psicanálise e dor:
concentrada está a sua alma

Elaine Starosta Foguel

O homem é um misto de lodo e água. Por que não há de a mulher ser feita de orvalho, de evaporações terrenas e raios luminosos, de partículas condensadas de arco-íris? Onde está o possível, onde está o impossível?

Jacques Cazotte, *O diabo amoroso*

introdução

O título deste trabalho[1] se refere a uma frase extremamente conhecida de Freud em seu texto sobre o narcisismo[2]: a libido se concentra no lugar da dor, no estreito orifício do molar. Essa imagem é, ao mesmo tempo, fenomenológica e metapsicológica. Ela é fenomenológica, pois quem sofre de dor se recolhe, retira o interesse das coisas do mundo. Toda a descrição da dor, seja esta de origem física ou psíquica, refere tristeza, depressão, isolamento, adoecimento no laço social, enfraquecimento das relações, ineficácia da palavra.

Essa descrição dos estados dolorosos é feita pelos psicólogos que estudam, medem e avaliam a dor, porém quem melhor aborda o tema é o antropólogo francês David Le Breton, o qual tem uma obra extensa sobre as questões do corpo na atualidade, e que publicou uma antropologia da dor no mundo ocidental hodierno. O autor descreve muito bem os vários níveis de ruptura dos laços sociais da pessoa afetada pela dor.

Por outro lado, a metapsicologia apontada nas palavras do poeta dá conta da distribuição libidinal nos estados dolorosos, quando o interesse se recolhe ao lugar do nervo exposto. A poesia possui amplo alcance uma vez que a metáfora concentra o gozo no estreito orifício do molar, também condensando as várias possibilidades de pensarmos o *afeto da dor*. Devemos interpretar o verso de acordo com a *dimensão real* da nossa clínica. A dor crônica é sintoma para a medicina. Para a psicanálise, porém, é primordialmente uma *afecção no real do corpo*

[1] As idéias aqui desenvolvidas sobre o tema da dor fazem parte de uma série de articulações decorrentes do atendimento psicanalítico no Ambulatório da Dor do Hospital das Clínicas da UFBA, em Salvador, desde 2000.

[2] Freud. Sobre o narcisismo (1914/1974, p. 98)

(e por isso afeto) que se organiza como compulsão à repetição[3].

Em 1925, no Anexo C à *Inibição, sintoma e angústia, Freud* chama a atenção para a circulação pulsional em torno do local dolorido: "[a dor] atua como um estímulo pulsional contínuo, frente ao qual permanecem impotentes as ações musculares, em outros casos eficazes, que subtrairiam do estímulo o lugar estimulado"[4].

Nesse mesmo texto, Freud enfatiza que na dor, diferentemente da angústia, não se trata de uma ameaça de perda do objeto, mas de uma *verdadeira perda.* Ora, a operação real de falta do objeto comporta uma atualização da privação, em que sabemos produzir-se um buraco real.[5] O sofrimento de dor contínua é uma vivência de desamparo radical.

As duas chamadas de Freud no Anexo C vão ao encontro dessa repetição paradoxal denominada por ele *pulsão de morte:* Aqui não se verifica a fruição de um prazer, tampouco uma descarga libidinal homeostática. O gozo vai num crescente, rumo ao que a medicina chama cronicidade; paradoxalmente, o corpo goza do objeto dor, no sentido esclarecido por Lacan: "Pois o que eu chamo de gozo, no sentido em que o corpo se experimenta, é sempre da ordem da tensão, do forçamento, do gasto, inclusive da proeza"[6].

o gozo do outro

Lacan articula gozo e dor em 1966, na conferência *Psicanálise e medicina*: "Incontestavelmente há gozo no nível onde começa a aparecer a dor, e sabemos que é só nesse nível de dor que pode experimentar-se toda uma dimensão do organismo que de outro modo permanece velada"[7].

Esta citação, longe de encerrar o assunto do gozo pulsional, é um desafio, pois a teoria do gozo em Lacan comporta a economia das três dimensões da linguagem enodadas em torno de um centro vazio, lugar de mais gozar, que "turbilhona" os funcionamentos do real, do simbólico e do imaginário: *gozo Outro, gozo fálico* e mesmo *gozo do sentido,* como sugere, em *Televisão,* com *jouis-sense.*[8] São estes os três lugares em que o ser falante vive uma ex-sistência faltosa, incompleta de gozo, submetida às operações de falta. Nas ex-sistências estão localizados os efeitos de gozo, os efeitos de não relação e os efeitos de sentido.

A dor invade o corpo como *gozo Outro*; é uma afecção sem nome, não se subordina à cadeia significante, ao contrário, provoca o grito, o gemido; a palavra aí não tem efeito. A dor de

[3] Foguel. *O saber do psicanalista* (2002, p. 78-79).

[4] Freud. Inhibición, sintoma y angustia (1925/1996, p. 159)

[5] Lacan. *O seminário - livro 4: A relação do objeto* (1956/1995, p. 59).

[6] Lacan. Psicoanálisis y medicina (1966/1985, p. 95)

[7] *Ibid*, p. 95.

[8] Lacan. *Televisão* (1973/1993, p. 25)

longa duração altera o laço social, modifica as relações com o mundo. O fantasma vacila. Angústia, ansiedade, irritação, estranheza, semblante e humor deprimidos sempre aparecem. O corpo, na dimensão de "organismo", é sentido como um Outro corpo, desconhecido, com o qual não se pode mais contar como antes.

O gozo do Outro não se subordina à castração e a dor não se inclina em face das leis da linguagem. Na escolha pela denominação gozo do Outro, Lacan chama a atenção para o caráter genitivo na relação entre os dois significantes, gozo e Outro, uma vez que não há Outro do Outro que possa garantir essa completude. Há o gozo fálico, que se escreve, e há o gozo Outro, impossível de se escrever, mas suposto imaginariamente ao Outro.

O gozo do Outro é fora da linguagem, mas não pode ser descrito como puro gozo do real, uma vez que todo corpo humano é imaginarizado. Em *A terceira* (1974), Lacan diz que "o corpo se introduz na economia do gozo [...] pela imagem do corpo. A relação do homem com o que assim chamamos seu corpo, *se algo sublinha muito bem que é imaginária, é o alcance que tem nela a imagem*"[9]. Sem a intervenção da imagem, o corpo seria opaco.

[9] Lacan. La tercera (1974/1988, p. 91)

Quanto ao simbólico, está fora do gozo do Outro, mas, ao mesmo tempo, encontra-se enodado e presente na estrutura borromeana da linguagem, trabalhando em silêncio. O inconsciente é um "saber que não pensa, nem calcula, nem julga, o que não o impede de trabalhar"[10].

[10] Lacan. *Televisão* (1973/1993, p. 31)

Quando se iniciam as entrevistas psicanalíticas, a imaginarização feita no real é o que primeiro se evidencia: na fala, nos gestos, na descrição do fenômeno, na apalpação do próprio corpo, na apresentação do local da dor, superfície e profundidade. Para mostrar a dor na superfície do corpo, as pessoas afagam o lugar da dor; se a dor é sentida dentro, elas apertam com os dedos como se pudessem tocar as entranhas. Nas cefaléias, muitas vezes batem com os nós dos dedos no crânio, para produzir um som que dizem ser oco, e que querem fazer ouvir. Algumas vezes, infelizmente, o oco direto do real é tudo o que conseguem referir, junto com as queixas, sem que nenhuma hipótese ou construção venha barrar esse estranho som da dor.

Quanto ao trabalho silencioso do inconsciente, este se evidencia pelo que não mostra: o "paciente do médico" sonha com uma cura pela pílula, e vem impregnado de seu recalque cuja mentalidade, datada de 1650, insiste que a teoria da espe-

cificidade cartesiana se verifique. Em outros termos, o sintoma teria uma causa e esta, uma vez suprimida, faria seu efeito desaparecer. E de preferência, um suposto saber deveria fazer isto pelo paciente. Infelizmente, para médicos e doentes, nem tudo na medicina é apendicite...

A mostração do inconsciente no nó borromeano se dá no espaço de vizinhança do simbólico, no funcionamento metafórico e fonético da linguagem. O prolongamento desse espaço em direção ao real, no entanto, escreve o sintoma como letra, uma continuidade do simbólico invadindo o real. Neste lugar ele é repetição que remete a si próprio, não desliza. É o lugar do sintoma para análise, e este quase nunca corresponde ao sintoma médico em razão do qual o paciente foi encaminhado.

[11] Lacan, *O seminário - livro 5: As formações do inconsciente* (1958/1999, p. 335)

No Seminário *As formações do inconsciente*, Lacan declara: "O que chamo de sintoma é aquilo que é analisável"[11]. Na seqüência, comenta sobre Elizabeth von R.: "A dor [...] apresentou-se, a princípio, de uma maneira que parecia inteiramente fechada"[12].

[12] *Ibid.*, p. 338.

Lacan trabalha o sintoma como máscara que articula um duplo caráter do desejo inconsciente. Como *reconhecimento do desejo* (da ex-sistência do desejo, da sobrevivência do $) uma vez que pelo sintoma o *isso fala*, ou seja, um *reconhecimento por ninguém*, implícito no funcionamento do significante que representa um $ para outro significante, e não para outra pessoa, como querem os comportamentalistas. A outra vertente do sintoma apontada por Lacan é o *desejo de reconhecimento*, em que o desejo está rejeitado, é um *desejo de nada*[13].

[13] *Ibid.*, p. 338.

O desejo no sintoma se estrutura em torno do *ninguém* e do *nada*, implicando um exercício de compulsão à repetição para salvar a subjetividade, de um lado, e para tentar gozar, do outro. Freud, em *Cinco lições de psicanálise*[14], compara dois monumentos da cidade de Londres a sintomas histéricos, pois tanto os monumentos quanto os sintomas são símbolos da memória de eventos traumáticos. Além disso, se concordamos em localizar o sintoma na dimensão real, temos de acrescentar a ferocidade da repetição para além da representação simbólica teorizada por Freud: se o real não cessa de não se escrever na busca da relação sexual, a repetição constitui-se em um *monumento ao impossível*.

[14] Freud. Cinco lições de psicanálise (1910/1974, p. 19).

Muitos pacientes do ambulatório chegam ao psicanalista falando apenas da dor, dos tratamentos, das medicações. A direção do trabalho do analista é que eles falem de si e de tudo o mais que lhes vier a falar. Já sabemos o resultado dessa dire-

ção: revelam-se sintomas mentais, de uma ordem fortíssima de repetição e ferocidade; localizam-se inibições há muito cristalizadas e aparentemente egossintônicas, e muita angústia. O sujeito aparece nos sonhos e nas outras formações do inconsciente; o $ é sincrônico e evanescente, e se faz presente ao tempo em que o real é abordado pela fala do analisante no tratamento, sempre como ruptura e descontinuidade.

Assim, pode se constituir uma neurose de transferência, como Freud preconizou. A dor então entra na fala do analisante em um outro discurso. A psicanálise é o único atendimento, entre os vários da equipe multidisciplinar, em que um sintoma não é abordado diretamente no intuito de fazê-lo sumir.

o gozo fálico

O sintoma analítico se expressa como gozo na linguagem, como gozo fálico, submetido às operações de falta. A função fálica organiza a sexualidade possível e limitada ao humano; graças a isto, a *língua civiliza este gozo*[15]. No gozo fálico, o corpo goza de objetos, referidos ao objeto *a*, centro da falta; é o lugar de junção real e simbólica, em que a linguagem intermedeia o gozo de objetos localizados no corpo.

[15] Lacan. La tercera (1974/1988, p. 89).

No entanto, apesar da proximidade, sintoma e gozo fálico não devem se reduzir um ao outro; o gozo fálico é a função fálica possível e o sintoma, apesar de insistir no real, deve amansar-se até o ponto em que *a linguagem possa fazer com ele equívoco*[16]. Podemos também supor que, se o gozo fálico e o sintoma ocupam o mesmo lugar na estrutura da linguagem, temos o que Freud chamou uma formação de compromisso, e não uma modificação no sintoma.

[16] *Ibid*, p. 96.

A direção descrita é válida para os casos de dor com ou sem lesão de tecido, desde que se constitua uma demanda e um desejo de tratamento; não interessa à psicanálise circunscrever sua competência apenas aos casos de histeria de conversão, pois isso reduziria injustamente seu alcance.

o sentido

Em 1920, quando Freud teorizou a pulsão de morte, tornou-se imperativo que a psicanálise saísse do terreno da compreensão. Não é possível "compreender" que o ser humano repete o mórbido. É incompreensível. Se for mesmo verdade que alguma adaptação deve ser feita no atendimento psicanalítico nas instituições, essa modificação *nunca* deverá ser a busca do sentido. A busca do sentido transforma a escuta psicanalítica numa psicoterapia do imaginário, o que seguramente alie-

na mais ainda o neurótico ao desejo do Outro, além de engordar o sintoma.

Por outro lado, Lacan nos adverte a estreitar o sentido em direção ao real: *é para reduzir este sentido que vocês operam*[17]. Para isso, aborda o aspecto fonético do significante na fala, ao que a jaculação pode produzir de sentido real, não no deslizamento próprio da cadeia significante, mas numa redução do gozo. Para isso, introduz o estudo do real que ex-siste em cada consistência, inclusive no lugar do sentido, em que simbólico e imaginário estão juntos. $\exists x.f(x)$ é a fórmula geral da função de ex-sistência, e se ocorre de x ser zero, os matemáticos escrevem uma raiz imaginária, como raiz quadrada de -1, a partir da qual podem continuar certos cálculos. Logo, há real no sentido, o sentido não escreve tudo, ele pode deslizar ao infinito sem jamais escrever a relação sexual.

Este sentido real almejado, *que dura e se mantém*[18], é abordado na análise pelo significante, não em seu aspecto de deslizamento, mas em seu aspecto jaculatório. As intervenções que propiciam que esse efeito se verifique *a posteriori* terão que ser vistas na singularidade de cada tratamento. No entanto um corte na sessão no lugar do encontro com o real pode marcar um ato de limitar a metáfora, com o efeito real de sentido. Nesta consistência de nó de três, um sentido real faz a amarração necessária na análise, *pois esta ex-sistência é o que responde ao real*[19].

[17] Lacan. R. S. I. (1974-1975), (Inédito, p. 3.)

[18] *Ibid.*, p. 30.

[19] *Ibid.*, p. 30.

finalização

Quanto a uma suposta representação que a dor poderia ter antes da entrada em análise, só podemos afirmar que a dor representa a própria dor ao mesmo tempo em que se refere à dor própria. Porém essa referência, caso apareça, será construída pelo analisante durante a psicanálise. Não cabe ao analista levantar hipóteses e/ou emitir associações envolvendo o que denominamos sintoma médico. Essa prática é sugestiva e não constitui um ato analítico: além de produzir alienação do analisante ao ego do analista – efeito indesejável na direção do tratamento –, impede a entrada em análise.

Ademais, esse tipo de intervenção parte do pressuposto médico pré-freudiano de que a um sintoma corresponderia uma causa, e ignora o conceito de sobredeterminação. Por esses motivos, a dor jamais deve ser "interpretada" pelo imaginário do analista. Não haveria um substrato ético para tal ato, que conduziria ao pior.

referências bibliográficas

CAZOTTE, Jacques. O diabo amoroso. In: SOUZA LEITE, Marcio Peter de e CAZOTTE, Jacques. *O Deus odioso. O diabo amoroso: Psicanálise e representação do mal*. São Paulo: Escuta, 1991.

FOGUEL, Elaine S. Psicanálise e dor. *O saber do psicanalista*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, p. 73-86, 2002.

FREUD, Sigmund. Cinco lições de psicanálise (1910). In: *Edição Standard Brasileira das Obras completas psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. Vol. XI.

FREUD, Sigmund. Sobre o narcisismo (1914). In: *Edição Standard Brasileira das Obras completas psicológicas de S. Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. Vol. XIV.

FREUD, Sigmund. Inhibición, síntoma y angustia (1925). In: *Sigmund Freud Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1996. Vol. XX.

LACAN, Jacques. *O seminário - livro 5: As formações do inconsciente* (1957-1958). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

LACAN, Jacques. *O seminário - livro 4: A relação de objeto* (1956-1957). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

LACAN, Jacques. *O seminário - livro 22: R. S. I.* (1974-1975). Inédito.

LACAN, Jacques. Psicoanálisis y medicina (1966). *Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manantial, 1985.

LACAN, Jacques. *Televisão* (1973). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

LACAN, Jacques. La tercera (1974). In: *Intervenciones e textos 2*. Buenos Aires: Manantial, 1988.

LE BRETON, David. *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié, 1995.

resumo

Este trabalho é uma reflexão sobre a clínica psicanalítica com base em atendimentos no Centro Multidisciplinar de Dor, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia. O texto descreve e localiza no nó borromeu a diferença entre sintoma médico e sintoma para o tratamento psicanalítico na transferência; a partir disto, articula a dor com a teoria dos gozos segundo a mostração lacaniana (Gozo A, gozo fálico, *jouis-sense*); reflete sobre a ética da direção do tratamento, concluindo que esta deve ser a mesma na instituição e na clínica privada. Discorre, por fim, sobre a abstinência do analista em emitir interpretações imaginárias em relação ao sintoma médico, pois esta prática não pertence à direção do tratamento.

palavras-chave

Dor, gozo, sintoma

abstract

This work presents an analysis of psychoanalytic practice in the context of the Multidisciplinary Pain Center (Hospital das Clínicas, Universidade Federal da Bahia). The article describes and locates in the Borromean Knot the differences between the medical and the psychoanalytical symptom, which only occurs during the treatment through transference. From this point on, the text interrelates the concept of pain and the *jouissance* theory according to Lacan's Borromean Knot (J(A), *Jouissance* phallic, *jouis-sense*); it is argued that the ethics of the psychoanalytical treatment of chronic pain patients must always be the same, whether the treatment occurs in an institution, or in a private clinic. In its conclusion, the text calls attention to the necessary abstinence of the analyst regarding his own associations and imaginary interpretations.

key words

Pain, *jouissance*, symptom