



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



LUDMILA MADEIRA JESUS

**DOR CRÔNICA, SUBJETIVIDADE E LAÇO SOCIAL: A EXPERIÊNCIA
PARADOXAL DA LIMINARIDADE.**

UBERLÂNDIA

2023

LUDMILA MADEIRA JESUS

**DOR CRÔNICA, SUBJETIVIDADE E LAÇO SOCIAL: A EXPERIÊNCIA
PARADOXAL DA LIMINARIDADE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicanálise e Cultura

Orientador: Prof.º Dr.º João Luiz Leitão Paravidini

UBERLÂNDIA

2023

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFUcom
dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

J58 2023	<p>Jesus, Ludmila Madeira, 1997- Dor crônica, subjetividade e laço social: a experiência paradoxal da liminaridade [recurso eletrônico] / Ludmila Madeira Jesus. - 2023.</p> <p>Orientador: João Luiz Leitão Paravidini. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Psicologia. Modo de acesso: Internet. Disponível em: http://doi.org/10.14393/ufu.di.2023.402 Inclui bibliografia.</p> <p>1. Psicologia. I. Paravidini, João Luiz Leitão, 1961-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós- graduação em Psicologia. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU: 159.9</p>
-------------	---

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
 Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Sala 54 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: +55 (34) 3225 8512 - www.pgpsi.ip.ufu.br - pgpsi@ipsi.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Psicologia				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico/ número 438, PPGPSI				
Data:	Oito de agosto de dois mil e vinte e três	Hora de início:	10:00	Hora de encerramento:	11:51
Matrícula do Discente:	12122PSI020				
Nome do Discente:	Ludmila Madeira Jesus				
Título do Trabalho:	Dor crônica, subjetividade e laço social: a experiência paradoxal da liminaridade				
Área de concentração:	Psicologia				
Linha de pesquisa:	Psicanálise e Cultura				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Do narcisismo ao mais além do princípio do prazer: sujeito, dor e as figuras da morte				

Reuniu-se de forma remota, via web conferência, junto a Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, assim composta: Professores Doutores: Maria Isabel de Andrade Fortes - PUC/Rio; Susane Vasconcelos Zanotti - UFAL; João Luiz Leitão Paravidini, orientador da candidata. Ressalta-se que todos membros da banca participaram por web conferência, sendo que a Prof.^a Dr.^a Maria Isabel de Andrade Fortes participou da cidade do Rio de Janeiro - RJ, a Prof.^a Dr.^a Susane Vasconcelos Zanotti participou da cidade de Maceió - AL, o Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini participou da cidade de Uberlândia - MG e a discente Ludmila Madeira Jesus participou de Uberaba - MG, em conformidade com a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dr. João Luiz Leitão Paravidini, apresentou a comissão examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu à discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovado(a).

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **João Luiz Leitão Paravidini, Professor(a) do Magistério Superior**, em 08/08/2023, às 11:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Susane Vasconcelos Zanotti, Usuário Externo**, em 08/08/2023, às 14:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Isabel de Andrade Fortes, Usuário Externo**, em 16/08/2023, às 10:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4646993** e o código CRC **66DBC850**.

Referência: Processo nº 23117.049421/2023-21

SEI nº 4646993

Criado por [adriana.oliveira](#), versão 3 por [paravidini](#) em 08/08/2023 11:51:31.

Dedico esta pesquisa *in memoriam* de meu avô Osmar, que diante das perdas e da dor, sempre que possível, produzia encontros, histórias, risadas e amor.

AGRADECIMENTOS

Tenho o hábito de ler os agradecimentos de livros e trabalhos acadêmicos. Acredito que é uma forma de conhecer um pouco de todos aqueles que estão por trás de um escrito. Quando escrevemos, não temos total domínio das palavras que saem de nós. Elas nos atravessam e são atravessadas por outros. Os autores e teóricos, certamente, mas também aqueles importantes para nós e para nossa trajetória, na pesquisa e na vida. Por isso, agradeço imensamente:

Ao meu orientador, Prof. Dr. João Luiz, por me acompanhar durante esse percurso, pelas trocas, pelo interesse e empolgação com que se ocupa das questões que movimentam cada um dos seus orientandos. Pela transmissão do que é uma pesquisa em psicanálise e, principalmente, pela proposta de que eu fizesse o meu próprio caminho, sem a qual essa pesquisa não teria sido para mim um verdadeiro rito de passagem.

À banca examinadora, composta pela Prof.^a Dr.^a Susane Vasconcelos Zanotti e pela Prof.^a Dr.^a Isabel Fortes, pela sua disponibilidade e interesse em ler e discutir esta pesquisa. Muito obrigada por aceitarem esse convite!

À professora Susane, pelas indicações precisas, que sempre apontam para além. Foram muito importantes, tanto na minha primeira pesquisa na graduação, quanto no exame de qualificação. Pela forma instigante com que se dedica aos mistérios do corpo falante.

À Prof.^a Dr.^a Anamaria Silva Neves, por todos os ensinamentos nas aulas do início do mestrado. Pelas importantes palavras, que fizeram sentido e ressoaram ao final.

À Prof.^a Dr.^a Juçara Clemens, pelo acolhimento e generosidade durante o período de realização do estágio em docência.

Ao Prof. Dr. Tiago Rocha, orientador na iniciação científica, por ter acompanhado os primeiros passos do meu percurso na pesquisa e na clínica, ainda na graduação.

Ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, pela rica oportunidade de continuar trilhando meu caminho no campo da pesquisa. Agradeço especialmente à Adriana, pela eficiência e gentileza com que conduz o atendimento aos discentes na secretaria da pós-graduação.

À Andréia, pela escuta que permitiu que eu pudesse me escutar de verdade. Foi essencial nos momentos de grande turbulência e, mais ainda, na alegria dos recomeços.

Aos meus colegas da turma e do grupo de pesquisa do mestrado: Yolanda, Filipe, Bruna, Leidiane, Jacqueline, Lucas, Sofia, Lídia, Ana Carolina e Mariana, pelas interlocuções, pela escuta e pelo esforço em pensar de forma conjunta, o que torna qualquer trabalho muito melhor. À Thaís, pela amizade que nasceu nesse percurso. Por dividir as dificuldades e por todas as conversas, sobre psicanálise e sobre a vida.

À minha mãe, Adriana, por todo o amor, com que pude contar em todos os momentos da minha vida. Por sempre me apoiar e acreditar em mim. Pela dedicação e paixão com que se dedica às suas pesquisas, que ressoa profundamente em mim.

Ao meu pai, José Carlos, por me incentivar e apoiar durante todo o meu percurso acadêmico. Por ter me ensinado que se esforçar para aprender algo novo e instigante sempre vale a pena.

À minha família e amigos. Especialmente: à minha irmã, Lara, por dividir comigo seu amor pela linguagem e ao meu irmão, Lucas, pelo carinho e por caminhar comigo. À minha avó Cirlene, pelas orações, pela música e pelos bem-te-vis que cantam no céu. Ao meu avô Osmar (*in memoriam*) pelo humor, pela diferença e por acreditar em mim. Aos meus tios,

Cristina e Ludwig, pelo carinho e toda a torcida. À minha prima, Ana Luísa, por tornar a vida muito mais divertida. Ao Francisco, pela amizade e pelas caronas para Uberlândia. Ao meu tio Júnior (*in memoriam*), pela alegria e pelo recado importante. À Letícia, Laura e Larissa, pela amizade, parceria, risadas, carinho e conexão que o tempo e os movimentos da vida não diminuem. À Aline, pela generosidade e por me acompanhar nas aventuras psicanalíticas.

Aos meus pacientes, porque esses encontros me mostram o que é a psicanálise. Agradeço especialmente à participante da pesquisa, pois sem ela essa não teria se realizado.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro.

*“Digo: o real não está na saída nem na chegada:
ele se dispõe para a gente é no meio da
travessia”.*

Guimarães Rosa.

Resumo

A dor crônica apresenta-se como uma experiência interna que perdura e, ao se inscrever na economia psíquica, traz grandes implicações subjetivas para os sujeitos que dela sofrem. Diante das especificidades levantadas por esse fenômeno, esta pesquisa teve como principal objetivo investigar as relações entre sujeito e laço social que são tecidas a partir do e no campo da dor. Partimos da observação de que, nesses casos, frequentemente é possível constatar um acentuado isolamento social, que indica um investimento precário do sujeito na sua vida familiar, afetiva e profissional. Usualmente, esses retraimentos são exclusivamente atribuídos aos efeitos das experiências dolorosas, conhecidas por provocar um empobrecimento dos investimentos objetivos, que torna o sujeito fixado em seu próprio sofrimento. No entanto, o isolamento, o silêncio, a petrificação e a ausência de apelo ao Outro, remetidos às dores crônicas, não conseguem ofuscar totalmente a participação da dor nos enredamentos do sujeito no laço social. Assim, este estudo abordou como a relação do sujeito com sua dor participa dos seus modos de relação com os outros. Essa pesquisa adotou o método psicanalítico. Foi construído um estudo de caso a partir de uma entrevista realizada com uma mulher que sofria de dores crônicas, que recebeu o nome de Fátima. Seguindo a trilha marcada pela tríade – laço, sujeito e dor – foi possível traçar o friso da vida de Fátima: cheio de experiências e narrativas que se situam muito além das descrições monotemáticas de sofrimento corporal. A apresentação e construção do caso levantou como problema principal uma condição paradoxal diante do laço e diante da dor, com dinâmicas complexas que escapam aos enquadramentos habituais. Essa condição, que foi apreendida como a permanência do sujeito em uma peculiar zona de passagem, foi qualificada como um estado de liminaridade. Desse conceito, proveniente do campo da antropologia, extraímos elementos relevantes para a discussão do caso, que foram trabalhados a partir da teoria psicanalítica. Entre eles, estão: as experiências de perda; a condição transitória; a dor como um elemento que se faz presente nesse entre-lugar; a indeterminação que se apresenta a partir do infamiliar, da angústia, do trauma e do gozo; e os tipos de impasses que podem ocorrer durante as passagens, especialmente a sua cronificação. Assim, foi possível fundamentar a hipótese central de que, a condição paradoxal diante do laço constatada nesse caso pode ser compreendida como uma cronificação de um estado de passagem, em que o sujeito habita de maneira prolongada o que deveria ser um momento indeterminado e transitório em sua existência. Esse estado mostrou-se marcado pelo descentramento, pela dor e pela indeterminação, que implicam em uma perturbação do laço, mas não somente. A cronificação mostrou-se relacionada a uma dificuldade de elaboração das perdas e a uma despotencialização do negativo e das experiências de indeterminação, em que as rupturas não conseguem operar transformação ou novas ligações. A força disruptiva contida nessas experiências é necessária para que o sujeito possa movimentar-se e completar sua passagem: da vertigem da dor, de volta ao desejo e à vida.

Palavras-chave: dor crônica, laço social, psicanálise, liminaridade.

Abstract

Chronic pain is presented as an internal experience that lasts and, when inscribed in the psychic economy, brings great subjective implications for the subjects who suffer from it. Given the specificities raised by this phenomenon, this research aimed to investigate the relationships between subject and social bond that are woven from and in the field of pain. We start from the observation that, in these cases, it is often possible to observe a marked social isolation, which indicates a precarious investment by the subject in his family, affective and professional life. Usually, these withdrawals are exclusively attributed to the effects of painful experiences, known to cause an impoverishment of object investments, which makes the subject fixated on his own suffering. However, isolation, silence, petrification, and lack of appeal to the Other, linked to chronic pain, cannot completely obfuscate the participation of pain in the subject's entanglements in the social bond. Thus, this study addressed how the subject's relationship with his pain participates in his ways of relating to others. This research adopted the psychoanalytic method. A case study was built from an interview with a woman who suffered from chronic pain, who was named Fatima. Following the trail marked by the triad – social bond, subject, and pain – it was possible to trace the frieze of Fatima's life: full of experiences and narratives that go far beyond the descriptions of bodily suffering. The presentation and construction of the case raised as a main problem a paradoxical condition in the face of the bond and in the face of pain, with complex dynamics that escape the usual frameworks. This condition, which was apprehended as the subject's permanence in a peculiar passage zone, was qualified as a state of liminality. From this concept, which comes from the field of anthropology, we extract relevant elements for the discussion of the case, which were worked from the psychoanalytic theory. Among them are: the experiences of loss; the transient condition; pain as an element that is present in this in-between place; the indeterminacy that arises from the unfamiliar, the anguish, the trauma and the jouissance; and the types of impasses that can occur during passages, especially their chronification. Thus, it was possible to substantiate the central hypothesis that the paradoxical condition before the tie found in this case can be understood as a chronicle of a passing state, in which the subject inhabits in a prolonged way what should be an indeterminate and transitory moment in his existence. This state was marked by decentering, pain and indeterminacy, which imply a disruption of the bond, but not only. Chronification was shown to be related to a difficulty in working through the losses and to a depotentialization of the negative and experiences of indeterminacy, in which ruptures are unable to operate in transformation or new connections. The disruptive force contained in these experiences is necessary for the subject to be able to move and complete his passage: from the vertigo of pain, back to desire and life.

Keywords: chronic pain, social bond, psychoanalysis, liminality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – O grito.....	56
Figura 2 – Os cientistas / Alma Mater.....	64
Figura 3 – A mãe morta e a criança.....	68
Figura 4 – Duas mulheres à beira-mar.....	71
Figura 5 – O sol.....	78
Figura 6 – Karl Johan ao anoitecer.....	82

SUMÁRIO

Introdução	15
Aspectos metodológicos	24
Capítulo I – Dor crônica: um campo polissêmico	31
1. 1 Algumas contribuições freudianas sobre a dor	32
1.2 Uma aproximação entre dor e gozo	36
1.3 Diversidade metapsicológica na compreensão psicanalítica da dor crônica: autores contemporâneos	37
1.3.1 Fibromialgia: paradigma entre as doenças da dor.....	38
1.3.2 Dor crônica como um sintoma interpretável.....	41
1.3.3 Aproximações entre os fenômenos psicossomáticos e as dores crônicas.....	44
1.3.4 Dor crônica como acontecimento de corpo na neurose e na psicose.....	47
1.3.5 A relação da dor crônica com a melancolia.....	50
1. 4 Dor crônica: por uma psicopatologia não-toda	52
Capítulo II – Do grito ao friso da vida	55
2. 1 As dores de Fátima	62
2.1.1 Alma Mater: mãe criadora, a mãe que nutre.....	64
2.1.2 A mãe morta e a criança.....	67
2.1.3 Duas mulheres à beira-mar: a sombra do objeto caiu sobre o eu.....	70
2.1.4 O sol: a vida antes da dor.....	75
2.1.5 Karl Johan ao anoitecer: caridade e isolamento.....	79
2.1.6 Um estado de espera.....	83
Capítulo III. Liminaridade: uma experiência paradoxal no campo do laço e da dor	86
3.1 Impasses e zonas de passagem: a liminaridade	86
3. 2 Fátima: uma trajetória marcada pelas perdas	91
3.3 Efeitos: descentramento, dor e indeterminação	98
3.4 Implicações para o laço social	109
3.5 Uma cronificação da passagem: do luto à melancolização	114
3.6 A potência do negativo	123
Considerações finais	129
Referências	134
Apêndice A- Roteiro da Entrevista Semiestruturada	151

Introdução

“O corpo, ele deveria deslumbrá-los mais”
(Lacan, 1972-1973/1985, p.148).

Uma grande variedade de fenômenos relativos à corporeidade ganha destaque na atualidade, sinalizando para uma abordagem pós-moderna na relação do homem com seu corpo (Pisetta, 2016). No contemporâneo, tem-se constituído uma nova cartografia do social que localiza o eu em uma posição privilegiada e confere grande destaque à dimensão da exterioridade. Nesse contexto, o corpo tem ocupado posição central na cultura e nos laços sociais (Birman, 2016), o que não se dá sem implicações subjetivas. O aumento de investimento, controle e atenção sobre o corpo parece ter, paradoxalmente, aumentado as incertezas sobre ele; que continua a ser frequentemente indicado como fonte de sofrimento, reeditando assim a assertiva freudiana feita em “O Mal-estar na Civilização” (Freud, 1930/2010).

Essas novas configurações subjetivas sinalizam para a utilização do corpo como via privilegiada de expressão da subjetividade, visto que as modalidades de mal-estar têm se apresentado, sobretudo, nos registros do corpo e da ação (Birman, 2016). Na clínica psicanalítica, tais fenômenos aparecem na forma de queixas que, inicialmente, localizam o sofrimento corporal como seu elemento principal (Fortes et al., 2018). Além de transtornos alimentares, toxicomanias e diferentes marcas corporais, é possível encontrar nos consultórios dos psicanalistas uma vasta gama de ressonâncias corporais da subjetividade e de ressonâncias subjetivas da corporeidade (Coppedê & Dunker, 2011). Dentre essas, destacam-se as queixas relacionadas às dores corporais: agudas, crônicas, localizadas ou difusas, com atenção especial para as dores crônicas sem uma justificativa orgânica definida, que encontram no diagnóstico médico de fibromialgia o exemplo mais paradigmático desta forma de sofrimento corporal (Besset et al., 2010).

O fenômeno doloroso varia enormemente em suas modalidades de apresentação, grau de intensidade e limiar de sensibilidade, a depender de fatores sociais e culturais (Le Breton, 2013). Cada sociedade integra a dor a seu modo, conferindo-lhe um determinado sentido. Se no passado a dor havia desempenhado uma função religiosa e legal no mundo ocidental, na atualidade, tornou-se um mal a ser erradicado a todo custo (Fernandes et al., 2016). Nossa cultura é marcada por uma busca desenfreada por prazer, em que o sujeito nega e evita a dor, seja na sua relação consigo ou nas interações com a dor do outro (Fortes, 2012). Essa evitação pode ser constatada de forma explícita a partir da epidemia do abuso de opioides que afeta os Estados Unidos e está começando a ocorrer no Brasil (Biernath, 2023). A alta incidência de queixas relacionadas às dores corporais evidenciam que negar a dor não faz com que ela desapareça. Ainda que evitada a todo custo no contemporâneo (Fortes, 2012), realiza um estrondoso retorno à cultura pela via do patológico, trazendo conflito e desordem.

Nesse cenário, os serviços de saúde especializados têm constatado um aumento considerável da presença de dores ditas inexplicáveis, assim como maior incidência da dor em sua dimensão crônica (Maillard et al., 2017), que é de interesse para esse trabalho. Segundo a investigação realizada por Aguiar et al. (2021), a prevalência de dor crônica no Brasil varia de 23,02 a 76,17%, afetando mais as mulheres. A média nacional de prevalência entre os estudos comparados pelos autores foi de 45,59%, o que se traduz em mais de 95 milhões de brasileiros que convivem diariamente com essa forma de dor.

Diferente das dores agudas, lidas pela medicina como sinais clínicos, alertando a existência de alguma patologia ou lesão a ser tratada, quando se instala, a dor crônica passa a ser a própria doença a ser combatida, havendo assim uma passagem da “dor sintoma” à “dor doença”. Essa concepção da dor como a própria doença a ser tratada inaugurou o modelo nomeado de “clínica da dor” (Arán & Alcides, 2010). Nesse ponto, devemos nos lembrar de que a categoria “dor crônica” é heterogênea. Pode representar um incômodo menor ou um

sofrimento terrível, prejudicar apenas certos movimentos ou estar permanentemente impedindo qualquer ação, afeta um membro ou todo o corpo, existe desde a infância ou aparece ao longo da vida. Ainda que possa ser tomada como uma bússola que aponta para o aparecimento de diversos adoecimentos, é prudente admitir que a dor é uma bússola sujeita a consideráveis desregramentos, sinalizando para direções nas quais o sujeito pode se perder. Pode aparecer com toda sua força no membro fantasma amputado, ocupar todo um corpo sem que nenhuma justificativa fisiológica esteja presente e se calar totalmente diante da presença de um câncer que acabará sendo descoberto tarde demais (Le Breton, 2013). É o caso da fibromialgia, em que a dor coloca-se não como um sinal, mas como um desafio.

Há no humano uma enorme intimidade com a dor, que sempre esteve presente ao longo da história, o que não torna mais fácil compreendê-la. É um fenômeno tão extenso e complexo que levou Berlinck (1999a) a definir a humanidade como uma “espécie dolorida”. Juntamente com a morte, ela é a experiência humana mais universal: “nenhum privilegiado reivindica ignorância em relação a ela ou se vangloria de conhecê-la melhor do que qualquer outro” (Le Breton, 2013, p. 25). Essa intimidade é acompanhada de um grande desconhecimento que atravessa o tempo, as experiências e as áreas de conhecimento. A dor possui muitas nuances e formas possíveis de compreensão: a partir da medicina, da religião, da psicologia e das diferentes construções da psicanálise. Mostra uma face para cada pessoa que a experimenta, e múltiplas tonalidades para cada campo de conhecimento e pesquisador que se propõe a investigá-la.

Devido ao seu caráter insistente e enigmático, que impõe sérios limites ao saber médico, as dores crônicas passaram a ser endereçadas aos profissionais *psi*, convocados a contribuir com sua investigação e tratamento (Santos & Rudge, 2014). O aumento no número de casos, o impacto na qualidade de vida dos pacientes, os altos custos para a saúde pública, assim como os efeitos incapacitantes da dor, enfatizam a necessidade de nos debruçarmos sobre a vertente

subjetiva dessas formas de sofrimento. O fenômeno doloroso está sempre articulado à subjetividade daquele que sofre e ao modo como este se posiciona diante deste sofrimento (Espinoza & Zanotti, 2017). Em sua face crônica, a dor se apresenta como uma experiência interna que perdura e que se inscreve na economia psíquica, assim como na experiência existencial (Martin-Materra, 2017).

Embora a dor crônica não tenha sido um objeto de estudo privilegiado pela teoria psicanalítica, tratado na medida de sua importância psicopatológica (Singer, 1999) e que, ainda hoje, receba menos atenção do que outros fenômenos, muitos psicanalistas produziram importantes trabalhos nessa temática nas duas últimas décadas. Sustentados na clínica, esses autores partem de conceitos freudianos como pulsão e trauma, além de noções fundamentais sobre o corpo e elaborações freudianas sobre a dor aguda e o adoecimento orgânico, em uma tentativa de alcançar importantes aspectos desses fenômenos dolorosos. São utilizadas também formulações lacanianas sobre o desejo e o gozo, a angústia, os acontecimentos de corpo, assim como também são feitas aproximações com o registro do real, que pode ser definido como o impossível, aquilo que não pode ser totalmente simbolizado. O resultado são pesquisas com abordagens teórico-clínicas diversas, que desenvolvem diferentes construções para o diagnóstico e tratamento das dores crônicas.

Em alguns casos, a dor crônica se constitui como um sintoma decifrável e em outros, comparece fora da dimensão do sentido. É considerada transestrutural, uma vez que não remete a nenhuma estrutura clínica em especial, e pode se apresentar como um sintoma ou *sinthoma*. É também multiuso, desempenhando diversas funções possíveis, entre elas: “um modo de gozo, uma mensagem a ser decifrada, uma amarração, uma nomeação ou o que o *fallasser* puder inventar frente ao não simbolizável da vida” (Espinoza & Zanotti, 2017, p. 100).

Para Fernandes et al. (2017), a dor crônica imotivada — tal como aparece na fibromialgia — frequentemente configura-se como um mal-estar que se apresenta no corpo e tem pouco acesso à fala, como um gozo silencioso. Nessa perspectiva, estaria localizada na lógica de uma série de casos que aparecem na clínica psicanalítica, em que os sujeitos trazem seus diagnósticos vazios de sentido, que não fazem apelo ao Outro; e sintomas que não se oferecem à interpretação. Embora nem toda dor compareça sem representação ou sem significante, nas dores crônicas é comum existir uma acentuada dificuldade do sujeito em expressar e falar sobre sua experiência, o que é evidenciado a partir de relatos repetitivos que se dedicam a descrever os sintomas em suas minúcias (Fortes et al., 2015). Nesse caso, essa modalidade de dor se apresenta junto a uma carência no âmbito da linguagem (Le Breton, 2013), que conduz o sujeito a uma espécie de petrificação, fazendo com que a dor permaneça muda. Lacan (1959 – 1960/2008) descreve a dor como um estado em que não há possibilidade de se mover, o que significa que ela ocupa o sujeito de tal maneira que ele fica paralisado e dominado pela impotência.

Essa paralisação pode ser acompanhada de um fechamento em si e desinteresse pelo mundo exterior (Le Breton, 2017), que é atribuído ao empobrecimento dos investimentos objetivos presente nas experiências dolorosas (Freud, 1926/2014). Frequentemente, é possível identificar nos casos de dor crônica um notório isolamento, marcado por uma subtração do sujeito em vários campos ligados às suas relações de convívio social. Percebe-se a existência de um movimento, aparentemente paradoxal, no qual o sujeito se inscreve em certos campos e relações a partir da dor crônica (como no campo da medicina através das estruturas de assistência, profissionais e literatura médica); ao passo que se retira de outros campos, como o mundo do trabalho, das relações sociais e amorosas. Segundo Gaspard (2009), por vezes essas subtrações são tão intensas que levam à destituição da vida social, familiar e profissional.

Sabemos que o que afeta o corpo pode mobilizar as modalidades de inscrição no sujeito no laço social e sua relação com o Outro (Besset et al., 2010). Nesse sentido, a identificação do lugar que a dor ocupa na vida de cada um torna-se importante, pois repercute profundamente em suas relações. Sabe-se, por exemplo, que ela pode servir ao laço social como uma forma de amarração em alguns casos de psicose (Espinoza & Zanotti, 2017), permitindo a reinserção do sujeito em alguma forma de coletivo (Besset et al., 2010).

A partir de suas pesquisas sobre os aspectos antropológicos dos fenômenos dolorosos, Le Breton (2013, 2017) afirma sem hesitação que a dor crônica é sobretudo uma condição social. Está presente no mundo e na cultura antes mesmo de fazer morada no sujeito, com consequências e usos na relação do homem com os outros que o cercam. Com a psicanálise, sabemos que a dor é constituinte (Caropreso, 2009), o que nos leva a considerar que, desde o início, ela entropõe-se e participa da relação com o Outro.

Em consonância com as contribuições de Freud, que lançou um novo olhar sobre o corpo (Freud, 1893-1895/2016), e com os psicanalistas que têm se dedicado a investigar as implicações subjetivas da dor (Nasio, 1997; Berlinck, 1999b; Besset & Zanotti, 2017; Aubert, 2017), Le Breton afirma que a dor crônica não pode ser concebida como um bloco biológico de verdade. Deve ser abordada para além de algo que toca um corpo anômalo e desigual, que não responde às leis da biologia. Tampouco é totalmente apreensível a partir das condições sociais, culturais e históricas daquele que é por ela afetado. Reconhece assim que, no caso da dor, a antropologia encontra dificuldades em deter-se nos padrões coletivos encontrados, tentando partir para o campo da investigação “individual”. Tomando como horizonte a psicanálise, compreendemos que a dor pode ser concebida como um fenômeno que só pode ser traduzido e lido como um texto autoral, que é escrito na singularidade da experiência de cada ser falante, entrelaçando assim corpo, linguagem, gozo, estrutura e história.

A dor crônica, ao se estender por toda a existência, compondo o modo de funcionamento do sujeito, parece protagonizar uma série de dinâmicas que envolvem os enredamentos deste nos laços sociais. Nesse sentido, podemos supor que o isolamento e o silenciamento, muito presentes nesses casos, encobrem outros efeitos produzidos nessa interseção — dor, subjetividade e social — destacando apenas os retraimentos do sujeito e a negatividade. Esta havia sido a hipótese inicial.

Sabemos que, toda forma de sofrimento, em maior ou menor grau, pode colocar em questão a relação do sujeito com o social. Nesse sentido, Parker (2019) qualifica o inconsciente de Lacan como “psicossocial”, afirmando que “o inconsciente é aquilo produzido como um vão entre natureza e cultura” (p.43). Coloca-se na superfície aparente da linguagem, ao mesmo tempo em que gira e, deixa de ser externo, parecendo estar dentro do sujeito. Trata-se daquilo que insiste na inscrição material dos significantes do sujeito, sendo considerado significativo para os outros — o Outro — ainda que sem sentido para os sujeitos em si. Por isso, Lacan se depara com a impossibilidade, já apontada por Freud (1921/2011), de separação entre o clínico e o social. Para Turriani et al. (2018), os estudos de caso podem se propor a entrelaçar novamente esses dois elementos, que costumam aparecer como desmembrados.

Assim, apostamos que as dores crônicas conferem um destaque especial a esse vão entre o clínico e o social. À vista disso, este trabalho teve como principal objetivo investigar as relações entre sujeito e laço social que são tecidas a partir do (e no) campo da dor crônica. Trata-se de abordar psicanaliticamente como a relação do sujeito com sua dor participa e interfere nos seus modos de relação com os outros. Assim, foi também parte de seus objetivos compreender o papel do fenômeno doloroso nesses isolamentos observados e elucidar o que a experiência da dor coloca, de produtivo e improdutivo, no campo relacional.

Em suma, buscou-se alcançar outras dimensões subjetivas das dores crônicas, trabalhando os impasses e questões que esse evento corporal indica no campo do enredamento social. Para tal, a partir de um estudo de caso, foi discutido como a participante da pesquisa se situa em relação ao Outro e aos outros, nas suas experiências anteriores e em sua situação atual. Partimos do que foi possível ler em seu discurso a respeito do trabalho e de suas relações familiares e afetivas, investigando a sua singularidade em relação ao laço social contemporâneo. Essas dimensões foram, por sua vez, entrelaçadas ao que foi trazido a respeito do corpo e das suas vivências de dor. Essa investigação serviu como outra porta de entrada para o estudo desse fenômeno, distinta de uma pesquisa que visa a compreensão ou o tratamento das dores crônicas.

O caso levantou como problema principal uma condição paradoxal da participante diante do laço e diante da dor, com dinâmicas complexas que escapam aos enquadramentos habituais. Essa condição, que foi apreendida como a permanência do sujeito em uma peculiar zona de passagem, pudemos qualificar como liminaridade. Desse conceito, proveniente do campo da antropologia, extraímos elementos relevantes para o caso, que foram trabalhados a partir da teoria psicanalítica. Assim, nossa hipótese central é de que a condição paradoxal diante do laço constatada nesse caso possa ser compreendida como uma cronificação de um estado de passagem, em que o sujeito habita de maneira prolongada o que deveria ser um momento indeterminado e transitório em sua existência. Esse momento mostrou-se marcado pela dor, indeterminação e descentramento, que implicam em uma perturbação do laço, mas não somente.

Deste modo, no primeiro capítulo, chamado “Dor crônica: um campo polissêmico”, foi traçado um panorama teórico sobre as contribuições da psicanálise para a compreensão dos quadros de dor crônica. Esse, contou com uma breve incursão pelas contribuições freudianas e lacanianas, seguida das elaborações de alguns autores contemporâneos. Ao final do capítulo, foram esclarecidos alguns posicionamentos teóricos diante do fenômeno, que foram

importantes para as discussões desenvolvidas ao longo do trabalho. O segundo capítulo, intitulado “Do grito ao friso da vida” dedicou-se a uma apresentação detalhada do caso, com o objetivo de extrair as dinâmicas singulares que nele nos permitiram investigar e executar o objetivo principal. Por fim, o último capítulo, “Liminaridade: uma experiência paradoxal no campo do laço e da dor” teve por objetivo discutir e fundamentar teoricamente a hipótese central.

Aspectos metodológicos

Essa pesquisa adotou o método psicanalítico. Em seu texto “Dois verbetes de enciclopédia”, Freud (1976/1923) afirmou que a psicanálise engloba, simultaneamente, um método de tratamento, uma nova disciplina científica e um procedimento que permite a investigação de processos mentais inconscientes, quase inacessíveis a outras formas de pesquisa. Não obstante, elaborar uma definição do que significa fazer pesquisa em psicanálise não é uma tarefa simples e a questão pode ser enfrentada por múltiplos caminhos (Maia, 2018). O campo *entre* pesquisa e psicanálise é repleto de questões que permitem tratar do objeto ao sujeito pesquisador, da complexidade do campo ao rigor ético do método, do que é possível encontrar contingencialmente ao que se escreve como impossível (Guerra, 2018). Do campo à escrita, há ainda um fosso a atravessar, em que a transmissão pelo texto escrito se dá em uma disjunção estrutural: entre o que se pode ler da pesquisa e o que dela pôde ser escrito (Ferreira, 2018).

Dentre as possibilidades de delinear o campo de pesquisa em psicanálise, Figueiredo e Minerbo (2006) especificam como “pesquisa com o método psicanalítico” uma atividade em que objetos, pesquisadores e instrumentos de investigação são transformados e constituídos durante o percurso mesmo da pesquisa. Nesse caso, desaparece a neutralidade e a suposta distância entre os elementos que compõe um estudo. À medida que avança em suas descobertas e elaborações, o pesquisador constrói o objeto e também deixa-se fazer por ele, em um processo no qual nenhum dos termos saí do mesmo modo que entrou. Sobre a natureza dessa transformação, os autores trazem que o objeto ressurge desconstruído e transformado a partir do olhar do pesquisador, que também se transforma, pois se torna capaz de ver coisas que não via antes. Sendo assim, a pesquisa com o método psicanalítico é um importante momento transformativo na história dos envolvidos nesse processo. Isso se dá não somente na relação entre analista e analisando, tal como aparece nos estudos de caso clínicos, mas também entre o

pesquisador e uma obra de arte, um padrão sociocultural, uma pessoa entrevistada que foi realmente escutada ou um texto realmente lido. A invenção criativa e a descoberta que predominam na pesquisa com o método psicanalítico envolvem duas lógicas suplementares: a lógica da consciência e da razão e a lógica do inconsciente. Ademais, a relação transferencial confere a marca de singularidade ao que é descoberto, criado ou inventado nessa forma de pesquisa. Nessa direção, Iribarry (2003) acrescenta que, uma situação psicanalítica de pesquisa deve ser pensada a partir de uma situação psicanalítica de tratamento, em que a transferência é essencial, ainda que seu destino seja diferente nas duas situações, sendo instrumentalizada na pesquisa com a finalidade de produzir um texto.

Enquanto procedimento de investigação, a psicanálise sustenta princípios éticos e epistemológicos que se colocam de forma singular sobre cada objeto pesquisado. O material sobre o qual essa pesquisa se debruça para uma análise e discussão a partir de novos direcionamentos metodológicos, é uma entrevista realizada com uma mulher que sofria de dores crônicas. Esta, é fruto de uma coleta realizada em uma iniciação científica desenvolvida na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, durante o período da graduação. Segundo os critérios estabelecidos nessa pesquisa anterior, foram selecionados participantes que houvessem recebido o diagnóstico de fibromialgia por um médico especialista (reumatologia, neurologia ou ortopedia), independente do sexo/gênero. Além disso, deveriam ter mais de dezoito anos e haver recebido o diagnóstico há mais de um ano. As participantes foram selecionadas intencionalmente, via prontuários e fichas de entrada, na clínica-escola de psicologia da universidade. Na época, foram realizadas entrevistas com seis mulheres.

A experiência de retomar as anotações e entrevistas realizadas nesse período, que poderia ter tido um caráter de continuação ou repetição, foi capaz de produzir uma nova pesquisa. Um encontro diferente: com as participantes, com a teoria psicanalítica, com a experiência de escrever e, principalmente, com outra forma de escutar o que emergiu de todos

esses encontros. Portanto, retomar não implicou uma revisão, mas uma oportunidade de enunciar alguns elementos que antes não puderam ser enunciados, dar algum contorno para inquietações que haviam permanecido e escutar aspectos importantes que não haviam sido escutados, por alguma razão: devido aos embaraços comuns a quem começa no campo da pesquisa ou porque algumas coisas só podem ser tomadas no *a posteriori*. Das entrevistas realizadas, uma foi escolhida para compor este estudo. A entrevista com essa participante, que chamaremos de Fátima, foi marcante e, inicialmente, lançou mais dúvidas e enigma diante dos objetivos da pesquisa do que respostas.

Como mencionado, o instrumento adotado foi a entrevista semiestruturada. De acordo com Gaspard et al. (2010), esse modo de recolhimento de dados é caracterizado por se constituir como um artefato do laço social, que mobiliza o sujeito em sua relação com o saber e o introduz na dimensão da demanda no campo do Outro, por meio do seu aceite ou recusa do convite à participação na pesquisa. Desse modo, por um lado, o sujeito “será confrontado à demanda do investigador e, por outro, à interrogação sobre o que é o seu desejo” (Gaspard et al., 2010, p. 370). Ferreira (2018), por sua vez, apresenta a entrevista clínica em pesquisa como um instrumento de “pesquisa-intervenção”, em que não se pode perder de vista a orientação psicanalítica para uma entrevista clínica, tampouco equiparar essa última às entrevistas que são realizadas numa pesquisa. Nesse caso, o que faz laço entre a psicanálise em extensão (aplicação da psicanálise) e a psicanálise em intenção (prática clínica) é a associação livre enquanto regra fundamental da psicanálise.

Uma entrevista clínica em pesquisa não visa apenas constatar, mas oferecer a palavra para que aquele que fala possa ser tocado pelos efeitos do seu dizer, se renovando no ato mesmo da sua enunciação: seja porque a fala é endereçada, ou devido aos próprios efeitos da intervenção. Além de oferecer a palavra, trata-se de surpreender-se com o que o sujeito que fala na pesquisa produz sobre a sua realidade, sua vida e suas experiências. Em suma, uma entrevista

é clínica no contexto de uma pesquisa quando ela se orienta pela palavra do sujeito e não pelo saber do pesquisador. Podemos concebê-la como uma aposta na palavra e no saber daquele que fala, considerando os efeitos dessa palavra sobre ele mesmo, e do que disto podemos alcançar e transmitir para contribuir na construção de novos saberes sobre o sujeito pesquisado (Ferreira, 2018).

Com base na teoria que sustenta a investigação e com intuito de alcançar o fenômeno de interesse, o roteiro proposto para a entrevista (Apêndice A) foi uma adaptação e ampliação do roteiro contido no estudo realizado por Dupim (2014). Este, compreendeu seis categorias com questões abertas. A primeira delas trouxe a “apresentação do sujeito”, com informações de identificação e apresentação. A segunda abordou o “histórico infantil e familiar”, com questões sobre o vínculo com as figuras parentais e eventos significativos na infância. Em “dor e corpo”, foi investigada a relação da participante com seu corpo e as dores crônicas que este manifesta. Quanto a quarta categoria, intitulada de “função da dor”, esta explorou a relação íntima do sujeito com o gozo relacionado à dor e o sofrimento. A quinta categoria foi “diagnóstico e tratamento”, com perguntas referentes à posição do sujeito em relação aos diagnósticos médicos e aos tratamentos realizados para o controle da dor. Por fim, em “vida afetiva e sexual”, foram abordadas questões sobre a sexualidade e os relacionamentos afetivos.

Mesmo diante da elaboração de um roteiro, houve grande espaço para a associação livre da entrevistada e a dinâmica transferencial se fez presente. A participante reforçou de maneira formidável que, diante da oferta de palavra encontramos “o sujeito que não se dobra jamais, em absoluto, a ser objeto de estudo ou pesquisa, mas que se cria, como dissemos, no ato mesmo de sua palavra” (Ferreira, 2018, p.144).

A entrevista teve a duração de duas horas e meia. Foi audiogravada e em seguida, transcrita na íntegra. A pesquisa que originou esse encontro amparou-se nos procedimentos

éticos da Resolução n. 466 de 12/12/2012, do conselho Nacional de Saúde. Foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CAAE: 91802318.7.0000.5154). A participação foi voluntária, e a participante, antes do início da coleta de dados, formalizou sua anuência mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Ainda que Fátima tenha sido diagnosticada com fibromialgia, é importante ressaltar que também foram mencionadas outras condições de saúde correlacionadas à emergência da dor crônica, como lesões ortopédicas. Devido a isso, assim como a uma escolha teórico-metodológica, as discussões da presente pesquisa dirigem-se à dor crônica em sua forma de expressão mais geral e indeterminada, que abarca a fibromialgia, mas não se reduz a ela.

A análise do texto obtido a partir da entrevista clínica foi realizada conforme o método psicanalítico. Com amplo alcance, este pode ser utilizado para interpretar uma variedade de fenômenos da realidade humana, como sessões de análise, fenômenos sociais e institucionais, entrevistas, entre outros. O pesquisador tem participação ativa no processo de emergência do material, bem como em sua interpretação. O texto obtido é interpretado com uma “escuta flutuante” em que são realizadas repetidas leituras, que recortam temas privilegiados, palavras e elementos que permitam desconstruir o texto (Figueiredo & Minerbo, 2006).

Irribary (2003) nomeia esse processo como trabalho de “leitura dirigida pela escuta psicanalítica”, no qual o pesquisador, movido pela transferência ao texto dos participantes da pesquisa, busca identificar tropeços e elementos que se destacam no discurso, estando atento aos desfiles de significantes que o compõem. A respeito disso, Dunker et al. (2016) nos lembram de que existe um trabalho de análise de discurso que é intrínseco ao método psicanalítico. Por isso, a psicanálise pode, por si própria, ser tomada como uma forma de análise do discurso, termo aqui recuperado de forma distinta do nome das outras modalidades de análise discursiva consagradas a partir de autores como Michel Pêcheux. Já em Freud é possível encontrar a composição de um trabalho sobre a materialidade linguística (trabalho com e sobre

o discurso), orientado por uma ética transformativa e apoiado em esquemas conceituais e literais (Dunker et al., 2016). É precisamente nesse ponto que a psicanálise pode ser facilmente caracterizada como análise de discurso.

O recorte e a análise do que se destaca, se repete ou tropeça por meio de uma leitura dirigida pela escuta psicanalítica — que implica necessariamente uma forma de análise discursiva — possibilitam uma reconstrução que confere novos sentidos ao material que é objeto de estudo. O material coloca-se como uma produção possível que surge enquanto linguagem, sobre a qual o pesquisador procurará dar conta com elaborações teóricas (Figueiredo & Minerbo, 2006). As contribuições teóricas trazidas para a discussão baseiam-se no referencial psicanalítico freudiano e no referencial lacaniano, assim como em autores contemporâneos que têm se dedicado ao desafio colocado pelo estudo psicanalítico da dor. Desse modo, a pesquisa bibliográfica realizada buscou por artigos, livros, dissertações e teses que versassem sobre a articulação entre dor crônica e psicanálise ou que estabelecessem algum tipo de relação com a temática estudada e com as questões levantadas pela entrevista.

Uma vez que o material analisado não pode justificar cabalmente todas as construções e interpretações, tampouco essas explicam de maneira indiscutível o que surgiu no material, a dimensão da invenção e descoberta estão presentes na discussão. Trata-se de um trabalho inventivo que se alimenta do texto da entrevista, mas que também o enriquece, abrindo novas possibilidades de discussão das dimensões psíquicas, individuais e sociais envolvidas (Figueiredo & Minerbo, 2006).

A apresentação e discussão da entrevista de Fátima tornou-se um estudo de caso. Evidentemente, não se trata aqui da escrita sobre um processo de tratamento ou de um acompanhamento clínico, ainda que seja possível constatar uma dimensão clínica nesse encontro, bem como alguns efeitos produzidos. Fátima tornou-se um caso porque as

elaborações tecidas em torno do que foi extraído dessa entrevista fazem questão. O principal critério de escolha de um caso parte disso: é aquele que faz enigma, sobre o qual podemos elaborar novas indagações (Dunker & Zanetti, 2017).

Desse modo, a escrita de um estudo de caso, ao invés de buscar garantir uma validação ou um saber universal, centra-se na busca da singularidade enquanto verdade do sujeito. Nesse sentido, um caso não é uma ilustração ou uma aplicação da teoria, pois sempre escapa e ultrapassa as capacidades explicativas desta. Aquele que escreve, se vale das questões essenciais colocadas pelo caso — que estão no lugar de causa da escrita — para localizar alguns pontos do real, tocando assim o que há de mais singular nas dinâmicas apresentadas. Essa singularidade permite aprofundar a compreensão acerca do objeto estudado, com o potencial de fazer avançar a teoria (Marcos, 2018). Fender (2018) localiza na construção do caso uma dialética entre o geral, o particular e o singular. Nessa direção, a psicanálise apresenta uma perspectiva que propõe a articulação do particular de uma diagnóstica ao singular do sujeito que se apresenta com seu gozo, retomando também o geral a partir dos efeitos recolhidos. Assim, o caso aproxima-se do real e da singularidade, sem desconsiderar a possibilidade de que se construa um saber sobre o particular e o universal.

Capítulo I – Dor crônica: um campo polissêmico

A palavra dor carrega uma rica polissemia, que vai muito além da definição fornecida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 2020) que a situa como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (p. 7). Isso se torna claro se compararmos as palavras que se referem a essa experiência em diferentes idiomas, consultando também sua etimologia. As origens da palavra pain (em inglês) ou pein (em alemão), são poiné (sofrer) do grego e poena (castigo, penitência) do latim. Ambas remetem a sofrimento, castigo ou punição, indicando a carga moral e cultural que, antigamente, dava contorno às experiências dolorosas (Le Breton, 2013). O termo em latim se refere ainda à expiação e a purificação por meio do sofrimento. Etimologicamente, dor é dano para os franceses, tristeza e aflição para os ingleses e sofrimento e doença na língua portuguesa (Malpica et al., 2004).

De difícil definição, a dor parece se opor aos esforços de conceitualização e pode ser tomada como um significante que representa perspectivas radicalmente diferentes (Vilas Boas et al., 2019), a depender do contexto em que se insere. Essa polissemia nos indica também a existência de um campo complexo e diverso, em que essa experiência, sensação ou afeto pode ser localizada na intersecção de vários discursos e campos de atuação — dentre os quais a medicina, a fisioterapia, a psicologia, a psicanálise — sem um campo epistemológico definido. Seu sentido também mudou radicalmente ao longo da história. Diante da perda de seu valor cultural, moral e religioso, na atualidade a dor tende a ser exclusivamente definida e abordada como uma questão médica. Não está integrada na economia da vida nas sociedades ocidentais, e, portanto, não é acolhida como uma experiência que diz do humano e do social, mas sim como um elemento exógeno relacionado apenas a uma falha no organismo. Isso contribuiu para torná-la ainda mais assustadora e inominável (Le Breton, 2013).

Assim como outras manifestações que afetam o corpo no contemporâneo, a dor nos convida a transitar em um litoral que implica constante encontro e diálogo com outras epistemes. Podemos encontrar, na própria teoria psicanalítica, diferentes formas de fazer referência à dor, que foi relativamente pouco abordada pela psicanálise (até os anos 90) e por vezes, confundida com outros conceitos, como desprazer, angústia e masoquismo (Aubert, 2017). Localizada em um campo marginal, entre psíquico e somático, a dor é uma importante questão para a psicanálise, com vários pontos em aberto. Nas obras de Freud e Lacan encontramos poucas menções a essa temática (Nasio, 2008), o que não significa que não são profícuas para abordar a questão. No que se refere a trabalhos sobre a face crônica da dor, contamos com os autores contemporâneos que tem utilizado de outros operadores teóricos para tentar alcançá-la.

Deste modo, tem crescido o número de estudos que se dedicam às dores crônicas sem substrato orgânico definido (Santos & Rudge, 2014). Ainda assim, torna-se difícil trazer alguma definição psicanalítica para a dor, uma vez que esse objeto não encontra facilmente seu lugar nas conceituações. Na obra freudiana, a dor aparece, desaparece e reaparece algumas vezes, mas sempre de forma fragmentada. Questiona-se se é possível considerar a existência de uma teoria propriamente dita da dor em Freud (Santos, 2013). Aubert (2017), a partir de sua recapitulação e sistematização dos excertos sobre esse tema na obra freudiana, afirma que a dor é um conceito psicanalítico, abordado em suas dimensões tópica, dinâmica e econômica. Contudo, consideramos que, ainda que exista uma noção psicanalítica de dor, os apontamentos freudianos deixados sobre ela não são suficientes para qualificar uma teoria ou conceito específico sobre essa temática.

1. 1 Algumas contribuições freudianas sobre a dor

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, até mesmo a imaginação, as dores não deixam de ser menos reais nem menos fortes. (Freud, 1905/1996, p. 180).

Esse trecho do texto “Tratamento psíquico (ou anímico)” sintetiza a importância das elaborações freudianas sobre a dor, ainda que essas tenham sido pontuais ao longo de sua obra e que nenhum trabalho tenha sido exclusivamente dedicado a essa temática. Podemos encontrar contribuições freudianas que se referem tanto a dor física quanto a dor psíquica, dispersas ao longo de textos que vão de “Estudos sobre a histeria (1893 – 1895/2016)” até o anexo C de “Inibições, sintomas e angústia” (1926/2014). Entre eles, podemos citar: “Projeto para uma psicologia científica (1895/1996)”, “Sobre o narcisismo: uma introdução (1914/2010)”, “As pulsões e seus destinos (1915/2013)”, “Luto e melancolia (1917/2010)” e “O Eu e o Id (1925/2011)”. Serão pontuados alguns elementos desses textos freudianos, seguindo a trilha de agrupamentos teóricos colocados por Rocha (2011) e Nasio (1997) em suas investigações sobre a metapsicologia da dor dita “corporal”.

Em “Estudos sobre histeria” Freud (1893-1895/2016) aborda os fenômenos dolorosos em seus estudos sobre as conversões histéricas:

As circunstâncias do caso indicam que essa dor somática não foi criada pela neurose, mas apenas utilizada, intensificada e mantida por ela (...) na grande maioria dos casos de algias histéricas que pude examinar; sempre havia, no começo, uma dor real de base orgânica. São as dores mais comuns, as mais disseminadas na humanidade, que com mais frequência parecem destinadas a ter um papel na histeria. (p.130)

É proveniente dessa parte de sua teoria a noção de “dor psicogênica”, compreendida como uma dor corporal sem causa orgânica, que aparece no lugar de uma pulsão recalçada (Nasio, 2008). Ainda que suas descobertas sobre a histeria não tenham solucionado o problema da dor, constituíram um importante avanço na introdução da ideia de que o sofrimento psíquico pode estar relacionado aos padecimentos corporais. Foi no “Projeto para uma psicologia científica (1895/1996)” que Freud passou a discutir alguns fenômenos envolvidos no processo da dor corporal. Nesse texto, em que tentou destacar a ideia dos três sistemas de neurônios (phi, psi e ômega) como suporte material do aparelho psíquico, destaca que o sistema psíquico tem a pretensão de tentar fugir da dor. Contudo, essa irrompe diante de “grandes quantidades de energia (provenientes do exterior) nos neurônios da lembrança” (p.232). Na dor, há uma ruptura parcial nas barreiras de proteção, e o aparelho psíquico é invadido pelas excitações (Freud, 1920/2020). O centro do eu, em que estão localizados os neurônios de lembrança, é atingido, o que nos permite dizer que a dor no corpo se inscreve no inconsciente (Nasio, 1997). Rocha (2011) traz que esse excesso que provoca a ruptura do sistema de para-excitação, originando a dor física. Este excesso também pode ser considerado para pensar a dor de uma perda vivida no plano psíquico, tendo em vista que, no “Manuscrito G sobre a Melancolia”, Freud (1892-1899/1980) descreve a dor como um “buraco”. Nesse sentido, o “buraco” do corpo na dor física poderia equivaler ao “vazio” da alma existente na dor psíquica.

A experiência dolorosa pode produzir graves perturbações na economia psíquica. Diante da dor, Freud (1920/2020) destacou que o princípio do prazer é o primeiro a ser prejudicado. Nas experiências dolorosas, a resolução da tensão que surge devido ao excesso dos estímulos não se dá por meio de uma descarga que gera prazer, mas pelo processo de ligação da energia desligada, o que constitui uma ameaça para a integridade do corpo e do eu (Rocha, 2011).

A dor não só exprime um “além do princípio do prazer”, como também foi comparada a uma “pseudopulsão”. Em seu artigo sobre o “Recalque”, Freud (1915/2004) afirma que uma

excitação externa que destrói um órgão pode tornar-se interna, criando uma nova fonte de excitação e um aumento da tensão que se assemelha a uma pulsão. Contudo, a dor não pode ser considerada uma pulsão, uma vez que ela busca apenas cessar a alteração do órgão e o desprazer que acompanha essa alteração, obedecendo à ação dos tóxicos (medicações) que a suprimem. A partir de 1924, quando constatou que as sensações de prazer e desprazer não correspondem à intensidade, mas ao ritmo das tensões pulsionais, Freud permitiu com que a dor fosse definida como uma ruptura do ritmo pulsional, distinta do desprazer (Nasio, 1997).

Talvez uma das mais comentadas contribuições de Freud para a compreensão das dores físicas esteja no anexo C de “Inibições, sintomas e angústia” (1926/2014) em que ele discorre sobre o superinvestimento da representação do órgão lesado, que ocorre como resultado de uma experiência dolorosa: “na dor corporal aparece um investimento elevado, que se deve chamar de narcísico, do local do corpo doloroso, investimento que aumenta sem cessar e age, por assim dizer, sobre o eu, esvaziando-o (p.122)”. Esse aspecto da experiência dolorosa é frequentemente utilizado para a compreensão dos efeitos psíquicos da dor. Nesse mesmo trabalho, Freud traz elementos que nos ajudam a discutir as distinções entre dor física e psíquica, a partir de sua articulação dessas duas formas de excitação. Para tal, afirma:

O forte investimento com anseio no objeto que faz falta (perdido) (...) cria as mesmas condições econômicas que o investimento no local ferido do corpo e torna possível ignorar o pré-requisito da origem periférica da dor física! A passagem de dor física para dor psíquica corresponde à mudança de investimento narcísico para objetal. A noção de objeto altamente investida pelas necessidades desempenha o papel do local do corpo investido pelo aumento de estímulo. (p. 123).

Com isso, aborda a passagem da dor física para a dor psíquica a partir das distinções entre investimento narcísico e investimento objetal, que também servem para diferenciá-las.

Em verdade, devemos esclarecer que foi a linguagem que criou o conceito de dor psíquica. Segundo Nasio (2008), do ponto de vista analítico, não existe diferença entre dor psíquica e dor física. Trata-se de uma divisão artificial adotada para fins de estudo e pesquisa. Assim, insistimos em distinguir sem separar essas duas dimensões, que possuem vários pontos em comum, uma vez que é pela mediação da dor que o corpo se torna psiquismo e o psiquismo se torna corpo (Pontalis, 2005).

Ao final do “Anexo C”, Freud (1926/2014) retoma sua definição de dor dizendo que, sobre ela “não sabemos muito” (p.121), “o único fato de que há certeza é que a dor (...) nasce quando um estímulo que ataca na periferia rompe os dispositivos que protegem contra estímulos e age como um estímulo instintual constante” (p.121), diante do qual ficamos impotentes. A partir de 1929, Freud volta a se distanciar das questões específicas sobre a dor.

1.2 Uma aproximação entre dor e gozo.

Quanto as elaborações de Lacan a respeito da dor, vale destacar uma importante passagem do debate sobre “O lugar da psicanálise na medicina” (1966/2001) no Collège de Médecine, na La Salpêtrière, em Paris. Na ocasião, Lacan afirma que o prazer é uma barreira para o gozo. É a excitação mínima que faz desaparecer a tensão, “tempera-a ao máximo, ou seja (...) é aquilo que nos faz parar, necessariamente, a uma distância regulamentar do gozo” (p.5). Partindo disso, traz a dor corporal em sua aproximação com o gozo:

Pois o que eu chamo de gozo, no sentido em que o corpo se experimenta, é sempre da ordem da tensão, do forçamento, da defesa e até mesmo da façanha. Incontestavelmente, há gozo no nível em que começa a aparecer a dor, e sabemos que é somente nesse nível da dor que se pode experimentar toda uma dimensão do organismo que, de outra forma, permanece velada (Lacan, 1966/2001, p.5).

Apesar de não ser o único comentário de Lacan a respeito da dor, merece ser destacado, uma vez que a dor crônica pode ser remetida a uma incapacidade do psiquismo em lidar com aquilo que o invade na forma de um excesso, extrapolando certos limites. Em uma linguagem freudiana, esse excesso se relaciona a uma satisfação pulsional estabelecida no “mais-além do princípio do prazer” (Freud, 1920/2020). Para Besset & Espinoza (2019), a dor nos remete à noção lacaniana de gozo, pois podemos supor que ela testemunha uma tentativa fracassada de domínio da pulsão. Outros autores, como Fernandes et al. (2017), também consideram que, em sua dimensão intensa e persistente, o fenômeno doloroso pode estar relacionado à expressão de um gozo enquistado no corpo.

1.3 Diversidade metapsicológica na compreensão psicanalítica da dor crônica: autores contemporâneos

A partir de uma revisão dos estudos psicanalíticos que se dedicam à investigação das dores crônicas, podemos encontrar uma grande variedade de leituras possíveis sobre o tema. Ainda que existam alguns consensos entre os autores, fica evidente que estamos diante de um fenômeno que não se deixa reduzir a qualquer classificação ou estrutura psicopatológica. Nos trabalhos estudados, foi possível constatar diversas formas de aproximação deste objeto. Alguns autores dedicam-se à investigação das possíveis funções desempenhadas pela dor crônica, outros pesquisam questões relativas ao seu modo de funcionamento, assim como existem muitos trabalhos que tentam aproximá-la de fenômenos psicopatológicos, como os fenômenos psicossomáticos.

Dessa forma, compreendemos que o entrecruzamento entre dor crônica e psicanálise compõe uma vasta categoria, que aglomera algumas semelhanças e muitas diferenças. Nessa direção, os esforços de estudo desse campo têm produzido vários desdobramentos interessantes. Dentre eles, foi possível delimitar quatro desdobramentos principais - que não esgotam as elaborações encontradas na literatura - sobre os quais nos voltaremos brevemente. A intenção

é apresentar o que tem sido produzido sobre essa problemática, destacando alguns dos debates e questões em torno das possibilidades de localização da dor crônica na racionalidade diagnóstica da psicanálise. Antes disso, serão feitas algumas considerações sobre a fibromialgia, termo diagnóstico que designa os quadros dolorosos complexos da atualidade, e que aparece em vários trabalhos que versam sobre dor crônica e psicanálise.

1.3.1 Fibromialgia: paradigma entre as doenças da dor

Após intensos debates na década de 80, a fibromialgia foi classificada como síndrome pela Organização Mundial da Saúde em 1992, ganhando status de entidade clínica e tornando-se um verdadeiro paradigma entre as síndromes de dor crônica: patologias que conferem à dor um status de doença devido à ausência de substrato orgânico que explique o aparecimento ou a permanência e intensidade dos sintomas. Esse termo, nascido como diagnóstico no campo da reumatologia, se transformou em um dos principais nomes para esse tipo de dor (Besset et al., 2010).

Considerada uma síndrome de alta incidência — com 2,5% de prevalência na população brasileira — a fibromialgia é caracterizada pela queixa dolorosa musculoesquelética difusa e crônica, bem como pela presença de outros sintomas como distúrbios do sono, declínio cognitivo e rigidez matinal. Diante da ausência de alterações laboratoriais específicas, seu diagnóstico é essencialmente clínico e obedece aos critérios estabelecidos pelo American College of Rheumatology, que incluem: dor crônica difusa definida como dor axial e dor nas quatro extremidades; e/ou presença de distúrbios do sono e fadiga; e/ou sensação de edema ou rigidez nas mãos, pés ou face nos últimos três meses (Heymann et al., 2017). Além disso, observam-se outros sintomas, que apresentam variações de apresentação entre os pacientes, devido à qualidade de síndrome que compõe essa patologia. Entre eles, podemos citar: fadiga crônica, rigidez muscular e cefaleias, assim como a presença de alguns distúrbios psicológicos,

em especial a ansiedade e a depressão, que possui prevalência de 50,5% a 80% nos pacientes com fibromialgia (Oliveira Filho et al., 2021).

Apesar das pesquisas realizadas ao longo dos últimos trinta anos, ainda se sabe pouco a respeito da etiologia dessa doença. Os pesquisadores têm desenvolvido várias teorias neurológicas que investigam possíveis disfunções nos sistemas de recepção e interpretação da dor (Nobrega, 2014). Convocados a responder com um saber-fazer sobre a dor desses pacientes, a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) realizou uma intensa busca na literatura médica e elaborou um consenso brasileiro com diretrizes para o tratamento da doença (Heymann et al., 2010). Este baseia-se em uma abordagem multidisciplinar, que envolve o uso de medicamentos, exercícios para alongamento e fortalecimento muscular, além de técnicas de relaxamento e tratamento psicoterápico.

A despeito da tentativa de sistematizar os conhecimentos sobre a fibromialgia, definida como “um estado de saúde complexo e heterogêneo no qual há um distúrbio no processamento da dor associado a outras características secundárias” (Heymann et al., 2010, p.59), o consenso de 2010 não foi conclusivo e acabou indicando que a fibromialgia não justifica o afastamento do trabalho. Também é interessante notar, como apontado por Nobrega (2014), que a dor crônica desapareceu da quinta edição do “Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM- 5) (Associação Psiquiátrica Americana [APA], 2014). Até sua quarta edição, o manual mantinha essa condição como “Perturbação de Dor Somatoforme”, na categoria clínica dos “Transtornos Somatoformes”. Havia uma ênfase na dificuldade em precisar a origem orgânica das queixas e a dor era correlacionada a conflitos e fatores emocionais. Em sua última versão, essa categoria deixou de existir no manual, com a justificativa de que enfatizava o dualismo mente-corpo e de que existem limitações para a determinação fisiopatológica dos sintomas, o que impede a afirmação de que não exista uma causa orgânica. Na nova categoria, intitulada “Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados”,

o que há de comum entre os transtornos é a presença de sintomas somáticos acompanhados por pensamentos, sentimentos ou comportamentos “excessivos” relacionados a esses sintomas (APA, 2014). Ou seja, essas condições foram reduzidas a meras “disfunções de pensamento”. Tal movimento revela o modo como a medicina lida com aquilo que lhe escapa, insistindo na busca para indicadores objetivos do *pathos*. De forma bem-humorada, Berlinck (1999) coloca que as exclusões dos manuais podem ser vistas como uma alucinação negativa médica, provocada pela constante dor que algumas patologias causam naqueles que se aventuram a tratá-las.

É importante enfatizar que a investigação dos aspectos subjetivos relacionados às dores crônicas tem destaque no campo da medicina e desenvolveu-se a partir dos avanços no reconhecimento e tratamento da dor enquanto uma patologia. Nessa direção, destacamos a modalidade terapêutica adotada nas clínicas de dor, que oferecem tratamento especializado para pessoas que sofrem com dores crônicas. Nessa abordagem, a dor é lida como um fenômeno biopsicossocial que necessita ser diagnosticado e tratado a partir de um trabalho multidisciplinar que adota diversas formas de intervenção, farmacológicas ou terapêuticas (Santos, 2009). A dor deve ser acolhida independente de sua origem remeter a uma causa orgânica detectável ou não. Enquanto fenômeno complexo, deve ser apreendida integralmente, abrangendo inclusive os efeitos psíquicos e físicos decorrentes da sua persistência (Arán & Alcides, 2010). Além disso, o objetivo é a melhor gestão possível para a dor de cada paciente, o que não implica tentar eliminá-la a todo custo. Esse modelo tem sua origem remetida às pesquisas e ao trabalho desenvolvido pelo anestesista John Bonica, considerado pioneiro na medicina da dor e autor do conhecido livro “*The management of pain*”, publicado em 1953. Bonica partiu da inquietação e observação de que seus pacientes, que apresentavam dores persistentes e intratáveis, também se queixavam de sintomas complexos que não estavam relacionados ao quadro algico inicial. Assim, reuniu-se com outros profissionais na tentativa de

elaborar formas de diagnosticar e tratar a dor clínica, tema que até então era negligenciado pela medicina (Santos, 2009). Em seus trabalhos, Le Breton (2017) destaca a importância de outro médico para essa área: o fisiologista e cirurgião vascular René Leriche, que tratou soldados com sequelas da Primeira Guerra Mundial, investigando a dor crônica na primeira metade do século XX. Foi o primeiro médico a falar em “doença-dor”, dedicando-se a compreensão de dores que, para ele, apesar de parecerem localizadas, tomavam completamente todo o indivíduo.

1.3.2 Dor crônica como um sintoma interpretável

Alguns pesquisadores afirmam que a dor física crônica pode se constituir como um sintoma analítico, que porta uma mensagem e é passível de interpretação (Slompo & Bernardino, 2006; Costa, 2013; Martin-Mattera, 2017; Gonçalves, 2019). Nesse caso, estamos falando de uma formação do inconsciente da qual é possível atribuir um sentido. Nessa perspectiva, a dor enquanto expressão do corpo compareceria no lugar da fala recalcada e da satisfação interdita, endereçando-se ao Outro (Martin-Mattera, 2017).

Conforme costuma ocorrer com as patologias limite, a fibromialgia, representante das “doenças da dor”, foi inicialmente considerada uma forma de sintoma histérico contemporâneo. Isso se deve, em parte, ao desafio ao saber médico vigente colocado por sua sintomatologia e ao seu potencial como acontecimento sociopolítico (Gaspard, 2009). Assim, alguns autores estabelecem paralelos entre a dor crônica imotivada, tomada como quadro clínico contemporâneo, com o quadro da histeria investigado por Freud no final do século XIX, início do século XX.

É o que propõe Gonçalves (2019). Em sua tese de doutorado, defende que, nos casos sem uma causa orgânica definida, a dor no corpo é retorno do recalcado. A autora apresenta um caso clínico em que as dores difusas pelo corpo são tomadas como expressão de um sofrimento inconsciente e parecem atuar pelo mesmo mecanismo de uma conversão histérica. Nesse caso,

teríamos o processo em que a energia libidinal se transforma em uma inervação somática dotada de significação simbólica. Trata-se de uma solução neurótica encontrada em várias formas de recusa do corpo (Gaspard, 2009). No caso “Elisabeth Von R” em “Estudos sobre a histeria”, Freud (1893-1895/2016) apresenta com detalhes os processos subjacentes ao aparecimento da fadiga e das dores intensas de natureza imprecisa que afetavam as pernas de Elisabeth: “segundo a concepção que a teoria da conversão histérica sugere, o processo seria descrito da seguinte forma: ela reprimiu de sua consciência a ideia erótica e converteu a grandeza afetiva desta em sensação de dor somática” (p.123). “O que é, afinal, que aqui se converte em dor corporal? A resposta cautelosa será: algo que poderia e deveria ter se tornado dor psíquica” (Freud, 1893-1895/2016, p.125). Costa (2013) também utiliza das elaborações freudianas sobre a histeria, sobretudo o caso “Elisabeth Von R”, para situar as dores da fibromialgia como a expressão de uma “histeria da atualidade”, em que a dor se apresenta como um sintoma conversivo histérico, tornando-se uma satisfação substitutiva para uma série de lembranças libidinais.

Gonçalves (2019) apresenta ainda o exemplo de uma mulher de sessenta anos, diagnosticada com dor neuropática causada por *herpes zoster*, para defender que a dor sempre porta um sentido, independente do mecanismo que desencadeou seu aparecimento. A dor neuropática, apesar de ter sua causa atribuída a disfunções do sistema nervoso, apresenta como peculiaridade uma dificuldade do paciente em identificar e medir a sensação dolorosa, que “vai e vem”. Além disso, é mais comum em mulheres e os antidepressivos costumam compor parte do tratamento. No caso da mulher mencionada, a dor era descrita como algo que “queima como fogo”. Ela havia perdido seu filho em um acidente automobilístico há alguns anos, no qual o carro foi totalmente incendiado. A “queimação” volta com intensidade a cada aniversário do filho, que faleceu próximo a essa data. Gonçalves (2019) afirma assim que, mesmo diante de um diagnóstico que descartaria a dor psicogênica, a dimensão do sentido pode ser encontrada e remetida a uma organização psíquica que se relaciona à dor em questão. Nessa direção, para

além da doença (*herpes zoster*), existiria a dor que comparece como sintoma, inscrita na cadeia discursiva do paciente, e que expressa um conflito psíquico.

Em acordo com essa perspectiva, Slompo & Bernardino (2006) colocam a hipótese de que a fibromialgia, tal como descrita pela medicina atualmente, faz parte do quadro clínico da histeria. Ou seja, afirmam que as dores crônicas e demais manifestações somáticas implicadas nessa patologia são, na verdade, sintomas corporais histéricos. O fazem a partir de uma comparação entre as descrições, sintomas, fatos e tratamento dos dois quadros, indicando semelhanças entre eles. Como exemplo, trazem a maior incidência em mulheres e apresentam que a fibromialgia e a histeria teriam uma série de sintomas em comum, como: angústia, choro, distúrbio do andar, dor de cabeça, fadiga, insônia e nevralgia. Além disso, estabelecem correspondências entre os casos clínicos de histeria e fibromialgia, em que prevalecem histórias de vida “sofridas”, com traumas, perdas e prazeres abdicados. Guimarães (2011), por sua vez, enfatiza a ausência de correspondência orgânica que explique a sintomatologia nos dois quadros que, cada um à sua época, desafiaram o saber científico com seu caráter de enigma. Conclui então, baseado nas semelhanças aparentes, que a fibromialgia seria um sintoma histórico contemporâneo.

Zanotti et al. (2013) ressaltam a importância de não reduzir a síndrome fibromiálgica à sintomatologia da histeria. Os sofrimentos expressos no corpo sem uma causa orgânica justificável atestam o vigor que a histeria ainda mantém no contemporâneo. Entretanto, nem sempre remetem a esse quadro. No caso da fibromialgia, frequentemente é possível verificar uma ineficácia da referência ao sentido. Isso nos mostra que a existência dos fenômenos de conversão não consegue esgotar a questão do determinismo psíquico da dor (Besset et al., 2010). As especificidades da vertente subjetiva da fibromialgia revelam uma clínica em transformação, em que cada vez mais predomina o sofrimento sem palavras, a dimensão do

gozo e a fragilidade do laço social. Por isso, a despeito das semelhanças, os pontos em comum não são suficientes para considerá-las idênticas, convidando os psicanalistas a olharem para a fibromialgia a partir de outras perspectivas.

1.3.3 Aproximações entre os fenômenos psicossomáticos e as dores crônicas

As dores crônicas revelam que os sintomas corporais nem sempre se apresentam como uma mensagem cifrada, permeável à interpretação e decifração, tal como os sintomas histéricos. Em alguns casos constituem-se como um sintoma clássico e, em outros, como um sintoma mudo que se presta ao puro gozo (Barreto & Besset, 2016), o que pode aproximá-las do modo de funcionamento dos fenômenos psicossomáticos (FPS).

Nesse caminho, Fernandes et al. (2017) trouxeram os FPS para a discussão sobre uma possível abordagem para a compreensão psicanalítica das dores crônicas. Para tal, os autores teceram aproximações e distanciamentos entre o fenômeno psicossomático e a fibromialgia, com o intuito de problematizar as possíveis relações entre essas duas manifestações em que o corpo se encontra afetado, destacando a distinção existente entre elas. O cuidado de distingui-las surgiu como uma inquietação diante da constatação de que alguns autores, como Martin-Mattera (2017) consideram que a fibromialgia pode apresentar-se como um fenômeno psicossomático.

De saída, afirmam que nos casos de pacientes com dores crônicas e com FPS, os embaraços com o corpo estão presentes de maneira bem distinta do sintoma freudiano. Diferente do “corpo que fala” da histeria, estaríamos nesses casos diante de corpos que se calam e “se agitam com a presença de um gozo maciço que não cede facilmente ao tratamento analítico” (Fernandes et al., 2017, p.352). Para esses autores, a dor pode ser situada como um gozo localizado no corpo, portanto aquém do sintoma e da angústia. O mesmo raciocínio se aplica aos FPS, fenômenos compreendidos a partir da noção de um gozo específico que fere a carne e não se dá a ler, diferentemente do sintoma (Coppedê & Dunker, 2017). O FPS não opera

como uma formação do inconsciente que se fundamenta na metaforização. Ele contorna a estrutura da linguagem, assumindo um parentesco com a ideia de traço Unário (Assadi & Pereira, 2003). O fenômeno psicossomático pode ser compreendido como uma patologia do significante: há um congelamento — holófrase — da dupla S1 e S2, o que faz com que não exista intervalo na cadeia significante. Assim, o FPS se apresenta como um modo de escrita que lesiona o corpo e que é ilegível, uma vez que não se articula ao discurso (Lacan 1975/1998).

Dessa forma, Fernandes et al. (2017) buscam situar essas duas manifestações no silêncio dos novos sintomas. Para tal, os aproximam da noção de “sintoma mudo”, que visa nomear os sintomas que não se apresentam como enigmas, tampouco portam uma mensagem. Na verdade, constituem-se como satisfações pulsionais que incidem de forma direta no corpo e que não se oferecem à interpretação. Tal como os sintomas mudos, os FPS não entram na conversa, distanciando-se do sintoma que representa um sofrimento articulável na fala e que é passível de articulações significantes. Nos casos de dor crônica e fibromialgia, a dor assume protagonismo nas falas dos pacientes, na qualidade de queixa, sinalizando para uma prática de gozo bem diferente de um sintoma clássico. Assim, haveria um mal-estar que se apresenta no corpo e de difícil acesso à fala, denunciando um rechaço do simbólico.

Em suma, nos casos de pacientes com dor crônica e com fenômenos psicossomáticos, estaríamos diante de manifestações que, situadas aquém do sintoma, seriam um desafio à psicanálise, que tem na fala sua ferramenta principal. Em ambos, há uma impossibilidade de representação. Contudo, enquanto nos FPS existem lesões observáveis, resultado de “um gozo no seu silêncio pulsional mais radical, a ponto de causar uma lesão no corpo” (Fernandes et al. 2017, p. 369), na dor crônica não há lesão que justifique a intensidade do sofrimento relatado. No caso específico da fibromialgia, estamos diante de uma ausência de qualquer lesão nos tecidos ou de biomarcadores que indiquem alterações condizentes com os sintomas médicos relatados. Essa seria a diferença fundamental colocada pelos autores entre essas duas

manifestações, que não impede que o estudo sobre os FPS possa contribuir para a investigação dos casos de dor crônica.

Devemos enfatizar que a presença ou a ausência de lesão não se coloca aqui apenas como uma diferença de demarcação diagnóstica. Em seu estudo sobre a corporeidade, Dunker (2011a) situa os FPS como um dos resultados do processo de imaginarização do real com isolamento do simbólico que incide sobre a carne (Real). Esse processo nos faz admitir a existência de um corpo somático que é pura forma geométrica, “des-animado”. Parece faltar a ele sua essência simbólica, remetendo a figura do autômato, um mecanismo que funciona de maneira automática, mas que não dispõe de vontade própria: movimenta, mas não age. Existe nesse processo um isolamento do que seria a autonomização das formas simbólicas, que ficam desligadas do imaginário. Assim, se instala uma afinidade entre o somático e o domínio das formas que ilustra não uma ausência do simbólico, mas sim a sua autonomização sistêmica. Para Dunker (2011a), nos FPS temos o significante desencarnado, marcado por sua presença insólita no real. Como desdobramento, há sempre um evento corporal que não faz história: é comum encontrarmos a memória sem história, a vontade sem desejo, a imaginação sem fantasia.

A ideia de corpo como forma geométrica e como autômato que emerge da imaginarização do real nos leva a pensar ainda que as lesões são elementos importantes nos FPS, justamente por incidirem no corpo-imagem, tornando-se visíveis como as lesões de psoríase ou as manchas do vitiligo. As dores crônicas, por sua vez, são invisíveis. Tal como os FPS, elas incidem sobre a carne, com a diferença de que, para o autor, surgem a partir do processo de realização do simbólico, implicando em um isolamento da dimensão imaginária (Dunker, 2011a). Nesse processo, teríamos sintomas que aparecem como resultado da realização do simbólico na carne, no corpo e no organismo. Nessa direção, as dores crônicas e a fibromialgia são definidas pela ausência de experiência subjetiva de afeto e associam-se com sintomas negativos (improdutivos) como dissociações e impercepções, que revelam uma

ausência da dimensão de articulação simbólica da dor. Essas expressões da dor seriam o equivalente na carne do que é a angústia para o corpo. A noção de carne, importada das teorizações do filósofo francês Merleau-Ponty, designa a zona de passagem do visível ao invisível, o ponto de reversão e torção da própria visibilidade. “A carne não é representável nem especularizável, não é dimensional, ao contrário do corpo que se organiza de maneira sempre projetiva, extensional e geometricamente” (Dunker, 2011a, p. 101). Podemos ainda demarcar que, em seu trabalho, Dunker diferencia também as dores fibromiálgicas das conversões histéricas. Ainda que em ambas haja o isolamento do imaginário, as conversões são produto da simbolização do real no corpo simbólico, tal como o sintoma histérico, enquanto a fibromialgia seria fruto da realização do simbólico na carne (dimensão real), processo que, como citado, se aproxima mais de uma expressão da angústia no corpo.

1.3.4 Dor crônica como acontecimento de corpo na neurose e na psicose

Gaspard (2009) afirma que, mesmo evocando de imediato a histeria, o acontecimento de corpo que constitui a fibromialgia não pode ser totalmente reduzido à conversão, tampouco a um fenômeno psicossomático ou a uma repercussão subjetiva de patologias orgânicas. Nessa direção, Rosa (2009) indica que os novos fenômenos de corpo implicam uma relação entre corpo e linguagem que deixa de lado o campo metafórico, se colocando como uma escrita que nem sempre se dá a ler. Assim, a autora chama atenção para os fenômenos de corpo que não se amarram pela significação fálica.

Nesse caso, devemos nos atentar para a presença de um gozo sem limites, na forma de um excesso ilimitado, que é característico do nosso tempo. Espinoza e Zanotti (2017) recuperam a noção de forclusão generalizada para colocar que algo de indizível do gozo se apresenta para todo ser que habita a linguagem. Diante disso, “cabe a cada um utilizar algum elemento que funcione como uma forma de contenção a esse inominável” (p.95). Este elemento pode ser o Nome-do-Pai, como também outro que venha em seu lugar desempenhar tal função.

Em alguns casos, as dores da fibromialgia podem exercer a função de tratamento desse indizível, funcionando como a solução que o *falasser* encontra para conter esse gozo tal como se apresenta atualmente. Solução de compromisso, no caso de um sintoma freudiano, ou recurso possível frente ao impossível, o real (Besset & Espinoza, 2019). Assim, a fibromialgia pode ser um sintoma ou *sinthoma*, a depender da forma de enlaçamento dos três registros (RSI) (Espinoza & Zanotti, 2017). Para algumas pessoas, a dor pode operar como o quarto nó que garante a sustentação da realidade, atuando como um *sinthoma* que faz suplência à falta do Nome-do-Pai, produzindo outro enlaçamento para os registros (Besset et al., 2010). Por isso, os autores supracitados reiteram a importância de investigar as funções que a dor pode desempenhar para um *falasser*. Para cada um, ela é distinta, seja de gozo ou de amarração, na neurose ou na psicose.

Partindo de dados clínicos, Barreto & Besset (2016) discutem o papel da dor crônica na estabilização da psicose. Com isso, partem para uma linha de tratamento que se dedica menos à articulação de sentido e mais à investigação do papel da dor para o sujeito psicótico. Se, para o neurótico, o corpo pode ter o valor de uma ancoragem do sintoma, na estrutura psicótica o maior problema é a necessidade e o imperativo de forjar para si um corpo que seja habitável. Por isso, do lado da psicose, a dor crônica pode fazer parte de um esforço de apreensão dos limites do corpo. Isso é particularmente perceptível no caso da esquizofrenia, em que existem notáveis dificuldades do lado da construção do corpo. Nos casos em que as crenças de ter um corpo e existir no mundo estão abaladas, a dor enquanto sensação pode cumprir essa função.

Nesse ponto, como mencionado, a concepção de corpo que se baseia no nó borromeano permite pensar a função da dor como *sinthoma* no entrelaçamento dos três registros. Barreto e Besset (2016) trazem o caso de P., uma mulher de 35 anos que sofre com fortes dores pelo corpo que são resistentes à medicação. Ela demarca uma série de fracassos em sua vida, traz um histórico de anorexia na adolescência e descreve uma prática frequente de automutilações

na região do tórax, que servem para reduzir e controlar a dor corporal. Durante a análise, se dá conta de que vinha mantendo uma relação de alteridade com seu corpo e alcança que, por meio da fibromialgia e das automutilações, consegue se apropriar dele: “sinto que meu corpo é meu. Eu faço o que eu quero com isso. E me cortando, posso controlar a força da dor”. No caso em questão, o lugar feito para a dor como sintoma foi capaz de fornecer um enodamento e uma limitação ao gozo. Aos poucos, P. começou a responder melhor à medicação, distanciando-se também da automutilação no tórax. Contudo, não desistiu de sua dor, que agora se tornou mais suportável: “agora sou uma fibromiálgica leve”.

Dessa forma, além de atuar como um *sinthoma* para enlaçar o Real, o Simbólico e o Imaginário, oferecendo ao sujeito uma pacificação do gozo, P. indica que a dor crônica pode também operar como uma forma de nomeação, com a qual se pode estabelecer um vínculo com o Outro. Partindo de vinhetas clínicas, os autores indicam a necessidade de escutar o que está em jogo em cada caso em termos estruturais e inconscientes. No corpo dolorido, o gozo não se refere ao falo e tende ao infinito. Percebe-se que é importante para P. fazer com que seu corpo exista no real, de forma distinta de um verdadeiro delírio. Para ela, o corpo que dói cumpre essa necessidade. Elementos clínicos, como os citados no caso de P., permitem enfatizar essa hipótese de que a dor crônica pode funcionar como um dispositivo suplementar para o sujeito psicótico, que cumpre uma função de limitação que opera sobre o gozo sem, no entanto, equivaler à castração (Barreto & Besset, 2016). Nesses casos, a dor pode servir ao laço social, como uma amarração dos registros ou nomeação que permite a sustentação do *fallasser* na vida.

Em suma, os autores supracitados abordam a possibilidade de pensar a dor crônica como um acontecimento de corpo, uma forma de arranjar um gozo que está fora do sentido, tanto na neurose quanto na psicose. O acontecimento de corpo é uma concepção que se refere ao último ensino de Lacan e que aponta para os usos que um *fallasser* pode fazer de seu corpo (Espinoza & Zanotti, 2017). Pode ser compreendido como tudo aquilo que afeta o corpo sem que o sujeito

que sofre esteja convencido de que tem uma parte de responsabilidade nisso; assim como aquilo que afeta o corpo e de que o sujeito se revela responsável, intencionalmente ou não (Abelhauser, 2009).

Como um acontecimento de corpo, a dor pode tocar o corpo simbolizado e se tornar um sintoma analítico na neurose (Barreto & Besset, 2016). Já nos casos de psicose, o acontecimento de corpo se produz no real. Assim, recomenda-se que seja investigada a função que a dor pode desempenhar, alertando para a possibilidade de um desencadeamento da psicose diante de uma rápida supressão da dor, que pode resultar em uma invasão do corpo por um gozo ao qual essa dor fazia borda, ou ainda, culminar no surgimento de um delírio.

1.3.5 A relação da dor crônica com a melancolia

Na tentativa de alcançar a questão - como pensar psicanaliticamente uma dor física crônica? - alguns autores buscam examinar esse fenômeno doloroso a partir de associações com o estado melancólico, tomando por base as elaborações freudianas. Desse modo, Santos e Rudge (2014) partem da hipótese de que a dor crônica diz respeito a um funcionamento que não coloca em jogo o recalque, sintoma ou elaboração psíquica. Sendo assim, essa forma de dor se aproximaria do campo do inassimilável simbolicamente, que remete a compulsão à repetição (Freud, 1920/2020) como tentativa de elaboração de uma experiência vivenciada como traumática. As autoras tomam a dor como algo que se apresenta sem representação, referindo o aspecto crônico da condição ao caráter de repetição. “A ausência de uma representação psíquica ligada à dor sugere que ocorreu uma forclusão de experiências traumáticas, que passarão a se manifestar apenas na dor, sem que ideias venham a se ligar a essa manifestação” (Santos & Rudge, 2014, p.453).

O aspecto inassimilável da dor crônica, bem como a ausência de representação, que remetem à pulsão de morte, são tomados como impedimentos que surgem a partir de uma perda significativa, no registro real ou ideal, vivenciada como um evento traumático (Santos, 2013).

Cardoso e Paraboni (2010), por sua vez, observam nos sujeitos que sofrem de dor crônica uma notória dificuldade em abdicar de sua dor, o que poderia sinalizar para uma impossibilidade de realização de um processo de luto. Com isso, surge a hipótese de que o trabalho de luto que culminaria em um processo de separação estaria interdito para os sujeitos que desenvolvem um quadro doloroso crônico.

Como sabemos, Freud (1917/2010) aborda a melancolia a partir de suas explicações sobre o processo de luto. Nesse, existe a predominância da dor enquanto afeto dominante, que aparece quando o sujeito sofre uma perda objetual. Na melancolia, também está em jogo uma perda de objeto, ou de um ideal que o representava. Entretanto, configura-se nesse caso um luto patológico, marcado pela suspensão de interesse no mundo externo. Na melancolia, a perda do objeto se apresenta como ferida narcísica, que atinge as bases da integridade do eu. Essa seria uma das principais diferenças entre esse estado e o luto: o intenso empobrecimento egóico e a diminuição da autoestima. Diferente do processo de luto, em que, diante do rompimento do vínculo libidinal a libido retorna ao eu para depois ser investida em outros objetos, na melancolia esse retorno da libido sobre o eu promove uma identificação com o objeto abandonado. O empobrecimento pulsional aparece como resultado de um furo no campo das representações psíquicas, que insiste em permanecer descoberto.

Os efeitos da melancolia se assemelham bastante aos aspectos da dor. É precisamente neste ensaio, “Luto e melancolia” (Freud (1917/2010)), que a dor começa a ser configurar como psíquica. Mais adiante, Freud (1926/2014) traz que, a dor causada pela perda de um objeto amado pode criar as mesmas condições econômicas produzidas por uma dor experimentada em uma parte danificada do corpo. Dentre esses efeitos do quadro melancólico, podemos citar um desânimo profundo, inibição das atividades e a diminuição de sentimentos de estima de si. De acordo com Santos (2013), esse quadro observado na melancolia é frequente nos casos clínicos

que envolvem dores crônicas, sobretudo no que diz respeito à falta de vitalidade e o desinteresse pelo mundo externo.

O que está em jogo na melancolia é uma perda de libido que produz inibição psíquica, empobrecimento pulsional e dor (psíquica). As autoras (Cardoso & Paraboni, 2010; Santos & Rudge, 2014) parecem aproximar a melancolia da dor crônica a partir desses aspectos em comum, que indicam também uma espécie de fechamento narcísico nesses casos. Além disso, enfatizam que a dor parece se cronificar a partir de uma espécie de luto impossível. Nesse sentido, Cardoso & Paraboni (2010) concluem que, em alguns casos, a dor crônica substitui o processo de luto evitado e não realizado, passando a se expressar em uma “melancolia do corpo”.

1. 4 Dor crônica: por uma psicopatologia não-toda

Como pudemos acompanhar, as articulações com a teoria psicanalítica oferecem diversas possibilidades de compreensão para a dor crônica, que variam conforme o contexto em que ela aparece, com as escolhas teóricas dos psicanalistas, com o tipo de estrutura apresentada pelo sujeito que se queixa da dor e com seu uso sintomático ou *sinthomático*. Diante disso, alguns autores (Besset et al., 2010; Espinoza & Zanotti, 2017) destacam a importância de investigar e circunscrever a função que a dor desempenha para cada *falasser*, mudando a chave de leitura do fenômeno para uma racionalidade que não visa apenas a questão diagnóstica estrutural (com suas estruturas antropológicas), mas faz também o uso da topologia borromeana (com suas estruturas ontológicas) para pensar esses casos.

Se a dor pode cumprir uma função para cada ser falante, se torna fundamental entender a que serve e buscar saídas singulares antes de saná-la. Desse modo, o diagnóstico e tratamento clínico com pessoas que sofrem de dores crônicas não pode ser padronizado. A prática clínica exige um saber-fazer diante dessas manifestações desafiadoras, diante do qual devemos

responder sem perder de vista os princípios teóricos e éticos da psicanálise, pautados na possibilidade de elaboração desse sofrimento por meio da fala (Fernandes et al, 2016).

Perante essa diversidade de elaborações na compreensão psicanalítica das dores crônicas, é possível ter uma dimensão de quão complexo é esse campo. A dor se constitui como um enigma, que pede cautela e uma investigação no caso a caso. Nesse sentido, é ainda mais importante ressaltar o cuidado com as generalizações e concepções unívocas a respeito desse fenômeno, que podem ser produzidas e reproduzidas no discurso das pesquisas, ainda que não intencionalmente. A produção de um saber sobre um determinado objeto pode produzir algum tipo de generalização possível, mas devemos nos atentar para o risco de redução e determinismo da dor. Assim, concordamos que as dores crônicas, tal como se apresentam no contemporâneo, não podem ser reduzidas a uma conversão histórica, ainda que seja perfeitamente possível assumir que se constituam assim em alguns casos.

Se recuperarmos a noção da dor como transestrutural e multiuso (Espinoza & Zanotti, 2017), que assume várias funções para cada ser de fala, torna-se mais fácil apreender a diversidade de perspectivas e construções teóricas em torno dela. Cada pesquisador, imbuído de seus referenciais teórico-metodológicos, encontra na sua prática clínica formas variadas de utilização e apropriação da dor, que sempre está articulada à subjetividade do sujeito. Desse modo, podemos assumir que as hipóteses teóricas coexistem sem que uma delas seja necessariamente a mais verdadeira. Também não se trata de somar todas as possibilidades na busca por um todo.

Nesse terreno, podemos admitir que um mesmo tipo de dor pode ter diferentes estatutos conforme o sujeito no qual ela incide, ou que a dor possa ter diferentes estatutos para o mesmo sujeito em questão. Assim, num mesmo corpo, é possível que aquilo que é simbolizado e porta um sentido se manifeste junto a um gozo que está fora do sentido, próprio do registro do real

(Barreto & Besset, 2016). Diante disso, deve-se considerar a particularidade do sujeito, investigando a cada caso como a dor se estabelece e a que serve. Uma vez que não se trata de uma patologia ou um sintoma universal, tal como a medicina tenta propor para a fibromialgia, sua investigação e tratamento pede por uma psicopatologia que não se pretenda unificada ou totalizante, uma psicopatologia que podemos qualificar como não-toda.

Tomar a dor crônica a partir de uma psicopatologia não-toda implica esclarecer que a estamos considerando como um fenômeno psicopatológico. Na psiquiatria, somos conduzidos a considerar os fenômenos psicopatológicos como elementos ligados às patologias do psíquico ou do mental, que causam sofrimento e aflição nos seres humanos, sendo classificados como transtornos. O ponto de partida dessa racionalidade é uma separação e isolamento do psíquico e do mental em relação às afecções que tocam o corpo. Uma psicopatologia que considera a psicanálise não opera dessa maneira, pois subverte a consideração dessa separação entre mente e corpo. As elaborações de Lacan permitem situar a psicopatologia em uma perspectiva muito mais ampla: a do homem afligido pela linguagem em seu corpo (Mandil, 2017). O conceito de *falasser*, formulado a partir da introdução da noção de gozo, indica que o sujeito possui um corpo que é afetado pelos efeitos do significante (Miller, 2016). Assim, denota-se a existência de um ser porque este fala e tem um corpo, o que permite considerar tanto a dimensão significante quanto a dimensão do gozo.

Queiroz (2017) enfatiza que o caráter psicossomático do inconsciente não diz respeito a um prolongamento do psíquico no somático. Na verdade, representa as incidências físicas do inconsciente e as manifestações pulsionais do corpo. Assim, há um impacto físico do real inconsciente que marca o corpo. Na experiência dolorosa, é preciso levar em consideração a união entre corpo e sujeito. Não se trata de um adoecimento físico que repercute ou apenas interage com o plano psíquico. Essa noção, que será levada em consideração nas discussões desse trabalho, nos permite abordar a dor crônica como um fenômeno psicopatológico.

Capítulo II – Do grito ao friso da vida

“Uma vida sem dor é impensável” (Le Breton, 2020).

“Não se deve mais continuar a pintar interiores, pessoas a ler e mulheres a tricotar. Seriam pessoas que têm vida, que respiram e sentem, sofrem e amam. Senti que faria isso (...) a carne tomaria forma, e as cores, vida” (Munch, 1890/2022, p. 51).

Durante a primeira entrevista realizada com uma participante da primeira pesquisa, uma forte imagem foi suscitada em mim: uma figura de rosto distorcido, segurando a cabeça entre as mãos e com a boca aberta, como se estivesse gritando. Trata-se da famosa obra “O Grito”, do pintor norueguês Edvard Munch, que é considerada uma das obras de arte mais copiadas, caricaturadas e comercializadas do mundo ocidental moderno (Munch Museet, 2021). De fato, a figura retratada na pintura se tornou um símbolo universal de choque e horror, sendo considerada uma representação da “angústia moderna” que perpassa a condição humana (Munch Museet, 2021).

A despeito dessa compreensão universal acolhida pela cultura, não há mensagem ou interpretação unívoca no quadro de Munch. Nas produções do artista, o perspectivismo está presente como fundamento interpretativo do mundo. Por isso, seus motivos não podem ser vistos como “coisas em si”, mas como “relacionados a”, comportando assim diversas perspectivas e uma multiplicidade de pontos de vista (Menezes, 1993). As obras de Munch quase sempre deixam algo inaudito em atividade (Mobilon, 2011).

Como bem colocado pelo site oficial do museu de Munch: “The Scream is a riddle” (Munch Museet, 2021). A palavra “riddle”, usada nessa definição, pode ser traduzida como enigma, mistério, charada ou adivinhação. Como verbo, também pode significar o ato de “esburacar algo”. Assim como a dor, o grito é um enigma e rompe barreiras. Essa tradução parece-me apropriada para descrever parte do que foi minha primeira impressão diante dessas mulheres taciturnas, mas que apresentavam dores tão intensas, persistentes e enigmáticas.

Figura 1
Obra "O grito".



Nota. Fonte: Munch (1910).

A obra certamente produz um efeito inquietante. A figura retratada em primeiro plano parece não possuir idade ou gênero e pode ser considerada humana ou inumana, uma pessoa real ou uma representação simbólica. Existe ainda o grito, difícil de localizar. Por vezes parece surgir da figura, uma vez que sua boca aberta pode sinalizar que é ela quem está gritando. Também é possível que esta esteja reagindo a um grito que ouviu, vindo da natureza, ou ainda que a natureza e o ser retratado estejam gritando em uníssono.

O interessante é que o grito se apresenta para nós através das grandes distorções existentes na imagem: as linhas sinuosas presentes no céu, no mar e nas montanhas à frente da ponte e, sobretudo, no corpo e rosto da figura que parecem seguir essas distorções da paisagem. Munch conseguiu produzir o efeito do grito visualmente, através dos movimentos em sua pintura. Precisamente, é isto que há de mais paradoxal e inquietante na imagem: se trata de um grito silencioso, mudo. Há grito, mas não se pode escutá-lo, pois não existe materialidade sonora. Assim, verifica-se a presença de um contraste e uma grande tensão, que se deve à confluência entre a intensidade expressa nas cores utilizadas pelo artista, a profunda agitação

produzida pelos movimentos da imagem – em que tudo parece gritar – com a experiência de total silêncio que o observador vive diante do quadro. Por isso, um dos elementos que a obra coloca em questão é precisamente o silêncio.

Esse mesmo tipo de contraste foi vivenciado durante a entrevista mencionada, realizada com Joana. O silêncio apareceu em uma dificuldade com o uso da palavra, dificuldade de nomear e completar seus enunciados. Em vários momentos, suas frases ficavam pela metade e não eram retomadas novamente, pairando no ar. Esse silenciamento ficou ainda mais evidente durante os atendimentos clínicos, iniciados com ela após a entrevista. Em uma sessão, Joana empurra sua cadeira até a extremidade da sala e apoia a cabeça na parede. Com o rosto contorcido pela dor, encara o chão e diz: “Tá ruim. Ruim...”. Quando pergunto o que se passou em sua última crise, fala com a voz baixa, quase inaudível: “Dor. Ruim, tá ruim...” e permanece em silêncio.

Suas expressões faciais eram carregadas de sofrimento e pesar, trazendo intensamente as dores que pareciam não encontrar outras vias de expressão. Ela também se movimentava bastante: girava os membros e agitava-se, buscando por uma posição mais confortável para se sentar. Muitas vezes, acabava parando em uma posição distorcida. Aqui, também uma imagem impactante é formada: entre a potência do grito representado visualmente e o silêncio, pouco se sabe sobre o que transborda e aflige o sujeito que, em dor, agita-se e lança seu olhar “vazio” para fora da imagem. Nasio (1997) nos indica que, diante de alguém que sofre uma dor extrema, podemos ficar sem acesso a essa dimensão dolorosa, desestabilizando-nos diante da “impenetrável infelicidade do outro” (pg. 12) e fazendo eco ao seu grito.

Grito, silêncio e eco, podem ser enlaçados e correlacionados a partir da dimensão da dor, da qual estão ligados. Em “O livro da dor e do amor”, Nasio (1997) nos apresenta algumas das faces do grito para alcançar sua relação com a dor. O grito pode ser considerado como a

forma de apelo mais primitiva e inarticulada existente, que tem como destinatário o Outro e a si; assim como é também um meio possível para descarregar energia diante de um alto nível de excitação. Pode ser tomado como o antídoto mais primitivo contra a dor, nos casos em que aparece como uma tentativa de conter o desmoronamento provocado por uma dor experimentada no corpo na forma de desagregação. Assim, os gritos e o choro permitem integrar a dor, sendo não apenas duas formas de suas manifestações, mas também expressões físicas que permitem viver a “emoção dolorosa”.

Dessa forma, Nasio (1997) propõe a seguinte formulação: o grito é o semblante da dor. É o que confere a substância sonora que garante consistência a esse afeto penoso. O grito-som sai e retorna aos ouvidos daquele que o proferiu, se inscrevendo em sua memória, marcando seus caracteres intoleráveis. Ao marcar a dor em sua tonalidade penosa, o grito passa também a ser capaz de produzi-la. Assim, em suas várias dimensões, o grito pode refletir, refratar e desencadear a dor, posto que a mostra, a marca e a engendra em sua produção.

Além do grito como descarga motora, como apelo ao Outro e como som inscrito na memória, há ainda uma forma de grito que faz surgir o silêncio. Nesse sentido, podemos seguir a indicação de Lacan (1964 - 1965/2006), de que não há nada melhor para ilustrar o silêncio do que a imagem de “O Grito”. O silêncio em questão não é o fundo do grito, não estabelece com ele uma relação de *Gestalt*. O grito é, em verdade, aquele que provoca o silêncio, causa-o e o sustenta. Por isso, na imagem de Munch, grito e silêncio não estão justapostos, nem se sucedem. “O grito faz abismo onde o silêncio se aloja” (Lacan, 1964 - 1965/2006, p. 217). Esse abismo confere ao grito sua característica de buraco, como na tradução de “riddle” (ato de esburacar), usada para descrever a obra de Munch. Como produtor de um silêncio, o grito atesta para o sujeito aquilo que o constitui como primeiro exterior, ainda que íntimo: extimidade. Das Ding

testemunha um vazio central na ordem da palavra, uma parte que é para sempre perdida em nossa relação com o Outro. O grito é sempre um traço do real.

Tal como o grito e o silêncio, o choro e as lágrimas podem ser tomados como figuras da dor, especialmente das dores crônicas. Le Breton (2013) traz que, a intensidade e permanência da dor é acompanhada de uma espécie de carência no âmbito da linguagem, que deixa o sujeito impotente na tentativa de nomear essa intimidade torturante, que parece devorá-lo a partir do seu interior: “a dor é o fracasso radical da linguagem. Fechada na obscuridade da carne, reserva-se à deliberação íntima do indivíduo” (p. 40). “Provoca o grito, a queixa, o gemido, as lágrimas ou o silêncio, isto é, ausências da palavra ou do pensamento” (p.41). Nos momentos em que a dor reduz sua intensidade ou desaparece, sobrevém o silêncio, produzindo assim uma espécie de oscilação: de um estado de dissolução a outro.

O que Le Breton parece apontar é uma experiência que escapa ao sentido e a significação, que se apresenta nas conhecidas dificuldades de nomeação e construção narrativa presentes nos atendimentos clínicos com as pessoas que sofrem de dores crônicas (Fernandes et al., 2017); dificuldades essas que nos levam a considerar a face incomunicável da dor (Le Breton, 2013), bem como sua capacidade de alienar o sujeito. Portanto, quando se fala em fracasso ou destruição da linguagem, podemos compreender que, diante da dor, aparecem claras dificuldades no uso da palavra, no pensamento e na produção de sentido, sem que isso implique na ausência da existência da linguagem que afeta o corpo.

Com isso, a dor cria um marcante distanciamento, pois tende a isolar o sujeito, deixando-o ensimesmado. O esvaziamento de todo sentido subjetivo e a redução drástica das capacidades funcionais e desejantes podem conduzir a um verdadeiro abandono das relações sociais e familiares, inclusive da sexualidade (Gaspard, 2009). Os gritos, bem como os demais efeitos dessa forma de sofrimento, tornam-se insuportáveis para aqueles que estão ao redor, afrouxando

o vínculo social e autorizando o abandono e a exclusão da esfera coletiva (Le Breton, 2013). Em suma, podemos dizer que as intensidades dolorosas acompanham um fechamento para o mundo e, inversamente, “do mundo” para o sujeito. Tal processo de fechamento passa pelas interjeições (queixas constantes, gritos e lágrimas) e repetições que passam a compor a dinâmica das relações devido aos ataques brutais da dor à palavra. “Sem dúvida, o homem nunca está tão sozinho como quando é vítima de dor” (Le Breton, 2013, p. 43).

Para além do isolamento e retraimento, Munch utilizou a arte para expressar sua dor, abordando temas como angústia, morte e adoecimento. Torna-se evidente que existiu um grande esforço por parte do artista em produzir alguma representação visual para vários estados de humor e da consciência, confrontando importantes questões sobre a natureza da subjetividade. Sua pintura é extremamente anti-naturalista e não objetiva a contemplação de belas formas ou paisagens (Mobilon, 2011). Com esse estilo, Munch fez da pintura seu grito, dos desenhos a sua alegria e assim das formas, cores e imagens, a sua história.

Muitos o consideram um artista ligado ao desprazer, à doença, à morte e à solidão, uma vez que pintava aquilo que lhe causava profunda dor. Menezes (1993) propõe outra possibilidade de leitura: ao não virar suas costas para os pavores da existência, o pintor convoca a incorporação da dor como momento de existência, como parte da vida. Para ele não existe vida sem morte e sem doença, felicidade sem abandono e prazer sem desprazer ou dor. Assim, a pintura de Munch mostra como ele soube dizer sim à vida por meio de um mergulho no problemático. Portanto, não se trata de enaltecer o mórbido ou doentio, mas da superação das formas de morte na vida. Tampouco enaltece a doença, mas promove uma naturalização da doença na vida. A afirmação da existência natural do sofrimento, da morte e da dor seria uma forma de afirmar também a vida, evitando assim seu empobrecimento.

Dessa maneira, Munch pode ser considerado um artista trágico. Longe de fixar ou cristalizar a dor, o trágico tem a capacidade de transmutá-la. Podemos dizer que a tragédia encena a dor não para cultuá-la, mas para conseguir afirmar a vida em sua diversidade (Fortes, 2015). Por isso, o trágico é caro à psicanálise, uma vez que a clínica psicanalítica, por vezes, pode ser traduzida como uma travessia da dor. O sofrimento neurótico pode ser compreendido como um fechamento do psiquismo que impede “o horror de entrar”, envolvendo em seu funcionamento tudo aquilo que se faz para evitar a dimensão trágica da existência (Fortes, 2012).

A dor comporta o grito, a angústia e o silenciamento, mas não se reduz a isso, assim como aqueles que dela sofrem não podem ser reduzidos às figuras de sua dor. A insistência desses temas em Munch não aparece apenas como uma repetição. Foram produzidas diversas séries de obras, nas quais os temas se transformaram com o passar do tempo. Uma obra ou cena se conectava às outras, produzindo um encadeamento que mudava de ordem a cada nova exposição (Menezes, 1993). Nessas séries, o amor, a vida e a transformação não só encontraram espaço, mas estavam intimamente conectados aos outros temas, em uma narrativa não sem sofrimento, mas que também deixa de ser pura dor. Por isso, Munch organizou a exposição “O friso da vida” (The Frieze of Life), considerada por ele como seu melhor trabalho. Trata-se de uma série de obras que inclui “O Grito”, dentre outras imagens, como “Angústia” e “Dança da vida”. Em um texto de 1918/2022, Munch escreve:

O friso é pensado como uma série de imagens decorativas, que, reunidas, proporcionariam uma imagem da vida. Entre elas, serpenteia a sinuosa linha costeira, além está o mar, que está sempre em movimento, e sob as copas das árvores subsiste a multifacetada vida com suas alegrias e tristezas (Munch, 1918/2022, pp. 45-46).

Para ele, o friso é pensado como “um poema sobre a vida, o amor e a morte” (Munch, 1918/2022, p.46). As obras que o compõe constituem-se a partir de temas relacionados às alegrias e tristezas humanas, se vistas de perto: “é uma imagem de vida como de morte, a floresta que absorve alimento dos mortos e a cidade que cresce por trás das copas das árvores. É uma imagem das forças potentes e fundamentais da vida” (Munch, 1918/ 2022, p.46). Munch apostou que sua arte pudesse alcançar algo de universal da experiência humana e que serviria de alguma forma às pessoas e às suas dores. Em suma, seu friso vai ao encontro do que há de mais doloroso, sem deixar de abarcar também o que existe de mais belo nas várias dinâmicas da “dança da vida”.

Tais características serão tomadas como referência para a discussão da entrevista concedida pela participante desta pesquisa: Fátima, que generosamente empenhou-se em falar sobre suas dores, incluindo-as em uma série de diferentes cenas e dinâmicas que puderam formar um recorte do friso decorativo de sua própria vida. Sua entrevista é marcante justamente por não se deter na dimensão da queixa, tampouco nas figuras de expressão da dor, tecendo associações entre a vivência dolorosa e os movimentos de sua vida.

2. 1 As dores de Fátima

Fátima tem quarenta e seis anos e se descreve como “uma mãe de três filhos”. São eles uma filha de vinte e nove anos, um filho de vinte e seis, e “um aborto”. É casada há trinta anos e no momento de sua entrevista morava com o marido e o filho mais novo. Não estava mais frequentando a clínica de psicologia da universidade quando a convidei para participar da pesquisa. Havia interrompido os atendimentos porque “não quis vir mais” e tinha dificuldade em sair de sua casa devido à intensidade de seus sintomas. Foi encaminhada para o acompanhamento psicológico após receber os diagnósticos de depressão, ansiedade e fibromialgia por um psiquiatra e um reumatologista.

Havia parado de trabalhar há algum tempo devido às enfermidades, mas foi cabeleireira por mais de vinte anos. Começou a trabalhar muito cedo, com onze anos, para a própria sobrevivência e para a subsistência de sua família. Os trabalhos pesados marcam não só a infância, mas toda a vida de Fátima: “eu nunca tive descanso (...) na época a gente achava ruim demais, né? Agora hoje eu vejo o quanto isso me faz falta, porque quando eu trabalhava eu era uma pessoa mais... eu sentia mais útil. Agora hoje, eu não consigo trabalhar mais”.

A insônia, a depressão e as dores crônicas tiveram início quando Fátima tinha quarenta e dois anos. Ao longo de sua entrevista, é possível localizar que essa é a mesma idade que sua mãe tinha quando faleceu. Ao trazer memórias importantes de sua infância, ela destaca a idade de falecimento da mãe: “ela era uma mãe muito carinhosa (...) mas infelizmente ela faleceu muito cedo, com quarenta e dois anos ela teve um infarto, morreu. Sem sentir nada”. Fátima conta sentir muita falta da mãe, especialmente depois de seus adoecimentos: “de uns quatro anos pra cá é que eu sinto mais a falta dela, por que? Porque eu dei depressão e eu achava que se ela tivesse aqui podia ser diferente”.

Em seu relato sobre a infância, a relação de Fátima com sua mãe e as experiências vividas com esta ganham um destaque muito especial. É evidente que há um discurso prévio sobre a mãe que garante a ela o lugar de objeto vital por excelência, a figura que “cativa a nostalgia essencial do ser falante, o próprio símbolo do amor” (Soler, 2005, pg. 90).

Apesar disso, para Soler (2005), os ditos dos filhos sobre as mães costumam acentuar mais a angústia ou a recriminação. Vista pelo prisma da fantasia do falante, usualmente é mais como passível de críticas que a mãe costuma se instalar: imperiosa, possessiva ou indiferente e fria, presente ou ausente demais, ela é para o sujeito a imagem de suas primeiras angústias. Contudo, nas palavras de alguns filhos, a mãe aparece como simplesmente excepcional. Nesses casos, pode pairar sobre ela uma gratidão idealizadora, acompanhada da saudade do objeto

perdido, que envolve completamente as lembranças. Isso parece se aproximar da visão de Fátima em relação a sua mãe, que apesar de ter deixado “tudo” para ela, infelizmente faleceu cedo demais.

2.1.1 *Alma Mater: mãe criadora, a mãe que nutre.*

Figura 2

Obra “Os cientistas / Alma Mater”



Nota. Fonte: Munch (1911/1927)

Quando a convido a descrever seus pais, Fátima começa pela mãe. Empolgada e saudosa, nos diz: “eu descrevo assim ó: vou descrever primeiro a minha mãe. Minha mãe era uma pessoa muito... muito boa mesmo (...) pra mim ela foi a mãe melhor do mundo. Por que? Mesmo nas dificuldade, ela dava o que... o... o... nunca faltou pra nós foi amor, carinho, atenção (...) então eu senti assim que, pra mim ela era a mãe melhor do mundo”. Depois, parece atribuir as mesmas descrições e qualidades ao pai: “e o papai, a mesma coisa”. A diferença é apenas trazida quando menciona que o pai, por vezes “deixava faltar” o que eles precisavam em casa.

Fátima descreve sua infância tal como a cena retratada na obra de Munch “Alma Mater”, título do latim que significa “mãe criadora, mãe que nutre”. A expressão também é frequentemente utilizada de forma poética para se referir à pátria ou à universidade (Priberam, 2021). Ao centro da imagem vemos em grande destaque uma mãe sentada, amamentando um bebê. Ao seu lado, uma criança um pouco maior brinca com um objeto que encontrou na praia e mais à direita, duas crianças mais velhas conversam e observam a natureza. Munch quis que

a mulher ao centro representasse as forças eternas da vida, enquanto as crianças brincando representariam a natureza inquisitiva da infância, as investigações feitas pelas crianças. É interessante notar que nas outras versões dessa obra, podemos ver um número maior de crianças mais velhas, porém, em nenhuma dessas versões existem outros adultos retratados, além da “grande mãe”.

A oitava de nove filhos, quando criança Fátima morou na zona rural de uma pequena cidade do interior de Minas Gerais, com os pais e os irmãos. A família era numerosa e passaram por muitas dificuldades financeiras. Segundo Fátima, antes de falecer sua mãe a ensinou “tudo” o que ela precisaria saber. Com onze anos já sabia “fazer de tudo” — “a gente sabia trabalhar, a gente sabia se cuidar, sabia fazer as coisas de casa” — e já “sabia de tudo da vida”. Sua mãe dizia que, caso falecesse, Fátima e os irmãos não iriam ficar “sem saber das coisas”. “Eu era uma criança, mas na verdade uma criança já adulta”, conclui ela.

Recorda seguir sua mãe por todos os cantos em casa e na roça, fazendo as coisas exatamente da forma como ela fazia: “onde ela ia eu ia, se ela viajava era eu que ia (...) se ela fosse no mato buscar lenha eu ia, se ela fosse tratar do porco eu ia atrás dela”. Neste ponto, destaca-se um claro mimetismo da pequena Fátima com sua mãe, que pode ser tomado como parte de uma identificação imaginária, ideal projetado no outro. “A relação imaginária, seja qual for, está modelada numa certa relação que é efetivamente fundamental – a relação mãe-criança, com tudo o que esta tem de problemático” (Lacan, 1956-1957/1995, p. 28).

Esse tipo de relação remete aos primeiros tempos do estágio do espelho (Lacan, 1966/1998), em que há uma não distinção entre o eu e o outro, um estado de indiferenciação: a criança é a imagem do outro. A forma completa do corpo, que se antecipa nesse estágio, produz essa relação homeomórfica, na qual o que o outro sente é sentido pelo sujeito.

A relação em espelho com o outro é constituinte nos casos em que inscreve uma marca e depois movimenta o sujeito para além. Tem como função velar o corpo despedaçado,

proporcionando uma “forma primordial” que funcionará como matriz para as demais identificações. Contudo, na ausência de ambivalência e da dimensão alteritária, a alienação do sujeito ante a imagem completa do outro pode fazer com que este último, na relação especular torne-se um duplo, um igual. Nesse caso, há um excesso na perspectiva puramente imaginária e uma ameaça de aniquilação paira sobre o sujeito (Marsillac et al., 2018). O espelhamento entre Fátima e sua mãe, bem como a ausência de alteridade — “parece que era como se não tivesse outra pessoa, ela era aquela pessoa assim que eu espelhava nela em tudo, sabe? Que ela tava sempre do meu lado e eu do lado dela” — parece ter sido o fundamento orientador (fantasia) para ela até os seus onze anos e ter tido alguma continuidade depois da morte, via identificação.

A identificação imaginária em sua forma mais completa, fechada e alienante encontra correspondência com a identificação parcial com a imagem global do objeto, tal como é descrita por Freud (1917/2010) em “Luto e melancolia”. No caso da melancolia, em que há uma identificação com a imagem global do objeto amado e perdido; sabemos que o Eu reproduz os traços desse objeto, tornando-se quase idêntico à sua imagem total. Isso nos indica que, anteriormente à perda, a imagem do objeto amado já era a própria imagem do Eu. Com isso, Freud aponta que, nesses casos, há uma predominância do tipo narcísico de escolha de objeto.

Assim, é possível supor que, por um lado, houve uma forte fixação no objeto amoroso e por outro, uma leve resistência ao investimento objetal. Nesse tipo de escolha, o Eu deseja incorporar de maneira canibalística o objeto em si. Nesse sentido, a melancolia configuraria uma regressão da catexia objetal para a fase oral (canibalística), ainda narcisista da libido (Cardoso & Paraboni, 2010). Diante de perda ou decepção em relação ao objeto, o vínculo libidinal é rompido e — dado o caráter narcísico dessa escolha objetal — o investimento regride

facilmente ao narcisismo: o retorno da libido sobre o eu promoverá, nesse caso, uma identificação com o objeto perdido (Freud, 1917/2010).

Com base nos elementos que aparecem *a posteriori* na entrevista, podemos tomar essa identificação de Fátima em relação a sua mãe como o primeiro tempo de uma identificação narcísica, tal como é vista na melancolia. Antes de seguir nessa direção, nos deteremos brevemente em um evento muito significativo: a morte da mãe de Fátima.

2.1.2 *A mãe morta e a criança*

A morte dessa mãe é narrada com muito pesar e emoção. Assim, Fátima descreve “o dia mais triste de sua vida”, ocorrido há mais de trinta anos: “ela tava deitada, aí ela levantou, tomou banho e a hora que a gente foi lá na cama ela só deu um suspiro e morreu. Então na época a gente nem sabia que ela tinha morrido. Pra gente ela tinha passado mal”. O pai de Fátima foi até a cidade procurar por ajuda médica, deixando a esposa em casa com as crianças. Ela faleceu logo depois, antes do retorno dele à casa: “só que na hora que chegou ela já tinha morrido mesmo. Ela já tava roxinha, ela infartou. E a hora que eu vi assim... que eu pegava nela e eu vi que ela começava a endurecer, eu não acreditava!”.

A respeito do choque e dor que remetem a essa perda brutal, Fátima tentou articular o que se passou com ela naquele momento: “eu me lembro que eu queria morrer. Eu tinha onze anos, mas eu já era adulta. Eu achava que eu não conseguia viver sem a minha mãe, sabe? Eu falava: "Eu não dou conta de ficar sem ela", porque ela era pra mim assim ó: tudo, tudo, tudo!”

Figura 3

Obra “A mãe morta e a criança”



Nota. Fonte: Munch (1899).

Munch retrata uma cena similar com sua obra “A mãe morta e criança”. Sobre essa pintura, Czekster (2017) escreve:

No leito, a mãe soltou um derradeiro suspiro, ronco que se assemelha às trombetas do fim do mundo (...) todos choram (...) ninguém olha a criança. A filha de segundos atrás que, agora, se tornou órfã. A compreensão a atinge como uma onda silenciosa (...) de repente, tudo parece tão grande, tão descomunal (...) ela leva as mãos à cabeça, desesperada demais para chorar pela mãe que lhe abandonou e pensa em pedir um pouco mais de tempo — não está pronta para sobreviver sozinha, ainda não.

Ao descrever essa cena, a surpresa e choque são revividos por Fátima: “eu não acreditava!”. Chama atenção que o que ela nomeia como “falta/saudade” de sua mãe apareça de forma bastante intensa tanto tempo depois do evento da morte real. Está em jogo um “não acreditar”, assim como a criança do quadro de Munch, que vira as costas para a cena, tapa os ouvidos e pede por um pouco mais de tempo. Chorando, Fátima coloca: “eu acho que a única coisa que ia separar nois duas era só a morte mesmo”.

Esse aspecto pode ser remetido à ambivalência que existe na identificação narcísica: uma escolha de objeto que, ao mesmo tempo, diz de uma negação da existência do objeto como separado de si. Há na melancolia uma vocação imaginária de nunca perder o outro, que conseqüentemente implica em uma transgressão imaginária de uma falta, pois para não perder o outro, utiliza-se da devoração que o destrói (Fédida, 1999). Nessa sentença categórica de Fátima, o significante “nois duas” sinaliza a condição de mortificação da alteridade, desvelando uma identificação total, que vem recobrir o sujeito, deixando-o na condição de idêntico (duplo) ao traço que representa esse objeto. Frente à perda, o sujeito se vê diante de uma impossibilidade de renunciar o amor ao objeto, mesmo que tenha que haver uma renúncia ao objeto mesmo. Nesse caso, há uma substituição do amor objetal pela identificação e a relação amorosa não precisa ser abandonada (Freud, 1917/2010).

Depois do falecimento da mãe, precisou “virar adulta” de repente, começando a trabalhar: “eu era criança e tive que ficar adulta. Já deixar a infância e ser adulta porque tive que trabalhar e ter responsabilidade. E eu acho assim... não tava na hora”. A assimilação produzida no presente de que, na verdade, era apenas uma criança, evidencia a perda e o abandono. Fátima parece assim dimensionar que apesar de tudo o que aprendeu, de toda união que ficou, ela era apenas uma criança quando perdeu sua mãe. Uma perda sucedida por várias outras: a mudança do pai para outra cidade e a saída dos irmãos mais velhos de sua casa, deixando-a morando na roça com cinco irmãos, todos crianças ou adolescentes.

Para sobreviver, além do trabalho, Fátima parece ter se guiado pelo roteiro deixado pela mãe. Um roteiro escrito com a sua própria existência e traçado para Fátima na forma de um ideal do eu, que enquanto traço do Outro, situa o eu ideal para o sujeito como um objeto imaginário, com o qual o sujeito vem a se identificar (Quinet, 2009). Nesse contexto, figuram vários relatos a respeito dos ensinamentos e valores que sua mãe deixou, que buscou seguir fielmente durante grande parte de sua vida: fazer caridade, manter a união entre os irmãos, seu

próprio modo de ser mãe: “eu falo pros meus filhos que se a minha mãe tivesse aqui hoje eles ia ver o quanto ela ia ser boa... tanto eu... quanto eu sou pra eles”.

Esse traço identificatório, que no lugar do ideal do eu vem a situar seu eu ideal, pode ser pensado a partir do significante “tudo”, que aparece diversas vezes em seu discurso, localizando-a de diversas formas. Como aquela: que “sabia fazer de tudo” na vida; que “já fez de tudo” no âmbito do trabalho; que “sabia lutar com tudo”, enfrentando todas as dificuldades; que se “sentia na obrigação de fazer tudo dentro de casa”, “dar tudo o que não teve” para a filha; ter um marido que para os filhos “é um pai assim, que faz tudo”; ser uma mãe que “ensina tudo pros filhos”, como sua mãe um dia ensinou o “tudo” para ela: “sabia de tudo assim, porque a mamãe sempre ensinou *tudo* pra nois”.

Nesse caso, é possível localizar uma identificação simbólica com o significante, em que o sujeito assume e adquire para si um traço que a princípio era do Outro. Na identificação simbólica, esse traço é um significante adquirido, que passa a ter sentido quando articulado aos demais significantes da cadeia combinatória. O próprio Eu de Fátima parece ter se identificado a esse tudo, e assim permaneceu enquanto se sustentava por este significante, mas quando adoeceu e perdeu a capacidade de manter esse ideal que remetia à mãe “permanecendo viva”, “tudo isso” se tornou um peso para ela: “só que depois, quando foi um dia parece que eu sentia aquilo tudo em cima das minhas costas, foi um peso pra mim”.

2.1.3 Duas mulheres à beira-mar: a sombra do objeto caiu sobre o eu.

Uma jovem olha ansiosamente através do mar escuro em direção a um futuro desconhecido. Ela parece alheia à figura mortal ao lado dela, que a acompanha.

Figura 4

Obra “*Doas mulheres à beira-mar*”.



Nota. Fonte: Munch (1898).

Na história de Fátima, a primeira questão de saúde foi um “probleminha cardíaco”, traço herdado da mãe, que infartou. Este foi detectado ainda na primeira gravidez, quando ela tinha dezessete anos. Fátima decidiu não realizar acompanhamento médico, com medo de precisar de medicação, o que para ela seria aquilo que define que uma pessoa “está doente”. Aos “trinta e poucos anos” é internada em um hospital devido a um infarto. Demorou muito a procurar auxílio médico, a despeito dos seus sintomas intensos. Tal situação destaca a dimensão insuportável que as experiências de adoecimento e as limitações físicas parecem impor a ela. As identificações com a mãe, pelas quais tenta amalgamar-se em sua fragilidade psíquica, parecem ser abaladas por esse tipo de experiência.

Esse evento vem marcar a época em que Fátima começa a tomar medicações, bem como realizar os acompanhamentos médicos. No entanto, não foi esse o momento da perda referente ao ideal que a acompanhou desde a infância. Alguns anos depois, passa a sentir dores no corpo, acompanhadas de uma insônia persistente: “tanta dor que eu sinto, é... dificuldade de locomover, de ficar em pé, de caminhar, de andar”, “é uma dor muito forte nos braços, nas perna”. Parte das dores são atribuídas ao excesso de trabalho, que culminou em diversas lesões

e tendinites: nos joelhos, nos punhos, nos pés. Contudo, a dor é também generalizada e piorou com o passar do tempo.

Quando atingiu a mesma idade que sua mãe tinha ao falecer, recebeu também o diagnóstico de depressão, as dores se intensificaram e na ausência de condições para trabalhar, entra com o pedido de aposentadoria por invalidez. Nesse contexto, o trabalho é trazido como uma perda muito importante: “eu tive uma vida muito ativa, não tenho paciência de sentar, de ler um livro, assistir novela, de ver televisão. Nunca tive isso pra mim. Se eu não tivesse trabalhando fora eu tava trabalhando, eu tava trabalhando em casa. Eu parava só na hora de deitar”. Quando o médico sugeriu o afastamento do trabalho, Fátima não aceitou a situação e tentou continuar trabalhando. Contudo, devido aos sintomas incapacitantes, a situação tornou-se insustentável: “fiz tudo que eu podia até... acho que foi até mais do que o meu limite”.

As dores crônicas, distúrbios do sono, fraqueza muscular e fadiga — que foram nomeadas para ela como fibromialgia — causaram prejuízos que inviabilizaram aspectos essenciais do seu modo de funcionamento. Nessa época, Fátima perde seu “roteiro”, sua forma de ser e de viver: “porque quando eu não tava com depressão eu sabia, é... sei lá, eu sabia lutar *com tudo*, né?”. A dor interrompe o trabalho excessivo, que não deixava nenhuma possibilidade de descanso e, mesmo assim, não oferece tal descanso em retorno: tira-lhe o sono e impede o cumprimento da necessidade de ser uma pessoa extremamente ativa, que trabalhava muito (fora e dentro de casa) e buscava fazer de tudo para a família e para quem mais necessitasse (trabalhos com caridade).

Há uma perda que causa grande dor. Essa perda não se referiu à perda concreta de uma pessoa amada, mas sim a uma abstração (um significante) que foi colocada em seu lugar (um ideal). Se uma perda é da ordem de um ideal, o que está em jogo é um significante-mestre sustentado por alguém, ou um significante idealizado, que se encontrava no lugar do ideal do

eu do sujeito (Quinet, 2009). Por isso, na melancolia, bem como no luto e na depressão, é o ideal do eu que é abalado: sua sustentação é perdida. Consequentemente, há uma considerável perda narcísica. Esse caos somático que se impôs em sua vida, fez com que Fátima deixasse de conseguir se tomar pelo fazer “tudo”, perdendo assim o horizonte daquele ideal que lhe garantiu não só a sobrevivência, mas uma maneira de ser e estar no mundo.

A dissolução imaginária implicada nessa perda narcísica tem como efeito o desvelamento da dimensão real do objeto *a*, tal como aparece na conhecida formulação freudiana a respeito da melancolia: “a sombra do objeto caiu sobre o eu”. Ou seja, “quando o ideal do eu, que supria a forclusão do Nome-do-Pai, é abalado, o eu perde o revestimento narcísico e se evidencia o seu status de objeto: o objeto *a* em seu status de rebotalho do Simbólico” (Quinet, 2009, p. 210). Nesse caso, o sujeito que se vê jogado nessa identificação com o objeto *a*, está na condição de objeto maltratado, largado pelo Outro. O Eu se cindiu em uma parte que critica e noutra que é criticada, indicando assim a própria estrutura do supereu, que trata sadicamente o sujeito (Quinet, 2009). Atualmente, Fátima refere-se a si como “a pessoa mais inútil”, “sem utilidade para nada”: “eu sinto muito angustiada...inútil, impotente, incapaz, tudo”. Afirma que até faz muitas coisas, considerando sua situação de saúde, mas que sabe que “poderia fazer muito mais”. Nos dias em que está com mais dor, conta sentir-se “a pior pessoa do mundo”.

Em seu discurso, Fátima descreve várias formas de dor. Existem as dores das perdas vividas por ela, que provocaram dores psíquicas; as dores causadas por inflamações e lesões ortopédicas, consequências de uma vida muito trabalho; e uma “dor confusa”: “mas aí parece que isso aí tudo vai acarretando em uma dor que vai ficando uma dor...pra mim uma dor confusa, entendeu? Que vai... vai... generalizando o corpo da gente inteiro”. A essas todas, podemos acrescentar as dores causadas pelas exigências superegóicas: as dores que se

relacionam às críticas internas e a severidade do supereu. Sobre elas, Fátima elabora uma construção interessante: “essas dor crônica que nunca passa eu tenho pra mim que é depois que eu afastei do serviço... que eu não consigo trabalhar mais (...) fica assim agitada... sentindo inútil. Aí eu acho que parece que a dor foi cada dia aumentando”. Nesse ponto, ela aproxima diretamente a “dor confusa, generalizada e que foi aumentando” com as autoacusações de inutilidade. A partir do paradigma da melancolia, Freud nos indica que junto à perda do objeto existe a perda de estima de si, expressa em recriminações e ofensas feitas à própria pessoa (Freud, 1917/2010). Toda a vertente de Eros desapareceu e resta o ódio. O Eu se degrada e se enfurece contra si, surgindo assim a autotortura, expressa nas frequentes autoacusações.

Cardoso e Paraboni (2010) tecem uma aproximação entre a melancolia e a dor física crônica. Tal como a melancolia, a dor crônica captura a atenção do outro, por meio das autoacusações e da queixa insistente e inconsolável. As autoras defendem que, diante da perda do objeto, uma ferida narcísica é reativada e assim advém uma dor psíquica da ordem do insuportável, que nos casos de dor crônica, pode ser encaminhada para o corpo como um modo de defesa e também como forma de manter o elo com o objeto. Nesse caso, a dor física crônica seria como uma “guardiã do luto”, que entra em cena para proteger o eu do aniquilamento, uma vez que perder o objeto é perder o eu.

Mencionam ainda um conhecido fato clínico: a emergência da dor crônica teria sido desencadeada por uma experiência traumática ou de perda que antecede o seu aparecimento. Os próprios pacientes costumam atribuir um modelo traumático à origem de sua dor, mencionando acidentes, morte de entes queridos e eventos que teriam desencadeado o inferno doloroso. Nesse caso, é como se uma catástrofe da infância, relacionada ao desamparo original, ressurgisse no trauma atual como um *a posteriori* de um trauma precoce. Mesmo que Fátima não tenha mencionado um evento específico como relacionado ao desencadeamento de suas dores, o modelo traumático e não simbolizado do luto pôde ser identificado em seu discurso.

Outro elemento clínico citado por Cardoso e Paraboni (2010) é a perda da possibilidade de investimentos em outras atividades, como o trabalho e os envolvimento amorosos, em decorrência do investimento maciço na dor crônica que parece preencher todos os espaços. A perda ou o acidente marcam o fim de um período. Assim, a dor crônica instala uma espécie de “neonarcisismo doloroso” que impõe profundas modificações no psiquismo. Para que a perda do objeto não resulte em aniquilamento, há esse superinvestimento na dor. A dor é investida como uma espécie de “maternagem paradoxal”: simultaneamente protetora e mortífera. Assim, nas situações de dor crônica o corpo substitui o objeto perdido. Dessa forma, a dor mantém vivo o objeto, justamente porque a perda deste revela-se psiquicamente irrepresentável para o sujeito.

2.1.4 O sol: a vida antes da dor

Fátima nos indica que o aparecimento das dores crônicas marcou para ela o fim de um período em sua vida: “antes eu era uma pessoa mais alegre, uma pessoa mais feliz (...) fazia mais caridade (...) fazia tudo que você pensar mais”. Assim, traça com seu discurso a existência de um antes e de um depois que confere à perda um status de cisão na vida do sujeito. Nada mais é como era antes: suas atividades, seus relacionamentos, seu casamento. Diferente das memórias da infância, que encheram Fátima de entusiasmo e alegria, ela fala sobre essa vida anterior com tristeza e uma espécie de “nostalgia dolorosa”. Esse passado próximo parece tomado pelo luto e pelas comparações com sua situação de vida atual: “depois foi indo eu já não tava conseguindo nem sair, eu chegava em casa só queria deitar pra descansar”.

A depender da intensidade e da forma como o sujeito responde a ela, a dor crônica pode produzir intensas modificações nos vínculos sociais (Le Breton, 2017). É o que nos diz Fátima que, atualmente, durante suas crises de dor, não suporta a presença de ninguém, o que produz um grande isolamento e uma diminuição da sua capacidade de realizar atividades que lhe davam satisfação: “eu quero só ficar quieta, sem falar com ninguém, sem ver ninguém porque qualquer coisa eu choro”. Ela indica ainda um intenso esvaziamento de interesse pelo mundo e pelos

outros. As crises, frequentemente desencadeadas pela angústia frente às limitações físicas, provocam ainda mais dor, e parecem se assemelhar ao que Le Breton (2013) nomeia de “dor total”, um estado em que o sujeito se desliga totalmente do mundo, suas sensações e sentimentos ficam submersos sob uma dor esmagadora que, naquele momento, envolve toda a sua existência.

Esses retraimentos nos remetem a uma das passagens mais citadas de Freud (1904-1905/2017) em seu artigo “O método psicanalítico freudiano”, onde ele indica que o objetivo do tratamento analítico seria o de estabelecer no paciente “sua capacidade de realizar [leisten] e de gozar [genießen]” (Freud, 1904-1905/2017, p.57). A tradução bastante difundida dessa elaboração, em que se lê “capacidade de amar e de trabalhar”, é excessivamente literal e acaba reduzido o alcance dessa colocação. Na verdade, Freud emprega termos cuja tradução é bem abrangente: leisten (realizar, produzir) e genießen (gozar, fruir de modo agradável), o que pode ser lido como: a capacidade de realizar [coisas] e gozar [a vida]. É precisamente isso que Fátima aponta: embora ela sinta falta do trabalho e suas relações tenham sido prejudicadas, os adoecimentos causaram uma considerável redução em sua capacidade de realizar e desfrutar das coisas. Ela era “mais alegre” e “fazia muito mais”.

Essa condição pode ser facilmente remetida aos efeitos econômicos da dor física, que provocam uma concentração de investimento no local dolorido, o que acaba por esvaziar o Eu (Freud, 1926/2014). Contudo, os efeitos e mudanças provocados pela dor dependem da forma como o sujeito é tomado por ela, que funções adquire e como passa a compor sua dinâmica subjetiva. Assim, não podemos reduzir essa condição aos efeitos da dor física.

Nessa perspectiva, podemos recuperar aspectos do já mencionado paradigma melancólico. Sabemos que na melancolia estão presentes um “abatimento doloroso, uma cessação do interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição de toda

atividade e diminuição da autoestima” (Freud, 1917/2010, p.193). Um estado de inibição e restrição se faz presente, o que aponta para uma dedicação exclusiva ao luto. Há um deslocamento e retraimento da libido para o eu que, na melancolia, encontra uma utilização bem precisa: estabelecer uma identificação do Eu com o objeto perdido.

Na dor física há um investimento narcísico, enquanto na dor psíquica o investimento objetal é que está em pauta. No caso da dor física crônica, tal como na melancolia, esses dois tipos de investimento podem se confundir, uma vez que o próprio corpo atua substituindo o objeto perdido (Cardoso & Paraboni, 2010). O melancólico, que havia escolhido seu objeto de amor por espelhamento, ao perdê-lo regressa a essa identificação imaginária e não reinveste em outros objetos. Por isso, o narcisismo é utilizado para a explicação do processo “auto” [selbst] da melancolia, em que o sujeito permanece em si próprio, não partindo em direção ao outro (Quinet, 2009).

Antes de seguir na discussão sobre os retraimentos de Fátima, abordaremos brevemente a relação que ela estabelecia com seu corpo antes de adoecer, que marca profundamente esse período de “antes” dos adoecimentos. O apelo desesperado que faz a deus, na época do surgimento de suas dores, pedindo que a “leve” se não puder permanecer viva “com saúde e ajudando alguém”, coloca a grande importância que esses dois pilares possuíam para ela, sobre os quais sustentava-se o seu ideal. Precisamente, são esses dois aspectos — a saúde física e a ajuda ao próximo — que vêm colorir sua vida nessa época e que nos indicam sua forma de relacionar-se: com seu corpo e com o outro.

A respeito da importância da capacidade física, Fátima elabora uma metáfora peculiar: descreve-se como uma “pilha que travou”, referindo-se à sua eficiência e à intensidade das tarefas que desempenhava anteriormente. Assim, essa época está intimamente ligada ao fato de

que se considerava uma pessoa saudável e ativa, com um corpo que não a impedia de fazer nada.

A ideia de saúde que ela constrói para si, parece diretamente ligada à força física e à plena capacidade de fazer algo da ordem de um trabalho (formal, doméstico ou voluntário) ou de uma missão (tarefas familiares e religiosas). Assim, podemos repensar a assertiva colocada por ela: Fátima pede a deus a oportunidade de continuar vivendo “com saúde *para* ajudar alguém”, via trabalho ou missão, e assim ter uma existência que seja considerada por ela como útil, e não “sem utilidade para nada”. Nessa direção, a obra de Munch intitulada “O Sol” nos traz contribuições interessantes.

Figura 5

Obra “O sol”.



Nota. Fonte: Munch (1911).

Localizada na parede principal do hall de cerimônias da Universidade de Oslo, os raios do sol que irradiam dessa pintura iluminam os corpos de um homem e uma mulher, que estão posicionados nos painéis à direita e à esquerda de “O Sol”. Por isso, a imagem retrata uma representação da natureza e do vitalismo, uma escola de pensamento dos séculos XVIII e XIX que promovia a saúde, higiene e a educação física, e enfatizava o sol como uma força geradora de energia e de vida. Para o vitalismo clássico, o ser humano ideal seria aquele que tem o corpo saudável, é entusiástico, forte e está em constante contato com a natureza e com suas

potencialidades naturais (Munch Museet, 2021). Pelo que foi possível recuperar na entrevista, Fátima parece estabelecer uma relação um tanto vitalista com seu corpo. Nos conta de um corpo que sustenta tudo aquilo ligado à vida e de um Eu que assume uma forma exclusivamente corporal, deixando à deriva o Eu psíquico.

Uma dor intensa e durável desorganiza o aparelho psíquico, nos lembra Anzieu (1989), ameaçando a integração do psiquismo no corpo: suspende as diferenciações entre os sistemas psíquicos e se espalha em todas as direções. Por isso, a dor pode provocar uma perturbação tópica. Dessa forma, não se trata somente do empobrecimento do eu visto na melancolia, mas também de uma desorganização psíquica capaz de apagar distinções fundamentais e estruturantes, como a distinção entre eu corporal e psíquico. Em suma, se não for curada e/ou erotizada, a dor ameaça destruir a própria estrutura do eu (Anzieu, 1989). Resta saber se, no caso de Fátima, essa relação já estava presente, estando ligada a impasses no processo de constituição de um “envelope narcísico”, ou se depois da perda das capacidades funcionais estabeleceu-se, retroativamente, uma supervalorização dessas potencialidades físicas. De qualquer modo, seu corpo foi e continua sendo superinvestido: antes pela sua eficiência, e atualmente, pela vivência da dor.

2.1.5 Karl Johan ao anoitecer: caridade e isolamento.

Além das limitações físicas, não conseguir “ajudar alguém” é a segunda condição que, segundo Fátima, tornaria sua vida “inútil”. Durante sua entrevista, traz a caridade em diversos momentos, evidenciando como essa é uma prática muito importante para ela: “sempre eu tive uma vida ativa em fazer caridade. Não só pros meus, pra minha família, mas pra todos ao meu redor que eu sabia que tava precisando de mim”. É importante notar que “caridade” é também utilizada por ela em referência ao seu modo de se relacionar com os vizinhos e pessoas da sua família, aparecendo como aquilo que faz “pelos seus”.

A ajuda ao próximo, tal como descrita por Fátima, parece fundamentar-se na concepção de caridade cristã. Sua fala é permeada pela discursividade religiosa, em sua variante católica. Nessa, os fiéis praticam assistência baseada no amor fraterno às famílias carentes, pessoas doentes, crianças órfãs e para quem mais necessitar. A assistência é dada na forma de ajuda material ou por meio de atos de serviço. Dentre as possibilidades de serviço cristão, Fátima exercia a caridade visitando pessoas doentes e hospitalizadas: “quantas vezes eu visitava tanto doente até as pessoas morrer, que tava com câncer. Eu chegava lá a pessoa tava morrendo de dor e eu saía de lá e deixava a pessoa sorrindo”. “Dava bom conselho, falava que, mesmo sabendo que tava com doença incurável, ia passar, que deus ia ter misericórdia”. O envolvimento religioso possui um grande poder de produzir ligações subjetivas, criando laços afetivos e sociais (Machado & Kyrillos Neto, 2022). Nesse caso, temos a caridade como sociabilidade, como uma forma particular de relacionar-se com o outro, que é um semelhante, um irmão.

Podemos pensar esses atos de serviço cristão a partir da máxima “ama teu próximo como a ti mesmo”, analisada por Freud (1930/2010), em “O mal-estar na civilização”. Essa recomendação visa contornar o pendor à agressão e busca a coesão social. Nessa perspectiva, amaríamos o próximo que “em importantes aspectos semelha tanto a mim que posso amar a mim mesmo nele” (p. 74). Nesse caso, estamos no campo do ideal de eu narcísico no laço social, contido na expressão “como a ti mesmo”. O sujeito ama o próximo à medida que constata a sua própria imagem no outro: o ideal de eu deve ser compartilhado em alguma medida. Por isso, essas relações com o outro, estabelecidas a partir da caridade, se baseiam no amor ao “eu” mais próximo (Machado & Kyrillos Neto, 2022). Dessa forma, no contexto da caridade pode haver novamente uma escolha objetal do tipo narcísico. No caso de Fátima, o objeto de amor não era escolhido necessariamente devido a sua semelhança com o eu, mas por meio de sua

transformação em um ideal, o que torna o objeto capaz de elevar a autoestima do Eu, situando-a como uma “pessoa caridosa”.

Esse apagamento da alteridade presente nessa maneira de se relacionar remete à face narcísica da melancolia nas relações do eu com o outro. Uma vez que não se reconhece como separado do objeto, a possibilidade de encontro ou reconhecimento da alteridade é ameaçadora para o melancólico, tomada como um risco de destruição do seu eu ideal. Isso não implica que para o melancólico o outro não exista, mas que esse é frequentemente tomado como uma projeção imagética do eu. O outro é requisitado como um objeto, em uma tentativa de curar a ferida narcísica, amparando a ilusão de completude do melancólico e servindo de suporte à sua imagem de unidade corporal (Clara, 2007).

Nesse caso, podemos tomar também a noção de melancolização do laço social para pensar essas relações. Essa noção designa a condição que se instala no laço como resultado de uma dispersão das referências terceiras e das ficções de troca, o que faz com que essas tornem-se cada vez mais diretas e duais. Dessa maneira, surgem novos modos de socialização, nos quais a lógica do pertencimento dual conduz a trocas de “igual para igual” (Douville, 2004). A condição de exclusão experienciada por alguns sujeitos desvela a atual precariedade das aparelhagens simbólicas que sustentam a dignidade do corpo e da palavra do sujeito no campo e no jogo social. Com efeito, temos uma condição em que o próximo se torna inapreensível e a complexidade das operações que faziam dele uma figura da alteridade regridem rapidamente, tornando-o apenas um semelhante.

Em “Karl Johan ao anoitecer” de Munch, vemos retratadas essas duas dimensões colocadas pelo laço social melancólico. Ao pôr do sol caminha pela rua uma multidão homogênea, em que pessoas com rostos idênticos ou despersonalizados parecem dirigir-se a

quem observa a obra. Ao fundo e à direita vemos uma silhueta, a sombra de um homem, que de costas caminha solitário na direção oposta.

Figura 6

Obra “Karl Johan ao anoitecer”.



Nota. Fonte: Munch (1892).

Fátima interrompe as atividades relacionadas à caridade depois do aparecimento das dores crônicas, pois passou a se sentir mal quando visitava as pessoas. Diante de sua própria experiência de dor, algo se modificou na relação com essas pessoas, que ela consolava a partir dos sentidos oferecidos pelo discurso religioso. A incerteza produzida pelas dores crônicas pode ter abalado sua relação com sua figura do grande Outro (deus) e também com os outros (seus irmãos de fé e familiares). O ideal de eu compartilhado parecia se referir à bondade recolhida a partir da caridade, e não a um compartilhamento possível da experiência do adoecer.

Incapaz de diferenciar e reconhecer a singularidade da sua dor frente ao sofrimento daqueles que visitava, ela se retira dessas trocas homogêneas que antes reforçavam seu eu ideal e que passaram a perturbar profundamente a sua imagem. Além da caridade, também diminuiu a frequência com que vai à missa, evitando o contato com os demais membros da comunidade.

Para se proteger, passa da multidão homogênea à solidão representada pela sombra que caminha no quadro de Munch.

2.1.6 Um estado de espera

A partir de seu discurso, Fátima coloca que anteriormente já havia uma certa rigidez e um fechamento nas formas de realizar e de fruir, que englobam também seu modo de amar e trabalhar. Diante do impacto causado pela dor crônica, é possível que os sujeitos que dela sofrem consigam se reposicionar, alterando e flexibilizando suas formas de vida. Fátima nos conta de uma dificuldade nessa flexibilização, que indica a perda de identificações maciças que ocupavam grande parte do eu, e que se encerravam em valores um tanto rígidos quanto a designação de seu lugar profissional, social e conjugal, dispensando dialetizações.

Uma forma pouco maleável de estar com o outro, uma maneira muito precisa de sentir-se útil, e também um modo de realizar as coisas no mundo essencialmente ligado à capacidade física. Ao perder sua posição anterior, Fátima encontra dificuldade em situar-se novamente. Espera pela cura, concebida por ela como uma situação em que não haveria mais dor: “pra mim a cura é o alívio da dor, não é? Se você ficar curado você não vai sentir dor mais (...) não vai ter depressão, não vai ter fibromialgia (...) cê não vai ter essas outras coisa nenhuma”. Dessa forma, sua existência parece estar em um “estado de espera”, aguardando a recuperação da sua antiga forma de vida.

Essa suspensão deixa Fátima em uma posição delicada socialmente. Como já mencionado, muitas pessoas que sofrem com as dores crônicas impostas pela fibromialgia podem encontrar na doença uma forma possível de inscrição no laço social (Espinoza & Zanotti, 2017). A dor parece, de alguma forma, dar-lhes consistência e servir como forma de localização em relação ao Outro. Esse não é o caso de Fátima. Ainda que as limitações tenham cerceado sua existência, ela resiste contra esse lugar de paciente. Faz um movimento completamente

oposto, não aceitando os diagnósticos que recebeu, não falando sobre os seus sintomas para as pessoas que a conhecem e evitando tomar as medicações.

Sua filha é fisioterapeuta e nas ocasiões em que percebe que a mãe não está se sentindo bem, prontamente se oferece para levá-la ao médico, no que Fátima responde: “não vou mexer com médico não (...) a gente não precisa de médico não. Às vezes a gente precisa de alguém pra conversar... pra sentar, pra ouvir a gente”. Quando diz “vamos ao médico” diante do choro e de todas as queixas, a filha indica que haveria algum tipo de recusa, por parte da mãe, em receber o tratamento que poderia sanar sua crise ou questão. Parece também dizer a ela que o cuidado à dor e ao adoecimento é remetido ao campo da medicina e que, se ela não busca por esses tratamentos, de nada adianta queixar-se.

Fátima não aceita ser tomada como objeto a partir do discurso médico, tampouco entra na lógica de consumo de produtos e tratamentos imposta pelo discurso capitalista ou consente em ser marcada pelos diagnósticos que recebeu. Nesse ponto, ainda que evite a figura do médico, é possível tecer aproximações com uma posição histórica a partir de sua relação com o campo da medicina. Existe um desafio a esse saber, expresso nos relatos sobre a ineficácia dos tratamentos e medicamentos utilizados. Fátima traz que “acredita mais em milagre do que na medicina”. Nesse sentido, a fala da histórica permite indicar a forclusão do sujeito pela medicina, recolocando em evidência o fracasso da racionalidade médica e, conseqüentemente, um fracasso desta figura contemporânea do discurso do mestre. Trata-se da intrusão do que não funciona no real, do que impede que as coisas funcionem bem para o mestre da atualidade (Santos & Santiago, 2010).

Sua filha não responde às queixas, e questiona seu posicionamento diante das dores. Posicionamento este que se relaciona com a estrutura da falha entre a demanda e o desejo. Tal questão também aparece nos momentos em que Fátima diz que precisa de alguém para conversar com ela, mas se recusa a abrir a porta para as pessoas que tentam visitá-la.

Sabemos que, quando se estende no tempo, a dor perturba os códigos sociais. Diferente da dor aguda, considerada legítima e passageira, acolhida com expectativas sociais indulgentes, a dor crônica, por exceder na duração e forma de demonstração, é frequentemente recebida com desconfiança de simulação ou exagero. A compaixão dá lugar ao constrangimento, a ajuda ao aborrecimento. A tolerância social perante a suspensão das responsabilidades é limitada e as relações familiares, sociais ou profissionais ficam abaladas. Entra-se em uma zona de turbulência marcada por uma temporalidade social distinta: um tempo desacelerado, dessincronizado com o dos demais. A dor crônica afeta a temporalidade de três maneiras diferentes: perdura e preenche a existência; perturba as previsões e planos do calendário; e também quebra a projeção do sujeito ao longo do tempo. Assim, o sujeito pode entrar em uma situação liminar (Le Breton, 2017).

Essa condição paradoxal diante do laço social, em que o sujeito se encontra em um estado indeterminado, marcado pela espera e suspensão, será discutida a partir da noção antropológica de liminaridade. No próximo capítulo, abordaremos esse conceito a partir de uma perspectiva psicanalítica, extraindo dele alguns elementos que contribuirão para seguir com a discussão dos movimentos do caso Fátima.

Capítulo III. Liminaridade: uma experiência paradoxal no campo do laço e da dor

3.1 Impasses e zonas de passagem: a liminaridade

Ao ser tomada por perdas e adoecimentos, que implicaram em experiências de contato intenso com a dimensão da dor, Fátima perde sua posição anterior e encontra dificuldade em situar-se novamente, estabelecendo novas formas de realizar as coisas ou fruir a vida. Aguarda pela cura, momento em que poderá recuperar sua antiga forma de vida. Por isso, sua existência parece estar fechada em um “estado de espera”, no qual, sua própria dor serve como barricada. Não é mais a pessoa que era, tampouco a pessoa que seria se fosse aliviada de seus sintomas. Le Breton (2017) fala de alguém que parece sofrer por “uma carta que não chega ao seu destinatário”: está em suspensão, temporariamente sem destino.

Nesse caso, o sujeito parece se encontrar em uma condição liminar, em que não está nem aqui, nem em outro lugar, dividido entre marcos que não mais se aplicam a ele e aqueles novos que ameaçam seu antigo senso de identidade. Só consegue se reconhecer em referência ao passado, na forma de uma nostalgia de si (Le Breton, 2017). Fátima parece se deslocar nesse terreno intermediário, pensado no intervalo entre o período anterior aos adoecimentos e a esperança de um futuro em que, uma vez curada, poderá retomar sua existência nos termos anteriores. Assim, entra numa situação de margem, em que caem as pontes que a conectavam aos outros. Na época de sua entrevista, não parecia se deixar determinar por nenhum referencial que poderia situá-la no corpo social, recebendo assim um lugar e algum tipo de reconhecimento. Até mesmo os referenciais religiosos pareciam vacilar depois do seu adoecimento.

Para Le Breton (2017), o estado liminar é sempre delicado diante do laço social, produzindo incertezas. Neste, o sujeito não teria mais traços com os quais se identificar e atravessaria um período em que não encontra formas de integrar-se ao corpo social a não ser pela dor, que passa a ser sua única mediação. “Na liminaridade, a pessoa já não é suportada por um quadro simbólico que a tranquilize sobre si mesma e sobre as suas relações com os outros”

(Le Breton, 2017, n.p). Assim, o sujeito se desconecta do laço social comum, desfazendo-se de suas responsabilidades sociais. Há uma profunda indefinição que torna difícil apreendê-lo. Trata-se de uma situação fora dos enquadramentos habituais, em que, se ainda participa do laço social, já não tem mais todas as prerrogativas. Como pudemos observar, para Fátima, nem mesmo a identificação com o campo da medicina serviu como uma forma de inscrição possível no laço social.

A liminaridade discutida por Le Breton é uma noção antropológica resgatada e desenvolvida por Victor Turner — entre outros autores, como Mary Douglas e Edmund Leach — a partir de sua leitura da obra intitulada “Les Rites de Passage” de Arnold Van Gennep (1909/2011), antropólogo alemão que sistematizou a estrutura processual dos ritos de passagem. Turner (1967, 1969) interessou-se principalmente pela investigação a respeito da “fase liminar” desses ritos que existem em todas as sociedades e que acompanham as mudanças de estado, lugar, idade ou posição social em dado contexto cultural. Por “estado” podemos compreender uma condição relativamente estável e recorrente que é culturalmente reconhecida, como, por exemplo, ocupação, profissão ou estado civil. Estado pode referir-se ainda à condição física, emocional ou mental em que uma pessoa ou grupo se encontra em determinado momento.

Todos os ritos de transição caracterizam-se por um padrão típico e recorrente, que em diversas culturas envolvem as mesmas três fases: separação, que compreende o afastamento do indivíduo ou do grupo de um conjunto de condições (estado) anterior ou de um ponto fixo anterior na estrutura social; *limen* (do latim, que significa limiar, soleira ou fronteira), uma fase fronteira e paradoxal, que é especialmente destacada e valorizada no centro desses processos; e a reincorporação, quando a passagem é finalizada e o sujeito ritual (individual ou coletivo) retorna a um estado social relativamente estável, marcado por direitos e deveres estruturais (Turner, 1969).

O momento liminar que marca os ritos de passagem é um período de margem em que os sujeitos se apresentam indeterminados. Trata-se de uma fase fronteira em que, destituídos de seus estados e posições sociais anteriores, e sem passar a um novo lugar, ocupam um entre-lugar indefinido, no qual não é possível caracterizá-los plenamente. Turner (1967) denominou esse período liminar por meio da expressão inglesa “betwixt and between”, que pode ser traduzida como “nem uma coisa, nem outra” e “aquém e além dos pontos fixos”, evidenciando a indeterminação implicada nessa fase. “Entidades liminares não estão cá nem lá; estão aquém e além das posições designadas e dispostas por lei, costume, convenção e cerimonial” (Turner, 1969, p. 95). O autor se inspirou em um poema de Robert Browning, intitulado “Bishop Blougram’s Apology” que traz a incerteza como o elemento mais interessante da condição humana: “nosso interesse está na margem perigosa das coisas (...) nós ficamos observando, enquanto eles se mantêm em equilíbrio, acompanhando a vertiginosa linha intermediária”.

Uma das principais características que podemos extrair da liminaridade é o movimento que parece existir entre os estados, nesse campo do “entre-lugar”. Esse conceito nos encaminha às noções de espaço, intervalo, lacuna, vão, pausa e abertura (Crapanzano, 2005). Justamente por isso, trata-se de uma fase em que existe uma grande dificuldade em tecer localizações ou classificações precisas. O caso de Fátima coloca em evidência que, além da paralisação que surge à primeira vista, inibindo as capacidades funcionais e desejantes, há também um movimento nessa zona intermediária.

Entre a exclusão do laço social vista na melancolia e a recusa e desafio ao saber médico que costumam ser atribuídos à histeria, a situação de Fátima pode ser melhor referida a um estado de indeterminação diante do laço social, ocupando um entre-lugar que não deixa de evocar também traços dessas outras formas de impasse. Esse entre-lugar desvela um movimento de oscilação em que, ocasionalmente, recupera sua antiga posição – como nos dias em que consegue trabalhar em casa, a despeito da dor – e encontra formas possíveis de se conectar aos

outros, como, por exemplo, mediante os apelos que endereça ao filho ou ainda na sua própria participação na entrevista, quando aceita o convite de se endereçar a alguém e tentar articular em palavras aspectos da sua história e das suas experiências dolorosas. Essa oscilação se torna ainda mais clara a partir do que traz sobre sua relação com seu marido, descrito como “seu eterno namorado”. Ao contrário do completo abandono da vida afetiva e sexual, que se apresenta em alguns casos de dor crônica (Gaspard, 2009), Fátima situa novamente seu trânsito. Traz que, depois de adoecer, houve uma diminuição no interesse sexual, que supõe ter ocorrido devido ao uso da medicação: “não sei se é por causa... depois que eu tô tomando os remédios”. Conta que “mudou bastante” e que se tornou uma pessoa “mais fria”. Por vezes, sente uma piora em suas dores depois das relações sexuais. Contudo, indica também momentos em que não só consegue sentir prazer, como percebe uma grande melhora nos sintomas ligados à fibromialgia.

Esse aspecto aponta que não houve um total desinvestimento ou perda da capacidade de fruir a vida, tampouco um completo empobrecimento do Eu. Por isso, ainda que tenham sido traçadas diversas aproximações, não é possível afirmar que Fátima entra de fato em um quadro melancólico. Nesse estado fronteiro, ainda encontra pontes possíveis que a permitem se conectar aos outros. Em meio a uma vida de dor, ainda lhe resta ocasionalmente a capacidade de viver situações prazerosas.

Devido a essa multiplicidade de perspectivas colocadas por Fátima, torna-se desafiador discutir a respeito de seus enredamentos e posicionamentos nos laços sociais. Essa oscilação que se apresenta faz com que ela não esteja de fato excluída, em um campo fora-do-discurso, mas não deixa de revelar uma grande precariedade de inclusão discursiva que induz a uma experiência de solidão, uma sensação de exílio do convívio social e familiar, e ainda uma grande diminuição na sua capacidade de realizar e fruir. Nem si mesma, nem completamente diferente,

à margem de sua existência anterior, Fátima não parece se enquadrar nas classificações tradicionais.

Na liminaridade, o sujeito não se encontra excluído da estrutura social, mas sim em uma situação paradoxal: não está fora, tampouco dentro de qualquer categoria comum. Nesta condição, se furta à rede de classificações que normalmente determinam a localização de estados e posições num espaço cultural. Torna-se não-mais-classificado e simultaneamente, ainda-não-classificado. Justamente por isso, a metáfora da dissolução e do renascimento se aplica aos seres liminares. Por um lado, não estão nem vivos, nem mortos, e de outro, estão vivos e mortos. Na cultura dos Ndembu da Zâmbia, a cabana utilizada nos ritos de transição representa, ao mesmo tempo, um túmulo e um útero. Essa coincidência de noções opostas em uma única representação caracteriza a peculiaridade da liminaridade: que não é nem isso, nem aquilo, mas também está contida em ambos. Assim, pode ser considerada um “não” (não mais e ainda não) direcionado às asserções estruturais positivas, sendo ao mesmo tempo, fonte de todas elas (Turner, 1967).

Esse momento em que o sujeito se encontra no *limen* – logo, em uma zona de fluxo e trânsito - coloca em evidência os elementos que se fazem presentes no meio do processo de passagem. Essa fase pode ser breve ou se estender no tempo, comparecendo de forma fixa. Quando se prolonga, o período liminar pode deixar de ser uma fronteira e tornar-se uma espécie de limbo, em que o sujeito fica aprisionado entre os estados. Existem aqueles que habitam as margens e os interstícios da estrutura social de seu tempo, conservando-se em um estado liminar de forma permanente. Nesse caso, podemos supor que a indefinição, a dor, o despojamento e o silenciamento, típicos dessa fase, podem se apresentar cronificados.

A psicanálise confere grande importância às passagens, ela é, em si mesma, uma questão de passagem. Para Douville (2004), a situação psicanalítica pode acolher e fazer dizer as

passagens, as travessias e os cruzamentos nos casos dos analisados que estão vivendo em estado de errância ou exclusão, situações comuns no cenário de globalização, em que as imigrações são frequentes. Se tomarmos o termo passagem tal como é concebido pela antropologia nos ritos de transição, veremos que uma situação de passagem pode ser precipitada a partir de qualquer mudança de estado, o que vai além das mudanças de território. A psicanálise frequentemente encontra seu campo de trabalho nas fendas e nos vãos que se abrem quando as coisas deixam de funcionar como antes. Assim, Pontalis (2005) situa a experiência analítica no campo do “entre”: entre o sonho e a dor, em uma permanente oscilação entre o que pode ser dito ou representado e o que tem que ser calado ou gritado para ser escutado. De um lado, o sonho como protótipo das formações do inconsciente, do outro, a dor que embaralha as fronteiras do “consciente e do inconsciente, de eu e do outro, do fora e dentro” (p. 22). A dor, certamente nos limites, mas também “no próprio centro, ausente de nossa fala, brecha tapada que a provação do luto e da loucura sempre pode reabrir” (p.22).

Para abordar psicanaliticamente o que seria esse estado liminar, e alcançar de que maneira este pode contribuir para a discussão dos impasses colocados pelo caso Fátima, precisaremos nos debruçar sobre alguns elementos que podem ser extraídos desse conceito. São eles: a condição paradoxal, a dor como um elemento que se faz presente nesse entre-lugar, a indeterminação e os tipos de impasses que podem ocorrer durante as passagens, especialmente a sua cronificação. Antes, iniciaremos com as experiências de perda.

3. 2 Fátima: uma trajetória marcada pelas perdas

Como exposto acima, a liminaridade destaca o momento em que o sujeito se encontra em meio a uma condição de passagem, de travessia. A entrada nessa condição relaciona-se profundamente com as experiências de perda. Ainda que tal elemento não seja destacado no campo antropológico, é evidente que o processo de despojamento e destituição de um estado (ocupação, cargo, condição de saúde) ou posição social envolve a dimensão da perda. É isso

que se encontra subjacente à fase de separação dos ritos de transição, em que há um afastamento e desprendimento das condições anteriores que provoca uma crise na ordem estabelecida. Por isso, o aspecto não-mais-classificado existente no processo de transição é representado por símbolos que provém da decomposição, do catabolismo e da morte. Podemos compreender que, durante um processo de passagem, o sujeito é tomado por experiências de perda que marcam a separação e o início da fase liminar. Ou seja, as experiências de perda não só definem o início da liminaridade como também disparam essa situação de trânsito e travessia.

Se tomarmos por referência a teoria freudiana e lacaniana, veremos que a gramática da noção de experiência (*Erfahrung*) em psicanálise circula em torno da perda de objeto e de sua tentativa frustrada de recuperação. A experiência, que se conecta às ideias de risco, viagem e transformação, está também ligada “à perda de objeto, à relação do sujeito com o objeto, ao problema dos vínculos múltiplos e descontínuos do sujeito com o mundo” (Reis, 2015, p. 122). Por isso, as experiências de perda servem de norteador para a relação do sujeito com seus objetos e ideais; trazendo consequências naturais para sua articulação com o outro, a alteridade. Esse processo ocorre desde nossa chegada ao mundo, tal como é estabelecido na relação do bebê com o peito materno. Em Freud, a perda diz respeito tanto ao objeto perdido, enquanto resto não assimilável das primeiras experiências de satisfação, quanto ao trauma e ao luto. Desenvolvimentos posteriores a respeito da noção de objeto em Lacan trouxeram novas contribuições às experiências de perda e sua relação com o real. É possível afirmar que Lacan condensou as variedades e nuances da perda no seu conceito de objeto *a* (Reis, 2015).

Nessa direção, Reis (2015) sugere que a experiência em psicanálise se apresenta sob um signo negativo, que pode ser tomado em relação ao luto de um objeto perdido ou ao inapreensível de um evento traumático, assim como pelo signo positivo do que se desenvolve a partir de um acontecimento de elaboração ou reconstrução daquilo que foi vivido. Portanto,

trauma e luto podem ser tomados como modelos privilegiados no que diz respeito à dimensão da perda e às problemáticas da recomposição da experiência.

Como pudemos acompanhar, do discurso de Fátima emerge uma longa série de perdas. Ainda que seja impossível nomear tudo o que foi perdido e saber exatamente o que se perde em tudo que se perdeu, algumas dessas experiências puderam ser bordejadas em sua entrevista por meio da narrativa. Entre elas podemos citar a morte da sua mãe, que culminou em um término precoce da infância, em que ela e os irmãos precisaram deixar os estudos e começar a trabalhar. Em seguida, a perda do pai, que saiu de sua casa e deixou de conviver com a família; o falecimento do irmão mais velho, que sofreu um acidente vascular cerebral; um aborto, que significou a perda de um bebê já muito amado; o declínio da saúde em decorrência das dores intensas e dos sintomas depressivos; a perda do trabalho e das capacidades funcionais; de atividades que lhe davam satisfação, tal como a caridade; de relações sociais significativas e ainda, importantes perdas narcísicas. Perdas essas que produziram efeitos, convocaram processos de luto e que, foram — ou não — subjetivadas.

No curto texto “A transitoriedade”, Freud (1916/2017) coloca que o luto pela perda de algo que amamos ou admiramos é “um grande enigma, um desses fenômenos que, embora não se esclareçam em si, remetem a outras obscuridades” (p. 223). Na mesma época, no artigo metapsicológico “Luto e melancolia” (1917/2010), apresenta o processo de luto como “a reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como a pátria, a liberdade, um ideal, etc.” (p.100). No luto profundo, estão presentes: um estado de ânimo doloroso, a perda da capacidade de escolher qualquer novo objeto de amor e o afastamento de atividades que não estejam ligadas à memória do objeto. Em suma, observa-se uma inibição e limitação do Eu, extensamente colocadas por Fátima a respeito de sua condição de existência atual.

Para Freud (1917/2010), o luto poderia ser atravessado mediante um trabalho subjetivo, o trabalho do luto. Este consiste em um processo de desinvestimento libidinal em relação ao objeto perdido. Inicialmente, haveria um enfrentamento do “teste de realidade” que evidencia para o sujeito que o objeto amado já não existe mais. Essa falta do objeto é enfrentada gradativamente, dada a dificuldade existente em abandonar uma posição libidinal e a uma tentativa de prolongar a existência do objeto no psiquismo. A verificação da perda real se dá pouco a pouco, com grande dispêndio de tempo e mediante à lembrança e reconhecimento dos traços do objeto, evocados e hiperinvestidos: peça por peça, signo por signo, até o esgotamento, em um processo que consome o Eu temporariamente. Após esse trabalho, o enlutado pode finalmente realizar o deslocamento da libido investida do objeto que se perdeu para novos investimentos.

Em suas considerações sobre o trabalho do luto no seminário “O desejo e sua interpretação”, Lacan (1958-1959/2016) pontua que esta teoria é um pouco vaga e que necessita de uma melhor articulação. Na ocasião, busca relacionar esse processo aos três registros: real, simbólico e imaginário. Para ele, na experiência de luto o sujeito “mergulha na vertigem da dor” (p.360) e se encontra em uma certa relação com o objeto perdido, em que se agarra a ele. O objeto passa a ter uma existência muito mais absoluta, justamente pelo fato de não corresponder “a mais nada que exista” (p. 360). Desse modo, traz que o luto enquanto perda verdadeira, que é intolerável para o ser humano, abre um buraco no real.

Essa dimensão intolerável, que não pode advir da própria morte — a qual ninguém tem acesso — surge a partir da morte de um outro, quando este é para nós um ser essencial. A perda adquire um efeito de *Verweifung* (foraclusão), um furo, mas no real (Lacan, 1958-1959/2016). Nesse caso, esse furo consistiria em uma operação inversa à da foraclusão. Enquanto nessa última, aquilo que é recusado no simbólico reaparece no real, no luto trata-se de convocar o simbólico para responder a uma desapareição no real (Baldini & Nascimento, 2021). Esse furo

remete à insuficiência significante, lugar onde se projeta o significante faltante cuja ausência torna o Outro impotente para nos dar uma resposta.

Face a uma perda de caráter intolerável, há um apelo ao simbólico e ao imaginário, na tentativa de encontrar elementos que possam bordejar o furo, sem suturar a hiância (Bocchi, 2021). Todo o sistema significante, bem como a relação imaginária com o outro, são convocados para auxiliar o sujeito a dar conta dos impactos provocados por essa ausência. É o que Lacan (1958-1959/2016) coloca a respeito dos ritos funerários: “E o que são esses ritos senão a intervenção total, maciça, do inferno até os céus, de todo o jogo simbólico?” (p. 361). O trabalho do luto, que encontra suporte no grupo e na comunidade, apresenta-se como uma resposta à desordem que se instala pela insuficiência dos elementos significantes, em uma tentativa de fazer face ao buraco criado na existência. Os ritos tentam fornecer uma linguagem que torne compreensíveis e nomeáveis os estados dolorosos e indescritíveis (Bocchi, 2021) que se impõe nesse mergulho na “vertigem da dor”. Quando são abreviados ou suprimidos, algo da satisfação devida ao morto é recusada e são produzidos uma série de fenômenos, decorrentes do acionamento “dos fantasmas e das larvas no lugar deixado livre pela ausência do rito significante” (Lacan, 1958-1959/2016, p. 361). Desse modo, o rito — especialmente em seu aspecto coletivo — tem função de mediação em relação ao que o luto abre como hiância: “o luto vem coincidir com a principal hiância simbólica, a falta simbólica” (p. 364). Essa formulação passa a contemplar o trabalho de luto na sua relação ao Outro, à linguagem, ao social (Maesso, 2017).

Nesse sentido, torna-se importante discutir como Fátima é tomada pelas perdas, que se iniciam na infância e vão até os mais recentes adoecimentos, discutindo o que essas experiências parecem operar nela. A perda em si é um acontecimento, um evento disruptivo que pode se impor à existência de qualquer um, ao qual o sujeito produzirá respostas. Ainda que não seja possível transformar o real, uma decisão após e diante dele sempre deve surgir

(Reis, 2015). A forma como cada um é tomado por essa experiência e o que consegue produzir diante dela está no campo do particular, diz respeito ao modo como o sujeito consegue lidar com o reinvestimento libidinal, o jogo de presença e ausência, o desamparo e a falta, que é estrutural (Leitão et al., 2017). Cada estrutura vive o luto com os recursos que possui, bem como com as dificuldades que possui. Por isso, podemos dizer que o luto integra o funcionamento estrutural e a gramática do desejo de cada um (Dunker, 2019a).

A morte da mãe de Fátima evoca a dimensão intolerável da perda. Diante disso, podemos nos perguntar: que oportunidades ela teve de realizar esse luto de forma coletiva? Trata-se de uma questão de difícil resposta. No seu relato a respeito desse acontecimento trágico, um verdadeiro encontro com o real, não são mencionados momentos ou oportunidades dedicados a tentativas de simbolizar, ou ainda imaginarizar algo em torno do furo deixado por essa perda, que ganha uma tonalidade traumática. Tomado sempre no *a posteriori*, é o fato do sujeito apresentar-se como totalmente esmagado pelo evento que pode marcá-lo como traumático (Vieira, 2008). Isso indica que, o excesso de excitação produzido não pôde ser psiquicamente suportado, devido ao caráter inesperado da experiência, ou por uma alguma dificuldade estrutural, ou contingencial. O que se faz presente na cena é o choque, a surpresa e a memória marcante do corpo da mãe, que com o passar do tempo se tornava um cadáver: “na época a gente nem sabia que ela tinha morrido (...) ela já tava roxinha (...) pegava nela e eu vi que ela começava a endurecer”. Ainda podemos citar à alusão ao desamparo, à medida que Fátima e os irmãos pequenos estavam sozinhos naquele momento. Assim permaneceram depois, quando precisaram lutar pela sua sobrevivência.

Trata-se de uma perda não simbolizada que ameaçou o Eu de aniquilamento. Como discutido anteriormente, Fátima, em sua fragilidade psíquica, parece ter se ancorado a uma identificação maciça com os traços que representam o objeto perdido. Após a ruptura, diante da impossibilidade de renunciar o amor ao objeto, tudo se passa como se essa mãe não tivesse de

fato falecido, uma vez que Fátima assumiu a missão de “nunca deixar acabar aquele amor que ela deixou”.

Os adoecimentos diversos também se impõem como acontecimentos importantes, em que o sujeito é confrontado com a dimensão da perda. Nos casos em que há uma súbita ou grave limitação física, é frequente que essa provoque uma espécie de ruptura e descontinuidade na vida, que coloca em xeque a estabilidade e unidade da existência e da própria dimensão corporal. Nessa conjuntura, não raramente também se experimenta o traumático: se essa ruptura é intensa a ponto de escapar à possibilidade de representação psíquica, pode ultrapassar o sujeito, deixando-o fora da cena. Tal como ocorre com o desenrolar do processo de luto, esse real que toca o corpo irá ressoar de forma distinta para cada um. O modo como se enfrenta uma perda inscrita no corpo está vinculado com a posição que o sujeito já mantinha em relação à vida (Bonfim, 2016).

Tomando o modelo freudiano de luto, Bonfim (2016) questiona: “desinvestir de uma parte do corpo seria o preço para lidar com uma limitação corporal? (...) como abandonar o que se refere à dimensão simbólica e ao real de gozo que atravessam o corpo?” (p. 6). Como evidenciado pela autora, Lacan nos dá algumas pistas no seminário “A angústia” (Lacan, 1962-1963/2005), ao colocar que, todo esse esforço no luto em manter a representação psíquica do objeto amado é, na verdade, uma tentativa de restaurar o vínculo “com o verdadeiro objeto da relação, o objeto mascarado, o objeto *a*” (p. 363). Nesse processo, o sujeito busca recuperar o desejo, que havia ficado em suspenso. Dessa forma, o luto também pode ser compreendido como uma travessia que vai da vertigem da dor ao desejo. Isso coloca em relevância outros aspectos que irão interferir na forma como um sujeito é tocado pelas experiências de perda: a relação do luto com a estruturação do desejo e com o destacamento do objeto *a* no processo da constituição subjetiva, em que a perda se coloca como causa primeira do sujeito.

Ao que tudo indica, as perdas operaram em Fátima com seu aspecto dessubjetivante, tomando um caminho no qual a dor se faz presente e que leva a indeterminação improdutiva, em que há uma intensa dificuldade de atravessar e elaborar os processos de luto. Para abordar tais elementos, discutiremos os efeitos subjetivos evocados por essas perdas, visto que demarcam a entrada no campo da liminaridade e permitem delinear mais precisamente esse processo paradoxal.

3.3 Efeitos: descentramento, dor e indeterminação

Não foi sem razão que Freud nomeou o luto como um “trabalho”. Esse processo pode convocar intensas mudanças subjetivas, o que leva o aparelho psíquico a empenhar-se em busca de alguma forma de reorganização. Dentre os possíveis efeitos desencadeados pelas experiências de perda, o discurso de Fátima destaca, inicialmente, o descentramento que se deu após seus adoecimentos.

No luto, as diferentes identificações que o sujeito mantinha com o objeto são desmontadas, uma a uma. Parte da dificuldade envolvida nesse trabalho se deve à função metafórica dos traços conferidos ao objeto de amor, que são privilégios narcísicos (Lacan, 1960-1961/2010). A queda dessas identificações afeta o simbólico e o imaginário, o que implica em modificações tanto ao nível da identificação imaginária do eu com o semelhante [$i(a)$], quanto no nível da identificação simbólica [$I(A)$], constituída pelos traços introjetados do Outro. Uma perda pode afetar toda a dialética das identificações, assim como a dialética do amor e do desejo (Berta, 2007).

Nessa direção, podemos compreender que o processo gradual de identificar a perda real, autenticando “signo por signo, elemento grande I por elemento grande I” (Lacan, 1960-1961/2010, p. 480) do objeto, na verdade, é um processo de reordenação do Eu. No investimento amoroso, o objeto amado é estritamente equivalente ao ideal do eu (Lacan, 1953-1954/1986). Por isso, diante da perda de um ideal ou de uma pessoa querida, podemos supor

que esse significante perdido — idealizado ou sustentado por alguém — estava situado no lugar de Ideal do eu do sujeito, lugar de onde este se via como amável (Quinet, 2009). Assim, a perda provoca um abalo em sua estruturação narcísica.

Por isso, pode haver uma desestabilização abrupta da própria imagem e da sustentação das insígnias do Outro — afetando o eu ideal e o Ideal de eu — tal como ocorre com Fátima, visto que ela perde, radicalmente, o horizonte das identificações que lhe conferiam alguma consistência. Seu relato evoca o espanto diante do não reconhecimento de si mesma, com a súbita mudança que produziu uma ruptura na sua existência: “de repente eu me vi assim (...) sem utilidade pra nada”. Essa perda de referenciais identificatórios pode produzir uma desorganização da experiência subjetiva como um todo, pois o sujeito não mais consegue se apreender e o seu sentimento de continuidade da existência é perturbado (Andrade & Winograd, 2018).

Como pudemos acompanhar, ao adoecer e perder a eficiência e a capacidade funcional, Fátima não consegue estar à altura do ideal transmitido pela mãe que “tudo” fazia e ensinava, mantendo também a união e o amor. Passa a existir uma grande contradição entre esse ideal e a realidade colocada pelas suas limitações físicas. Há ainda que se considerar que, ao atingir a idade na qual a mãe faleceu, pode ter havido a queda de outras identificações, além dessa mais evidente. A coincidência da idade parece movimentar o luto que não foi realizado na época do falecimento, haja vista que, atualmente, essa ausência é ainda mais presente.

Torna-se evidente que, diante da perda de um ideal, é desencadeado um verdadeiro processo de reconstrução da trama simbólica, que irá impactar o sujeito em sua divisão subjetiva (Berta, 2007). Este é levado a questionar o lugar que ocupa em relação ao Outro, ou melhor, à castração do Outro: “só nos enlutamos por alguém de quem possamos dizer a nós mesmos: eu era sua falta” (Lacan, 1962-1963/2005, p.156).

Sabemos que, perante o desejo do Outro, as respostas produzidas no nível do sujeito são o eu e a sua imagem, bem como a fantasia fundamental (Berta, 2007). Essas respostas podem ser amplamente afetadas pela experiência de perda, o que faz com que o sujeito fique às voltas com o que deixou de ser, com tudo aquilo que não-mais se aplica ao que se é e ao modo como se posiciona no mundo e nas relações com os outros. Aqui, a perda e a dissolução deixam de referir-se ao objeto perdido e passam a se referir ao próprio Eu e à organização em torno da divisão subjetiva, produzindo um descentramento e uma indefinição, que fazem parte do que estamos definindo como condição liminar.

Frente à fragilidade do seu sentimento de existência e do descentramento das certezas fundamentadas em seu Eu, Fátima se sentiu “em um buraco que (...) não conseguia sair”, destacando assim uma inibição e uma paralisação subjetiva. Nesse contexto, também sobreveio a dor. Embora não seja possível afirmar que as dores crônicas deem início a essa desorganização e ao estado liminar, como assume Le Breton (2017), entendemos que o fenômeno doloroso é um fator marcante que pode se apresentar nas experiências de trânsito e, conseqüentemente, de perda. A dor é participante, e frequentemente protagonista, de muitos ritos de crise de vida, como o nascimento, a puberdade e a morte, que marcam o desenvolvimento físico ou social daquele que se encontra em transição (Turner, 1969), embora isso não signifique que ela seja a causa dessas crises.

Nessa direção, Nasio (1997) afirma que a dor é um sinal incontestável de que se está atravessando alguma atribulação. Quando aparece, certamente estamos diante de um limiar, de uma prova decisiva. Essa prova pode relacionar-se à separação de algum objeto que, ao deixar o sujeito, causa um transtorno considerável o bastante para forçá-lo a reconstruir-se. Nessa perspectiva, a dor estaria sempre conectada a uma inesperada ruptura, à transgressão súbita de um limite, além do qual o sistema psíquico é alterado sem ser totalmente desestruturado.

Ao definir a dor como a reação à perda real do objeto, Freud (1926/2014) enlaçou-a com as experiências de perda, leitura que é seguida por alguns autores contemporâneos, como Nasio (1997) e Maillard et al. (2017), que enfatizam a possível correlação entre o modo de reação às perdas, o processo de luto e o aparecimento das dores crônicas. Para Croix (2004), a dor sinaliza ao sujeito a relação impossível entre a realidade psíquica e o real vinculado à perda. Com a afirmação de que “a dor é sempre dor do sujeito”, coloca que sua presença deve alertar o clínico para uma experiência de perda irreversível, sempre ligada à perda original. Aparentemente, a dor assinala o encontro com a lacuna, o momento da separação, a ausência; onde a angústia pode indicar uma possível emergência do objeto. Na presença de dor, é o objeto ausente e perdido que está presente; enquanto o objeto presente, atual, está ausente (Pontalis, 2005). A própria ruptura com as ordenações já estabelecidas no psiquismo, que envolve a perda dos sentidos que o sujeito tem sobre o mundo e sobre si, pode provocar dor psíquica (Fortes, 2012).

Assim, o fenômeno doloroso encontra relação com a tensão e a ruptura que emergem nas mais variadas experiências de perda que atravessam um sujeito em sua história. No entanto, devemos enfatizar que a ausência do objeto não é uma definição do que é a experiência de dor. Dor não é o mesmo que falta do objeto (Dunker, 2019a), embora seja um dos primeiros fenômenos a se erguer diante dessas ausências, como um efeito. Nesse caso, devido ao caráter objetual do tipo de investimento, poderíamos supor que os autores citados se referem a dores psíquicas. Contudo, sabemos que dor física e psíquica são indissociáveis (Pontalis, 2005).

As perdas, o abalo da estruturação narcísica e a emergência da dor são experiências que nos direcionam à noção psicanalítica de indeterminação, que é cara à psicanálise e está imbuída no próprio conceito de inconsciente. Existem muitas formas de apresentação da indeterminação. Tal noção aparece de forma paradigmática no artigo de Freud (1919/2019) “O Infamiliar”, texto em torno dessa palavra-conceito que abriu vários caminhos para pensar questões estéticas, clínicas e pulsionais. O estranho-familiar de Freud pode ser pensado como aquilo que deveria

permanecer oculto e secreto, mas que aparece, vem à tona. Tal como a dor, *unheimliche* é permeado por paradoxos, dado que essa experiência comporta uma coexistência entre familiaridade e infamiliaridade, sem que haja a eliminação de uma delas.

Para Dunker (2019b, p.138), “*unheimliche* nos remete a uma experiência linguística, antropológica e talvez ontológica de indeterminação”. Seu efeito se apoia em três indeterminações principais: uma relação entre novidade e estranheza; uma incerteza intelectual e uma desorientação e perda do sentimento de pertencimento. Essas indeterminações podem envolver “tanto a perda da unidade simbólica do mundo ou do corpo, como a perda da experiência de si e a alienação da identidade” (Dunker, 2019b, p.147). Por isso, as problemáticas levantadas pelo *unheimliche* permitem abalar a solidez das experiências identitárias. Nesse fenômeno, pode haver o surgimento de sentimentos que remetem a uma momentânea despersonalização (Dunker, 2019b). Nesse caso, a indeterminação faz emergir o fundo indizível, alteritário e contingencial que jaz em todas as determinações identitárias (Lima & Vorcaro, 2017). Assim, enfatiza-se que nem tudo no infamiliar é retorno do recalcado. Existem formas de infamiliaridade que estabelecem conflitos de julgamento e não apenas uma recusa da realidade. Podemos acrescentar a essa experiência a emergência de fenômenos ligados ao prenúncio da pulsão de morte e à teoria das negações.

Os efeitos do infamiliar se apresentam nos fenômenos ligados ao corpo e à dor. A dor crônica evoca o indeterminado, o corpo que está fora da norma e que é pouco reconhecido socialmente. Com indignação, Fátima relata a suspeita de alguns profissionais da saúde quanto à intensidade e a veracidade de seus sintomas. Nesse caso, parece que esses profissionais se sentem angustiados diante de um corpo que desafia, não somente o saber médico, mas a própria imagem narcísica daqueles que esperam se encontrar com um outro-espelho, mas esbarram no estranho, que é lido como abjeto (Butler, 1990/2015) ou inumano (Safatle, 2012). Se esse

encontro é experimentado de forma improdutiva, pode surgir como resposta o ceticismo e a hostilidade.

A experiência do infamiliar é vivida na própria dimensão corporal. Aqui, destaca-se uma cena em que Fátima é submetida a um exame médico acordada, pois nem mesmo a sedação conseguiu fazê-la dormir. Esse sentimento de estranheza aparece em relação a várias sensações corporais e manifestações somáticas — como suor frio, enjoo, falta de ar, palpitações cardíacas, dor no peito, visão turva — que irrompem sem explicação quando ela tenta sair de sua casa.

As dores também abalam a experiência habitual do corpo, tornando-o imprevisível e incontrolável (Le Breton, 2017). Sabe-se que uma dor intensa pode provocar uma explosão da imagem global que desencadeia catástrofes subjetivas muito fortes, desfazendo o laço entre a imagem do corpo e o caos, o corpo fragmentado (Brousse, 2014). Com efeito, pode haver um estranhamento de si, um não reconhecimento da própria imagem. Em seu caráter infamiliar, a dor pode produzir esse encontro com a desagregação, na medida que a imagem que devia velá-la se rompe, revelando a precariedade da unidade corporal. Sabemos que o corpo se coloca como Outro para o sujeito, dado que temos um corpo, o que é muito diferente de ser um corpo (Lacan, 1975/2007). Para Besset e Espinoza (2018), em alguns casos, a dor contribui para fazer consistir o corpo como Outro. Nesse caso, seria um Outro inquietante e gozador, visto que o sujeito não o controla. Assim, “na cronicidade, o elemento externo e estranho torna-se o próprio corpo dolorido” (Medeiros & Fortes, 2017, p.308). Para Fátima, cujas relações se baseavam no espelhamento e na dualidade, é possível pensar que essas experiências trazem a dimensão da alteridade para o cerne da sua vivência corporal: o corpo a lembra de que é diferente de si mesma.

Devido à intensidade das dores e a incapacidade “produtiva”, também relata sentir seu corpo como se este fosse de uma pessoa de “uns cem anos”, idade que poucos atingem. Essa

sensação remete a um grupo de infamiliaridades que resultam da negação da realidade da mortalidade e da finitude. Estas, se manifestam narrativamente por meio dessa negação e da inversão e oposição entre vida e morte, que pode ser traduzida na figura literária do morto-vivo ou do zumbi. Nesse caso, o que está em evidência é a experiência social e psíquica de ter perdido aquilo que existe de mais próprio em si. Enquanto déficit de reconhecimento do desejo, a alienação encontra expressão narrativa em criaturas indeterminadas. Aqui, o que predomina é o tipo de alheamento que encontramos nos estados de desamparo depressivo e nas síndromes melancólicas (Dunker, 2019b).

Os mortos-vivos estão sem lugar no mundo e, para eles, a vida tornou-se uma mera função, marcada pela precariedade e insipidez. No mundo que conhecemos, esses podem ser associados a trabalhadores exaustos, imigrantes, refugiados, idosos dependentes da previdência (Dunker, 2020) e, podemos acrescentar, algumas pessoas que sofrem de doenças crônicas. Todos acusados de “perturbar” o funcionamento dos processos produtivos. Aqui, sentir-se com “cem anos” traz, além de uma forma de mortificação na vida, a precariedade, expressa na dificuldade em conseguir a aposentadoria por invalidez e a impressão de estar recebendo “dinheiro mendigado do governo, chorado”.

Não somente o estranho (*unheimliche*) provoca esse tipo de experiência mencionada. Na entrevista de Fátima, destacam-se todas as quatro figuras fundamentais da indeterminação: o infamiliar, a angústia, o trauma e o gozo. Surgem nas diversas vivências de estranhamento, nos acontecimentos narrados com uma tonalidade traumática, nas crises de angústia e na dimensão do gozo, incontestavelmente presente no nível em que aparece a dor (Lacan, 1966/2001). A partir de todos esses elementos, a indeterminação coloca em evidência efeitos de não-identidade e de irrupção do real (Dunker, 2015). Ainda que não tenhamos a intenção de discutir profundamente os aspectos teóricos subjacentes a cada um desses conceitos, é relevante mencionar como cada um deles contribuí para esse estado indeterminado.

A angústia, o afeto que não engana (Lacan, 1962-1963/2005), está ligada ao *unheimliche*. Nessa experiência, o eu do sujeito se depara com situações e objetos que aparecem fora de seus protocolos habituais de identidade e identificação, movimentando a angústia (Safatle, 2012), definida por Freud (1926/2014) como um sinal no eu, sinal de um perigo. Lacan (1962-1963/2005), por sua vez, indica que a angústia vem sinalizar o aparecimento do objeto *a*, angustiante por ser um resto inapreensível, que necessita permanecer velado e fora da consciência para conseguir funcionar em seu lugar, operando em sua vertente de causa de desejo. Assim, se a angústia “não é sem objeto”, é porque se deve à presença desse objeto inquietante e imaterial, que deveria estar encoberto, mas emergiu desafiando os protocolos que o eu construiu como sua defesa frente ao desejo inconsciente. Nesse sentido, o perigo da angústia alerta para o desvanecimento das defesas egóicas (Lima & Vorcaro, 2017). “A angústia está sempre ligada a uma perda, isto é, a uma transformação do eu” (Lacan, 1953/2005, p. 33).

Assim como a dor, a angústia também é experimentada no corpo na forma de um excesso. É acompanhada por sensações físicas que afetam determinados órgãos, como, por exemplo, o coração e os pulmões. É isso que permeia o que Fátima destaca: momentos de choro, palpitações cardíacas, falta de ar e dor no peito. Esses, são desencadeados pela impossibilidade de executar tarefas relacionadas às antigas exigências: “é comigo mesmo, é o dia que não dou conta de lavar a louça, que eu perco a força das minhas mãos”. Nesse caso, a angústia emerge face à queda das referências que balizavam para um sujeito a sua relação com o Outro. Ou seja, esse afeto está ligado ao momento em que o sujeito tem sua existência questionada, sem poder se reconhecer no passado, nem imaginar o que será no futuro (Berta, 2007). Isso nos permite retomar a outra definição, dada por Lacan, que impressiona pela sua aproximação com a definição da própria liminaridade: “a angústia é correlativa do momento em que o sujeito está suspenso entre um tempo em que ele não sabe mais onde está, em direção a um tempo onde ele será alguma coisa na qual jamais se poderá reencontrar” (Lacan, 1956-1957/1995, p. 231).

Tomado como um acontecimento que excede as capacidades de representação do sujeito, o trauma, por sua vez, pode ocasionar um desmanche de parte da tessitura psíquica. Aqui, também há um encontro com o real, visto que o traumático possui um caráter inassimilável, restando além e aquém do significante. Apreendida sempre no *a posteriori*, a noção de trauma afina-se com o real, porque também pode ser tomada como fruto, tanto da repetição como do indeterminismo (Medeiros & Fortes, 2020). Enquanto um buraco e um excesso (Barros, 2015), o trauma introduz uma descontinuidade na história do sujeito e requer uma reorganização psíquica e uma reestruturação do eu, o que implica em experiências de indeterminação. Embora o sujeito não seja responsável pelo real que o invade, deve responder a ele, encontrando maneiras de evitar o retorno incômodo de um gozo fora de sentido (Favero, 2009).

Tal como o trauma, a dor crônica também pode remeter à incapacidade do psiquismo em lidar com o que é da ordem de um excesso que o invade. Além disso, quando experimentada insistentemente, a dor alude ao gozo, uma vez que testemunha uma tentativa fracassada de regulação e domínio da pulsão (Besset & Espinoza, 2019; Maesso, 2019). A indeterminação, foco dessa discussão, pode ser localizada sistematicamente na noção lacaniana de gozo, uma experiência definida pela não identidade, informidade e estranhamento (Dunker, 2011b). Junto ao conceito de objeto *a*, o gozo integra a proposta lacaniana de apresentar o sujeito como uma experiência pela via do negativo, não como uma unidade, mas como algo que se desprende e que visa uma abertura, uma indeterminação e não um fechamento em si. É por meio dessa noção que podemos recolher a denúncia de que fracassamos em nos constituir como um ser, um uno. Nessa perspectiva, o sujeito surge como efeito de sua própria incompletude, aparecendo em suas brechas e quedas (Adami et al., 2021).

Em suma, na noção de indeterminação — uma das facetas do que Lacan chamou de Real — estão condensadas uma série de experiências ligadas a uma perda do sentimento de identidade e, por vezes, da unidade corporal, evidenciando assim a dimensão infinita e indeterminada que habita todo sujeito. Existe algo que não permite que sejamos reduzidos à estruturação defensiva do eu, com sua identidade narrativa e unidade coerente. Esse elemento é, precisamente, a força corrosiva do sexual, da pulsão e do objeto *a*, que insiste na vida psíquica. Com efeito, há uma hiância incontornável entre as narrativas simbólicas e os sentidos imaginários, de um lado, e o pano de fundo real repleto de negatividade que é a presença do sexual, de outro. A opacidade que demarca o campo do sujeito tem seu local privilegiado de manifestação na sexualidade e nas quatro figuras apresentadas, uma vez que a não-identidade e a clivagem encontram seu espaço em experiências que se manifestam nas dimensões do desejo, do corpo e da sexualidade (Safatle, 2012). Centralizando-se no corpo, as dores crônicas passam a protagonizar diversas experiências de indeterminação.

O próprio processo de luto, mencionado anteriormente, também pode ser tomado como uma experiência de indeterminação, visto que provoca uma desestabilização das identificações e um encontro com aquilo que não pode ser simbolizado. O luto envolve um desmembramento e caminha para a produção de um informe: o objeto vai perdendo seus traços, sua forma e se aproximando cada vez mais do objeto *a* (Dunker, 2019a).

Como pudemos acompanhar, diante do intenso contato com essa dimensão indeterminada, Fátima experimenta uma descontinuidade e um despedaçamento da imagem do seu eu. Sua condição de sofrimento atual, extensamente apresentada em seu friso da vida, pode ser pensada a partir de um excesso de experiências de indeterminação vividas de forma improdutiva. Nesse caso, estamos operando com um diagnóstico de forma de vida, tal como concebido por Dunker (2011b): “o diagnóstico não deve ser entendido como classificação ou inclusão do caso em sua cláusula genérica, mas como reconstrução de uma forma de vida”

(p. 116). Uma forma de vida pode ser definida como uma montagem híbrida entre as exigências de linguagem, desejo e trabalho, que engloba tanto os processos de identidade e unidade, quanto a pulsão de morte e a negatividade que lhe são características. Nessa perspectiva, a reconstrução de uma forma de vida é definida pelo modo como esta lida com a perda da experiência (a divisão subjetiva reconhecida como perda, falta ou vazio) e a experiência da perda (o objeto *a*, como objeto fálico ou traumático, como causa de desejo ou como objeto mais-de-gozar). Nessa direção, diagnosticar é dizer como uma forma de vida se mostra mais determinada ou menos determinada, como ela cria sua singularidade entre falta e excesso e como se relaciona com outras formas de vida por meio da troca e da produção. Disso, deriva-se um duplo diagnóstico que permite dividir as experiências em produtivas e improdutivas, baseado no posicionamento do sujeito frente às determinações (que dizem do indivíduo) e indeterminações (que acolhem o sujeito). Nessa diagnóstica, as *experiências improdutivas de indeterminação* são lidas como experiências de angústia, dissolução da identidade e desterritorialização que são vividas de forma improdutiva e desintegradora.

O excesso desse tipo de experiência, em que não se consegue aproveitar o indeterminado como potência e oportunidade para que a liberdade se exprima em ato real, produz um sofrimento de indeterminação. Disso, emergem uma série de efeitos desestruturantes e fenômenos de irrupção do real. Esses, podem formar uma espécie de névoa que encobre a narrativa e a existência do sujeito, dificultando que apareçam outros aspectos do seu modo de funcionamento. Nessa direção, podemos levantar a hipótese de que essas *experiências improdutivas de indeterminação* encontram alguma relação com alguns dos traços frequentemente relatados nos casos de dor crônica, como, por exemplo, as dificuldades de inscrição ou tradução da experiência dolorosa em palavras (Fortes et al., 2015).

A partir do que foi traçado sobre a infância de Fátima, bem como sua vida antes dos adoecimentos, podemos considerar que, anteriormente, havia a predominância de *experiências*

improdutivas de determinação, marcadas pela alienação, hipertrofia da identidade e excesso de controle. Nesse caso, existia um sofrimento causado pelo excesso de determinações, que atua fixando identificações que precisam ser defendidas a todo custo (Lima & Vorcaro, 2017). Esse tipo de experiência também está presente em sua vida atual, em alternância com as experiências de indeterminação. Para Cruz (2015), quando um sujeito se apreende somente como um indivíduo (uma pessoa, uma identidade coesa), há uma maior chance de que o encontro com a alteridade ou com o indeterminado seja vivido como *improdutivo*, resultando em *experiências improdutivas de indeterminação*. Isso não quer dizer que Fátima não viva experiências em sua dimensão *produtiva*, o que será discutido ao final do trabalho. Neste ponto, a intenção é destacar a importância da indeterminação como um aspecto central para a compreensão das características de sua condição de existência, que encontra relação com o período liminar.

Desse modo, em uma linguagem psicanalítica, podemos conceber a liminaridade como um estado no qual o sujeito está mergulhado em uma experiência de indeterminação radical, em que as principais figuras do negativo estão presentes. Nessa condição, o sujeito está entre dois estados, em uma zona fronteira caracterizada por três elementos — descentramento, dor e indeterminação — que se conectam, pois são todos efeitos das perdas que lançam o sujeito em uma travessia. Esses efeitos também podem ser tomados como características que definem o campo das experiências liminares. Características essas que impõe uma série de consequências para a questão do laço.

3.4 Implicações para o laço social

Tanto a dor, quanto o descentramento e a indeterminação são elementos perturbadores do laço social, afetando a relação do sujeito com o Outro e com os outros. A perda de referenciais simbólicos e imaginários implicada no descentramento e nas experiências de indeterminação pode ocasionar um empobrecimento das dinâmicas de socialização e dificultar

o reconhecimento social. Com efeito, pode haver um considerável isolamento, o que é explicitado por Fátima em sua entrevista.

Isso se deve, em parte, a uma dissolução dos índices identitários. No laço social, cada um é identificado e fixado pelo Outro a partir desses índices. O sujeito, que é produzido como efeito de linguagem, tenta contornar sua indeterminação por meio das identificações, que tem uma finalidade compensatória, o que nos indica sua função: são convocadas para responder a uma falta de unidade (identificações imaginárias) ou à falta de identidade (identificação simbólica) (Soler, 2018). Contudo, conseguem apenas tamponar a não-identidade própria ao sujeito, pois fracassam diante da tentativa de saturar a questão “quem sou?”.

A queda das identificações também está em jogo na análise, que tem por um de seus efeitos promover um “desnudamento” do sujeito (Soler, 2018). No caso de Fátima, há uma queda abrupta das identificações — decorrente do luto, do trauma e da dor, não de um processo analítico — que mais parece um desmonte do que um desnudamento. Uma travessia tão agressiva e repentina que não chega a concretizar-se, havendo uma paralisação em um terreno intermediário e indeterminado.

Esses impasses surgem porque os processos de reconhecimento social disponíveis são incapazes de dar conta da força indeterminada da pulsão. Desde a modernidade, o Eu serve de parâmetro para a constituição das individualidades, o que coloca a categoria de sujeito como subordinada à determinação identitária. Por isso, o reconhecimento social costuma incidir sobre formas de vida determinadas. Nessa perspectiva, as experiências de indeterminação seriam a causa do sofrimento por excelência, que seria solucionado orientando o agir a partir de critérios como autonomia, autenticidade e unidade (Safatle, 2012). Nessa perspectiva, o sofrimento advém da falta de *experiências produtivas de determinação*, em que existem déficits de reconhecimento social e de socialização. Esse tipo de experiência, que realmente falta à Fátima,

tem por função reintegrar o indivíduo ao corpo social pela via da identificação, estabilizando o que lhe é indeterminado. No entanto, devemos salientar que o sofrimento não advém somente da falta de *experiências produtivas de determinação*. Podemos sofrer também por estarmos muito presos à estrutura identitária, pelo fechamento da vida em formas superdeterminadas (Dunker, 2015). Para além da referência ao Eu e da exigência de identidade, o reconhecimento deveria também incidir sobre a *a*-normatividade e o indeterminado como índices do humano (Safatle, 2012). No entanto, a negatividade não é reconhecida no interior da ordem institucional existente. Nos falta um modelo que acolha essa indeterminação em seus critérios de reconhecimento (Safatle, 2018).

Assim, o que promove o isolamento social não é o excesso de experiências de indeterminação, mas sua vivência improdutiva pelo sujeito, bem como os déficits de reconhecimento social da negatividade. Esses, fazem com que em casos como o de Fátima, o sujeito se torne liminar e inumano, considerado estranho ao laço social. Assim, pode advir a solidão, que nega a partilha sensível com o outro, nega a narrativa, recusando e impedindo a transmissão de algo (Reis, 2015). Isso dificulta até mesmo oportunidades de reposicionamento, uma vez que a própria identidade é produzida no laço social.

Ainda que esses efeitos produzam retraimentos, enfatizamos que não rompem totalmente com a integração do sujeito ao corpo social. Em alguns casos, a dor pode até contribuir para a produção de experiências de socialização, quando ocorrem identificações relacionadas ao campo da medicina. Ainda que essas não estejam presentes nesse caso, Fátima aceitou o convite de participar de uma pesquisa cujo tema centrou-se na dor crônica, o que indica uma forma de laço possível a partir desse campo. Sua narrativa a respeito de sua relação com o filho, que a ajuda nos momentos de crise, pode ser tomada como sinal de que há algum tipo de endereçamento, de apelo e demanda ao Outro.

Isto é, ela não está de fato excluída, mas sim em uma posição instável e delicada diante do laço. Um posicionamento que, com a antropologia, é qualificado como liminar. Os seres liminares são considerados invisíveis e inclassificáveis, pois não conseguem ser apreendidos no laço social, o que dificulta a sua participação nas trocas sociais. Contudo, o estado de liminaridade não implica que o sujeito esteja excluído, pois o *limen* faz parte da manutenção e constituição da própria estrutura social. Possui a função de libertar temporariamente os indivíduos da estrutura, para que possam retornar modificados e revitalizados pela experiência (Turner, 1969).

Nessa perspectiva antropológica, podemos dizer que Fátima pouco esteve em uma posição de centralidade em relação à estrutura social. Além da liminaridade, esse estado de indefinição, exclusão e segregação social também emerge nas bordas da estrutura, na marginalidade; e por baixo da estrutura, na inferioridade. Aqui, podemos recuperar seus relatos a respeito das inúmeras situações de privação, pobreza e trabalho infantil. Na época de sua entrevista, o sofrimento por estar fora do mundo do trabalho lhe trazia uma sensação de precariedade e inutilidade.

Sabemos que existe uma grande diferença entre o que a antropologia e a psicanálise tomam como “laço social”, interessando-nos a teorização psicanalítica. O que o conceito de liminaridade contribui, nesse caso, é a oportunidade de pensar uma situação em que há, sem dúvida, um investimento precário no laço social, um intenso abalo narcísico e um processo de silenciamento e dificuldades com o uso da palavra; sem que esse estado de exclusão remeta diretamente à noção psicanalítica de fora-do-discurso (Quinet, 2009). Não podemos dizer que exista uma impossibilidade lógica e estrutural que dificulte ou impeça sua participação no laço, situando-a fora das trocas simbólicas. O que existe é uma condição paradoxal marcada pela alternância de momentos de maior ou menor inclusão social e discursiva. Essa palavra escolhida para definir o caso, paradoxal, nos traz a ideia de que exista algo (ideia, situação ou proposição)

que contraria os princípios básicos e gerais de pensamento, desafiando preceitos e crenças compartilhados por uma maioria. Indica também a presença de contradições. Ela se aplica, pois, Fátima não está fora, tampouco pode ser incluída em uma categoria comum. Nem incluída, nem excluída, portanto, — simultaneamente — incluída e excluída. Isso é o *limen*.

Esse movimento de alternância de momentos de maior ou menor inclusão social e discursiva, pode ser pensada a partir da própria emergência dos momentos de crise, em que a indeterminação ganha maior relevo. Estamos falando de momentos de irrupção do real, em que a dor não simbolizada, como fonte ilimitada de gozo, parece encarnar e ocupar todo o sujeito. Isso permite localizá-la como próxima da pulsão de morte. Nessa perspectiva, a dor crônica pode ser concebida como a expressão de uma quantidade intolerável de excitação além do princípio do prazer, portanto, fora do universo significante (Fortes et al., 2015). A invasão por esse excesso que não é articulado pelo significante nos remete à presença de um gozo que se coloca como um obstáculo ao laço social.

Sabemos que os laços sociais são formas de tratar o real do gozo pelo simbólico, dado que a civilização exige do sujeito uma renúncia pulsional. Este tratamento civilizatório é o que regula as relações entre os seres humanos, que são feitas de libido e tecidas pela linguagem. Assim, há um esvaziamento de gozo implicado no estabelecimento dos vínculos que determinam as formas conviviais de relação com o outro (Quinet, 2009). Uma suposta plenitude de gozo é perdida, mas ganha-se o acesso a uma modalidade de gozo articulada ao significante. Por isso, impasses na regulação de gozo podem levar a dificuldades do que se refere ao laço social, como é visto no caso da psicose. Tratar o gozo, na verdade, é uma tarefa imposta a todo ser falante, um passo ético do sujeito em relação ao real. Esse tratamento pode ser dado “pelo princípio do prazer, pelo princípio de realidade, pelos destinos pulsionais como a sublimação e o recalque, sobretudo pela localização do gozo em significantes, fora do corpo” (Malcher & Freire, 2013). O que parece se impor à Fátima nesses momentos de crise é uma necessidade e

dificuldade de encontrar recursos para tratar o real do gozo que a invade, o que faz colapsar seus vínculos sociais.

3.5 Uma cronificação da passagem: do luto à melancolização

Assim, a partir das dinâmicas extraídas da intersecção dor crônica, subjetividade e laço social, pudemos localizar o impasse colocado pelo caso Fátima, que pode ser sintetizado como: a apresentação de uma forma de sofrimento marcada pela dor, isolamento e indeterminação, mas que também produz algum endereçamento e encontra formas possíveis de fruir a vida, revelando assim uma condição paradoxal diante do laço e diante da dor. Essa condição pôde ser parcialmente discutida e caracterizada a partir dos efeitos das perdas, que nos encaminharam às *experiências improdutivas de indeterminação*. Resta ainda discutir a permanência de Fátima nesse estado, que se estende por anos.

Ela parece habitar o que deveria ser uma zona de transição, um limiar a ser atravessado rumo a uma nova forma de vida. Nesse caso, trata-se de uma passagem que se faz eterna, em uma espécie de liminaridade prolongada. Habita-se um território que é paradoxal e perturbador, pois coloca a existência e a estabilidade corporal e psíquica à prova a todo momento, em experiências de dissolução e desterritorialização. Nesse cenário, discutir de que modo essa condição se mantém envolve retornar às elaborações sobre o luto e as perdas, visto que essas são responsáveis pelo início do período liminar. Um participante da pesquisa de Berta (2007), que investigou o luto no exílio político, traz uma tocante definição sobre o que é ser forçado a sair de sua terra, sem poder retornar à vida de antes:

O luto é a passagem dolorosa e íntima entre duas vidas, a que tinha antes e a que teve depois. (...) Há, nisso, um morrer para voltar a nascer. (...) E de algum jeito nos deixa vulneráveis. (...) O estranho é que essa falta de luto se acumula, se sedimenta na alma. E, a gente depois fica, por assim dizer, no purgatório, sem ir para o inferno nem para o céu (Berta, 2007, p. 48).

Cada um utiliza os recursos que possui para fazer as passagens, elaborando as perdas e reestruturando-se. Em seu discurso, Fátima evidencia consideráveis dificuldades nessas operações, o que a retém em um estado de espera: espera retornar, uma vez que seguir parece impossível. Diante disso, nossa hipótese central é a de que a condição liminar deste caso possa ser compreendida como uma cronificação da passagem. Assim, procuraremos discutir como se constitui esse processo: o que entrava e emperra a passagem ao ponto de esta tornar-se moradia fixa. Os pontos essenciais dessa discussão são os impedimentos, impasses e dificuldades encontrados nas experiências de luto vividas por Fátima. Esses entraves podem ser abordados tanto pelo tempo lógico do luto, quanto pela recusa da perda implicada na melancolia.

A cronificação nos remete a uma problemática que concerne a temporalidade. Em verdade, tanto o luto quanto o rito de passagem também colocam em questão o tempo, uma vez que ambos operam uma transformação. Turner (1967) defende que as passagens provocam uma transformação ontológica nos sujeitos nela implicados, promovendo irreversíveis modificações. Há na liminaridade uma dimensão transformativa, que promove uma mudança no ser, diante da qual não há recurso. Essa irreversibilidade é ilustrada pelos ritos que envolvem mudanças corporais e mutilações, com o intuito de marcar a passagem e a impossibilidade de retorno ao estado anterior. O luto, por sua vez, envolve um sacrifício de uma pequena parte de si, o que implica a assunção de uma nova posição, que não se estabelece sem a emergência de um ato (Allouch, 2004). Assim, essas transformações não ocorrem pela simples passagem do tempo cronológico, envolvendo operações nas quais o sujeito está implicado.

Nessa direção, abordaremos o processo de luto a partir da perspectiva do tempo lógico, tal como é apresentado por Lacan (1998/1945) através do instante de ver, o tempo de compreender e o momento de concluir. Sem expô-lo de forma explícita, Lacan (1958-1959/2016) foi construindo uma lógica temporal para pensar o luto. Tal lógica é explorada por alguns autores, como Allouch (2004), que a expuseram de forma mais sistematizada. Para Berta

(2007), o primeiro tempo do luto, o *instante de ver* é “um cristal da angústia apavorante” (p.112). Assim, o que se destaca é a petrificação e o estupor subjetivo inicialmente provocado pela perda. Nesse instante, o que se vê é o que aquela vida teve de inacabado, o que não foi possível realizar. Nessa perspectiva, o horror do enlutado se deve a não-realização da vida do ente querido, o que aquela história deixou por fazer (Allouch, 2004). Há ainda a retirada da libido, que retorna ao sujeito (Cruglak, 2001).

O tempo do luto propriamente dito, em que este poderá ser elaborado, é o *tempo de compreender*. Esse tempo tem relação com o desfolhamento dos ideais (Berta, 2007), que foi discutido anteriormente. O sujeito deve consumir novamente a sua perda, descobrindo em que coisa faltou ao ser amado, para representar sua falta, noção que se baseia na assertiva: “só se pode fazer o luto daquele cujo desejo causamos” (Lacan, 1962-1963/2005).

Diante disso, Berta (2007) questiona: qual será o ato que possibilita a passagem? O que é preciso para fazer a travessia do luto? Responde que é necessário “perder uma parte de si mesmo, do que se era, de modo absolutamente singular para o Outro” (p.113). Ou seja, para efetuar a perda, é preciso realizar um “gracioso sacrifício de luto”, suplementando a perda com o sacrifício de um “pequeno pedaço de si”. Segundo Allouch (2004), é um “pedaço nem de ti, nem de mim, de si (...) portanto: de ti e de mim, mas na medida em que tu e eu permanecem, em si, não distintos” (p.12). O preço a ser pago é uma parte de si. A partir disso, será possível encerrar o luto no *momento de concluir* que essa vida foi cumprida, e em que ela o foi.

Essa é uma operação que envolve a interveniência do Outro e do discurso social, pois compreender o que se cumpriu na vida que se foi envolve o apoio dos semelhantes e da comunidade (Maesso, 2017). Após acolher as contingências e fazer frente ao destino, pagando mais uma vez o preço pela existência (o pedaço de si), o sujeito pode enfim terminar seu luto, não evitando as cicatrizes (Berta, 2007). Ao *momento de concluir*, recupera sua condição de

desejante, enlaçando-se novamente à vida. Retomamos aqui a concepção de luto como uma ponte que vai da vertigem da dor e passa angústia, rumo ao desejo.

Podemos considerar que o luto envolve uma passagem, diante da qual é preciso assumir um risco. Não há como fazer a travessia sem riscos, justamente porque sair do luto envolve o consentimento com a perda e com a transformação que ocorre como efeito dessa perda. Considerar a temporalidade do luto é importante, pois acolhe a singularidade do percurso e do trabalho psíquico que é necessário para que cada sujeito possa realizá-lo, o que não pode ser medido e determinado por um tempo cronológico (Maesso, 2017). Indica ainda a importância da implicação do sujeito, que deve concluir esse processo com um ato.

À vista disso, podemos assumir que a cronificação do luto em Fátima — assim como a cronificação da passagem que ele convoca — envolve uma problemática que concerne à temporalidade e ao trabalho psíquico implicados nesse processo. Nesse caso, o tempo parece perder a sua lógica, que é a da transformação. Como pudemos acompanhar, um dos fatores que determina a elaboração do luto é o reconhecimento de que houve uma mudança, uma nova posição. Os adoecimentos que marcaram o corpo de Fátima — infarto, lesões ortopédicas, dores e diminuição das capacidades físicas — com seus prejuízos, estão relacionados a perdas no âmbito das instâncias ideais e apresentam a realidade de uma perda de parte de si. Diante disso, Fátima não consente com mudança alguma. Inúmeras vezes traz como “não aceitou” os impactos colocados por nenhuma das condições de saúde: “Sabe o que é você não aceitar? Falar assim: não aceito isso! Eu não era desse jeito! (...) tenho fé que vai passar”, “sabe assim... você não querer achar que é verdade?”.

Como exposto no friso, seu discurso ganha uma tonalidade nostálgica, na forma de uma reverência à imagem de si do passado e uma idealização das antigas capacidades funcionais, o que pode colocar entraves ao processo de luto. Para Andrade e Winograd (2018) se, por um

lado, as perdas e dificuldades atestam para o sujeito a sua impotência, por outro, defensivamente, este se aferra à ilusão de um Eu Ideal perdido, ao qual se liga um afeto nostálgico. É como se Fátima nos dissesse: “Me recuso a perder uma parte de mim e me reconfigurar. Não consinto com a transformação”. Nesse caso, sem o sacrifício de si, não é possível passar ao *momento de concluir*. O que se evidencia é a angústia, a petrificação e a dor, que são remetidos ao *instante de ver*, assim como o desfolhamento de ideais que se passa no início do *tempo de compreender*.

Os impasses em torno do luto podem ser pensados a partir das dificuldades de Fátima no processo de simbolização da perda real enquanto falta simbólica. É isso que está em jogo nesse processo. A ruptura da alternância entre presença e ausência face ao desaparecimento do objeto provoca o furo no real. Este, mobiliza todo o sistema significante, na tentativa de dar consistência a esse furo em seu valor de falta (Lacan, 1958-1959/2016). Assim, trata-se de fazer passar do real da perda à falta simbólica, operação que envolve o “sacrifício de si” do qual fala Allouch (2004). Dessa forma, o sujeito pode dar algum valor e sentido à sua experiência de dor e articular um apelo que o permita sair do impasse colocado pelo luto (Bocchi, 2021). O Eu é destituído do lugar que ocupava para o objeto perdido. Justamente por isso, é preciso consentir em perder “uma pequena parte de si”. Esse ato é representado pela soma da perda (privação), com o pedaço de si (a castração simbólica). Assim, o processo de simbolização diz da capacidade de suportar a ausência e sustentar o que do real se formula como buraco. Por isso, a problemática do luto está articulada à constituição do sujeito.

Fátima encontra dificuldades nesse processo, havendo um entrave e uma insuficiência simbólica para suprir esse furo. Como foi discutido, essa simbolização pode encontrar apoio no âmbito social: o público tem uma função no luto. No caso dela, não se têm notícia desse tipo de suporte: evita que as pessoas saibam de seus problemas de saúde, passando pelas perdas sem que sejam reconhecidas publicamente. A respeito do aborto que sofreu após uma discussão com

familiares, coloca: “depois todo mundo ficou de boa, graças a deus. Ninguém nunca mais tocou no assunto. Eu também esqueci, não falei mais nada... passou”.

Essa dificuldade de simbolizar a falta também nos encaminha novamente para aproximações com o campo da melancolia. Sabe-se que há na melancolia uma recusa a perder o objeto que se apresenta como incorporação (Fédida, 1999). Cruglak (2001) propõe que, para o melancólico, haveria uma dificuldade no segundo tempo do luto, visto que este não consegue reconhecer em que lhe faltou o ser amado para representar sua falta: sabe quem perdeu, mas não o que se perdeu nele. Em alguns casos, o enlutado parece realizar-se, ele mesmo, como o “pedaço de si”, o que o leva a não suportar ficar privado deste (Allouch, 2004). Fátima nos coloca essa dificuldade a respeito da perda da mãe — “eu me lembro que eu queria morrer” — e novamente, ao se referir ao surgimento das dores crônicas: “eu tinha vontade de morrer (...) pensava, se for pra ficar assim é melhor morrer (...) não dou conta de ficar sem fazer as coisas”.

Nesse ponto, retomamos a identificação narcísica. À medida que cumpre com a missão da mãe de manter a união e o amor entre os irmãos; assim como seu irmão foi incumbido de assumir o lugar do pai falecido — “ele disse: agora as menina é sua missão (...) cuida delas. Então a gente tem ele como um pai” — podemos pensar em um prolongamento da existência do ente querido, o que se opõe a uma elaboração da perda. Fátima começa a entrevista dizendo que a mãe lhe ensinou tudo, realizou o que precisava ser realizado e a deixou encarregada de sua continuidade. Ao longo da entrevista, parece passar ao *instante de ver* o que na vida da mãe não se realizou, indicando que ela faleceu “cedo demais” e não pôde cuidar dos filhos ou conhecer os netos. Disso, resultaram muitas dificuldades vividas pela família.

Neste ponto, fazemos novamente a ressalva de que essas correlações e aproximações não nos permitem afirmar que se trata de um quadro melancólico. Diversos elementos que surgem do discurso de Fátima possibilitam diferenciar sua condição de um quadro de

melancolia clássica. Um exemplo disso é a esperança de retomar o antigo modo de funcionamento e a idealização de um tempo antes da doença, o que não se vê na melancolia, em que o Eu é tomado como indigno e incapaz desde sempre, por meio da autocrítica que se estende ao passado (Andrade & Winograd, 2018).

Oliveira e Coelho dos Santos (2017) abordam a posição melancólica como um elemento clínico transestrutural. Recordam o que destaca Miller, que no campo das neuroses, os sintomas são menos alimentados pelo sentido, enquanto as psicoses são cada vez menos delirantes. Nesse cenário, defendem que a melancolia habita uma espécie de limbo diagnóstico relacionado a alterações na esfera narcísica. Assim, os estados melancólicos perpassariam em graus distintos uma grande diversidade de sujeitos. Nessa perspectiva, dizem respeito a uma posição frente à realidade, sem que necessariamente se configure a melancolia situada no campo da ausência da função organizadora do Nome-do-Pai. Essa definição contribui para pensar casos em que o gozo corporal transborda os limites da função fálica, sem que se trate de uma psicose. Ainda que o intuito não seja localizar um diagnóstico para o caso, é interessante notar que, nesse quesito, a liminaridade também se faz presente, denotando um campo indeterminado em que diferentes traços opostos coexistem. Assim, não se pode classificar os sujeitos: nem como uma coisa, nem outra.

De qualquer forma, o que nos interessa extrair da melancolia para a discussão é essa impossibilidade de elaboração das perdas, que provoca um entrave no luto e não permite que haja espaço para o novo. Entrave que, por sua vez, nos auxilia na elucidação da cronificação da passagem que ocorre nesse caso, em se habita uma espécie de limbo entre um estado e outro. Nessa direção, tomaremos a noção de melancolização, apresentada por Douville (2004) para avançar nessa discussão.

Para Douville (2004), a clínica do instável e das passagens pode trazer novidades à psicanálise. O autor parte das migrações e do exílio, das errâncias e da exclusão, ou seja, da prática clínica em situações que envolvem instabilidades tópicas e identitárias, para discutir outra dimensão do sujeito contemporâneo em contato com o mal-estar do social. Assim, traz que as melancolizações frequentes em imigrantes e exilados atestam para uma impossibilidade de enlaçar o eu ao corpo. Trata-se de uma situação indeterminada, tal como é colocada por Fátima, em que o sujeito não seria mais que um ser em *sursis*: condição de suspensão, adiamento e espera. Sofre a constante ameaça de desaparecer sem a garantia de um novo entrançamento nas dimensões comunitárias do laço, aspecto que se torna comprometido. Nesses casos, há o risco de que o sujeito não se liberte da sua nostalgia e cronologia pessoal. Na clínica das passagens — na qual incluímos o luto e alguns fenômenos relacionados às dores crônicas — a perda do originário relaciona-se com a depressão e sentimentos de perda da propriedade corporal (Douville, 2004).

Nesses casos, diante de uma súbita ruptura, que pode ser uma experiência de exílio, um acidente ou um adoecimento, passa-se a viver uma situação psíquica em que a relação com a linguagem é desertada: seja porque o sujeito é inundado por experiências de difícil simbolização, ou porque se perde a convicção de que a sua palavra pode afetar o outro. Segundo Douville (2004), essa forma de anestesia da palavra é extremamente dolorosa e produz efeitos no corpo, como indeterminação e desqualificação de orifícios, que se traduzem em distúrbios alimentares.

As melancolizações são patologias na e da exclusão social, que combinam vivências afetivas quase anestesiadas e desordens da economia corporal. Aquele que se sente indigno e cortado dos vínculos da reciprocidade desliza para um estado de “analfabetização” do corpo, ao ponto de que até mesmo a certeza de “ter um corpo (como propriedade e como responsabilidade) vacila” (Douville, 2004, p. 197). Além das perturbações relacionadas aos

orifícios, também estão presentes modos de desagregação na relação com o corpo. A exclusão se coloca como momento de estigmatização do sujeito e de despersonalização, “atingindo às vezes até mesmo o nó entre real do corpo e o imaginário da identidade” (Douville, 2004, p.198).

Desse modo, na melancolização, estaríamos diante de uma economia psíquica que não consegue se ligar a nenhuma representação do futuro e que também está inapta para desejar o que está além dos limites e das fronteiras. “Este eu sem trajeto, impedido de ficção e de viagem, sem distância com a origem, vive uma língua morta mal apta a deslocar um corpo reduzido ao triste fetiche de seus emblemas” (Douville, 2004, p. 199). Por isso, no que toca a relação do sujeito com sua origem, sua língua e seu corpo, a melancolização serve como um diagnóstico possível para o laço social. Este estado pode ainda ser relacionado a um fantasma da continuidade integral entre vida e morte, um rompimento generalizado com os limites e descontinuidades entre as gerações.

À vista disso, compreendemos que a cronificação da passagem, tomada enquanto um período liminar que se estende no tempo, pode ser abordada como uma forma de melancolização. Considerando que fazer um luto implica atravessar uma ficção que havia sustentado o sujeito até então (Berta, 2007), a cronificação no caso Fátima pode ser lida como uma forma de defender-se da passagem e da transformação que ela provoca. Assim, habitar o limiar em um estado de melancolização serve como forma de defesa e tentativa de manutenção da ficção outrora sustentada. Há ainda que se considerar os limites impostos aos seus processos de simbolização das perdas, o que dificulta a concretização da passagem.

Nesse cenário, a cronicidade da dor encontra relação com a própria cronificação da passagem. De um ponto de vista qualitativo, a dor promove um tempo sem fim (Aubert, 2017). Sua permanência e insistência corrompe a temporalidade do sujeito (Le Breton, 2017), podendo provocar uma paralisação e petrificação (Lacan, 1959-1960/2008), o que difere muito do

movimento desejante que é necessário para a saída do processo de luto. A dor crônica pode ser considerada como correlata da existência, enquanto dor de viver com a perda; já o desejo, pela sua excentricidade e errância, afina-se à ex-sistência (Maesso, 2019).

No caso de Fátima, as dores relembram-na a todo momento que sua vida não é mais “como antes”, na medida em que a impedem de retomar suas antigas atividades. A dor parte da perda, mas depois passa a integrar o estado de cronificação e melancolização, composto pelo investimento precário no laço e pelas diversas desordens corporais, dentre as quais podemos incluir a própria dor. Nesse sentido, talvez a dor crônica e os demais sintomas somáticos sejam uma forma possível para que os sujeitos em estado de melancolização possam reconhecer os impasses colocados por essa frágil existência e contínua permanência no limiar, no vazio, nos interstícios da estrutura social.

O estado de indeterminação radical destacado por Fátima, formado por uma série de experiências em que o eu fracassa em projetar sua própria imagem, não tem como destino certo, para todos, a melancolização e a cronificação. Como descrito anteriormente, a indeterminação pode ser vivida em excesso ou falta, de forma produtiva ou improdutiva. Pode ter efeitos dessubjetivantes, mas também contém em si uma grande potência transformativa, que pode ser vivida como liberdade e ampliação das capacidades do sujeito. Trata-se, nesse caso, da potência transformadora que é inerente à negatividade. Faremos alguns comentários sobre esse ponto.

3.6 A potência do negativo

Ao promover uma naturalização do conflito, a partir da pulsão de morte, da compulsão à repetição e do desamparo, Freud descobriu que a negação pode revelar a estrutura dos objetos que são capazes de satisfazer a pulsão, não aparecendo apenas em seu caráter de destruição. Para Dunker (2015), Lacan teria aproveitado desse movimento para pensar o trauma, o estranho, a angústia e o gozo como figuras da indeterminação.

Enquanto aquilo não se permite integrar a uma lógica de identidade e que resiste à gramática social do reconhecimento, a indeterminação encontra grande força de expressão no conceito de pulsão de morte. Esta, definida tradicionalmente como traumática, responsável por alimentar a compulsão à repetição e esgarçar a rede representacional, produzindo efeitos de esgotamento e dissolução; possui uma outra face, que é produtiva. Se, por um lado, a pulsão de morte realiza um trabalho do negativo, por outro, sua negatividade pode impulsionar os processos de subjetivação (Oliveira et al., 2016).

A existência dessa força disruptiva — a pulsão de morte como insistência do irrepresentável — em ação nos sujeitos, alimenta a possibilidade de encontro com o novo e com as diferenças. Apesar de constituir-se como uma força vital, que promove ligações do excesso pulsional, *Eros* pode produzir um efeito mortificador e totalizador no seu anseio por reunir e sintetizar. A pulsão de morte possui a capacidade de romper com essas sínteses. Assim, ao quebrar as ligações estabilizadas, atua como uma entrada possível para o novo, permitindo a criação de novas ligações. Desse modo, trabalha contra as formas de vida já estabelecidas, propiciando mudanças e transformação (Fortes, 2012). “Somente através dos desligamentos, dos vazios, das divisões e das separações gerados pela pulsão de morte os processos de simbolização podem proliferar, se enriquecer e o psiquismo pode se complexificar” (Oliveira et al., 2016, p. 71).

Por isso, na teoria freudiana há uma positividade atrelada ao conceito de pulsão de morte. Essa, conta com uma face de renovação, que é paralela ao seu impulso mortífero e destruidor (Fortes, 2012). Lacan considerou que o verdadeiro interesse clínico em torno da pulsão de morte se concentrava justamente nesse potencial de produção de uma ruptura na unidade almejada por *Eros*, unidade narcísica e imaginária, porque ligada à projeção e introjeção da imagem do eu. Assim, a força desintegradora da pulsão de morte está direcionada justamente contra essa coerência imaginária do eu (Safatle, 2007), que recusa a diferença

necessária para se tornar outro, em um esforço de manter-se idêntico e coeso. Assim, Lacan propõe uma positividade para a noção de pulsão de morte a partir do desejo de recomeços e da vontade da diferença (Oliveira et al., 2017).

É precisamente isso que encontramos subjacente às *experiências produtivas de indeterminação*: processos e acontecimentos que despossuem o sujeito de seus predicados identitários e de sua narrativa de si, e que são vividos como propiciadores de liberdade, potência e expansão. Nem toda indeterminação é a negação de uma determinação anterior. A indeterminação possui um estatuto ontológico próprio, ainda que negativo. Assim, não deve ser concebida apenas como negação, transgressão ou suspensão, mas também como contingência e encontro (Dunker, 2011b). Enquanto experiência de infirmitade, descentramento e não identidade, a indeterminação é própria ao sujeito, que é capaz de experimentar de forma produtiva tanto as experiências de determinação, quanto as experiências ligadas ao gozo infinito da feminilidade (Dunker, 2015). Desse modo, trata-se de reconhecer que existem pontos de opacidade e negatividade no interior de todos nós, e que esses pontos são essenciais justamente por não permitirem um fechamento do sujeito em seus próprios enunciados (Lima & Vorcaro, 2017). As experiências produtivas de indeterminação, podem colocar o ordinário em uma ação que pode mudar completamente a vida do sujeito (Reis, 2015).

Essa potência e positividade do negativo se apresenta limitada no estado de cronificação/melancolização vivido por Fátima. Assim, ganham destaque a desterritorialização, o empobrecimento e a paralisação como resultado desse encontro com o indeterminado. Ao que parece, na cronificação da passagem há uma despotencialização do negativo, em que a perda e a ruptura não propiciam transformação ou novas ligações.

Isso pode ocorrer nos casos em que existe uma forte exigência de coerência identitária, diante da qual a indeterminação incide como ameaça de dissolução do eu do sujeito. Como já

exposto, essa exigência está colocada para todos, desde a modernidade. O sujeito moderno sofre de uma paixão pela identidade, diante da qual o valor da liberdade colocado pela indeterminação é lido apenas como improdutivo e ameaçador. No caso de Fátima, esse contexto é agravado pelo fato de que, anteriormente, havia uma superdeterminação, um excesso de controle e alienação, orientado por um contorno identitário muito rígido, que foi pensado a partir da identificação narcísica. Sua existência estava demasiado fechada, em uma forma de organização que também produzia limitações, a despeito da saúde física da qual dispunha.

É preciso considerar que, ao provocar uma desestruturação, a indeterminação não deixa de ter um potencial traumático. Nesse processo, é preciso desfazer as bordas e permitir quebrar o próprio corpo, consentindo que ele se desampare de sua forma atual para que seja recomposto de forma inesperada (Safatle, 2016). Ademais, deve-se levar em conta as condições que o sujeito dispõe para se reestruturar diante da indeterminação. Oliveira et al. (2016) destacam que um psiquismo que está lutando para sobreviver ainda não está preparado para o novo. Nos casos em que se combinam a fragilidade narcísica com o fracasso do objeto primário e o excesso pulsional, a pulsão de morte pode produzir profundas desintegrações ao invés de singularizações.

Fátima transita: pela paralisia, empobrecimento dos investimentos e formas mortificantes; mas também pela vida, mantendo algumas ligações. Seu estado de cronificação ainda guarda alguma potência do negativo, que se exprime nas vivências relacionadas à sexualidade, quando não mais se limita às suas autoacusações, de ser uma pessoa “inútil” e “com dor”.

“Na dor, assim como na alegria, se vive e cria e ama e age e erra e caminha” (Fortes, 2012, p.194). Nesse sentido, há também uma potência transformativa na própria dor, desde que essa não seja totalmente negada ou recusada. Para alcançar o novo, é preciso passar pela dor.

Enquanto o sujeito está tentando evitá-la, não consegue ultrapassá-la rumo a uma recriação de sua subjetividade e de seu mundo. Pode acabar ficando congelado, aprisionado em um estado de não-poder-ser (Fortes, 2012). Com a liminaridade, diremos que é um estado de não-mais ser o que se era e ainda-não poder ser o que será quando for transformado. Nesse caso, a travessia da dor é essencial para que o sujeito possa ir na busca de seu desejo. É isso que também encontramos nas teorizações a respeito do luto.

Como pudemos acompanhar, a quebra das estruturações narcísicas do eu, ao desestabilizar o sujeito, permite que este possa se reencontrar de uma nova maneira. O abalo das idealizações pode levar o sujeito a se reconstituir a partir da imprevisibilidade e do seu desejo, não sem dor durante esse percurso. Por isso, a saída do sofrimento mortificante envolve começar a lidar com a dor de outra maneira. Paradoxalmente, é preciso se aproximar dela, o que é dificultado quando as formas evitativas do sujeito impedem a vida de entrar. Quando se está preso na não aceitação das perdas, como Fátima, o sofrimento não pode se apresentar como uma oportunidade de reordenação, que permite deslocar as formas repetitivas do funcionamento do sujeito. Nesse caso, sofre-se por lutar pela restauração do já conhecido e por não aceitar nenhuma possibilidade de mudança, nem suportar a imprevisibilidade (Fortes, 2012).

Assim, ainda que complexo e causador de intenso sofrimento, o atual estado de Fátima, constitui-se como uma oportunidade, por meio da potência do negativo. Oportunidade para que ela possa inventar seu próprio destino, apropriando-se da sua singularidade. Talvez assim seja possível viver de uma forma mais autêntica, não mais tão aprisionada a um ideal e à missão de dar continuidade a existência de outrem. Oportunidade de “fazer da dor o desejo, não desejo do que não há, mas desejo do que existe, desse mundo” (Fortes, 2012, p.190).

Diante do inesperado que pode atravessar os caminhos da existência, existe uma ação possível por parte do sujeito. Para Reis (2015), essa ação envolve aceitar o acaso e a

indeterminação, posicionando sua potência de criação diante do inesperado e sua potência de elaboração diante do indiscernível. Ao final de sua entrevista, Fátima me abraça, agradece e questiona: “quer dizer que não é invenção minha?”. Quando lhe pergunto o quê, ela responde: “Falam como se eu tivesse mentindo, como se fosse mentira minha (referindo-se às dores) ... não é mentira, mas pode ter a ver... com alguma coisa minha...”. Ela questiona se, voltando para a clínica, para os atendimentos, vai descobrir “o que tem a ver”. Respondo que, pode ser que ela “descubra” algumas coisas.

Considerações finais

Diante das especificidades levantadas pelos casos de dor crônica, esta pesquisa teve como objetivo principal investigar as relações entre sujeito e laço social que são tecidas a partir do (e no) campo da dor. Partimos da observação de que, nesses casos, frequentemente é possível constatar um acentuado isolamento social, que indica um investimento precário do sujeito na sua vida familiar, afetiva e profissional. Esses retraimentos, usualmente, são exclusivamente atribuídos aos efeitos das experiências dolorosas, conhecidas por provocar um empobrecimento dos investimentos objetais, que torna o sujeito fixado em seu próprio sofrimento. No entanto, o isolamento, o silêncio, a petrificação e a ausência de apelo ao Outro remetidos a esse fenômeno não conseguem ofuscar totalmente a participação da dor nos enredamentos do sujeito no laço social.

Desse modo, com a aposta de que a dor crônica confere um destaque especial à intersecção entre o subjetivo e o social, visamos abordar psicanaliticamente como a relação do sujeito com sua dor participa e interfere nos seus modos de relação com os outros. Desse modo, foi possível alcançar outras nuances desse fenômeno, haja vista que, boa parte das pesquisas existentes sobre o tema concentram-se no seu enquadre na racionalidade diagnóstica da psicanálise, elucidando seu modo de funcionamento, ou ainda nas possíveis formas de tratamento para esse sofrimento. Nos permitiu também situar a dor além de seu caráter silencioso.

Esses objetivos guiaram às construções em torno do material discursivo sobre o qual se debruçou essa pesquisa: uma entrevista com uma mulher que sofria de dores crônicas. Seguindo a trilha deixada pela tríade — laço, sujeito e dor — foi possível traçar o friso da vida de Fátima: cheio de experiências e narrativas que se situam muito além das descrições monotemáticas de sofrimento corporal. Dessa construção, emergiu o verdadeiro enigma e problema da pesquisa: a constatação de uma posição paradoxal diante do laço social, permeada por contradições, que

centralizava e destacava a participação da dor crônica e dos demais sintomas somáticos em sua dinâmica.

O caminho do grito ao friso da vida, como desdobramento, destaca a importância de tomar a compreensão da dor em sua singularidade. Na verdade, sabemos que não existe “a dor crônica”. O que existe é o sujeito, ou melhor, o *fallasser*. Não podemos esquecer de que este se apresenta *com sua dor*, não *apesar da dor*, ou *reduzido à dor* que o invade; ainda que possa se posicionar *por meio da dor*. A dor crônica coloca diversos efeitos dessubjetivantes, incapacitantes e empobrecedores, muito bem destacados pela psicanálise e pela antropologia, mas nem por isso anula a vida, ainda que em alguns casos as limitações sejam tão intensas que se torne muito difícil escutar além. Os efeitos não estão para todos e não são os mesmos para todos, da mesma forma que a dor desempenha uma função para cada um. Nesse sentido, as possíveis consequências do fenômeno doloroso da vida de cada qual estão sujeitas à implicação subjetiva. Sem ela, nenhum efeito pode existir.

A apresentação do friso de Fátima também nos coloca que, muito antes da emergência das dores crônicas e do quadro depressivo, já havia um tipo de retraimento. Esse, não se expressava por meio de um isolamento social concreto, mas aparecia a partir das relações duais, que desconsideravam a dimensão alteritária. O superinvestimento no corpo e nas suas capacidades físicas também compunha o modo de funcionamento anterior. O trauma, as perdas e a dor deixaram suas marcas muito antes do adoecimento. Nesse sentido, as dores agravaram, atualizaram e deixaram em relevo diversos aspectos que já estavam lá, muito antes de sua chegada.

As elaborações construídas a partir do caso, nos encaminharam para a observação de que o fenômeno doloroso participa amplamente das dinâmicas do sujeito no social: colabora na produção de laço, ao mesmo tempo, em que desintegra os laços e também contribui para que o

sujeito se situe e mantenha-se em uma peculiar zona de passagem — fronteira, mediana e paradoxal — condição que pudemos qualificar como liminar. Da liminaridade, conceito proveniente do campo da antropologia, extraímos elementos relevantes para a discussão do caso, que foram trabalhados a partir da teoria psicanalítica. Entre eles, estão: as experiências de perda; a condição transitória, em que se observam movimentos contraditórios; a dor como um elemento que se faz presente nesse entre-lugar; a indeterminação e os tipos de impasses que podem ocorrer durante as passagens, especialmente a sua cronificação.

Desse modo, foi trabalhada a hipótese central de que: a condição diante do laço e da dor constatada no caso Fátima pode ser compreendida como uma cronificação de um estado de passagem, em que o sujeito faz sua moradia fixa no que deveria ser um momento indeterminado, transitório e paradoxal em sua existência.

Como uma repercussão desse percurso, foi possível delinear algum esboço para a compreensão do que seria, no campo da psicanálise, um estado de passagem. Assim, o início da liminaridade seria definido pelas experiências de perda, que disparam a situação de trânsito e travessia. Os efeitos dessas perdas, na particularidade do caso, foram: o descentramento, a dor e a indeterminação. Com base no estudo dos ritos de passagem, esses efeitos podem ser tomados como características que definem psicanaliticamente o campo das experiências liminares.

Com efeito, a maneira como Fátima foi sendo tomada pelas experiências de perda implicou em um excesso de experiências de indeterminação, vividas de forma improdutiva. Isso produz uma intensa perturbação do laço social, mas que não implica em uma ruptura completa. Isso nos permite pensar situações de muita instabilidade e investimento precário no laço social, sem que isso se refira a uma situação fora-do-discurso, em que o sujeito estaria fora das trocas simbólicas. Mais que isso, trata-se de um movimento de alternância, que coloca momentos de

inclusão e momentos de fechamento, estes correlacionados à emergência das experiências de indeterminação.

As extrações do conceito de liminaridade trazem contribuições para o estudo da dor e também para o campo psicanalítico. Neste trabalho, o conceito foi instrumentalizado para pensar o caso, em uma tentativa de movimentar a teoria a partir dos impasses colocados. Contudo, a liminaridade pode trazer mais contribuições, que merecem ser exploradas futuramente. Esse conceito se ocupa do campo intersticial, do entre-lugar. Esse é o campo da própria dor, que ultrapassa e embaralha as fronteiras: do psiquismo, do corpo e do laço. A liminaridade confere especial atenção a relação *entre* as coisas, ao invés de focar nos elementos que a compõe. Não diz apenas do que é ambíguo e difícil de classificar, mas também do que aparenta ser contraditório. Diz do sujeito capturado em um momento de passagem e travessia, processo que se dá em um processo analítico, assim como nas diversas crises de vida, mudanças, perdas e vivências traumáticas que levam as pessoas para a análise.

Nesse sentido, a ideia de *limen* pode contribuir para o debate de questões diagnósticas, indicando um ponto transitório e indeterminado, que acolhe contradições sem remeter a uma categoria clínica específica. Não se refere apenas ao que não pode ser classificado, ao que está no meio, em uma condição limítrofe. Em verdade, traz que é possível ter características de dois elementos ao mesmo tempo, sem que isso seja uma contradição. Está presente em ambos, sem que esteja encerrado em nenhum. Essa questão pode ser melhor elaborada em pesquisas futuras.

Ademais, se tomarmos o excesso de experiências de indeterminação improdutivas como uma característica que define a liminaridade, nos remetemos também a situações em que essas experiências encobrem o funcionamento do sujeito, dificultando localizações diagnósticas. Nessa perspectiva, é possível pensar a própria dor crônica como um fenômeno que transita e que pode ser capturado de várias formas distintas, o que se evidencia a partir das pesquisas

psicanalíticas a respeito do tema, que anunciam um campo múltiplo e diverso. Além da compreensão da dor como um fenômeno que passa por várias estruturas e que desempenha diversas funções, talvez seja possível pensá-la como um fenômeno qualitativo, como uma experiência que pode estar além e aquém do diagnóstico estrutural, não se adequando a essa racionalidade.

Podemos depreender que a dor crônica pode ser considerada um fenômeno psicopatológico especialmente marcado pelo entrecruzamento entre subjetivo e social. Essa correlação não se resume apenas ao isolamento do sujeito como consequência dos efeitos econômicos da dor, uma vez que estes não justificam, por si só, tais retraimentos. A discussão realizada nos permite indicar que, ao menos no caso de Fátima, trata-se mais da forma como o sujeito é tomado pelas experiências de indeterminação, facilitadas pelas perdas e pela dor.

Assim, a profunda relação das experiências improdutivas de indeterminação com a dor e com os impasses no laço indicam sua importância nesse campo de estudo, que adquire um valor clínico. O caso sinaliza uma escassez de experiências produtivas, tanto de determinação quanto de indeterminação. O estado de cronificação, mantido como resultado de uma dificuldade na elaboração das perdas e uma impossibilidade de lidar com a dor, com as mudanças e com a imprevisibilidade da vida, coloca a importância que a potência do negativo assume nesse contexto. Essa potência transformadora é necessária para que o sujeito possa movimentar-se e completar sua passagem, da vertigem da dor ao desejo e à vida.

Referências

- Abelhauser, A. (2009). Le corps est l'âme. In Caroline Doucet (Ed.), *Pratiques et usages du corps dans notre modernité* (pp. 47-56). Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.gaspa.2009.01.0047>
- Adami, F. S., Kessler, C. H. & Dunker, C. I. L. (2021). Ato analítico e a potência clínica do indeterminado. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* 24(4), 543–569.
<https://doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n4p543.4>
- Aguiar, D. P., Souza, C. P. de Q., Barbosa, W. J. M., Santos-Júnior, F. F. U., & Oliveira, A. S. de. (2021). Prevalence of chronic pain in Brazil: systematic review. *Brazilian Journal of Pain*, 4(3):257-67. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210041>
- Allouch, J. (2004). *Erótica do luto em tempos de morte seca*. Companhia de Freud.
- American Psychological Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5a ed.). Artmed.
- Andrade, A., & Winograd, M. (2018). Nostalgia de si: melancolia e adoecimento neurológico. *Ágora*, 21(3), 354–364. <https://doi.org/10.1590/s1516-14982018003007>
- Anzieu, D. (1989). *O Eu-pele*. Casa do Psicólogo.
- Arán, M., & Alcides, R. (2010). Sobre a clínica da dor: o desafio da construção de um espaço terapêutico. In J. Birman, I. Fortes, & S. Perelson (Orgs.), *Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade* (pp. 89-106). Cia de Freud.
- Assadi, T. C., & Pereira, M. E. C. (2003). O eclipse da mulher na presença do fenômeno psicossomático. *Psychê*, 7(12).
- Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP). (2020). Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, desafios e compromissos.

https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf

Aubert, A. (2017). *A dor: originalidade de uma teoria freudiana*. Escuta.

Baldini, L. J. S., & Nascimento, E. M. (2021). Esse verso é um pouquinho de uma vida inteira: os inumeráveis e a morte inominável. *Linguasagem*, 37, p. 67-90.

Barreto, F. P., & Besset, V. P. (2016). Chronic Pain and Psychosis: Beyond Sense. *Research in Psychoanalysis*, 22(2), 190–199. <https://doi.org/10.3917/rep1.022.0190>

Barros, M. R. C. R. (2015). Trauma, uma nova perspectiva sobre um real. *Opção Lacaniana online*, 6(16), 19.

Berlinck, M. T. (1999a). A dor. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(3), 46–58. <https://doi.org/10.1590/1415-47141999003003>

Berlinck, M. T. (Org.). (1999b). *Dor*. Escuta.

Berta, S. L. (2007). *O exílio: vicissitudes do luto Reflexões sobre o exílio político dos argentinos (1976-1983)*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo]. Repositório USP.

Besset, V.L., Gaspard, J., Doucet, C., Veras, M., & Cohen, R.H.P. (2010). Um nome para a dor: fibromialgia. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 10(4), 1245-1269.

Besset, V. L., & Zanotti, S. V. (Orgs.). (2017). *A face crônica da dor*. Edufal.

Besset, V. L., & Espinoza (2019). O corpo da dor. In D. S. Chatelard, & M. C. Maesso (Orgs.), *O corpo no discurso psicanalítico*. Appris editora.

Biernath, A. (2023, maio 22). *Fentanil: o que Brasil pode aprender com erros dos EUA*. BBC News Brasil. <https://www.bbc.com/portuguese/articles/c4nwxjgqrwno>

- Birman, J. (2016). *Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação* (11a ed.). Civilização Brasileira.
- Bocchi, A. F. A. (2021). Versões do luto para um mundo pandêmico: o luto impedido no horizonte de uma perda seca. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, 63.p.1-13. <https://doi.org/10.20396/cel.v63i00.8665203>
- Bonfim, F. (2016). Trauma e perda: sobre o encontro com o real no corpo e com o desejo do analista. *Opção lacaniana*, 4 (21).
- Brousse, M. (2014). Corpos lacanianos: novidades contemporâneas sobre o estádio do espelho. *Opção Lacaniana Online*, 5(15).
- Butler, J. (2015). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade* (9ª ed.). Civilização Brasileira. (Trabalho original publicado em 1990).
- Cardoso, M. R., & Paraboni, P. (2010). Apelo ao outro na dor física crônica: a dimensão melancólica da queixa. In J. Birman, I. Fortes, & S. Perelson (Orgs.), *Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade* (pp. 107-127). Cia de Freud.
- Caropreso, F. (2009). Dor e desejo na teoria freudiana do aparelho psíquico e das neuroses. *Rev. Filos., Aurora*, 21(29), 569-590. <https://doi.org/10.7213/rfa.v21i29.2629>
- Clara, S. (2023). Melancolia e narcisismo: a face narcísica da melancolia nas relações do eu com o outro. *Mental*, 5(9), 131–150.
- Coppedê, D., & Dunker, C. I. L. (2011). Usos e abusos da psicossomática no Brasil: um estudo de casos clínicos. In H. H. A. Ramirez, T. C. Assadi, & C. I. L. Dunker (Orgs.), *A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise* (pp.241-265). Annablume.

- Costa, J. B. (2013). *Fibromialgia: histeria da atualidade?* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Pernambuco]. Sistema de Publicações Eletrônicas de Teses e Dissertações (TEDE).
- Crapanzano, V. (2005). Horizontes imaginativos e o aquém e além. *Revista de Antropologia da USP*, 48(1), 363–384. <https://doi.org/10.1590/s0034-77012005000100009>
- Croix, L. (2004). L'inévitable douleur du sujet. *Cahiers de psychologie clinique*, 23, 11-23. <https://doi.org/10.3917/cpc.023.011>
- Cruglak, C. (2001). *Clínica da Identificação*. Companhia de Freud.
- Cruz, I. N. (2015). *Contribuições da psicanálise lacaniana às práticas de grupo em Instituições de Saúde*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo].
- Czekster, G. (2017, 26 de fevereiro). Obras inquietas 22. “A mãe morta e a criança” (1899), Edvard Munch. *Artrianon*. <https://artrianon.com/2017/02/26/obras-inquietas-22-a-mae-morta-e-a-crianca-1899-edvard-munch/>
- Douville, O. (2004). Uma melancolização do laço social? *Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 7(2), 179–201. <https://doi.org/10.1590/s1516-14982004000200001>
- Dunker, C. I. L. (2011a). Corporeidade em psicanálise : corpo, carne e organismo. In H. A. Ramirez, T. C. Assadi, & C. I. L. Dunker (Orgs.), *A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise* (pp. 87-133). Annablume.
- Dunker, C. I. L. (2011b). Mal-estar, sofrimento e sintoma: releitura da diagnóstica lacaniana a partir do perspectivismo animista. *Tempo Social*, 23, 115–136. <https://doi.org/10.1590/S0103-20702011000100006>
- Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma : um psicopatologia do Brasil entre muros*. Boitempo Editora.

- Dunker, C. I. L., Paulon, C. P., & Milán-Ramos, J. G. (2016). *Análise Psicanalítica de Discursos : perspectivas lacanianas*. Estação das Letras e Cores.
- Dunker, C. I. L., & Zanetti, C. E. (2017). Construção e formalização de casos clínicos. In C. I. L. Dunker, H. A. Ramirez, & T. C. Assadi (Orgs.), *A construção de casos clínicos em psicanálise: método clínico e formalização discursiva* (pp. 23-47). Annablume.
- Dunker, C. (2019a). Teoria do Luto em Psicanálise. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 8(2), 28-42.
- Dunker, C. I. L. (2019b). Animismo e indeterminação em Das Unheimliche. In *Obras Incompletas de Sigmund Freud. O infamiliar [Das Unheimliche] – Edição comemorativa bilíngue: seguido de O homem da areia de E. T. A. Hoffmann*. Autêntica.
- Dunker, C. I. L. (2020). Zumbis, fantasmas, vampiros e frankenteins. In D. Penha, & R. Gonçalves (Orgs.), *Ensaio sobre os mortos-vivos*. Aller Editora.
- Dupim, G. V. S. (2014). *Angústia, corpo e dor: particularidades nas escolhas amorosas* [Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro].
- Espinoza, M. P. V., & Zanotti, S. V. (2017). Fibromialgia e psicose: a dor e suas funções. In V. L. Besset, & S. V. Zanotti (Orgs.), *A face crônica da dor* (pp.87-121). Edufal.
- Favero, A. B. (2009). *A noção de trauma em psicanálise*. [Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio].
- Fédida, P. (1999). O canibal melancólico. In *Depressão*. Escuta.
- Fender, W. D. (2018). *Momento de construir: a construção do caso clínico em psicanálise*. [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo].

- Fernandes, C. O., Melo, C., Besset, V. L., & Bicalho, P. P. (2016). Biopolitics and Pain: Approximations between Foucault and Lacanian Psychoanalysis. *Psico-USF*, 21(1), 189–196. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210116>
- Fernandes, C.O., Fares, A. R., & França, W.L.P. (2017). Fibromialgia e fenômeno psicossomático. In V. L. Besset, & S. V. Zanotti (Orgs.), *A face crônica da dor* (pp.351-379). Edufal.
- Ferreira, T. (2018). Pesquisa em psicanálise: a conversação e a entrevista clínica como ofertas de palavra – a aposta na invenção subjetiva. In T. Ferreira, & A. Vorcaro (Orgs.), *Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita* (pp. 129-153). Autêntica.
- Figueiredo, L. C., & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em Psicanálise: algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39 (70), 257-278.
- Fortes, M. I. A. (2012). *A dor psíquica*. Cia de Freud.
- Fortes, M. I. A. (2015). A dor forasteira e o belo passageiro: perspectivas nietzschiana e freudiana. *Psicologia USP*, 26(2), 279–285. <https://doi.org/10.1590/0103-6564d20140032>
- Fortes, I., Winograd, M., & Medeiros, C. (2015). A dor crônica entre o silêncio e o grito. *Revista Tempo Psicanalítico*, 47(2), 9–28.
- Fortes, I., Winograd, M., & Perelson, S. (2018). Algumas reflexões sobre o corpo no cenário psicanalítico atual. *Psicologia USP*, 29(2), 277–284. <https://doi.org/10.1590/0103-656420170154>
- Freud, S. (1976). Dois verbetes de enciclopédia. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud Volume XVIII*. Imago. (Obra original publicada em 1923).

- Freud, S. (1980). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. In: *E.S.B., vol. I. Imago*. (Obra original publicada em 1892-1899).
- Freud, S. (1996). Projeto para uma psicologia científica. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud Volume I*. Imago. (Obra original publicada em 1895).
- Freud, S. (1996). Tratamento psíquico (ou anímico). In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud Volume VII*. Imago. (Obra original publicada em 1905).
- Freud, S. (2004). O recalque. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente (1911-1915) Vol. I* (pp.175-193). Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2010). *Obras completas volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos*. Companhia das letras. (Trabalho original publicado em 1914-1916).
- Freud, S. (2010). Luto e melancolia. In *Obras completas volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos*. Companhia das letras. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2010). O mal-estar na civilização. In. *Obras completas volume 18: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos*. Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (2011). *Obras completas volume 15: Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923)*. Companhia das letras. (Obra original publicada em 1921).
- Freud, S. (2011). O Eu e o Id. In *Obras completas volume 16: O Eu e o Id, "Autobiografia" e outros textos*. Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1925).

- Freud, S. (2013). *As pulsões e seus destinos*. Autêntica. (Obra original publicada em 1915).
- Freud, S. (2014). *Inibição, Sintoma e Angústia, Futuro de Uma Ilusão e Outros Textos*. In *Obras Completas- Vol.17*. Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (2016). *Obras completas, volume 2: estudos sobre a histeria (1893-1895) em coautoria com Josef Breuer*. Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1893-1895).
- Freud, S. (2017). O método psicanalítico freudiano. In *Obras Incompletas de Sigmund Freud. Fundamentos da clínica psicanalítica* (pp. 51- 63). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1904[1905]).
- Freud, S. (2017). A transitoriedade. In *Obras Incompletas de Sigmund Freud. Arte, literatura e os artistas* (pp. 221-227). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1916).
- Freud, S. (2019). *Obras Incompletas de Sigmund Freud. O infamiliar [Das Unheimliche] – Edição comemorativa bilíngue: seguido de O homem da areia de E. T. A. Hoffmann*. Autêntica. (Trabalho original publicado em 1919).
- Freud, S. (2020). *Obras Incompletas de Sigmund Freud. Além do princípio de prazer [Jenseits des Lustprinzips]*. Autêntica. (Trabalho original publicado em 1920).
- Gaspard, J. (2009). Le corps du refus dans notre modernité: L'exemple de la fibromyalgie. Dans J.-L. Gaspard., & C. Doucet (éd.), *Pratiques et usages du corps dans notre modernité* (pp.129-139). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.gaspa.2009.01.0129>
- Gaspard, J-L., Junior, N. S., Dunker, C. I. L., Assadi, T. C., Doucet, C. (2010). Psicanálise e análise de discurso: elementos para uma investigação clínica futura. *A Peste. Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, 2(2), 361-378.

- Gonçalves, G. (2019). *O corpo como superfície de inscrição do sintoma e do acontecimento de corpo*. [Tese de doutorado, Universidade de Federal de Minas Gerais]. Repositório UFMG. <http://hdl.handle.net/1843/34269>
- Guerra, A. M. C. (2018). Orelha de livro. In T. Ferreira, & A. Vorcaro (Orgs.), *Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita*. Autêntica.
- Guimarães, I. C. (2011). *Psicanálise e dor: o que (re)vela a fibromialgia*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Fortaleza].
- Heymann, R. E., Paiva, E. S., Helfenstein Junior, M., Pollak, D. F., Martinez, J. E., Provenza, J. R., Paula, A. P., Althoff, A. C., Souza, E. J. R., Neubarth, F., Lage, L.V., Rezende, M.C., Assis, M.R., Lopes, M.L.L., Jennings, F., Araújo, R.L.C.C., Cristo, V.V., Costa, E.D.G., Kaziyama, H.H.S., Yeng, L.T., Iamamura, M ... Fonseca, M. C. M. (2010). Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 50(1), 56–66. <https://doi.org/10.1590/s0482-50042010000100006>
- Heymann, R. E., Paiva, E. S., Martinez, J. E., Helfenstein Jr, M., Rezende, M.C., Provenza, J.R., Ranzolin, A., Assis, M.R., Feldman, D.P., Ribeiro, & L.S., Souza. (2017). Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57 (S2), 467-476. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2017.05.006>
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 6 (1), 115–138. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982003000100007>
- Lacan, J. (1985). *O Seminário - livro 20: Mais, ainda*. Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1972-1973).
- Lacan, J. (1986). *O Seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1953-1954).

- Lacan, J. (1995). *O Seminário, livro IV: relação de objeto*. Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1956- 1957).
- Lacan, J. (1998). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: J. Lacan. *Escritos*. (pp. 197-213). Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1945).
- Lacan, J. (1998). O estágio do espelho como formador da função do eu. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1966).
- Lacan, J. (1998). Conferência de Genebra sobre o sintoma. *Opção Lacaniana*, 23, p. 6-16. (Trabalho original publicado em 1975).
- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, n. 32, p. 8-14. (Trabalho original publicado em 1966).
- Lacan, J. (2005). O simbólico, o imaginário e o real. In J. Lacan, *Nomes-do-Pai* (pp. 9-54). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1953).
- Lacan, J. (2005). *O Seminário, livro 10: A angústia*. Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1962-1963).
- Lacan, J. (2006). *O Seminário, livro 12: Problemas cruciais para a psicanálise*. Centro de Estudos Freudianos do Recife. (Trabalho original publicado em 1964-1965).
- Lacan, J. (2007). *O Seminário, livro 23: O Sintoma*. Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1975).
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1959-1960).
- Lacan, J. (2010). *O Seminário, livro 8: A transferência*. Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1960-1961).

- Lacan, J. (2016). *O Seminário, livro 6: O desejo e sua interpretação*. Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1958-1959).
- Le Breton, D. (2013). *A antropologia da dor*. Editora Unifesp.
- Le Breton, D. (2017). *Tenir: Douleur chronique et réinvention de soi*. Métailié.
- Le Breton, D. (2020, 12 de novembro). “Viver sem dor é impensável”. Entrevista com David Le Breton. *Clarín-Revista Ñ*. <https://www.ihu.unisinos.br/categorias/604653-viver-sem-dor-e-impensavel-entrevista-com-david-le-breton>
- Leitão, I. B., Fávoro, D. S., Figueiredo, D. D., & Comério, S. K. (2017). Os impasses frente à perda de objeto. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 6(11), 69-93.
- Lima, V. M., & Vorcaro, A. M. R. (2017). O estranho como categoria política: psicanálise, teoria queer e as experiências de indeterminação. *Psicol. Estud. (Online)*, 473–484. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v22i3.37026>
- Machado, R. R., & Kyrillos Neto, F. (2022). Ama teu próximo como a ti mesmo: intolerância religiosa sob uma perspectiva psicanalítica. *Psicologia USP*, 33. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200159>
- Maesso, M. C. (2017). O tempo do luto e o discurso do Outro. *Ágora*, 20(2), 337–355. <https://doi.org/10.1590/1809-44142017002004>
- Maesso, M. C. (2019). A crônica do crônico no discurso psicanalítico. In D. S. Chatelard, & M. C. Maesso (Orgs.), *O corpo no discurso psicanalítico*. Appris editora.
- Maia, E. A. (2018). Apresentação. In T. Ferreira, & A. Vorcaro (Orgs.), *Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita* (pp. 09- 13). Autêntica.

- Maillard, B., Gillot, F., & Nizard, J. (2017). Os paradoxos clínicos da paixão dolorosa. In. V. L. Besset, & S. V. Zanotti (Orgs.), *A face crônica da dor* (pp 15-45). Edufal.
- Malcher, F., & Freire, A. B. (2013). Laço social na psicose: impasses e possibilidades. *Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 16, 119–133. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982013000100008>
- Malpica, C. R., Díaz, J. E., & Esser, M. R. (2004). Complejidad del dolor y el sufrimiento humano. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 7(3), 70–81. <https://doi.org/10.1590/1415-47142004003007>
- Mandil, R. (2017). Prefácio. In. A. Teixeira, & E. Caldas (Orgs.), *Psicopatologia lacaniana I: semiologia* (pp 7-9). Autêntica.
- Marcos, C. (2018). A escrita do caso clínico em psicanálise: uma lógica não-toda. In T. Ferreira, & A. Vorcaro (Orgs.), *Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita* (pp. 97-111). Autêntica.
- Marsillac, A. L. M., Tancredi, T. D. C., & Sousa, J. G. N. (2018). Políticas do Corpo: Arte e Psicanálise despindo as imagens. *Revista Subjetividades*, 18(Esp), 68. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v18iesp.6148>
- Martin-Mattera, P. (2017). Clínica subjetiva da dor. In. V. L. Besset, & S. V. Zanotti (Orgs.), *A face crônica da dor* (pp.165-193). Edufal.
- Medeiros, C., & Fortes, I. (2017). Dor crônica: signo do excesso pulsional. In. V. L. Besset, & S. V. Zanotti (Orgs.), *A face crônica da dor* (pp.293-351). Edufal.
- Medeiros, C., & Fortes, I. (2020). Trauma e lesão: algumas articulações em psicanálise. *Tempo Psicanalítico*, 52(1), 133–154.

- Menezes, P. R. A. (1993). A pintura trágica de Edvard Munch: um ensaio sobre a pintura e as marteladas de Nietzsche. *Tempo Social. Rev. Sociol. USP*, 5(1-2), 67-111. <https://doi.org/10.1590/ts.v5i1/2.84944>
- Miller, J.-A. (2016). O inconsciente e o corpo falante. *Scilicet: O corpo falante. Sobre o inconsciente no século XXI*. Escola Brasileira de Psicanálise.
- Munch, E. (2022). A gênese do friso da vida (L. M. Zwick, Trans.). “Ibsen e o friso da vida!”, O friso da vida e A gênese do friso da vida, de Edvard Munch. *Topoi (Rio J.)*, 23(49), p. 34-69. (Trabalho original publicado em 1890). <https://doi.org/10.1590/2237-101x02304902>
- Munch, E. (2022). O friso da vida. (L. M. Zwick, Trans.) “Ibsen e o friso da vida!”, O friso da vida e A gênese do friso da vida, de Edvard Munch. *Topoi (Rio J.)*, 23(49), p. 34-69. (Trabalho original publicado em 1918). <https://doi.org/10.1590/2237-101x02304902>
- Munch Museet. Crédito das imagens, biografia e informações sobre as obras. Disponível em: <https://www.munchmuseet.no/>
- Mobilon, N. (2011). A dualidade presença/ausência nas imagens impressas de Edvard Munch e Andy Warhol: aproximações possíveis. *ARS (São Paulo)*, 9(18), 84-93. <https://doi.org/10.1590/s1678-53202011000200006>
- Nasio, J.-D. (1997). *O livro da dor e do amor*. Jorge Zahar.
- Nasio, J.-D. (2008). *A dor Física: Uma teoria psicanalítica da dor corporal*. Jorge Zahar.
- Nobrega, P. A. (2014). *Como escutar o corpo que dói? Reflexões sobre acontecimento de corpo e transferência*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Pernambuco].
- Oliveira Filho, F. H. M., Silva Neta, M. G. R., Farias, L. B. P., Marques, G. A. R., Pereira Lopes, J. L., Guerra, A. M., Silva, G. A., Machado, A. V. O., Marques, C. B. S.,

- Nogueira, R. A., Gomes, A. C. C., Costa Neto, F. N., Freitas, D. D. S., Lima, D. B., & Paiva, A. A. (2021). Manifestations of depression symptoms in patients with fibromyalgia. *Research, Society and Development*, *10*(15). DOI: 10.33448/rsd-v10i15.22587.
- Oliveira, F. L. G., & Coelho dos Santos, T. (2017). Psicopatologia dos transtornos alimentares e seus estados melancólicos. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo*, *20*(2), 247-262. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n2p247.3>
- Oliveira, M. T., Winograd, M., & Fortes, I. (2016). A pulsão de morte contra a pulsão de morte: a negatividade necessária. *Psicologia Clínica*, *28*(2), 69–88.
- Parker, I. (2019). O inconsciente como evento no discurso lacaniano: intervenção em estudos psicossociais. In N. Lara Júnior, C. I. L. Dunker, & D. Pavón-Cuéllar (Orgs.), *Análise lacaniana de discurso: subversão e pesquisa crítica* (pp.37-59). Annablume.
- Pisetta, M. A. A. M. (2016). Discurso e gozo: psicanálise e sociedade. *Ágora (Rio de Janeiro)*, *19*(1), 21-33. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982016000100002>
- Pontalis, J-B. (2005). *Entre o sonho e a dor*. Ideias & Letras.
- Priberam (2021). Alma mater. In Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Recuperado setembro 30, 2022, de <https://dicionario.priberam.org/alma%20mater>
- Queiroz, E. F. (2017). Reflexões sobre dor e gozo nos acontecimentos de corpo. In. V. L. Besset, & S. V. Zanotti (Orgs.), *A face crônica da dor* (pp.273-293). Edufal.
- Quinet, A. (2009). *Psicose e laço social*. Jorge Zahar.
- Reis, M. L. O. (2015). *Da experiência de perda à perda de experiência: um estudo sobre a Erfahrung na teoria psicanalítica, na filosofia e na clínica*. [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo].

- Rocha, Z. (2011). A dor física e psíquica na metapsicologia freudiana. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(2), 591–621.
- Rosa, M. (2009). A psicose ordinária e os fenômenos de corpo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(1), 116–129. <https://doi.org/10.1590/s1415-47142009000100008>
- Safatle, V. (2007). A teoria das pulsões como ontologia negativa. *Discurso*, 36, 151–192. <https://doi.org/10.11606/issn.2318-8863.discurso.2007.38076>
- Safatle, V. (2012). *Grande hotel abismo: por uma reconstrução da teoria do reconhecimento*. Editora WMF Martins Fontes.
- Safatle, V. (2016). O circuito dos afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo (2ª ed.). Autêntica Editora.
- Santos, N. A. (2013). *Estudo sobre a Dor: uma leitura do discurso freudiano centrada no pensamento de Birman*. [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro].
- Santos, N. A., & Rudge, A. M. (2014). Dor na psicanálise - física ou psíquica? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(3), 450–468. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p450-5>
- Santos, R. A. (2009). *Estratégias terapêuticas da dor crônica: uma genealogia da clínica da dor*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro]. Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações.
- Santos, T. C., & Santiago, J. (2010). O médico, o psicanalista e a histórica: A desinserção da psicanálise no discurso da medicina contemporânea. In J. Birman, I. Fortes, & S.

- Perelson (Orgs.), *Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade* (pp. 47-73). Cia de Freud.
- Singer, F. (1999). El duelo: que modelización? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(1), 129–140. <https://doi.org/10.1590/1415-47141999001010>
- Slompo, T. K. M. e S., & Bernardino, L. M. F. (2006). Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo “fibromialgia” e o quadro clínico “histeria” descrito por Freud no século XIX. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(2), 263–278. <https://doi.org/10.1590/1415-47142006002006>
- Soler. (2005). *O que Lacan dizia das mulheres*. Zahar.
- Soler, C. (2018). *Rumo à identidade*. Aller Editora.
- Turriani, A., Dunker, C., Kyrillos Neto, F., Lana, H., Reis, M. L., Beer, P., Lima, R. A., & Bertanha, V. (2018). O caso clínico como caso social. In V. Safatle, N. Silva Junior, C. Dunker (Orgs.), *Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico*. Autêntica Editora.
- Turner, V. (1967). *O processo ritual*. Vozes.
- Turner, V. (1969). *Floresta de Símbolos: aspectos do Ritual Ndembu*. Eduff.
- Van Gennep, A. (2011). *Les rites de passage*. Picard. (Trabalho original publicado em 1909).
- Vieira, M. A. (2008). O trauma subjetivo. *Psico (PUC)*, 39.
- Vilas Boas, L.M., Amparo, D. M., & Almeida, S. F. C. (2019). A dor na carne apazigua a outra dor: “eu me corto para fazer parar de doer”. In D. S. Chatelard, & M. C. Maesso (Orgs.), *O corpo no discurso psicanalítico*. Appris editora.

Zanotti, S. V., Abelhauser, A., Gaspard, J.-L., & Besset, V. L. (2013). Aux limites de l'hystérie, la douleur chronique. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(3), 425–437. <https://doi.org/10.1590/s1415-47142013000300006>

Apêndice A- Roteiro da Entrevista Semiestruturada

Eixo 1: Apresentação do Sujeito

- 1-) Você poderia apresentar-se (se descrever da maneira que achar melhor)?
- 2-) Você possui filhos? Quantos, qual a idade e o sexo?
- 3-) Idade.
- 4-) Profissão.

Eixo 2: Histórico infantil e familiar

- 1-) Fale um pouco da história de vida de seus pais (infância, como se conheceram, casamento se houver).
- 2-) Como é/era a relação do casal?
- 3-) E quando você pensa em um pai, como você imagina ser?
- 4-) E quanto a uma mãe?
- 5-) Descreva seus pais (o que sente ao pensar neles).
- 6-) Como era sua relação com eles quando você era criança? E atualmente?
- 7-) Qual a sua primeira recordação da infância? Quais os eventos mais marcaram sua infância?
- 8-) Quem cuidava de você?
- 9-) Pense em suas memórias mais antigas. Qual delas é a mais feliz? E a mais triste?
- 10-) Como você avalia sua infância? Você pensa que teve uma boa ou uma má infância? Por que?
- 11-) Você tem alguma mágoa em relação a algum de seus pais? Poderia falar melhor sobre isto?
- 12-) Com quem você costumava passar a maior parte do tempo e por quê?

Eixo 3: Dor e corpo

- 1-) Como você percebe seu corpo?
- 2-) Que tipo de dor você tem? Descreva as dores que sente.
- 3-) Em qual (is) parte(s) do corpo você sente dor?

- 4-) Há quanto tempo as dores começaram?
- 5-) O que acontecia na sua vida na época em que as dores começaram? (meses/anos anteriores).
- 6-) Você passou por alguma situação difícil quando as dores surgiram?
- 7-) Você acha que as dores começaram por responsabilidade de alguém?
- 8-) Você já pensou quais as razões destas dores terem começado?
- 9-) Você sente dor quando você está em algum lugar específico?
- 10-) Sente dor quando passa por alguma situação específica?
- 11-) O que significa para você ter dor crônica?
- 12-) Por que você acha que estas dores começaram?

Eixo 4: Função da dor

- 1-) Como você se sente antes/enquanto/depois de sentir dor? (Estresse, medo, excitação, angústia, alegria, etc.).
- 2-) Como você se sente desde que a dor começou? (Apaziguamento, calma interior, excitação, angústia, tensão, dúvida, ruminação, etc.)
- 3-) Você acha que a dor mudou algo em você? E na sua vida?
- 4-) Você acha que a dor faz parte de você ou é ainda uma surpresa?
- 5-) Você acha que as dores afetam a forma como os outros te veem? E você mesmo(a)?
- 6-) Você teve que se afastar de seu trabalho / estudos por conta das dores? O que aconteceu e como é isto hoje em dia?
- 7-) Quem lhe ajudou / ajuda nos momentos de crise? Como é sua relação com esta pessoa?

Eixo 5: Diagnóstico e tratamento

- 1-) Quando decidiu buscar ajuda médica?
- 2-) Qual médico constatou o diagnóstico de fibromialgia?
- 3-) Explica para mim o que é fibromialgia.
- 4-) Qual foi sua reação quando informado(a) do diagnóstico?
- 5-) O que lhe foi explicado a respeito da Fibromialgia? (possíveis causas, tratamento).

- 6-) Você acha que a medicina consegue tratar suas dores?
- 7-) Tem algum médico de sua preferência? Por que este e qual sua relação com ele?
- 8-) Como é o tratamento? (médico e fisioterapia: Adesão e relação com esses profissionais).
- 9-) Você faz acompanhamento psicológico? (Em caso afirmativo por que sim e em caso negativo por que não).
- 10-) Por que acha que esse tipo de acompanhamento é indicado para pacientes com fibromialgia?
- 11-) Você acha que fibromialgia tem cura?
- 12-) O que você entende da frase: “A fibromialgia está ligada a causas emocionais?”
- 13-) Existe algum motivo/situação em sua vida além das dores que o(a) fariam buscar ajuda psicológica?
- 14-) A que você atribuí as dores que sente? Quais seriam as causas?
- 15-) Como é sua relação com os profissionais que lhe atendem?
- 16-) O que você pensa sobre a medicina em relação à seu tratamento?
- 17-) Como você pensa que seria sua vida sem auxílio médico?

Eixo 6: Vida afetiva e sexual.

- 1-) Você é casado(a)?
- 2-) Em caso afirmativo: Há quanto tempo?
- 3-) Em caso afirmativo: Como você conheceu seu parceiro?
- 4-) Em caso afirmativo: Como é o relacionamento de vocês?
- 5-) Como são seus envolvimento afetivos? (tanto para a pessoa solteira quanto casada)
- 6-) Como você se considera em uma relação? Mais intensa ou menos intensa que seu parceiro?
- 7-) Já teve um grande amor? Poderia contar um pouco sobre isso?
- 8-) E uma grande decepção? Poderia contar um pouco sobre isso?
- 9-) Poderia falar um pouco sobre sua vida sexual?
- 10-) As dores que você tem interferem em sua vida sexual?
- 11-) Você também possui dor no momento do ato sexual? Poderia explicar como é isto?

12-) Já ficou impossibilitado(a) de se relacionar sexual em decorrência das dores que sente?

13-) E já utilizou destas dores como forma de evitar contato com algum parceiro(a)?

Pergunta final: Gostaria de acrescentar algo que não tenhamos conversado durante toda a entrevista?