, como dizia Willy Baranger (1961-62/1969, 2004). Levava para sessão, a meu pedido, fotos da criança internada para a quimioterapia na clínica oncológica. Pôde chorar e, ao conversar comigo a respeito disso, iniciar o luto, que estava detido em um presente traumático. Bastante magra, Inês era a viva presença de Pedro. Identificava-se com o filho enfermo e, assim, o mantinha vivo, não podia enterrá-lo. Sabemos que o luto pela morte de um filho é o mais difícil de ser processado para uma mulher.

Esse trabalho de luto, que ocorreu ao longo de vários anos, levou a uma melhoria em seu estado clínico: ela começou a se alimentar de maneira satisfatória e chegou a 40, 42 quilos, embora sempre mantivesse o mínimo.

Ao mergulhar em seu histórico familiar, descobri que Inês era a terceira filha de quatro irmãos e que, por coincidência, sua avó materna também teve quatro filhos. Sua mãe era a segunda; a terceira e a quarta morreram em decorrência de doenças infecciosas na infância.

Fiz conjecturas a respeito disso. Formulei que havia sido criada por uma mãe que temia que morresse, como havia acontecido com suas irmãs. Com isso, Inês reconheceu que tinha medo da morte desde que era pequena.

A partir dessa etapa, houve melhora no nível de ansiedades hipocondríacas e em seu estado físico e, dessa forma, Inês chegou a pesar entre 43 e 45 quilos graças ao acompanhamento médico.

Dormia melhor, sonhava, iniciou atividades sublimatórias como estudos universitários, entre outras. Voltou a ter prazer por seu corpo: passou a vestir-se de forma atraente, a fazer aulas de dança, assim como a ter prazer nas viagens com a família.

Enquanto isso, ainda se preocupava – entre o que era real e hipocondríaco – com seus filhos e seus pais. Esses últimos lhe gravavam compreensível ansiedade, já que também adoeceram com câncer.

Ao longo do tratamento, Inês desenvolveu uma transferência positiva e idealizada, mas havia um limite nessa relação objetal. Como profissional, eu era um objeto que a acalmava e a protegia e que a ajudava a processar sofrimentos. As resistências ao tratamento surgiram quando iniciamos o tema sexualidade, tanto a atual com seu marido, quanto a sexualidade infantil em relação a seus pais, que, apesar de separados, ainda compartilhavam os eventos familiares, ou a relação com a mãe, correta, porém fria e distante. Após sete anos de trabalho, pouco a pouco Inês abandonou o tratamento, mas de vez em quando marcava consulta comigo e me visitava, suponho que para mantermos contato, o que, a meu ver, envolve uma dimensão mágica de nosso vínculo.

Algumas reflexões

A meu ver, esse limite da sexualidade é semelhante ao que encontramos em somáticos graves, como em superadaptados. Embora tenham um Édipo em seu interior, esses pacientes têm um *deficit* do prazer erótico com o corpo e com o objeto, que remete à relação precoce, quando se constrói a sexualidade e o prazer, apoiado na experiência de satisfação com o objeto da necessidade.

A partir da clínica, esses pacientes têm um “leito de rocha” ou uma “cicatriz” difícil de modificar e constituem, sem dúvida, um desafio para futuras explorações analíticas.

Uma peculiar patologia do luto

Com base nesse título, referi-me, em 1994, aos casos clínicos nos quais a tramitação somática do luto dominava a cena. Trata-se de pacientes com grandes *deficits* de processamento das emoções, especialmente da dor. Geralmente, remetem a uma identificação com pais que não conseguem processar lutos. O conceito de telescopagem de Haydee Faimberg (2005) trata disso. Um exemplo paradigmático desse funcionamento foi o caso de Joana, que descreverei a seguir.

Joana

Joana era uma mulher de 34 anos de idade, divorciada, mãe de uma filha e, ela mesma, filha única. Era psicóloga, porém tinha sérios problemas no exercício da profissão e dificuldade para manter um parceiro estável.

Não desejava utilizar o divã mas fazer terapia face a face, como a que realizava em sua clínica. Com isso, iniciamos as entrevistas de acordo com sua demanda.

Joana relatava fatos muito dolorosos de sua vida com um sorriso no rosto: contou-me da doença e da deterioração física e mental do pai, de sua morte em circunstâncias muito sofridas, além de seus problemas com o parceiro e de seus mal-estares físicos cada vez mais intensos, dolorosos e diferentes.

Assinalei a dissociação entre seu discurso e suas dores corporais quase diárias. Como esse quadro não se modificava depois de vários meses, com base em minhas preocupações contratransferenciais, fiz uma intervenção “selvagem”: prognostiquei-lhe o risco de uma doença grave no corpo se não se conscientizasse de sua dor psíquica.

O que emergiu, *en passant*, como se não tivesse importância, se referiu a um grande nódulo em uma das mamas havia dois anos.

Para continuar o tratamento, sugeri que Joana marcasse uma consulta com um mastologista. Era um câncer de mama. Passou por uma cirurgia e recebeu tratamento com cobalto, utilizado na época. Além disso, propus-lhe um tratamento psicanalítico, divã três vezes por semana, que ela seguiu por cinco anos. Depois da alta médica, também se deu alta da análise.

No decorrer da cura, enfrentou seus lutos não processados pela doença e morte do pai e devido às dificuldades de sua infância ligadas a carências maternas. Sua mãe era uma mulher infantil, deprimida e pouco continente, que invertia os papéis com ela. Seu pai fora imigrante sem história e, mediante telescopagem, reconstituímos os lutos não processados por ele. Joana viajou ao país de origem do pai para recuperar o histórico familiar, uma história muito dolorosa e violenta da qual o pai havia fugido e tratado de apagar da memória.

Essa desidentificação permitiu que as emoções, como a dor psíquica e a violência, não ficassem suprimidas, mas que circulassem e pudessem ser elaboradas, o que deu lugar à mudança psíquica. A meu ver, os traumas e os lutos atuais ressignificaram os traumas primitivos transmitidos inconscientemente pelo pai. Na pós-análise, dez anos depois, Joana escreveu um livro de grande impacto estético e emocional, no qual descreveu toda essa experiência.

Para concluir

Na psicanálise contemporânea, não somente temos de descobrir as representações reprimidas e os afetos sufocados do conflito edípico, mas também temos de nos ocupar da dimensão não neurótica que implica, às vezes, como nos casos descritos, criar no campo analítico, um espaço interno-externo que dê lugar à transformação da dor física em dor psíquica para que adquira simbolização.

Referências

Aisemberg, E. R. de (1994). *Modelos teóricos en psicossomática*. Painel do I Diálogo Psicoanalítico sobre Psicossomática, Buenos Aires.

Aisemberg, E. R. de et al. (2000). El autorretrato. *Revista de Psicoanálisis, LVII*, 3-4.

Aisemberg, E. R. de et al. (2001). Revisión crítica de las teorías y los abordajes de los estados psicossomáticos, *Revista de Psicoanálisis, LVIII*, 2.

Aisemberg, E. R. de et al. (2003). Abordaje teórico-clínico a los trastornos somáticos: ¿Trabajo en las fronteras o trabajo psicoanalítico? *Revista de Psicoanálisis, LX*, 3.

Aisemberg, E. R. de et al. (2004). Theoretical approach to somatic conditions: work at the frontiers of psychoanalysis or psychoanalytical work? *International Journal of Psychoanalysis, 85*.

Aisemberg, E. R. de et al. (2005). Trauma, pulsión y somatosis. *Revista de Psicoanálisis, LXII*, 2.

Aisemberg, E. R. de et al. (2007). Repetición, transferencia y somatosis. *Revista de Psicoanálisis, LXIV, 2*.

Aisemberg, E. R. de et al. (2008). The shadow of heritage in contemporary psychoanalysis. *European Psychoanalytical Federation Bulletin, 62, 93-103*.

Aisemberg, E. R. de et al. (2010). Psychosomatic conditions in contemporary psychoanalysis. In M. Aisenstein, & E. R. de Aisemberg. (Eds.). *Psychosomatics today*. London: Karnac.

Aisemberg, E. R. de et al. (2013). *El cuerpo en escena* (Más allá de la representación: los afectos). Buenos Aires: Lumen.

Baranger, W. (1961-62). El muerto-vivo: estructura de los objetos en el duelo y en los estados depresivos. In M. Baranger & W. Baranger (1969). *Problemas del campo psicoanalítico* (pp. 217-229). Buenos Aires: Kargieman.

Baranger, W. (2004). *El otro en la trama intersubjetiva* (La teoría del campo). Buenos Aires: Lugar-APA.

Faimberg, H. (2005). *The telescoping of generations*. London: Routledge.

Freud, S. (1977a). *Projeto para uma psicologia científica*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. 1, Jaime Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1895).

Freud, S. (1977b). *Além do princípio do prazer*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. 18, Jaime Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1920).

Freud, S. (1977c). *Inibição, sintoma e angústia*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. 20, Jaime Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1926).

Freud, S. (1977d). *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise*. Conferência 31. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol 22, Jaime Salomão, Trad). Rio de Janeiro. Imago. (Obra original publicada em 1933/1932).

Freud, S. (1977e). *Construções em análise*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol 23, Jaime Salomão, Trad). Rio de Janeiro. Imago. (Obra original publicada em 1937).

Freud, S. (1977f). *Moisés e o Monoteísmo*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol 23, Jaime Salomão, Trad). Rio de Janeiro. Imago. (Obra original publicada em 1937).

Freud, S. (2007). O eu e o id. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1923).

Green, A. (2003). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris: PUF.

Rosenberg, B. (1991). Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie. *Revue Française de Psychanalyse*, LXII, 5.

Rousillon, R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris: PUF.



Clique aqui e:

[Veja na loja](#)

Dor Psíquica, Dor Corporal

Uma Abordagem Multidisciplinar

Victoria Regina Béjar (organizadora)

ISBN: 9788521211389

Páginas: 440

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2017
