

Isso dói – dor e sofrimento em Freud e Groddeck

Lazslo Antonio Ávila¹

Resumo: A dor física não tem recebido tanta investigação psicanalítica quanto a dor psíquica. Neste artigo, retomamos as concepções seminais de Sigmund Freud e Georg Groddeck, utilizando a descrição original desses autores, tal como formulada em seus próprios textos. Rastreamos, em Freud, as hipóteses da *intenção de adoecer*, dos *benefícios secundários das doenças*, da *complacência somática*, do *escudo de para-excitações* e da dor como *pseudo-pulsão*. De Groddeck, recuperamos as formulações do Isso como matriz da indiferenciação dos processos somáticos e psíquicos, e sua abordagem aos sintomas corporais, tomados como forma de linguagem simbólica.

Palavras-chave: Dor emocional. Dor física. Freud. Groddeck. Psicanálise. Psicossomática.

Introdução

A dor física é um assunto de grande relevância na vida concreta de cada ser humano e, no entanto, não vem encontrando investigação extensiva no campo psicanalítico, a não ser quando pode ser diretamente conectada com o sofrimento emocional. Já o tema da dor psíquica, ou dor mental, este encontra grande acolhida nos textos psicanalíticos, sem dúvida porque remete a uma das dimensões essenciais do funcionamento psíquico, amplamente tratada pelo próprio Freud. Com Bion, a dor mental recebeu extensa exploração (BION, 1975, 1983, 1988, 2004; FLEMING, 2008; JOSEPH, 1981).

Em uma revisão cuidadosa, mas não sistemática, dos textos publicados nos últimos anos, encontramos uma importante publicação do psicanalista

1 Psicólogo. Mestre em Psicologia Social. Doutor em Psicologia Clínica. Professor Livre Docente da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (SP).

Juan David Nasio intitulada *A dor física* (2008) e os artigos de Shapiro (2003), Fleming (2005), Taylor (2008), Prince (2009), Buechler (2010), Kogan (1990), D’Alvia (1999), Gilman (2011) e Blum (2011), específicos sobre este tema, bem como os trabalhos, de caráter mais geral, de McDougall (1987, 1991), Winnicott (1982, 2000), Balint (1975), Dejours (1989), além dos inúmeros trabalhos direta ou indiretamente vinculados à psicossomática, como Perestrello (1987), Mello Filho (2010), Groddeck (1984, 1992), Marty (1980), Alexander (1950), Aisenstein (1994), Leclaire (1979), entre outros. Também os pioneiros Fenichel (1982) e Weiss (1934) trouxeram importantes aportes nessa área.

Aqui, porém, nos concentraremos nas fontes originais do pensamento psicanalítico, nos dois autores que representam propriamente aquilo que a psicanálise traz como novidade radical no entendimento da intrincada vinculação entre a mente e o corpo, entre as dores do corpo e as dores da alma. Esses autores são Freud e Groddeck. O primeiro por razões sobejamente conhecidas, já que Freud não se limitou a ser o criador da psicanálise e o propositor de quase todos os conceitos fundamentais desse imenso campo de saber, mas também porque o mestre de Viena deixou em aberto inúmeras trilhas que suas intuições apontaram, enquanto ele mesmo estava empenhado na construção do restante do seu edifício conceitual. E o segundo porque, embora Georg Groddeck tenha permanecido relativamente marginalizado dentro do campo psicanalítico, é dele a mais criativa e ousada formulação de como a psicanálise também pode ser empregada para investigar os males corporais, os padecimentos físicos que tornam a existência humana tão frágil e prenhe de significados.

Método

Recorreremos aos textos originais de Sigmund Freud e Georg Groddeck visando a retomar as seguintes concepções freudianas: a *intenção de adoecer* (ou *propósito de enfermar*), os *benefícios secundários das doenças*, a *complacência somática* (ou *submissão somática*), o *escudo de para-excitações* (ou *escudo protetor, escudo defensivo*) e da dor como *pseudo-pulsão*. De Groddeck, retomamos as concepções do Isso como matriz da indiferenciação dos processos somáticos e psíquicos e sua abordagem aos sintomas corporais, tomados como forma de linguagem simbólica. Através dessas formulações, pretendemos apresentar o modo como o enfoque psicanalítico pode contribuir para o entendimento dessa forma específica de sofrimento que é a dor física.

Análise

De Freud, tomaremos inicialmente o seu magistral *Fragmentos da análise de um caso de histeria* (1905), no qual se encontra descrita a bela história de amor, desejo e traição que Dora viveu no duplo triângulo entrelaçado dela e seu pai com o casal K. Esse importante histórico clínico permitiu a Freud, como ele frisa desde a Introdução a esse trabalho, defender seu método de investigação para um público ainda hostil, apresentar extensivamente sua técnica de interpretação de sonhos e detalhar suas hipóteses para a etiologia sexual da Histeria. Para a psicanálise, ficou conhecido principalmente por ter sido o primeiro momento em que Freud compreendeu o papel da transferência no curso da análise, o que veio a influenciar profundamente a técnica psicanalítica desde então.

Do caso Dora, interessam-nos, principalmente, certos trechos em que o criador da psicanálise analisou os diversos sintomas corporais que Dora apresentava, buscando compreender o significado dos motivos inconscientes nos processos da conversão histerica. Freud aprendeu muitas coisas com Dora: 1) aprendeu sobre como as doenças físicas podem ser o disfarce esplêndido dos desejos inconscientes, 2) aprendeu como circunstâncias fortuitas, algumas de caráter orgânico, podem criar a *complacência somática* que abrirá as vias para o corpo se tornar o palco dos conflitos psíquicos, e 3) aprendeu, finalmente, que o sofrer corporal e o sofrer psíquico não podem ser distinguidos e separados de forma reducionista, enviando para médicos clínicos, sem formação analítica, casos em que a dor só pode ser conhecida e aliviada se ela for compreendida, ou seja, se o sujeito que a padece puder se reconhecer como o sujeito de seu próprio sofrimento.

Dora, como Freud ressalta, era uma aguda observadora. Além de perceber as inúmeras manobras que seu pai e a Sra. K faziam para estarem a sós, ela logo compreendeu a dinâmica emocional do casal K:

Mas Dora também aprendeu, observando Frau K., as coisas úteis que as doenças podiam proporcionar. Herr K. passava parte do ano viajando. Sempre que voltava encontrava a mulher com a saúde abalada, embora, como Dora sabia, ela estivesse estado perfeitamente bem no dia anterior. Dora compreendeu que a presença do marido tinha o efeito de tornar sua mulher doente e que ela gostava de adoecer a fim de escapar aos deveres conjugais que tanto detestava (1905, p. 36).

O que, porém, Dora não percebia e Freud logo lhe apontou é que ela ocupava exatamente a mesma posição simétrica e adoecia com seu sintoma funcional de

faringite e afonia quando o Sr. K. viajava e se restabelecia prontamente assim que ele chegava de viagem. Assim, essas duas mulheres se alternavam, adoecendo e curando-se espontaneamente quando na presença do homem a quem seus afetos se dirigiam.

Logo adiante, prossegue Freud:

Os motivos para ficar doente muitas vezes começam a atuar até mesmo na infância. Uma menina em sua ânsia por amor não gosta de partilhar a afeição dos pais com seus irmãos e irmãs, e ela percebe que toda afeição deles é de novo dedicada a ela sempre que ela desperta a ansiedade deles caindo doente. Ela descobriu um meio de atrair o amor dos pais, e utilizará esse meio tão logo tenha ao seu dispor o material psíquico para produzir uma doença (1905, p. 42).

Essa aprendizagem do valor da doença física, quer dizer, ao menos da expressão física do sofrimento, passa a ser empregada ao longo da vida inteira. Incidentalmente, podemos complementar essa formulação freudiana com a pesquisa empírica atual sobre os pacientes somatizadores que têm demonstrado inequivocamente que a *linguagem da doença* é aprendida na infância, e que todo caso prolongado da condição denominada como *Transtorno Somatoforme* pode, em geral, ser relacionada ao convívio na infância com parentes doentes, principalmente de doenças graves (LIEB et al., 2002; REID, WHOOLEY, CRAYFORD, HOTOPI, 2001).

Freud amplia essa questão do uso da doença, analisando o que pode ocorrer na vida adulta de uma mulher sexualmente insatisfeita:

Neste caso, a doença será sua única arma para manter sua posição. A doença conseguirá para ela as atenções pelas quais anseia, forçará o marido a fazer sacrifícios pecuniários por ela e demonstrar-lhe consideração, como ele nunca o faria quando ela estava bem, e o compelirá a tratá-la com mais solicitude se ela se recuperar, pois de outra forma poderá haver uma recaída. Seu estado doentio terá toda a aparência de ser objetivo e involuntário – o próprio médico que trate dela testemunhará o fato, e por este motivo ela não precisará sentir quaisquer autocensuras conscientes por fazer este uso bem-sucedido de um meio que verificara ser eficaz em sua infância (1905, p. 42).

Aqui Freud está lançando as bases da noção dos *benefícios secundários das doenças*, que deveriam ser o objeto de cuidadosa investigação em qualquer forma de pa-

decimento orgânico, mas que, em geral, não recebem a devida atenção nem dos médicos e nem dos que cercam os pacientes quando uma doença orgânica evidente se manifesta. Assim, tanto os profissionais de saúde quanto a população leiga se deixam convencer de que uma doença física seja de fato uma *entidade nosológica* objetiva e que os aspectos psicológicos envolvidos sejam circunstanciais e fortuitos, e não uma parte fundamental e constituinte do adoecer.

Mas Freud não deixou escapar essa conexão e assinala: “E, contudo, as doenças desta espécie são o resultado da intenção. São endereçadas, via de regra, a uma determinada pessoa e, conseqüentemente, desaparecem quando esta pessoa se afasta” (1905, p. 42).

Numa consulta médica padrão, ou seja, aquela calcada exclusivamente no modelo anátomo-clínico das doenças, esses aspectos subjetivos ou não são reconhecidos, ou são desconsiderados como importantes, seja para a origem de um padecimento, para o seu curso, ou para os resultados de um tratamento. Mas para o observador atento que era Freud, levou-o a formular claramente que mesmo a doença física pode encaixar-se perfeitamente nos desejos inconscientes do paciente. Ele então recomenda aos médicos que pesquisem cautelosamente, utilizando-se dos recursos próprios à análise, se não existiriam no paciente razões de adoecimento, e isso antes de qualquer intervenção propriamente médica, como por exemplo, a prescrição de medicamentos. Diz Freud, dirigindo-se aos médicos clínicos:

[...] deve ser feita antes, pelos métodos indiretos da análise, um esforço para convencer o próprio paciente da existência, nele, da intenção de ficar doente. [...] Quantas curas milagrosas e desaparecimentos espontâneos dos sintomas teríamos, os médicos, que registrar em casos de histeria, se nos fosse dada mais amíúde a visão dos interesses humanos que o paciente oculta de nós! (1905, p. 43)

Muito embora Freud estivesse aqui focado nas questões dos sintomas funcionais da histeria, suas observações também se justificam para aqueles quadros de doenças físicas, doenças formalmente classificadas no Código Internacional das Doenças e que, no entanto, também admitem ter investigados os *benefícios primários* da repressão e os *benefícios secundários* dos ganhos indiretos de se afastar do trabalho, da vida familiar ou, de modo geral, dos dilemas da existência.

Quando indaga sobre essas conexões, Freud assinala um motivo muito profundo, ao qual os médicos clínicos, em geral, não atentam:

Os motivos que apoiam o paciente em sua enfermidade provavelmente podem ser encontrados em todos os casos amplamente

desenvolvidos. Mas há alguns nos quais os motivos são puramente internos – tal como o desejo de autopunição, isto é, penitência e remorso (1905, p. 43).

Esse ponto é importantíssimo. A origem etimológica da palavra *dor* indica que a palavra grega da qual originalmente esta expressão se deriva, ou seja, seu significado inicial, era o de *pena, punição*, e em particular *valor a ser pago em restituição por um crime*. Se linguística e historicamente o significado de dor se conectava com a ideia da punição, é evidente que essa conexão se mantenha no inconsciente e que frente a qualquer dor vivida a pessoa possa atribuí-la a uma culpabilidade, um castigo e uma justa punição. Essa é, provavelmente, a razão mais profunda para os comentários tão frequentes que se ouvem dos pacientes que sofrem de muitas dores, tais como: *O que eu fiz para merecer esse padecimento?* ou *Acho que eu paguei todos meus pecados durante essa doença*, ou ainda *Deus já me castigou o suficiente...*

Contudo, essa é uma dimensão inconsciente, propriamente psicanalítica, que raramente é feita em hospitais e outros contextos de saúde física, dada a separação cartesiana dos sofrimentos físicos, remetidos a causas naturais, enquanto as dores psíquicas são tomadas em si mesmas, como *desencarnadas*. A dor talvez seja o ponto de encontro mais emblemático do corpo com a mente. E seu trânsito, de uma esfera para a outra, talvez seja uma premente tarefa para que a medicina possa incorporar as descobertas psicanalíticas.

E no caso Dora, ainda há novas contribuições de Freud, como quando ele analisa a possibilidade de certos sintomas físicos estarem manifestando identificações inconscientes:

Um dia [Dora] queixou-se de um sintoma confessadamente novo, que consistia em agudas dores gástricas. ‘A quem imita agora?’ perguntei-lhe, e vi que tinha acertado o alvo. No dia anterior ela tinha visitado as primas, filhas da tia que morrera. A mais jovem ficara noiva e isto dera à mais velha motivação para adoecer com dores gástricas, sendo enviada para Semmering. Dora imaginou que era tudo inveja por parte da irmã mais velha, ela sempre adoecia quando desejava alguma coisa, e o que ela desejava agora era afastar-se de casa para não ter de assistir a felicidade da irmã (FREUD, 1905, p. 36).

Freud retoma o tema dos benefícios secundários e dá seu famoso exemplo do mendigo que não admitiria jamais ser tratado de suas feridas, dado que são elas justamente que lhe permitiram adotar esse novo modo de vida, dependente da caridade pública, e justificador da indolência e do alcoolismo. O fato de serem

reais ou não as suas feridas não importa para a análise. Assim, tanto a histeria (hoje red denominada como Transtorno Somatoforme, Transtorno Conversivo, e outros nomes nos manuais classificatórios de doenças, CID e DSM, ver Ávila, 2004), quanto as doenças objetivas podem igualmente ser pesquisadas do ponto de vista do que elas representam subjetivamente para aqueles que delas sofrem.

A última contribuição muito importante de Freud nesse artigo é a hipótese da *complacência (ou submissão) somática*. Eis como Freud a apresenta:

Neste caso, devo lembrar a questão tão frequentemente levantada sobre se os sintomas da histeria são de origem somática ou psíquica ou, admitindo o primeiro caso, se são todos eles necessariamente determinados psicologicamente [...]. Tanto quanto posso ver, todo sintoma histérico envolve a participação de ambos os lados. Ele não pode ocorrer sem a presença de um certo grau de submissão somática oferecida por algum processo normal ou patológico num dos órgãos do corpo ou relacionado com um deles. Ela não pode ocorrer mais de uma vez – e a capacidade de repetir-se é uma das características de um sintoma histérico – a menos que tenha uma importância, um significado psíquico. O sintoma histérico não tem esse significado, em si, mas tem o significado que se lhe empresta, soldado a ele, por assim dizer, e em todos os casos o significado pode ser diferente, segundo a natureza dos pensamentos reprimidos que estejam lutando por expressão (FREUD, 1905, p. 38)

Observe-se que, assim formulado, esse conceito revela-se muito útil para a investigação sobre os modos através dos quais o psiquismo pode expressar-se no *teatro do corpo* (a expressão é de Joyce McDougall, 1991). O corpo pode mostrar-se moldável, maleável, complacente à ação do psiquismo. Se houver qualquer processo orgânico, irritativo, uma doença ou mesmo algo casual como um hematoma, uma fratura, etc., um membro ou um órgão pode ganhar uma susceptibilidade de vir a ser empregado psicologicamente. Se, simultaneamente, um processo inconsciente estiver lutando por manifestar-se na consciência, essa junção pode oferecer a melhor condição possível para esse processo poder atender *a dois senhores*, e ser tanto físico quanto psíquico, tanto corporal quanto mental. Em Dora, uma faringite ocasional na infância permitiu-lhe ganhar um sintoma de afonia, muito útil ao longo de sua vida para comunicar, de forma muda mas bem expressiva, aspectos importantes de sua vida afetiva. A *complacência somática* ainda não ganhou todo o relevo que ela merece na investigação médica e psicanalítica. O próprio Freud deixou essa hipótese sem novas formulações, competindo à psicossomática, desde Franz Alexander e Georg Groddeck, retomar seu valor heurístico.

Passemos agora a outros trabalhos de Freud em que a questão da dor física aparece, isolada ou conjugada às outras formas de sofrimento de ordem psíquica. Uma proposição freudiana que permite muitos desdobramentos é a do *escudo defensivo* que se ergue para defender o ego do acúmulo de estímulos. Estes podem ser pulsionais, quando vêm do interior do organismo, ou externos, quando ameaçam a sobrevivência provindos do ambiente. Essa concepção foi elaborada ao longo de diversos textos freudianos.

Em *Pulsões e destinos das pulsões* encontra-se a seguinte passagem:

O sistema nervoso é um aparelho ao qual foi conferida a função de livrar-se dos estímulos que lhe chegam, de reduzi-los a um nível tão baixo quanto possível, ou, se fosse possível, de manter-se absolutamente livre de estímulos. Não nos choquemos, por ora, com a generalidade e indeterminação dessa ideia e prossigamos. Podemos atribuir ao sistema nervoso a tarefa – em termos gerais – de *lidar com os estímulos*. Vemos então como a introdução das pulsões complica o esquema do reflexo fisiológico. Os estímulos externos impõem ao organismo uma única tarefa, a de subtrair-se deles. Isso acontece por meio de movimentos musculares, um dos quais afinal alcança a meta e se mostra como o movimento mais apropriado, tornando-se uma disposição hereditária. Contudo, os estímulos pulsionais que se originam no interior do organismo não podem ser eliminados por esse mecanismo. Eles impõem ao sistema nervoso exigências muito mais elevadas. Incitam-no a assumir atividades complexas e articuladas umas com as outras, as quais visam a obter do mundo os elementos para a saciação das fontes internas de estímulos, e para tal interferem no mundo externo e o alteram. Todavia, acima de tudo, os estímulos pulsionais obrigam o sistema nervoso a renunciar a seu propósito ideal de manter todos os estímulos afastados de si, pois os estímulos de natureza pulsional prosseguem afluindo de modo contínuo e inevitável (FREUD, 1915, p. 147).

Em *Mais além do princípio do prazer* ele escreve:

A proteção contra os estímulos é, para os organismos vivos, uma função quase mais importante do que a recepção deles. O escudo protetor é suprido com seu próprio estoque de energia e deve, acima de tudo, esforçar-se por preservar os modos especiais de transformação de energia que nele operam, contra os efeitos ameaçadores das enormes energias em ação no mundo externo, efeitos que tendem para o nivelamento deles e, assim, para a destruição (FREUD, 1920, p. 43).

E, logo adiante, aborda a diferença entre esses estímulos e os provenientes das fontes interiores, como é o caso das dores corporais:

O desprazer específico do sofrimento físico provavelmente resulta de que o escudo protetor tenha sido atravessado numa área limitada. Dá-se então um fluxo contínuo de excitações desde a parte da periferia relacionada até o aparelho central da mente, tal como normalmente surgiria apenas desde o *interior* do aparelho. E como esperamos que a mente reaja a essa invasão? A energia catéxica é convocada de todos os lados para fornecer catexias suficientemente altas de energia nos arredores da ruptura. Uma 'anticatexia' em grande escala é estabelecida, em cujo benefício todos os outros sistemas psíquicos são empobrecidos, de maneira que as funções psíquicas remanescentes são grandemente paralisadas ou reduzidas (FREUD, 1920, p. 45).

Esse *escudo* foi elaborado logo no início do desenvolvimento do aparelho psíquico, e a mãe é grandemente responsável por sua configuração. Uma mãe suficientemente protetora e acolhedora é a matriz inicial dessa barreira defensiva. O que aqui nos importa é assinalar que isso deve defender o psiquismo da criança dos excessos de estimulação que poderiam inundar o ego e rompê-lo, e isso tanto se refere à angústia e outros processos psíquicos perturbadores, quanto às excitações provocadas pelas dores físicas. Por isso, Freud irá retomar em 1926, no ensaio *Inibição, sintoma e angústia*, o tema da relação entre a dor e o aparelho de para-excitações, ou *escudo defensivo*:

Sabemos também muito pouco sobre a dor. O único fato do qual temos certeza é que a dor [física] ocorre em primeiro lugar e como uma coisa regular sempre que um estímulo que incide na periferia irrompe através dos dispositivos do escudo protetor contra estímulos e passa a atuar como um estímulo instintual contínuo, contra o qual a ação muscular, que é em geral efetiva porque afasta o estímulo o ponto que está sendo estimulado, é impotente. Se a dor provier não de uma parte da pele mas de um órgão interno, a situação é ainda a mesma. Tudo que aconteceu é que uma parte da periferia interna ocupou o lugar da periferia externa (FREUD, 1926, p. 196).

Finalmente, de Freud devemos recuperar uma noção que aparece nos dois trabalhos acima citados e também na Metapsicologia. Trata-se da ideia de que a dor física aja como uma *pseudo-pulsão*. A pulsão é o conceito-limite da psicanálise. Freud dizia que sua teoria das pulsões era a sua mitologia. De fato, a pulsão é tanto um limite no sentido de que se encontra na fronteira entre o psíquico e o somático, quanto é um conceito-limite, no sentido de que a teorização psica-

nalítica não alcança defini-la, ao menos não completamente. Freud indica que as tendências de conservação do psiquismo (o princípio de constância) buscam proteger o psiquismo levando à descarga dos estímulos externos através da ação, e dos estímulos internos através da elaboração psíquica. As pulsões ganham representantes (só assim elas podem ingressar no psiquismo), e é através desses representantes que a mente pode ir adequando objetos às demandas que as pulsões enviam. Freud assinala que as pulsões representam uma exigência de trabalho para o psiquismo. Esse trabalho é duplo – tanto encontrar representações representativas, quanto fornecer objetos de satisfação, ou alternativamente, encontrar vias de descarga para a energia pulsional.

E o que seria uma *pseudo-pulsão*? Seguramente, algo que também represente uma demanda de trabalho para o psiquismo, que obrigue o psiquismo a operações de defesa, já que se trata de um *estímulo contínuo* e, além disso, de um estímulo que traz potencial risco à vida. A dor física, então, é um sinal de alerta (uma angústia-sinal) e uma força similar à das pulsões, mas tem uma realidade própria – não tem um objeto pré-constituído, no máximo o alívio, e por seu caráter contínuo e soberano mostra-se capaz de alterar completamente o funcionamento psíquico. É fato mais que reconhecido que a dor se impõe a todo funcionamento mental. É muito difícil manter as funções do pensamento, da imaginação, da fantasia e até mesmo os conteúdos comuns da consciência quando uma forte dor física se impõe ao psiquismo. Então essa pseudo-pulsão demonstra-se assim um desafio às capacidades de elaboração e descarga do aparelho psíquico. Este, temendo sua invasão e possibilidade de sobrecarga excessiva, volta-se para todas as formas possíveis de eliminação da Dor, que vão da ação no ambiente a processos internos, tais como a Regressão, que é tão evidente em qualquer pessoa que esteja padecendo intensamente, e às operações de *anti-catexia* que Freud mencionou. O fundamental é proteger o psiquismo de uma sobrecarga tal que possa levar a romper seus limites e estruturas.

Freud não nos deixou outras indicações de como ampliar esse conceito de pseudo-pulsão e também deixou o tema da dor física em aberto. Mas, desde o início de sua correspondência com Georg Groddeck, procurou estimular a este para que produzisse textos que explorassem a aplicação da psicanálise no tratamento de pacientes de doenças orgânicas. Groddeck ainda é um autor relativamente pouco conhecido em nosso meio (D'EPINAY, 1988; ÁVILA, 1998, 2002, 2003, 2011; SANTOS, 2013), mas foi o pioneiro dessa expansão da Psicanálise, e é hoje em dia considerado o *pai da psicossomática moderna* (ALEXANDER; EISENSTEIN; GRO-TJAHN, 1995; BIANCOLI, 1997; DIMITRIJEVIC, 2008; ROUSTANG, 1987).

Groddeck, em sua primeira carta dirigida a Freud, datada de 27 de maio de 1917, declarava:

A psicanálise, se eu bem a compreendo, trabalha, no momento, com a noção da neurose. Presumo, todavia, que, para você também, atrás dessa palavra se encontre a vida humana inteira. [...] O id, que se mantém em misteriosa conexão com a sexualidade, forma tanto o nariz como a mão do ser humano, assim como seus pensamentos e seus sentimentos. Manifesta-se tanto na pneumonia ou no câncer como na neurose obsessiva ou na histeria. E do mesmo modo que a atividade do id, aparecendo como histeria ou neurose, é objeto de tratamento psicanalítico, assim também o será a doença cardíaca ou o câncer. Em essência não existem diferenças que possam nos levar a aplicar aqui e não lá a psicanálise (apud D'ÉPINAY, 1988, p. 101).

Freud e Groddeck mantiveram, ao longo de 17 anos de correspondência, uma relação ambígua, de um lado tensa, dada a originalidade e o profundo sentido de independência de ambos, e por outro lado, suas quase 80 cartas trocadas testemunham do interesse mútuo e da fecundidade dos dois autores, através dessa polinização cruzada. Groddeck foi precursor do Id freudiano, e isso foi explicitamente declarado por Freud em *O ego e o id* (1923). Nessa época, a correspondência entre ambos estava em seu auge, e Freud convidou-o a publicar suas ideias através da *Psychoanalytischer Verlag*.

Esse convite resultou no principal livro de Groddeck, o extraordinário *O livro d' Isso* (GRODDECK, 1984), um texto provocativo e impactante. Trata-se de um livro escrito na forma de cartas dirigidas para uma amiga, mas que se dirigiam ao próprio Freud. Nas cartas, o autor, com o codinome Patrik Troll, ia apresentando suas ideias em um fluxo quase como uma associação-livre. A amiga, na verdade Freud, respondia criticando, ampliando, glosando, e Groddeck reescrevia, com cada carta incorporando as sugestões do interlocutor e causando nova *provocação*. O livro foi publicado em 1921 e diversos psicanalistas, inclusive do círculo mais próximo a Freud, o criticaram. Groddeck, contudo, recebeu o apoio de Freud e exerceu grande influência sobre diversos psicanalistas, como Sandor Ferenczi, que foi seu paciente no Sanatório de Baden-Baden e tornou-se seu amigo, além de Franz Alexander, Michel Balint, Frieda Fromm-Reichman e Ernst Simmel.

Apresentemos algumas de suas ideias:

Groddeck considera as doenças, fundamentalmente, como uma forma de linguagem. Os sintomas corporais carregam um sentido oculto, simbólico, reprimido. Para ele, a produção das doenças segue basicamente o mesmo percurso de criação que a psicanálise descreve quanto à construção do sintoma neurótico. Groddeck propunha que do mesmo modo que uma pessoa pensa, sente, age, anda, opta, etc., com esse mesmo sentido particular, pessoal, ela também adoece. Porém, a doença se manifesta de uma forma que o seu próprio autor e sofredor ignora o sentido: é

preciso, portanto, decifrar e interpretar as doenças. É preciso devolver para o seu portador essa mensagem que ele porta, mas que não sabe ler. É preciso auxiliar o doente a reconhecer-se em sua produção de doenças. Para Groddeck, toda doença é uma forma de iniciação. Se ela for compreendida, se o Isso puder ser compreendido, a doença se mostra como uma forma de conhecimento e de transformação pessoal.

Assim como o Isso do ser humano, por quem ele é vivido, sob determinadas impressões sensoriais ou uma cadeia de pensamentos inconsciente, modifica continuamente a secreção das enzimas, a distribuição sanguínea, a atividade do coração e, em resumo, toda a vida orgânica da personalidade, da mesma maneira que esse Isso tem inúmeras formas de proteger-se contra a ameaça de intervenções químicas, mecânicas e bacterianas, do mesmo modo ele é capaz de provocar as condições que permitem a ação do germen patogênico, quando uma doença lhe pareça conveniente (1984, p. 12).

Sublinhe-se nessa frase a expressão *vida orgânica da personalidade*. Esse é um ponto decisivo, pois, para Groddeck, o organismo é sempre incondicionalmente vinculado à personalidade, à subjetividade de cada indivíduo. É fundamental na concepção groddeckiana a ideia de que o Isso precede o ser humano. Corpo e alma são apenas as expressões desse Isso que vive o homem. Groddeck dizia, em uma frase que se tornou famosa: Não é o homem que vive, ele é vivido pelo Isso. Cada expressão humana, e não só de doença, mas cada expressão da vida, transcende ao próprio homem. É o Isso quem modela o cérebro, quem determina seus pensamentos, quem cria a necessidade de que eles sejam pensados.

Doença e saúde são tidos por opostos. Mas não o são, do mesmo modo que o frio e o calor não são opostos. Assim como essas duas sensações são a expressão de diferentes comprimentos de ondas de um mesmo raio, a doença e a saúde são formas de expressão de uma só vida. A doença não vem de fora, não é um inimigo, mas sim uma criação do organismo, do Isso. O Isso – ou chamemo-lo de força vital, de si próprio ou organismo – esse Isso, do qual nada sabemos, e não reconhecemos senão uma ou outra forma de manifestação, deseja expressar alguma coisa com a enfermidade; ficar doente tem que ter um sentido (GRODDECK, 1992, p. 97).

Se recordarmos o que Freud recomendava no caso Dora, ou seja, que se pesquisassem atentamente os *motivos para adoecer* e as *intenções que os doentes ocultam dos médicos*, faz pleno sentido a observação de Groddeck:

É obrigação do médico verificar o que quer expressar a incômoda gordura, com seus riscos de derrame cerebral, de encobrir o coração e de hidropsia, o que significa a magreza, a tuberculose. O inconsciente não fala somente em sonhos, fala a partir do temperamento, do franzir da testa, das batidas do coração, e fala igualmente na silenciosa advertência do ácido úrico, uma forma de suscetibilidade (diátese), na irritação do simpático, nas características da tísica, como também fala, afinal, com a voz insistente da enfermidade (1984, p. 25).

Conclusão

Neste trabalho, procuramos resgatar e fazer brilhar novamente as construções de dois dos mais fecundos autores da psicanálise que nos legaram não apenas suas muitas contribuições teóricas, relatos clínicos e métodos de trabalho, mas também deixaram inúmeras sugestões e intuições que permaneceram incompletas e abertas a novos desenvolvimentos. Freud e Groddeck continuam produzindo através do uso que nós contemporâneos fazemos de suas incontáveis formulações conceituais e das muitas hipóteses que permeiam seus textos. Considero tarefa urgente, não só dos psicanalistas e dos médicos, mas de qualquer pessoa interessada em se compreender mais profundamente, mente e corpo inter-relacionados, que se retomem essas indicações e se prossiga em busca do que já somos, mas ainda desconhecemos.

It hurts: pain and suffering in Freud and Groddeck

Abstract: Physical pain has not received as much psychoanalytic investigation as psychic pain. In this article, we resume the seminal ideas of Sigmund Freud and Georg Groddeck, using the original description of these authors, as formulated in their own texts. We track in Freud, the hypotheses of the *intention of becoming ill*, the *secondary benefits of illnesses*, the *somatic compliance*, the *shield to-stop-excitations* and pain as a *pseudo-instinct*. From Groddeck, we recover the formulations of the It as the matrix of the no-differentiation of somatic and psychic processes, and his approach to bodily symptoms, taken as a form of symbolic language.

Keywords: Emotional pain. Freud. Groddeck. Physical pain. Psychoanalysis. Psychosomatics.

Referências

AISENSTEIN, M. Da medicina à psicanálise e à psicossomática. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 28, n. 1, p. 99-110, 1994.

ALEXANDER, F. **Psychosomatic medicine: its principles and applications**. Nova York: W. Norton, 1950.

ALEXANDER, F.; EISENSTEIN, S.; GROTJAHN, M. (Eds.) **Psychoanalytic pioneers**. New Jersey: Transaction Publishers, 1995.

ÁVILA, L. A. **Isso é Groddeck**. São Paulo: EDUSP, 1998.

_____. **Doenças do corpo e doenças da alma**: investigação psicossomática psicanalítica. 3. ed. São Paulo: Escuta, 2002.

_____. Georg Groddeck: originality and exclusion. **History of Psychiatry**, v. 14, n. 1, p. 83-101, 2003.

_____. **O eu e o corpo**. São Paulo: Escuta, 2004.

_____. Groddeckian interventions in medical settings. **The American Journal of Psychoanalysis**, v. 71, n. 3. p. 278-89, 2011.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.

BION, W. R. **Atenção e interpretação**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **Transformações**: mudança da aprendizagem ao crescimento. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

_____. **Pensamentos psicanalíticos revisados**. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

_____. **Elementos de psicanálise**. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 2004

BIANCOLI, R. Georg Groddeck, the psychoanalyst of symbols. **International Forum of Psychoanalysis**, v. 6, n. 2, p. 117-125, 1997.

BLUM, H. P. Masochism: passionate pain and erotized triumph. **Psychoanalytic Review**, v. 98, p. 155-169, 2011.

BUECHLER, S. No pain, no gain? suffering and the analysis of defense. **Contemporary Psychoanalysis**, v. 46, p. 334-354, 2010.

D'ALVIA, R. El dolor: una forma particular del afecto. **Revista de Psicoanálisis**, v. 56, n. 3, p. 635-50, 1999.

DEJOURS, C. **Recherche psychanalytique sur le corp**. Paris: Payot, 1989.

D'ÉPINAY, M. L. **Groddeck**: a doença como linguagem. Campinas: Papirus, 1988.

DIMITRIJEVIC, A. Definition, foundation and meaning of illness: locating Georg Groddeck in the history of medicine. **The American Journal of Psychoanalysis**, v. 68, n. 2, p. 139-147, 2008.

FENICHEL, O. **The psychoanalytical theory of neurosis**. v. 3. London: Routledge & Kegan Paul, 1982.

FLEMING, M. Towards a model on mental pain and psychic suffering. **Canadian Journal of Psychoanalysis**, v. 13, p. 255-72, 2005.

_____. On mental pain: from Freud to Bion. **International Journal of Psychoanalysis**, v. 17, p. 27-36, 2008.

FREUD, S. (1915). Pulsões e destinos da pulsão. In: **Obras psicológicas de Sigmund Freud**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____. (1920). Além do princípio do prazer. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____. (1923). O ego e o id. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____. (1926). Inibições, sintomas e ansiedade. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 20. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

GILMAN, S.L. Seeing Bodies in Pain: from Hippocrates to Freud. **International Journal of Psychoanalysis**, v. 92, p. 661-674, 2011.

GRODDECK, G. **Livro d'Isso**. São Paulo: Perspectiva, 1984.

_____. **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

JOSEPH, B. Toward the experiencing of psychic pain. In: GRODSTEIN, J. S. (Ed). **Do I dare disturb the universe? a memorial to Wilfred R. Bion**. Beverly Hills: Caesura Press, 1981.

LECLAIRE, S. **O corpo erógeno**. Rio de Janeiro: Fonfon, 1979.

LIEB, R. et al. The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. **European Psychiatry**, v. 17, n. 6, p. 321-31, 2002.

MARTY, P. **L'ordre psychosomatique**. Paris: Payot, 1980.

MCDOUGALL, J. Um corpo para dois. **Boletim Científico da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro**, v. 1, n. 2, p. 8-33, 1987.

MCDOUGALL, J. **Teatros do corpo**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MELLO FILHO, J. (Ed.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010. (Originalmente publicado em 1992).

NASIO, J. D. **A dor física**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

PERESTRELLO, D. **Trabalhos escolhidos**. São Paulo: Atheneu, 1987.

PRINCE, R. The self in pain: the paradox of testimony. **The American Journal of Psychoanalysis**, v. 69, p. 279-290, 2009.

REID, S.; WHOOLEY, D.; CRAYFORD, T.; HOTOPF, M. Medically unexplained symptoms - GP's attitudes towards their cause and management. **Family Practice**, v. 18, n. 5, p. 519-23, 2001.

ROUSTANG, F. **Um destino tão funesto**. Rio de Janeiro: Taurus, 1987.

SANTOS, L. N. **A doença como manifestação da vida: Georg Groddeck e um novo modelo de cuidado em saúde**. Curitiba: Appris, 2013.

SHAPIRO, B. Building bridges between body and mind: The analysis of an adolescent with paralyzing chronic pain. **International Journal of Psychoanalysis**, v. 84, p. 547-61, 2003.

TAYLOR, G.J. The Challenge of Chronic Pain: a psychoanalytic approach. **Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry**, v. 36, p. 49-68, 2008.

WEISS, E. (1934). Bodily pain and mental pain. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 1-13.

WINNICOTT, D. W. La enfermedad psico-somática en sus aspectos positivos y negativos. **Revista Uruguaya Psicoanálisis**, v. 61, p. 11-22, 1982.

_____. A mente e sua relação com o psicossoma. In: _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

Copyright © Psicanálise – Revista da SBPdePA
Revisão de português: Débora Rodrigues

LAZSLO ANTONIO ÁVILA
Rua Saldanha Marinho, 3564
15014-300 – São José do Rio Preto, SP – Brasil
e-mail: lazslo@terra.com.br