

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA

SIMONE ELIZA RIBEIRO DE CARVALHO AVELINO

O corpo na Psicanálise: o caso da Fibromialgia

Goiânia

2014

SIMONE ELIZA RIBEIRO DE CARVALHO AVELINO

O corpo na Psicanálise: o caso da Fibromialgia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Puc-Goiás, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Psicopatologia Clínica e Psicologia da Saúde.

Orientador: Prof. Fábio Jesus Miranda

Goiânia

2014



MESTRADO EM PSICOLOGIA

O CORPO NA PSICANÁLISE: O CASO DA FIBROMIALGIA

BANCA EXAMINADORA

Dr. Fábio Jesus Miranda / PUC-GOIÁS
(Presidente)

Dra.. Maria Elisa França Rocha / UFG
(Convidada externa)

Dra. Kátia Barbosa Macêdo/ PUC-GOIÁS
(Membro Interno)

Dr. Cristiano Coelho / PUC-GOIÁS
(Suplente)

“O que é que faz com que as palavras tomem corpo e tomem o corpo e não sejam apenas portadoras de sentido? O que é que faz com que o pensamento de Freud, em sua exigência, suas contradições, seu movimento, venha, muito mais do que ‘produzir um texto’, a criar uma obra que seja para nós um organismo vivo e não letra morta?”

J. B. Pontalis (2000)

Ao meu crescimento e aos meus três grandes amores
Leomar, Sophia e Laila

Agradecimentos

Agradeço a Deus que ilumina minha vida, mostrando minhas possibilidades e colocando pessoas e oportunidades no meu caminho, que contribuem para o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço ao meu esposo Leomar por ser um companheiro de vida que oferece suporte, amor, carinho e atenção em nosso dia a dia. Obrigada por construir comigo um lar acolhedor, seguro e amoroso para os nossos filhos.

À Sophia e à Lailla agradeço pelo amor recebido e por me ensinarem sobre prioridade, equilíbrio e planejamento na vida profissional e pessoal.

Agradeço a minha família, pelo amor e apoio recebidos. Em especial à minha mãe pelo apoio junto às minhas filhas, para que eu pudesse realizar meu trabalho.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Fábio Jesus Miranda, a generosidade em compartilhar comigo seu conhecimento.

À Prof. Dra. Fabiana Pina, do ambulatório de reumatologia da PUC agradeço a forma com que me acolheu em minha visita ao ambulatório para contatar os pacientes.

Agradeço à Prof. Dra. Maria Lisa França Rocha a participação em minha banca de defesa destacando sua assertividade ao apontar questões, e sua generosidade em compartilhar seu conhecimento.

Agradeço à Prof. Dra. Kátia Barbosa Macêdo por sua participação na banca de defesa, contribuindo de modo significativo para o refinamento do trabalho quanto à formatação e elaboração do texto.

Agradeço ao Prof. Dr. Cristiano Coelho a participação em minha banca de qualificação e como suplente para a defesa.

Agradeço à minha amiga e irmã Márcia Sally que sempre esteve ao meu lado com uma palavra de apoio.

Agradeço à minha amiga Cristina Moura, que mesmo à distância, esteve presente.

Agradeço à minha analista Beatriz Valle que através de sua escuta me abriu possibilidades de escuta de mim mesma e do outro ampliando minha condição de pesquisadora e de clínica.

Resumo

O presente estudo é resultado de uma pesquisa realizada em uma Instituição Hospitalar, a Santa Casa de Misericórdia de Goiânia. O que motivou a realização deste estudo foi a demanda crescente na clínica psicanalítica de pacientes diagnosticados com Fibromialgia e/ou dores no corpo e os poucos estudos realizados até o momento sobre o tema. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório. O objetivo geral da pesquisa consistiu em compreender o conceito de corpo e a relação entre os processos psíquicos e a manifestação somática no sujeito com fibromialgia. O estudo é fundamentado principalmente na teoria psicanalítica. Utilizou-se o Método de Explicitação do Discurso Subjacente, o MEDS, no qual a entrevista semi-estruturada é o instrumento para a coleta de dados. Foi realizada a análise temática dos dados coletados, segundo categorias éticas, aquelas estabelecidas a partir da revisão teórica, antes da aplicação das entrevistas, e das categorias êmicas, estas estabelecidas a partir dos conteúdos revelados nas entrevistas com os sujeitos da pesquisa. Os sujeitos que participaram do estudo foram pacientes diagnosticados como portadores da síndrome da fibromialgia atendidos na Santa Casa de Misericórdia. Os principais resultados apontaram que os sujeitos vivenciaram na infância a violência no corpo, por meio de abuso sexual e da violência doméstica. Mostraram a significativa presença da inibição da agressividade nestes sujeitos e a sua dificuldade de expressão e nomeação de afetos. Os resultados indicaram ainda, uma etiologia traumática concomitante ou anterior ao surgimento da dor e a experiência do desamparo e da angústia vividos por eles desde a infância. Outras características acentuadas nos sujeitos da pesquisa foram a continência de seus afetos, uma vida sexual insatisfatória, a presença de comorbidades e de uma impotência paralisante. Os resultados apresentaram, na perspectiva metapsicológica, que a fibromialgia pode comparecer como sintoma na estrutura psicossomática ou como um fenômeno psicossomático nas diferentes estruturas clínicas, neurose ou psicose, como uma solução subjetiva. Tal sintoma pode estar relacionado à descarga de importante soma de excitações pulsionais no corpo devido à precariedade de recursos simbólicos para a elaboração e simbolização dessas pulsões, que se fixam como sintomas que se processam no soma.

Palavras-chave: corpo, relação psíquico/somático, psicanálise, fibromialgia.

Abstract

The present study is the result of a survey conducted in a Hospital, the Santa Casa de Misericórdia de Goiânia. What motivated the realization of this study was the demand on psychoanalytic clinic of patients diagnosed with Fibromyalgia and/or body aches and the few studies conducted thus far on the topic. This is a descriptive and exploratory study. The overall objective of the research was to understand the concept of body and the relationship between the psychic processes and somatic manifestation on the subject with fibromyalgia. The study is based primarily on Freudian psychoanalytic theory. We used the Method of Explanation of the Underlying Discourse, the MEUD in which semi-structured interview is the instrument for data collection. Thematic analysis of the data collected, according to ethical categories, those established from the theoretical review, before the implementation of the interviews, and the êmicas categories, these established from the content revealed in the interviews with the subjects of the research. The subjects who participated in the study were patients diagnosed as suffering from fibromyalgia syndrome met in Santa Casa de Misericórdia. The main results showed that such subjects have experienced in his childhood violence on the body, through sexual abuse and domestic violence. Equally striking the presence of the inhibition of aggression in these subjects and their difficulty of speech and appointment of affections. The results showed the presence of a concomitant traumatic etiology or prior to the emergence of pain and the experience of helplessness and distress experienced by them since childhood. Other features accented in subject of research were saluting their affections, an unsatisfactory sex life, the presence of Comorbidities and a paralyzing impotence. The results presented from the metapsychological perspective showed that the Fibromyalgia can appear as a symptom in psychosomatic structure or as a psychosomatic phenomenon in different clinical structures, neurosis or psychosis, as a subjective solution. This symptom can be related to important discharge sum of pulsions excitations in the body due to the precariousness of symbolic resources for the elaboration and symbolization of these pulsions, which fixate as symptoms that render in the body.

Keywords: Body, relationship psychic /somatic, psychoanalysis, fibromyalgia.

Sumário

Dedicatória	xi
Agradecimentos	xii
Resumo	xiii
Abstract	ix
Introdução	13
Capítulo 1 - Uma Síntese Sobre a Fibromialgia Segundo a Medicina.....	19
Capítulo 2 - O Corpo na Psicanálise Freudiana	27
Capítulo 3 - Sobre a Dor e a Psicanálise	47
Capítulo 4 - Sobre a Psicossomática	59
Capítulo 5 - O Corpo na Psicanálise: O Caso da Fibromialgia.....	83
5.1. Fibromialgia e a Intervenção Psicoterapêutica	94
Capítulo 6 - Delineamento Metodológico do Estudo	99
6.1. Objetivos	100
6.1.1 Objetivos Gerais	100
6.1.2 Objetivos Específicos	100
6.2. O Método de Pesquisa.....	101
6.3. Fases Propostas pelo MEDS	102
6.3.1 Fase 1: Seleção dos Sujeitos	102
6.3.1.1 Critérios para inclusão dos Sujeitos.....	102
6.3.1.2Recrutamento dos Participantes	103
6.3.1.3Quantidade de sujeitos para a pesquisa	104
6.3.2 Fase 2: A Construção do Roteiro para as Entrevistas/Instrumento	105
6.3.2.1 Instrumento de coleta de dados.....	105
6.3.2.2 Construção do Instrumento de coleta de dados	106
6.3.3 Fase 3: As Entrevistas	106
6.3.3.1 A Realização das Entrevistas.....	106
6.3.3.2 Campo de Pesquisa	107
6.3.3.3 Tempo de cada Entrevista	107
6.3.4 Fase 4: A Transcrição dos Depoimentos.....	108

6.3.5 Fase 5: A Análise dos Depoimentos Coletados.....	108
Capítulo 7 - Apresentação e Discussão de Resultados	111
7.1. Categorias Éticas e Êmicas.....	113
Capítulo 8 - Considerações Finais	146
Referências	153
Anexos	

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Tempo de diagnóstico por sujeito	
Tabela 2 -Duração de cada entrevista por sujeito entrevistado.....	
Tabela 3 - Distribuição das categorias éticas e êmicas.....	
Tabela 4 - Comorbidades para cada entrevistado.....	

Lista de Anexos

ANEXO 1 - Roteiro de entrevista

ANEXO 2 - Documentos do Comitê de Ética

Introdução

Propõe-se tratar nesta pesquisa, em uma perspectiva metapsicológica, de um assunto ainda pouco pesquisado: a doença da Fibromialgia a partir do referencial teórico da Psicanálise.

Os primeiros estudos em fibromialgia foram realizados por Gowers em 1904, que a identificou pelo termo fibrosite, acreditando se tratar de uma inflamação característica do reumatismo. Em 1981, Yunus propôs o termo fibromialgia e este foi aceito por pesquisadores e entidades da saúde. No ano de 1990 a *American Medical Association* e o *American College of Rheumatology* reconheceram a fibromialgia como uma síndrome distinta e a classificaram oficialmente. É uma síndrome reumatológica cujos sintomas são característicos (Wolfe *et al.*, 1990).

Não há consenso sobre as causas da Fibromialgia, pois apresenta sintomas diversos e específicos em cada paciente. (Moldofsky, 1989 citado por Marques & Slompo, 1991) quanto à origem da fibromialgia, afirma que está relacionada à interação de fatores genéticos, neuroendócrinos, psicológicos e de distúrbios do sono. Refere que diferentes fatores isolados ou combinados podem favorecer a manifestação do quadro, dentre eles doenças graves, traumas, acidentes e alterações hormonais.

Segundo Costa *et al.* (2005) o papel potencial de infecções na etiopatogenia da fibromialgia e da síndrome da fadiga crônica, em especial as virais, vem sendo recentemente investigado. O agente infeccioso que parece mais estar associado aos casos de fibromialgia é o vírus da hepatite C.

Dentre os sintomas comumente relacionados à patologia, podem estar presentes cefaléias, síndrome do cólon irritável, dismenorreia, padrões atípicos de

parestésias, bexiga irritável, sono não restaurador, aumento da sensibilidade ao frio, fenômeno de Raynaud, síndrome das pernas inquietas e dor na articulação têmporo-mandibular, como afirma (Wolfe *et al.*, 1990).

O diagnóstico é baseado somente em critérios clínicos, descritos pelo *American College of Rheumatology- ACR* (2010) sendo eles, a dor difusa no corpo por mais de três meses, dor difusa no esqueleto axial, cansaço crônico, problemas de memória e concentração, insônia e sono não reparador, diarreia ou prisão de ventre freqüentes, vontade constante de urinar, suor em excesso e sensibilidade ao frio. O diagnóstico não deve ser por exclusão, mas através de um diagnóstico diferencial.

A compreensão da fibromialgia requer uma avaliação abrangente da dor, da função e do contexto psicossocial (Cavalcante *et al.*, 2006).

Knoplich (2001) destaca que o tratamento da fibromialgia deve ser feito com o enfoque sociopsicossomático, por parte dos especialistas que tratam esses pacientes. O autor diz que a abordagem deve ser, desde o início, conjuntamente somática e psicológica. O tratamento inclui o uso de medicamentos analgésicos, anti-reumáticos, tranqüilizantes, antidepressivos, medicação para sono. Também fazem parte do tratamento a fisioterapia, técnicas de relaxamento, a prática de exercícios físicos e psicoterapia.

A fibromialgia freqüentemente se relaciona a aspectos emocionais, tais como depressão¹, ansiedade e estresse. Depressão e ansiedade são sintomas freqüentes, de 50% a 86% dos pacientes têm o diagnóstico. (Santos *et al.*, 2012). A

¹O termo depressão utilizado aqui refere-se ao conceito da psiquiatria. Costa (2013) estado mental caracterizado por diminuição do tônus neuropsíquico e que se manifesta com lassidão, fadiga, pessimismo e, por vezes, ansiedade.

Psicologia e a Psicanálise se caracterizam como campos de investigação complementar às questões desta patologia.

A fibromialgia é uma das desordens reumatológicas mais freqüentes na população mundial, estando o Brasil em segundo lugar (Assumpção, 2006). No Brasil, os dados mais recentes, e que servem de base a estudos médicos, referem-se a levantamento realizado na cidade mineira de Montes Claros. Segundo eles, a prevalência observada na população é de 2,5%, a maioria sendo de sexo feminino, das quais 40,8% entre 35 e 44 anos de idade apontam para a predominância da incidência dessa síndrome entre as mulheres (Besset *et al.*, 2010).

As poucas pesquisas no campo da Psicanálise sobre o assunto, juntamente com o fato de haver uma demanda clínica importante e crescente de pessoas com várias formas de manifestação de dor e sofrimento no corpo, despertaram o interesse pela investigação.

No Brasil, em 2013, foi realizada uma revisão de literatura sobre a produção científica acerca do tema, especificamente com referência à psicanálise. Após a realização da triagem restaram seis artigos nacionais (Oliveira, 2013).

Portanto, a necessidade de desenvolver e amadurecer o conhecimento sobre os sujeitos que foram diagnosticados portadores do mal da fibromialgia, como também, a necessidade de maior conhecimento sobre a própria doença, além do grande interesse pela relação mente/corpo, como se dá essa relação, como está implicada na saúde e no sofrimento humano, levaram ao desenvolvimento desse trabalho.

Torna-se, deste modo, significativa a investigação de caminhos que corroborem na construção de um conhecimento que possa fazer prevenir a dor ou dar lugar para ela através de sua nomeação pela linguagem para que o sofrer

possa ser colocado em palavras e elaborado no trabalho analítico.

Assim, procura-se determinar qual a perspectiva teórica tomada, até o momento pela psicanálise ao se referir à doença em questão, para identificar e explorar as implicações psicológicas presentes na fibromialgia.

O método escolhido para o desenvolvimento da pesquisa foi o Método de Explicitação do Discurso Subjacente – MEDS. Uma das características importantes do MEDS e que trouxe implicações tanto para a coleta quanto para a análise dos dados, é o registro explícito do papel do discurso, da linguagem em contexto. O MEDS tem o objetivo de trazer à tona transformações e conflitos psicológicos que muitas vezes não são verbalizados explicitamente pelos entrevistados.

O MEDS propõe cinco fases para aplicação, sendo que a primeira é a fase de seleção do sujeito, a segunda, a de construção do roteiro para as entrevistas, o instrumento, a terceira é a fase de entrevistas, a seguinte é a fase de transcrição dos depoimentos adquiridos das entrevistas e a quinta e última fase é a de análise dos depoimentos coletados.

A análise temática é feita a partir de categorias éticas, aquelas retiradas da revisão teoria e de categorias êmicas, as que emergem das falas dos entrevistados. A análise é realizada, tanto das respostas dadas pelo grupo, quanto das entrevistas individuais.

Investigar o tema da Fibromialgia a partir da teoria Psicanalítica apresentou-se como uma proposta que deve atravessar não só o campo da Psicanálise, mas o campo da Medicina e o campo da Psicossomática, abordando o problema levantado, o qual é: “Como a Fibromialgia pode ser concebida dentro do referencial metapsicológico freudiano? Como a psicanálise pode, hoje, se posicionar sobre o

corpo somático, sobre o sintoma que se processa no soma²?”.

Com os objetivos de compreender como se dá a relação entre processos psíquicos e manifestação somática no sujeito com Fibromialgia, e de explorar o fenômeno da Fibromialgia no que se refere à descrição dos sintomas, à descrição da experiência de adoecimento para o sujeito, dos sentimentos, dos afetos, dos pensamentos, do tratamento através de elementos discursivos apresentados pelo entrevistado, optou-se por uma pesquisa descritiva e exploratória.

A pesquisa foi realizada com pacientes diagnosticados como portadores da Síndrome da Fibromialgia pelo atendimento feito no Ambulatório de Reumatologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás-PUC, dentro da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia e que ainda são atendidos e fazem acompanhamento por esta instituição.

Esta dissertação foi dividida e organizada em capítulos, assim estruturados: o primeiro Capítulo intitulado “Uma breve síntese sobre a fibromialgia segundo a medicina” aborda o conceito, diagnóstico e sintomas da fibromialgia. O segundo Capítulo intitulado “O corpo na Psicanálise Freudiana” discorre sobre o estatuto do corpo segundo a metapsicologia freudiana. O terceiro Capítulo tem o título “Sobre a Dor e a Psicanálise” e trata da dor sob a perspectiva psicanalítica relacionando dor física e dor psíquica. O quarto Capítulo intitulado “Sobre a Psicossomática” aborda as diferentes posições dentro da psicossomática acerca da formação do sintoma psicossomático também segundo a teoria psicanalítica. O quinto capítulo recebeu o título de “O corpo na Psicanálise: o caso da Fibromialgia” e apresenta relações entre a Fibromialgia e a Psicanálise enquanto referencial teórico que lança luz sobre a patologia versando sobre algumas possibilidades de como essa

² Costa (2013) Soma: O organismo, considerado como expressão material, em oposição às funções psíquicas; corpo.

manifestação sintomático-somática pode ser compreendida em sua relação com a história subjetiva do sujeito, elaboração através da qual se busca alcançar o sujeito em seu sofrimento. O sexto Capítulo intitulado “Delineamento Metodológico do Estudo” apresenta o método utilizado para o desenvolvimento e realização da pesquisa. O sétimo capítulo foi denominado “Apresentação e Discussão de Resultados” onde são apresentadas as categorias éticas e êmicas, a partir das quais se realiza o diálogo entre dados da pesquisa e a teoria. Por último, o Capítulo oito cujo título é “Considerações Finais”, onde são apresentadas: a dificuldade para a realização da pesquisa, a aplicabilidade da pesquisa, a importância do aprofundamento do conhecimento e sugestão para novo estudo.

Capítulo 1

Uma Síntese Sobre a Fibromialgia Segundo a Medicina

A Fibromialgia tem sido descrita como uma das desordens reumatológicas mais freqüentes na população mundial, estando em quarto lugar na Espanha e Bangladesh, e em segundo nos Estados Unidos da América, Brasil e México. Na assistência médica geral, pode representar cerca de 7% de todas as queixas em saúde. (Assumpção, 2006).

No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2011) a fibromialgia está presente em cerca de 2% a 3% das pessoas, acometendo mais mulheres que homens e costuma surgir entre os 30 e 55 anos de idade. Porém, existem casos em pessoas mais velhas e também em crianças e adolescentes. Considerando os pacientes atendidos em clínica médica, a freqüência da fibromialgia é em torno de 5%, correspondendo a 2,1% dos atendimentos do médico de família e a 7,5% dos pacientes hospitalizados.

A existência de estados dolorosos crônicos sem substrato orgânico, as doenças da dor, são assinaladas desde o século XIX. Dentre elas está a Fibromialgia, conhecida como fibrosite, segundo Gowers (1904). A palavra Fibromialgia vem do Latim para tecido fibroso (fibro) e do Grego para músculo (myo) e dor (algia).

Sua etiologia permanece obscura, sua patogênese é desconhecida, parece remeter a uma origem multifatorial. Segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2011), não existe causa definida. Estes pacientes apresentam uma sensibilidade maior à dor, uma dor real e não imaginária. Mas é uma dor em que não há lesão no corpo, não há inflamação não há degeneração, não há achado

biológico que a confirme, nem tão pouco, exames de imagem ou laboratoriais.

Foi estabelecida como uma entidade clínica própria em meados de 1980 e seus critérios de classificação estabelecidos em 1990 e restabelecidos em 2010 pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR) sob a identificação M 79.7 na Classificação Internacional das Doenças (CID). (Assumpção, 2006).

Essa síndrome é definida como composta por dores musculoesqueléticas acompanhadas, freqüentemente, de transtornos do sono e fadiga. A Fibromialgia indica pontos sensíveis em locais específicos do corpo – no pescoço, ombros, costas, quadris, e extremidades superiores e inferiores – envolvendo todos os quatro quadrantes do corpo e o esqueleto axial.

As pessoas portadoras dessa síndrome sentem dor causada por leve pressão com as pontas dos dedos, em pelo menos 11 dos 18 pontos dolorosos específicos à apalpação, os chamados *tender points*, entretanto este sintoma foi eliminado como critério diagnóstico por ser um dos fatores que teriam levado à predominância das mulheres nas estatísticas, o fator da dor na pressão, pois as mulheres tenderiam a queixar-se da dor mais do que homens.

Os novos critérios estabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia (2010) segundo Wolfe, foram baseados na intensidade da dor, na severidade, na freqüência e na presença de sintomas, como: dor em um número de áreas do corpo - dor difundida, incômodo substancial pela fadiga, dificuldade em obter o sono repousante, relate freqüentemente problemas com memória ou pensamento, dificuldade para realizar o trabalho intelectual.

Segundo critérios atuais (Provenza *et al.*, 2004) devem ser pesquisados os seguintes pares de pontos dolorosos para o diagnóstico da fibromialgia:

Suboccipital - na inserção do músculo suboccipital;

Cervical baixo - atrás do terço inferior do esternocleidomastoideo, no ligamento intertransverso C5-C6;

Trapézio - ponto médio do bordo superior, numa parte firme do músculo;

Supra-espinhoso - acima da escapula, próximo à borda medial, na origem do músculo supra-espinhoso;

Segunda junção costo-condral - lateral à junção, na origem do músculo grande peitoral;

Epicôndilo lateral - 2 a 5 cm de distância do epicôndilo lateral;

Glúteo médio - na parte média do quadrante súpero-externo na porção anterior do músculo glúteo médio;

Trocantérico - posterior à proeminência do grande trocanter;

Joelho - no coxim gorduroso, pouco acima da linha média do joelho.

Antônio (2001) utiliza-se do conceito de fibromialgia como condição dolorosa crônica bastante comum, na qual um achado clínico reprodutível, ou seja, a presença de pontos dolorosos está associada a sintomas característicos de dolorimento muscular generalizado, rigidez, fadiga e sono não restaurador, (...) dor muscular crônica difusa, com ou sem dores articulares associadas, é a principal característica clínica da Fibromialgia e considerada essencial para o diagnóstico (p. 27).

É importante salientar que o diagnóstico de Fibromialgia não é um diagnóstico de exclusão, conforme (Bennett, 2002, Leitão, 2002 citados por Sá *et al.*, 2005), no entanto, é feito através de um processo de diagnóstico diferencial.

No diagnóstico diferencial da Síndrome Fibromiálgica, as seguintes condições devem ser consideradas como referência para o diagnóstico:

1. Síndrome da dor miofascial;

2. Reumatismo extra-articular afetando várias áreas;
3. Polimialgia reumática e artrite de células gigantes;
4. Polimiosites e dermatopolimiosites;
5. Miopatias endócrinas - hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, insuficiência adrenal;
6. Miopatia metabólica por álcool;
7. Neoplasias;
8. Doença de Parkinson;
9. Efeito colateral de drogas - corticosteróide, cimetidina, estatina, fibratos, drogas ilícitas.

(Martínez-Lavín, 2001, citado por Sá *et al.*, 2005) faz o diagnóstico diferencial a partir da consideração de algumas perturbações como a artrite reumatóide, o lúpus eritematoso sistêmico, a síndrome de Sjörgen, a espondilite anquilosante e a esclerodermia, além das citadas acima. Estas se caracterizam por rigidez matinal de longa duração, poliartrite e dor localizada nas articulações. Quando a estas se acrescentam o sono de má qualidade, dor generalizada não articular, e outras afecções de dor (cefaléias, cólon irritável), deve-se fazer o diagnóstico de Fibromialgia. A polimialgia reumática pode disfarçar a Fibromialgia, devido à dor generalizada e à intensa rigidez matinal. Diferencia-se, contudo, desta última pelo aumento acentuado da velocidade de sedimentação.

A síndrome de dor miofacial é um foco específico de confusão diagnóstica, pelas semelhanças dos sintomas. No entanto, enquanto nesta síndrome a dor tem distribuição regional e pode ser reproduzida pela pressão em pontos sensíveis, na Fibromialgia a pressão dos pontos dolorosos causa dor somente na área pressionada. Enquanto na síndrome miofacial a fadiga é infrequente e a rigidez é

localizada, na Fibromialgia a fadiga é intensa e a rigidez generalizada, segundo Costa *et al.* (2005).

(Moldofsky, 1989 citado por Marques & Slompo, 1991) quanto à origem da fibromialgia, afirma que está relacionada à interação de fatores genéticos, neuroendócrinos, psicológicos e de distúrbios do sono. Refere que diferentes fatores isolados ou combinados podem favorecer a manifestação do quadro, dentre eles doenças graves, traumas, acidentes e alterações hormonais.

Segundo (Costa *et al.* 2005) o papel potencial de infecções na etiopatogenia da fibromialgia e da síndrome da fadiga crônica, em especial as virais, vem sendo recentemente investigado. O agente infeccioso que parece mais estar associado aos casos de fibromialgia é o vírus da hepatite C.

(Sá *et al.*, 2005) a respeito da causa da fibromialgia cita a pesquisa realizada sobre o sono não reparador o que permitiu demonstrar a existência de uma associação entre uma perturbação do estágio 4 do sono e a fibromialgia. Todavia, concluiu-se que este fenômeno se verifica, também, em sujeitos saudáveis, e em pacientes com outro tipo de doenças como a apnéia do sono, a febre, a osteoartrite ou a artrite reumatóide.

(Gilliland, 1998, citado por Sé *et al.*, 2005) propôs que a deficiência de serotonina (um neurotransmissor que regula a dor e o sono) poderia estar envolvida no tipo de etiopatogenia da fibromialgia. A não-resposta, por parte dos pacientes fibromiálgicos, ao tratamento farmacológico, incidindo no metabolismo deste neurotransmissor, afastou esta hipótese.

O baixo nível de somatomedina C (substância associada à reparação e força do músculo) encontrado nestes indivíduos, surgiu como potencial hipótese explicativa. Outras investigações apontam para possíveis associações da

substância P, neurotransmissor que pode atuar na propagação de mialgias e da fibromialgia. As anomalias fisiológicas parecem inegáveis, nestes pacientes. Aguardam-se, porém, maiores e mais aprofundados estudos, de acordo com (Quartilho, 1999, citado por Sá *et al.*, 2005)

O sistema nervoso simpático e o eixo hipotálamo-hipófise-suprarenal (HHS), por estarem envolvidos nos principais processos de resposta ao *stress*, legitimam que neles se tenha centralizado o estudo dos distúrbios que lhe são associados, onde se inclui a fibromialgia. (Branco, 1997, citado por Sá *et al.* 2005) através da análise da literatura, concluiu que estes sistemas podem exercer um papel importante no início e na manutenção da fibromialgia.

A influência genética tem sido outro foco de investigação. A fibromialgia parece ocorrer em determinadas famílias, e os cientistas especulam se não poderá existir uma vulnerabilidade genética que, sendo despertada por um acontecimento traumático, levaria à doença (Kossoff, 1999, citado por Sá *et al.*, 2005).

Outra pesquisa recente que está sendo realizada (Wolfe, 2013) é relativa à mudança no sistema nervoso central das pessoas que têm esta desordem e esta mudança, então, levaria à dor crônica e seria responsável por todos os sintomas. Ocorre é que não se sabe se a dor causa a mudança no cérebro ou se algo no cérebro causa a dor crônica.

Outros conceitos fisiopatológicos, nomeadamente, as perturbações hormonais, alterações no sistema imunológico e da nocicepção, foram também tidos em conta. No entanto, os estudos realizados não se mostraram conclusivos.

Diferentemente da Artrite Reumatóide e da Artrose, a Fibromialgia não causa deformidades nem incapacidade grave e não é uma doença progressiva.

Entretanto, uma questão central para os fibromiálgicos é a dificuldade para a execução de tarefas profissionais ou do cotidiano, dificuldade esta que os deixa inseguros quanto ao seu desempenho pessoal e gera um estado de impotência e irritação em relação a sua saúde. Queixam-se freqüentemente da redução da qualidade do seu trabalho, com conseqüente influência em sua vida profissional e mesmo na renda familiar. Ocorre uma queda importante da qualidade de vida, com reflexos também nos aspectos social e afetivo destes pacientes, segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2011).

Estabeleceu-se, sobre o tratamento, segundo (Heymann *et al.*, 2010) na reunião de Consenso brasileiro do tratamento da Fibromialgia que este deve ser feito a partir de uma abordagem multidisciplinar, com acompanhamento psicológico, quer pela relação dor crônica/depressão, quer pelos outros transtornos de humor e suas variações, os quais atestam caráter subjetivo à síndrome; dor, fadiga, sono, alterações do humor.

A dor crônica é um estado de saúde persistente que modifica a vida, portanto, o objetivo do seu tratamento como recomenda o Consenso do tratamento da Fibromialgia de 2010 é o controle da doença, de seus sintomas, e não a sua eliminação.

O tratamento da Fibromialgia depende muito do paciente. O médico deve atuar mais como um guia do que somente uma pessoa que fornece remédios. É muito importante que a pessoa com Fibromialgia entenda que a atividade física regular terá que ser mantida para o resto da vida.

Para a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2011), de acordo com a reunião de Consenso brasileiro para o tratamento da fibromialgia, o diagnóstico de fibromialgia não justifica o afastamento do trabalho, o que segundo (Sá *et al.*, 2005)

é diferente em determinados países³ onde o diagnóstico de fibromialgia legitima a existência de compensações financeiras por incapacidade.

O caráter subjetivo da síndrome da fibromialgia juntamente com a ausência de um substrato orgânico que aponte para a sua etiologia, suscita questões, de âmbito geral, quanto à relação mente/corpo e o adoecimento e, de âmbito específico, quanto à relação entre os sintomas físicos característicos da síndrome e o funcionamento psíquico dos sujeitos portadores da fibromialgia.

Tais questões remetem aos estudos de Freud sobre as possíveis relações entre psíquico e somático, quanto ao sintoma que se processa no soma. Diante desses pontos os estudos sobre a Histeria (1905) e sobre as Neuroses Atuais (1905), como também, o conceito de pulsão definido por Freud (1915) são referências fundamentais para o estudo do sintoma da dor e a fibromialgia, a partir do referencial teórico psicanalítico, como a seguir.

³ Não foram encontrados dados disponíveis sobre quais países seriam estes mencionados por Sá *et al.* Porém, em entrevista (Wolfe, 2013) destaca que as questões legais relativas a indenização e afastamento do trabalho pela fibromialgia são temas de longos debates sem definição nos Estados Unidos.

Capítulo 2

O Corpo na Psicanálise Freudiana

O estatuto do corpo em psicanálise aponta diretamente para a relação entre soma e psique sendo esta relação central e originária da teoria psicanalítica. Para (Bastos, 1998) a questão do corpo em psicanálise é um problema limite, fundador e constitutivo da psicanálise, por se situar na origem desse saber. Para essa autora, as fundações da teoria freudiana estão referidas, particularmente, às relações entre o corpo e o psíquico. A descoberta do corpo em psicanálise passou primeiramente, pelo corpo anatômico, segundo os princípios da biologia materialista da época, fazendo em seguida, uma ultrapassagem para os fenômenos mentais, indo além do conceito de corpo anatômico que por sua insuficiência propicia emergir um novo constructo: o corpo segundo a psicanálise.

(Freud, 1891) interessou-se pela histologia e pela anatomia cerebral e seus estudos revelaram um lugar de encontro da neurologia, da neuroanatomia, da fisiologia e da psicologia. Mas, a tópica freudiana de uma anatomia psíquica toma o corpo anatômico como referência, para a ele se contrapor. Foi no período de constituição da psicanálise que a relação conceitual entre o psíquico e o anátomo-fisiológico começou a ser explanada, a partir de elaborações teóricas sobre a histeria. O modelo neuroanatômico não era capaz de dar conta da experiência clínica, a biologia não era capaz de explicar o funcionamento psíquico.

A insuficiência do corpo anatômico levou Freud a promover uma ruptura com a anatomia. A inexistência da lesão anatômica na histeria apontava para o limite da neuropatologia.

A primeira tópica resolveu a questão da localização anatômica e psíquica.

A primeira tópica freudiana mostra um aparelho psíquico dividido em sistemas ordenados espacialmente e temporalmente. Conhecida como Teoria Topográfica, a primeira tópica de Freud define o aparelho psíquico composto por três sistemas: o inconsciente, o pré-consciente e o consciente. Segundo Freud, o consciente é uma pequena parte e inclui tudo aquilo de que estamos cientes. O pré-consciente seria uma parte do inconsciente que pode tornar-se consciente. O sistema inconsciente designa a parte mais arcaica do aparelho psíquico, onde estariam os elementos instintivos não acessíveis à consciência, como também, material que foi excluído da consciência pelos processos psíquicos de censura e repressão.

(Freud, 1896) entendia a histeria como um problema funcional ligado à excitabilidade do sistema nervoso. O corpo histérico escapava, então, da anatomia para cair na fisiologia e iria se emancipar de fato quando definido como um corpo representado, cuja busca etiológica exigia pesquisas na história de vida dos pacientes, comparecendo sempre na sua prática clínica a vida sexual destes.

A transformação da excitação sexual de um corpo somático em libido de um corpo representado psiquicamente é fundamental para a constituição do conceito de corpo em psicanálise. Há correlações entre o corpo somático e o corpo representado, uma imbricação, que, entretanto, não se confunde. Há, no sujeito, um corpo somático e um corpo representado coexistindo, mas abordados distintamente.

Segundo (Winograd, 2004) no artigo intitulado *Cérebro*, produzido para o dicionário de medicina geral, de 1888, Freud iniciou suas primeiras reflexões sistemáticas sobre psicopatologia e apresentou o encontro entre dois campos: a neurologia e a psicologia.

O artigo é sobre neurofisiologia e começa pela problemática das relações entre processos neurofisiológicos e processos psíquicos, incluindo uma especulação sobre como estes podem ser representados no cérebro. Neste artigo, supõe duas cadeias, a material e a psíquica, sendo a psíquica consciente e inconsciente. As duas cadeias são ligadas, inter-relacionadas, em conexão, mas simultaneamente distintas, sem uma conexão de causalidade mecânica, sugerindo um paralelismo.

Em 1890, Freud publicou o artigo *Tratamento Psíquico*, onde declarou que entendia as relações entre o anímico e o corporal como sendo recíprocas, ou seja, por um lado, variações na configuração material dinâmica do sistema nervoso implicam variações na atividade da alma, por outro, o anímico também age sobre o corpo. Continuou, nesse mesmo artigo, discorrendo sobre a atuação anímica através da expressão das emoções, visível mesmo contra a vontade de quem as expressa, como também, na expressão dos afetos.

(Freud, 1890) apontou os processos de volição e atenção como influência profunda nos processos físicos e possíveis de desempenhar nas doenças somáticas, um papel fomentador ou inibidor.

(Winograd, 2011) aponta, a partir dos artigos, *Cérebro* (1888), *Tratamento Psíquico* (1890) e *Contribuição à concepção das afasias* (1891), escritos por Freud, a seqüência de suas idéias do problema mente-cérebro, da relação paralela, de processos recíprocos, de uma relação de dependência concomitante dos processos fisiológicos e psicológicos (ocorrem simultaneamente a partir de certo momento), interdependentes e de ação recíproca.

Os processos fisiológicos não cessariam quando os processos psicológicos comesçassem; tenderiam a continuar, porém, a partir de certo momento, um

fenômeno psíquico corresponderia a cada parte da cadeia ou a várias partes da cadeia, o processo psíquico sendo assim, paralelo ao processo fisiológico, como também recíproco, caracterizaria o fenômeno da 'dependência concomitante'.

(Freud, 1891) afirmou que “a cadeia dos processos fisiológicos no sistema nervoso não se encontrava, provavelmente, numa relação de causalidade com os processos psíquicos. [...] O processo psíquico é, assim, paralelo ao processo fisiológico, *a dependent concomitant*” (p. 469). Esse era o pressuposto que iria operar de modo implícito na elaboração da metapsicologia freudiana, na qual o problema das relações entre corpo e psiquismo apareceu em conceitos fundamentais, como pulsão, afeto e isso.

Em outro artigo, (Winograd & Mendes, 2009) investigam o corpo na teoria psicanalítica segundo três temáticas: (1) o conceito de pulsão que se situa entre o corpo-organismo e o corpo-sujeito; (2) a constituição do Eu, a qual permite perceber como o corpo é a base sobre a qual o psiquismo se constitui como ele determina essa mesma constituição e, ainda, como ele se torna corpo-próprio ao ser representado psiquicamente; e (3) os sintomas histéricos e a noção de complacência somática, a qual introduz a consideração da materialidade orgânica e biológica do corpo nas formulações sobre a etiologia dos sintomas conversivos, revelando o corpo-organismo no corpo-sujeito.

(Freud, 1915) conceitua:

A pulsão nos aparecerá como um conceito-limite entre o psíquico e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua ligação com o corpo (p.148).

Em sua ligação com o biológico, as pulsões sexuais estariam apoiadas inicialmente nas funções vitais (pulsões de autoconservação) e só secundariamente se tornariam independentes.

A busca pela satisfação da necessidade de nutrição, na amamentação, por exemplo, se tornaria modelo de satisfação e prazer que seriam buscados posteriormente no próprio corpo. Portanto, o apoio inicial da pulsão nas necessidades vitais, sobretudo a nutrição, tornava as experiências, tanto de satisfação da necessidade quanto de prazer sexual inicialmente, coincidentes.

(Andrade, 2003b, citado por Winograd & Mendes, 2009) afirma que: “tanto a vida pulsional depende da vida biológica quanto à vida biológica é assegurada pela vida pulsional: são instâncias contínuas e coextensivas (p. 215).”

Em (Pulsão e destinos da pulsão, 1915), segundo Freud, a pulsão atenderia a quatro elementos: a pressão: soma da força ou medida da exigência de trabalho para o psiquismo; a fonte: o corpo e seus órgãos em seus ritmos e composições materiais diferenciados; o objeto: variável ao infinito, por meio do qual a pulsão encontra sua satisfação; e o alvo ou a meta: a satisfação pela descarga.

A fonte da pulsão é o corpo biológico, seus órgãos e seus processos orgânicos, deste a pulsão alcança o aparelho psíquico e exige dele um trabalho, em consequência de sua ligação com o corpo, retorna sobre o corpo e faz dele, ao mesmo tempo, origem e destino da pulsão.

Os destinos da pulsão envolvem os processos psíquicos, referem-se exclusivamente às pulsões sexuais e são identificados em quatro: a reversão ao seu oposto, o retorno sobre a própria pessoa, o recalque e a sublimação. O primeiro consiste, basicamente, em uma mudança da atividade para a passividade. A reversão afeta apenas a finalidade da pulsão, sendo o modo ativo de obtenção

da descarga substituído pelo modo passivo.

Já o retorno sobre si mesmo (*self*) consiste no direcionamento do investimento pulsional para o próprio indivíduo, em vez dos objetos externos, coincidindo em parte com o processo de reversão ao seu oposto. A essência desse processo corresponde a uma mudança de objeto, enquanto a finalidade permanece inalterada.

Ainda outro destino possível da pulsão é encontrar resistências à sua satisfação por meio do mecanismo do recalçamento, pois, embora a satisfação da pulsão seja em si mesma prazerosa, a descarga pode ser incompatível com as exigências feitas por uma das instâncias psíquicas, causando um desprazer cuja magnitude supera o prazer da satisfação.

Quanto ao quarto destino da pulsão, a sublimação, é um processo que diz respeito à libido de objeto e consiste em que a pulsão se volta para outra meta, distante da satisfação sexual; o acento recai então no desvio em relação ao sexual. A sublimação consiste, assim, na modificação do alvo e do objeto.

(Winograd & Mendes, 2009) ao considerarem o corpo biológico, consideram a fonte corporal da pulsão, e o corpo simbólico como dado do trabalho psíquico sobre a pulsão, afirmando ser por meio de sua apreensão pelo psiquismo que a inscrição de traços simultaneamente psíquicos e corporais pode se dar. Originando-se no corpo biológico, o corpo pulsional é aos poucos moldado e inscrito no registro da representação e de modo incessante pela busca da satisfação.

Portanto, o eu corporal, não é um dado natural, originário ou pronto, é sim um aparato biológico subjetivado, e que se constitui gradativamente por meio do investimento das pulsões. É objeto externo, pois é matéria e percebido no mundo,

é objeto interno, construído psiquicamente. De dentro do corpo brotam percepções externas e internas cuja justaposição permite que se forme uma imagem do Eu.

Esta imagem do Eu é uma instância diferenciada do corpo, mas nele encarnada, por ele engendrada. (Assoun, 1993, citado por Winograd & Mendes, 2009) destaca:

Tal articulação entre Eu e corpo atua em dois planos distintos: o corpo intervém na gênese do Eu e o Eu é estruturado como um corpo, ao mesmo tempo, limite e extensão. O Eu se constitui gradativamente por meio dos registros das sensações de prazer e desprazer ligadas às sensações corporais, sendo que a referência do Eu inconsciente remete não somente às representações inconscientes que o compõem, mas também às percepções aquém do registro representacional (p. 218).

Ao Eu-corporal pertence uma exterioridade, na dimensão entre o que o indivíduo traz à vida e o que a vida lhe traz, entre o biológico e o cultural. Entre a hereditariedade e o ambiente externo, haveria tendências inatas a serem atualizadas no seu encontro com o ambiente. Quanto à relação do Eu com a hereditariedade, (Freud, 1937) diz que [...] “as propriedades do ego com que nos defrontamos sob a forma de resistências podem ser tanto determinadas pela hereditariedade, quanto adquiridas em lutas defensivas [...]” (p. 257).

E, no interior do Eu, se forma o Supereu, derivado da internalização da figura parental e, assim como as tendências herdadas, a aquisição cultural exerce forte pressão sobre o Eu, o qual seria então uma espécie de composto que abarcaria a ação dos pólos biológico e cultural.

O Eu em Freud está enraizado no corpo, emerge das sensações vindas do

seu interior e exterior, da organização dessas sensações como a imagem mental da superfície corporal e pelo conjunto de representações psíquicas.

Os sintomas histéricos oferecem outro exemplo de como o corpo era considerado por Freud tanto no seu aspecto orgânico e biológico quanto em seu aspecto simbólico e imaginário. A histeria caracterizava-se por sintomas de ordem somática, sem uma etiologia orgânica. Os sintomas corporais seriam efeitos de processos psíquicos, os sintomas de conversão teriam, assim, um caráter altamente simbólico, pois utilizavam o corpo para exprimir significações inconscientes.

(Winograd, 2004) trouxe em seu artigo um dos conceitos trabalhados por Freud, importante para a questão da relação mente-corpo na concepção psicanalítica, bem como, para o processo de conversão na histeria. O conceito de inconsciente, como o *missing link* entre o corporal e o espiritual. O inconsciente faria, então, a 'conexão' entre corpo e psique.

Portanto, o sintoma histérico liga dois corpos: o corpo material, que é o biológico e orgânico, sobre o qual são inscritas significações diversas, e o corpo que é assim fabricado como expressão do conflito inconsciente, corpo erogenizado, corpo pulsional.

A esta ligação operada na histeria pelo sintoma conversivo Freud denominou complacência somática. Trata-se da noção de que cada corpo, em sua constituição biológica e orgânica, apresenta pontos de fragilidade por meio dos quais os processos psíquicos tendem a se manifestar: o corpo ou um órgão específico facilita a expressão simbólica do conflito inconsciente.

(Laplanche & Pontalis, 2001) definem complacência somática como a oferta do corpo em si ou de determinado órgão em particular como material privilegiado

à expressão do conflito inconsciente (p.69).

(Freud, 1905) em *O Caso Dora*, afirma que o sintoma histérico não se produz sem a presença da solicitação somática, oferecida por um processo no interior de um órgão do corpo. Afirma que todo sintoma histérico requer a participação de ambos, o material excitativo das neuroses atuais e a submissão somática, para se formar.

Para (Freud, 1905):

O sintoma histérico não pode ocorrer sem a presença de uma complacência somática fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou com ele relacionado... a complacência somática proporciona aos processos inconscientes uma saída no corporal (pp. 47-48).

Em seu artigo, *A Concepção Psicanalítica da Perturbação Psicogênica da Visão* (1910) Freud defende que condições constitucionais especiais que levam ao aumento do papel erógeno do órgão, levarão também, à busca da supressão desses instintos sexuais, o que por sua vez, causará perturbações funcionais (chamadas também de neuróticas), de origem fisiológica e tóxica e perturbações psicogênicas. A essas condições especiais como parte constitucional da disposição para adoecer de perturbações neuróticas e psicogênicas Freud nomeou submissão somática ou complacência somática. Portanto, em seu artigo Freud reforça a participação somática nas perturbações psicogênicas.

Em *Contribuições para o debate sobre a masturbação* (Freud, 1912) diz que as neuroses atuais fornecem o material excitativo para as psiconeuroses, fornecem a submissão somática. O *quantum* de excitação que não emergir na neurose de angústia na forma de ansiedade, constituirá o núcleo, 'pequeno fragmento' de

excitação não descarregada, para a formação de um sintoma histérico. Esta excitação em um órgão atrairá a libido que se converterá sobre esse órgão, fazendo dele função simbólica do conflito inconsciente que foi convertido nesse órgão por sua disposição constitucional para adoecer, nesse caso simbolicamente.

Continuando sua elaboração sobre o tema, afirma (Freud, 1912):

Considero ainda, como assim me parecia já há mais de quinze anos, que as duas neuroses atuais- a neurastenia e a neurose de angústia (talvez a verdadeira hipocondria deva ser classificada como uma terceira neurose atual) – constituem a antecipação somática das psiconeuroses, e fornecem o material da excitação, o qual em seguida é psiquicamente selecionado e encoberto, apesar de que, falando de uma forma geral, o núcleo do sintoma psiconeurótico – esse grão de areia no meio da pérola – é formado de uma manifestação sexual somática (p. 266).

(Leite, 2012) propõe a hipótese de que a eficácia do sintoma corporal indica a presença radical de um empuxo ao orgânico, ou seja, de uma solicitação somática, que oferece um órgão ou o corpo para a manifestação somática do conflito inconsciente, como também, para a descarga de excitação que não sofreu um trabalho psíquico.

Ainda que os sintomas histéricos corporais manifestem, representem e expressem processos psíquicos, eles também são expressão de aspectos físicos, biológicos ou orgânicos do corpo no qual se apresentam.

(Winograd & Mendes, 2009) concluem:

Com base nas observações da pulsão como conceito que exige a consideração do corpo biológico como fonte de estimulação, da

constituição do Eu sobre uma base corporal e da noção de complacência somática, vê-se como o corpo, no discurso freudiano, é bem mais do que apenas fruto da representação, pois supõe outra ordem além do simbólico: a existência de um "corpo primeiro", o corpo material, orgânico e biológico. (p. 221)

Então, de que realmente falam quando falam corpo em psicanálise? (Viana & Lazzarini, 2006) percorreram a trajetória do pensamento freudiano concernente ao conceito de corpo na psicanálise e seu estatuto, apontando para o momento em que o corpo psicanalítico é fundado, definindo este como o momento de cisão com o corpo biológico, objeto da medicina.

A questão do corpo para a psicanálise remonta ao nascimento da psicanálise, pois o passo em direção à existência do inconsciente é dado à propósito de uma linguagem sobre o corpo.

(Mandet, 1993, citado por Viana & Lazzarini, 2006) afirmou que “o corpo a que se refere a psicanálise é o corpo enquanto objeto para o psiquismo, é o corpo da representação inconsciente, o corpo investido numa relação de significação, construído em seus fantasmas e em sua história” (p. 243)

(Viana & Lazzarini (2006) prosseguindo sua construção teórica sobre o estatuto do corpo apontaram para o corpo na histeria. Através do fenômeno da conversão, o corpo expressara o psíquico, obedecendo à lei do desejo inconsciente. O discurso freudiano institui o corpo da histeria e uma nova leitura sobre a corporeidade, quando o corpo em psicanálise não pode ser definido somente pelo conceito de organismo ou o conceito de somático, mas corpo pulsional, corpo erógeno ou erogenezado, assinalando o conceito *princeps* da metapsicologia freudiana, o conceito de pulsão (*Trieb*), segundo (Freud, 1915).

A excitação pulsional tem sua fonte no Soma, e se direciona à psique obrigando-a a um trabalho de representação dessa excitação. O conceito de pulsão foi concebido como algo fundamental que ancora o psiquismo no corpo, isto é, o registro psíquico não seria apenas algo da ordem da idealidade, mas movido pelas pulsões. Desta maneira, Freud indica o lugar onde se daria o encontro das relações entre corpo e psiquismo, indicando a pulsão. Para tanto, ele teve de opor os registros do organismo e do corpo, porque o corpo pulsional não se identificaria com o conceito biológico e somático.

E, como corpo pulsional, o corpo pode ser auto-erótico e narcísico. O termo auto-erotismo aparece em Freud, nos Três ensaios sobre a sexualidade de 1905, para caracterizar um estado original da sexualidade infantil anterior ao narcisismo, no qual a pulsão sexual, ligada a um órgão ou à excitação de uma zona erógena, encontra satisfação sem recorrer a um objeto externo. Sob a régia do princípio de prazer, a satisfação auto-erótica é essencial à formação de uma unidade denominada Eu, e que organiza um corpo. Este corpo é pulsional, erótico. O corpo humano seria, portanto, duplamente marcado, pelo psiquismo e pela sua materialidade somática.

A concepção do narcisismo corresponde a uma etapa na assunção do corpo em si e, desta forma, interessa à problemática do corpo. De um registro dispersivo o corpo posteriormente será unificado, constituindo um corpo totalizado. Essa passagem da dispersão para a unidade, que possibilita a emergência do eu e do corpo, implica a passagem do auto-erotismo para o narcisismo, ou seja, do narcisismo primário ao narcisismo secundário.

Através do auto-erotismo as pulsões se satisfazem no próprio corpo, prazer que o órgão retira de si mesmo, e então, não necessita de investimentos em

objetos externos para escoar a estimulação pulsional. E o mesmo corpo pulsional é o corpo narcísico alimentado pelas pulsões em investimentos objetais que retornam para o sujeito (ego). “A libido retirada do mundo exterior foi redirecionada ao Eu, dando origem a um comportamento que podemos chamar de narcisismo” (Freud, 1914, p. 98).

No texto de 1923, O ego e o id, a noção de corpo vem associada à noção de eu. “O Eu consciente é, sobretudo um Eu-Corpo”. (p.39) Freud faz nesse texto uma relação entre o Eu (ego) e o corpo, sendo o Eu uma subjetividade que emerge “da projeção de uma superfície,” atribuindo ao Eu uma corporeidade (p. 39, 40).

Ele destaca a posição que o Eu ocupa, ou seja, o Eu está voltado para a realidade cuja importância funcional “se manifesta no fato de que, normalmente, o controle sobre as abordagens à motilidade compete a ele”, destacando-se do Isso para cumprir essa função. (Freud, 1923) continua sobre essa relação Eu-Corpo: “o próprio corpo de uma pessoa e, acima de tudo, a sua superfície, constitui um lugar de onde podem originar-se sensações tanto externas quanto internas” (p. 39).

É nesse sentido, que se entende o Eu como fundamentalmente corporal, portanto, considerar que o corpo é o próprio, a primeira pessoa. Segundo afirma Bastos (1998) “o sujeito não tem um corpo, ele é um corpo” (p.13), enunciado que desfaz a oposição e o dualismo entre os registros da corporeidade e da subjetividade de um sujeito.

(Assoun, 1995, citado por Viana & Lazzarini, 2006) articula da seguinte forma a relação Eu-corpo, a partir de Freud:

Quando Freud diz que o eu é corporal, nós devemos compreender isto como: o eu e o corpo estão estruturados, segundo a lógica das superfícies, ou seja, não que o eu é análogo ao corpo, mas que a

emergência da subjetividade se faz segundo esta lógica corporal da projeção (p. 188).

(Freud, 1923) enfatizou a ligação do eu ao corpo próprio. Propôs que o eu em última análise derivava das sensações corporais, principalmente das que se originavam da superfície do corpo, podendo ser assim encarado como uma projeção mental da superfície do corpo além de representar as superfícies do aparelho mental.

Em suma, o eu era mais uma subjetivação da superfície corporal do que uma aparelhagem mental do corpo; ele era mais efeito da emergência do corpo como próprio do que como produto acabado de uma experiência corporal.

O corpo é, portanto, lugar de passagem do outro, lugar de onde nasce o sujeito. Sendo assim, pode-se dizer que a grande inovação freudiana foi, precisamente, considerar essa dupla racionalidade como articulada pelo desejo inconsciente, mas cuja leitura se daria no corpo.

Fernandes (2011) partiu do estudo de Freud sobre a histeria e o sonho como eixo condutor na exploração da abordagem do corpo na teoria freudiana. Abordando o sonho para compreender o corpo em psicanálise, aponta-se para os materiais que o constituem. Esses materiais se originam de estímulos psíquicos e de estímulos somáticos. As “fontes somáticas” incluem a superfície do corpo, os estímulos que tocam o corpo do sonhador durante o sono, as excitações dos órgãos dos sentidos e as provenientes do interior do organismo. O sonho é uma espécie de reação às sensações orgânicas que poderiam perturbar o sono.

Reconhecendo as fontes somáticas e as fontes psíquicas do sonho, afirma-se o papel capital do corpo como lugar de inscrição do psíquico e do somático. Inscrição, esta, que revela o sintoma corporal.

Continua a autora analisando o sintoma corporal, análise a partir da qual suscita a comparação entre o sintoma corporal na histeria e o sintoma corporal na doença somática, pondo dois fenômenos em evidência: a conversão e a somatização.

Na conversão, a paralisia, a cegueira, a dor, a tosse, etc, não se originam da realidade biológica do corpo doente, mas Freud sugere que há um conflito inconsciente submetido ao recalçamento. Deste modo, na histeria, os sintomas desaparecerão no momento em que o sentido se deixar desvelar pela dissolução desse mesmo recalçamento através da interpretação. Então, o corpo não sofre apenas do que está doente nele mesmo.

No caso da doença somática, o corpo sofre daquilo que está doente nele, o sintoma corporal aqui não traduz uma significação oculta, mas de excitações que não foram elaboradas psiquicamente e são descarregadas no corpo.

(Freud, 1894b) diferencia explicitamente a conversão histérica da somatização:

Na histeria, é uma excitação psíquica que se serve de uma via inadequada que leva a reações somáticas. Na neurose de angústia, ao contrário, é uma tensão física que não consegue se descarregar psiquicamente e que permanece, por isso, no domínio físico. Os dois processos muitas vezes aparecem combinados (p.85).

Ambas as neuroses se encontram submetidas à influência da função sexual, que nem puramente psíquica, nem puramente somática, exerce sua influência ao mesmo tempo sobre a vida psíquica e sobre a vida corporal. As psiconeuroses remetem à problemática da sexualidade infantil, e as neuroses atuais, à problemática da sexualidade atual.

Fernandes (2011) continua a se perguntar o que pode diferenciar a conversão da somatização, do ponto de vista do funcionamento psíquico, e considera que a conversão se estrutura em torno das transformações da simbolização e a somatização sugere um corpo do transbordamento em que o sintoma corporal pode ser compreendido como uma descarga. Se a conversão evoca o modelo de um corpo de representação, a somatização sugere o modelo de um corpo do transbordamento.

Nas neuroses atuais, o corpo fala por si só, o corpo adquire, segundo a autora, valor simbólico quando sua realidade biológica é colocada em um sistema significante. Abre-se, portanto, a possibilidade de se pensar o sintoma corporal como uma descarga, como um excesso, que, atravessando o aparelho psíquico, não se organiza necessariamente a partir da lógica da representação, ampliando essa reflexão para além da lógica do recalçamento.

Fernandes (2011) afirma em sua elaboração haver duas lógicas no interior do pensamento freudiano: a lógica da representação e a lógica do transbordamento que coexistem e constituem dois pilares fundamentais para se pensar o corpo em Freud. Esta última evidencia um transbordamento da sexualidade no corpo gerando sintomas corporais que não se confundem com os sintomas da histeria, estes, da ordem da representação.

O corpo em Freud não se rege segundo uma racionalidade única e determinada, mas segundo uma dupla racionalidade, a do somático e a do psíquico. Sendo o psíquico constituído na primazia da erogeneidade e o corpo erogeneizado pelo investimento da pulsão sexual. O corpo é o da representação como também o do transbordamento, sendo que este último se situa aquém da simbolização e coloca em evidência o excesso impossível de ser representado.

Fernandes (2002) articula a compreensão do conceito de corpo psicanalítico na seguinte elaboração:

O corpo psicanalítico se apresenta como o palco onde se desenrola o jogo das relações entre o psíquico e o somático e como personagem integrante da trama das relações, enfatizando que essa dupla inscrição se evidencia no conceito de pulsão ao colocar o corpo ao mesmo tempo como fonte de pulsão e como finalidade. Portanto, a teoria freudiana permite colocar em evidência que o somático habita um corpo que é também lugar de realização de um desejo inconsciente. O corpo psicanalítico aparece como palco, lugar de encenação das relações entre psíquico e somático, o corpo em Freud não se confunde com o corpo apenas como organismo biológico. De fato, esse corpo é regido segundo uma dupla racionalidade: a do que é somático e do que é psíquico. A racionalidade que rege o psíquico se fundamenta no encontro do ser humano com a trama das relações parentais que constrói o psíquico na primazia da erogeneidade (p.54).

A psicanálise está no interior de duas fronteiras, a do psicológico e a do biológico. O específico do corpo na psicanálise é um corpo habitado por pulsões e, portanto, um corpo que está imerso no universo das representações, um corpo-linguagem, um corpo com "valor simbólico".

Mas, e o corpo que transborda? Qual é a lógica do transbordamento como nomeada por (Fernandes, 2011)?

No corpo do transbordamento o sintoma é pensado como uma descarga do excesso de excitação pulsional que atravessou o aparelho psíquico e não conseguiu ser representado porque os recursos estariam empobrecidos,

inacessíveis ou, ainda, pouco elaborados. O corpo é então palco do encontro entre o psíquico e o somático e não um corpo biológico no sentido estrito. O transbordamento ocorre porque o excesso é precoce e prematuro, porque foi impossível acessar recursos simbólicos e da ordem da linguagem.

Esse excesso, numa eterna insistência em se fazer representar, só consegue se apresentar como trauma, que acaba transbordando no corpo. A noção de traumático, justamente por sua impossibilidade de representação, situando-se, portanto, num lugar limítrofe do psíquico, lugar este não elaborado, lugar desorganizado, pode ser encarado como expressão maior de algo que não pode ser representado. E o que ocorre com o que não tem representação psíquica é tentar inscrever-se, uma vez que não cessa de se repetir, utilizando-se do corpo.

(Mendonça, 2008) corrobora com (Fernandes, 2011) quanto às duas lógicas de inscrição no corpo, a partir da metapsicologia freudiana, a lógica da representação e a do transbordamento, correspondendo, respectivamente, à primeira e à segunda teoria das pulsões. A pulsão de vida apontando para o corpo da representação e a pulsão de morte apontando para o corpo do transbordamento.

Concebe que a pulsão de morte incide sobre o corpo através da compulsão à repetição, isso dá a compreender algo sobre o corpo a partir dessa incidência sobre ele, tornando necessário ter em mente um corpo regido não apenas por uma lógica representacional. É preciso concebê-lo também como um depositário do excesso que a pulsão de morte, pela via da compulsão à repetição, com sua força irrefreável, acarreta ao incidir nele. Desta forma, podem-se considerar os fenômenos de repetição como tentativas de contenção deste excesso.

Assim, se a lógica pulsional da primeira tópica freudiana permite entender o

corpo como sendo um lugar de inscrição do psíquico e do somático, pode-se pensá-lo, com a introdução do conceito de pulsão de morte, também como um local no qual se observa os efeitos de um transbordamento pulsional, o corpo como um receptor das excitações excessivas e traumáticas que a pulsão de morte origina.

É o transbordamento no corpo daquilo que não foi integrado ao psíquico que a compulsão à repetição tenta inscrever no psiquismo e que não tem representação, que não encontrou outras formas de representação. É esse o não representável que (Fernandes, 2011) qualifica como pertencente à lógica do transbordamento.

Ao pertencer à lógica do transbordamento, o sintoma corporal é efeito de transbordamento, resultado de descarga de excitações, que não ultrapassaram o limiar do aparelho psíquico, não encontrando, portanto, resolução simbólica, mas fazendo do corpo lugar de realização.

Assim, a teoria psicanalítica faz uma revolução na concepção de corpo, pois a partir da articulação da teoria da sexualidade, a noção de corpo vai desembocar na noção de corpo erógeno, corpo inserido na linguagem, na memória, na significação e na representação, este é o corpo próprio da psicanálise.

O corpo biológico, corpo Soma, tornar-se-á uno com o corpo erógeno. O corpo impõe permanentemente ao psíquico o trabalho de ser representado, esse mesmo processo vai devolver ao corpo biológico sua dimensão de pertencente a uma realidade exterior ao eu. O corpo *Soma* não só constitui um corpo erógeno como a própria erogeneidade garante as funções somáticas do corpo.

Portanto, o corpo na psicanálise freudiana não se confunde com o corpo da anatomia, ou o corpo da biologia, mas é este corpo do enlace que a eroginização, através das moções pulsionais, cria corpo enlaçado pelas pulsões. Como afirma

(Bastos, 1998) “o corpo em psicanálise se identifica com o ser da pulsão” (p. 21). Corpo como um campo pulsional integrado em um organismo por mecanismos psíquicos, regido pelo desejo inconsciente e possível depositário das excitações que se originam nas pulsões.

Então, o que a psicanálise pode dizer sobre a relação entre o corpo pulsional como tal e o sintoma que opera no soma? O sintoma dor, sintoma principal da síndrome da fibromialgia, de etiologia ainda enigmática, pode ser manifestação de conteúdo conversivo, como também, pode ser manifestação de pura descarga de excitação.

Segundo a psicanálise freudiana, o que se pode dizer sobre a dor? Qual a relação possível entre a dor, sintoma corporal, a representação e o transbordamento?

O próximo capítulo abordará o sintoma da dor segundo a teoria psicanalítica de Freud.

Capítulo 3

Sobre a Dor e a Psicanálise

Estudar sobre a dor, em primeiro lugar, implica enfrentar o desafio dos muitos nomes que a dor possui, nomes como: enxaqueca, artrite, artrose, fibromialgia, gota, dor muscular crônica, reumatismo. Em segundo lugar, estudar sobre a dor implica ainda, lidar com a etiologia enigmática da dor crônica.

Em artigo sobre a dor, (Berlink, 2008) afirma que o ser humano é íntimo da dor e que habita na dor. A dor protege contra estímulos lesivos do aqui e do agora. A dor é uma defesa contra ameaças e perigos, mesmo que essa defesa possa ser dolorosa também. A crescente utilização dos analgésicos prova essa afirmação e essa intimidade é acompanhada de um proporcional desconhecimento de si mesmo.

Para (Berlink, 2008) essa dor, que se espalha pelo corpo, a fibromialgia, possui grande proximidade com a depressão⁴ e a angústia, pois revela intensa relação com a subjetividade. Sendo a dor própria do psiquismo humano, a psicanálise pode contribuir para a sua compreensão.

(Freud, 1905) afirma sobre a dor:

Ao se formar um juízo sobre as dores, que se costuma considerar como fenômeno físico 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

⁴ (Fédida, 1999, p. 9) depressão “define-se por uma posição econômica que concerne a uma organização narcísica do vazio segundo uma determinação própria para a inalterabilidade tópica da psique”.

ter pouco respeito pelas dores decorrentes da imaginação, em contraste com as que são causadas por lesões, doenças ou inflamações. Mas isso é evidentemente injusto: qualquer que seja sua causa, inclusive a imaginação, as dores em si nem por isso são menos reais ou menos violentas.

... É menos fácil comprovar através de exemplos a influência da volição nos processos patológicos do corpo, mas é muito possível que a determinação de curar-se ou a vontade de morrer não sejam desprovidas de importância nem mesmo para o desfecho dos casos mais graves e mais duvidosos de doença (pp. 302, 303).

A depressão e a angústia também são sinais no tempo e no espaço que não são do aqui e agora. “Há, na depressão, na dor e na angústia sensações que incidem espetacularmente no corpo, mas que são sempre psíquicas e que inscrições no tempo, inscrições na carne do humano, frágil e desamparado, solicita constantes cuidados.” (Berlink, 2008, p. 60).

A dor e angústia unem-se à depressão. Berlink (2008) a depressão, a dor e a angústia funcionariam como defesa contra ameaças vindas tanto de fora quanto de dentro do humano, portanto, o aparelho psíquico pode ser o responsável por ataques destrutivos no corpo.

(Berlink, 2008) define: “Dor é a experiência desagradável ou penosa proveniente de lesão, contusão ou estado anômalo do organismo ou parte dele. Sofrimento físico, isto é, de um afeto que incide na carne” (p.63).

As pulsões sexuais, decompostas em pulsões parciais remontam aos múltiplos órgãos, que tanto biologicamente quanto erogenamente funcionam como uma teia, integrados e interligados, remetendo-nos a não perder de vista a conexão

da vida pulsional sobre a separação das pulsões isoladas que integram esse corpo erógeno. O corpo é então, um campo pulsional regido por pulsões parciais que submetem o organismo à sua lógica e à lógica do inconsciente. Nessa perspectiva a dor é causada por um excesso de excitação erógena, que se repete, e a neurose é um mecanismo de defesa contra a dor e se manifesta primeiramente pela angústia, excitação que não encontra o caminho de descarga.

O desamparo impossibilita a descarga da tensão pulsional que por sua vez leva à dor e ao estresse. E, mesmo quando há a descarga sexual, o corpo, o órgão e o psiquismo permanecem em um campo de tensão dado pela pulsão de vida e a pulsão de morte.

A vida é então, tensa, referindo ao desamparo, levando à dor. (Laplanche & Pontalis, 2001) considera o desamparo como um 'estado de desamparo' que pode representar o aumento da tensão da necessidade que o aparelho psíquico não pode dominar. No quadro de uma angústia, o estado de desamparo torna-se o protótipo da situação traumática. O sentimento de desamparo se dá no caso de perda ou separação que provoca um aumento progressivo da tensão a ponto de o sujeito se ver incapaz de dominar as excitações, sendo submergido por elas.

Segundo (Berlink, 2008) a perda de contato com o objeto primitivo gera a dor e a depressão, que por sua vez geram a angústia. E estas conjuntamente, constituem um corpo em desamparo que se torna insuficiente para proteger o organismo, como na melancolia, quando há insuficiência imunológica psíquica. Esse termo 'insuficiência imunológica psíquica' foi cunhado por Berlink em seu artigo *Insuficiência imunológica psíquica*, de 1997, para se referir ao desamparo que, como paixão, expõe o sujeito ao extermínio.

(Freud, 1926) dedica-se a estudar reações diante da separação do objeto,

quais sejam: ansiedade, luto e dor. Nesse percurso justifica a analogia freqüentemente feita entre dor física e psíquica, por ambas produzirem uma mesma condição econômica e o mesmo “estado de desamparo mental.”

(Mendonça, 2008) utiliza dos conceitos de pulsão e de repetição para tratar o corpo psicanaliticamente e investigar a dor como efeito da repetição que se dá no corpo. O percurso metapsicológico da noção de repetição aponta duas perspectivas, a da repetição como retorno do recalado e a perspectiva da repetição como compulsão à repetição.

Em *Além do princípio de prazer*, (Freud, 1920) anuncia uma dualidade, a pulsão de vida e a pulsão de morte, sendo esta última uma pulsão sem representação. Essa pulsão é um excesso de excitação insuportável ao aparelho psíquico e está fora do circuito representacional, é um evento traumático que compulsivamente tenta se inscrever no corpo.

É esse caráter compulsivo que faz pensar não se tratar do campo da representação para estas pulsões, pois não haveria a possibilidade de simbolização. Tais eventos seguirão o caminho do corpo como última tentativa de se fazer representar, através do transbordamento, corpo do transbordamento contrapondo-se ao corpo da representação este, dado pelos fenômenos histéricos da conversão, regidos pela pulsão de vida.

No corpo do transbordamento, a dor pode representar uma descarga, uma maneira de lidar com o excesso pulsional. Este é o campo regido pelas pulsões de morte, pulsões não representáveis no aparelho psíquico, seguindo uma lógica de transbordamento.

(Mendonça, 2008) afirma que a relação entre a dor, a pulsão de vida e a pulsão de morte aponta para o corpo como palco de sua manifestação.

A dor pode ser vista como uma falsa pulsão que utiliza o corpo para se manifestar, fazendo uso de órgãos na doença orgânica ou apoiando-se a uma concepção fantasmática do corpo.

Quanto à dor psíquica, primeiramente, esta surge relacionada à perda do objeto. Com a introdução do conceito de pulsão de morte, (Freud, 1924c) analisa a dor psíquica e o sofrimento, considerando, a partir do trauma, o excesso de excitação pulsional não contido pelo aparelho psíquico e o masoquismo, como mistura de dor e prazer. Articula a compulsão à repetição ao masoquismo através do aspecto de um sofrimento que tem um caráter excessivamente pulsional.

Corroborando com (Berlink, 2008) com a afirmação de que o corpo é lugar que se presta como depositário possível do excesso pulsional e possui grande proximidade com a depressão e a angústia, e que a fibromialgia possui intensa relação com a subjetividade.

Os sintomas corporais, mais especificamente a dor pode ser compreendida como sendo uma manifestação do fenômeno de repetição no corpo, como uma tentativa de inscrição da pulsão. A pulsão, ao percorrer o corpo, faz dele um lugar de sua manifestação, e ao fazê-lo, torna-o um lugar privilegiado para a repetição. Repetição que ao utilizar o corpo produz mal-estar produz sintoma, pois coloca em cena a pulsão e suas vicissitudes.

(Freud, 1926) apresenta o papel enigmático da dor corporal para o entendimento da dor psíquica. Já havia salientado a importância da dor na constituição da idéia de corpo ao ressaltar o modo pelo qual o sujeito obtém conhecimento de seus órgãos corporais por ocasião de uma doença.

E, se há um desvio psíquico por mudança de interesse, ocorre também um

desvio do investimento feito sobre a representação psíquica do local da dor e as dores mais intensas não se produzem. Parece haver, então, uma transformação da dor corporal para o domínio da dor psíquica. “E a natureza contínua do processo catexial e a impossibilidade de inibi-lo produzem o mesmo estado de desamparo mental” (Freud, 1926, p. 166).

A dor é referida aqui como um excesso com conseqüências corporais e psíquicas. Nesse sentido, tanto o corpo quanto a repetição são essenciais. Pois, com a dor, o corpo se transforma em alma e a alma em corpo. (Pontalis, 2005, citado por Mendonça, 2008, p. 272)

A partir dessas considerações, a autora afirma que o mecanismo da dor é desencadeado pela via da repetição, que a dor é sentida quando uma experiência angustiante, traumática e excessivamente carregada de afeto é reativada por uma lembrança que se repete.

Conclui seu artigo lembrando a relevância da clínica na articulação da repetição ao corpo, pela via da dor. O *setting* analítico fundamenta a teoria e diz como os fatos, psíquicos e somáticos, à semelhança das “duas correntes” pulsionais, se apresentam fusionados. Distinguem-se duas lógicas, a da representação e a do transbordamento, mas essas duas maneiras de manifestação da pulsão caminham juntas.

(Nasio, 1997) em artigo intitulado *A dor corporal: uma concepção psicanalítica* trata da origem psíquica da dor corporal, apontando para a intervenção do fator psíquico na gênese de toda dor corporal.

Pesquisadores da IASP (Associação Internacional para o Estudo da Dor) consideram o fator psíquico uma das principais causas da emoção dolorosa. O fator psíquico causa tanto para a dor corporal psicogênica, ou seja, aquela de

origem exclusivamente psíquica, uma sensação somática dolorosa efetivamente sentida pelo sujeito, mas sem nenhum motivo orgânico que a explique, quanto como o fator psíquico é fator intensificador das sensações dolorosas.

(IASP, citada por Nasio, 1997) define dor como: “dor seria uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tissular real ou potencial, ou ainda descrita em termos que evocam essa lesão” (p. 70). Então a dor, além de uma sensação é também uma emoção que pode nascer sem lesão tissular responsável. Uma dor real, deplorada pelo paciente, sentida por ele, mas sem ter uma agressão orgânica que a justifique.

Para (Nasio, 1997) a dor física-corporal segue três tempos em sua gênese: o tempo da lesão, da comoção e da reação. A partir desses três tempos e utilizando o conceito de eu para designar diferentes funções e estados psíquicos como o eu-pessoa, o eu-consciência, o eu-órgão endoperceptor, o eu-memória inconsciente e o eu-inibidor, elabora uma compreensão de como uma dor nasce no corpo e se transforma em dor inconsciente.

Diante da dor de uma lesão o eu sofredor se percebe e se apresenta dissociado do corpo, percebendo-o como invólucro, como periferia, portanto, compreendendo a dor, quer seja de uma lesão corporal interna ou externa, como dor periférica.

Entretanto, diante de um acidente grave o eu não mais é dissociado do corpo, nem o percebe como periférico, não há mais lesão corporal, pois todo o ser se rompe. A percepção da dor, ou a sensação dolorosa imprime no eu a imagem do local lesado, o que cria uma representação mental e fixa na consciência essa representação mental da lesão como chaga e da lesão como local da dor.

Essa percepção sensorial é acompanhada de um sentimento de que a lesão é periférica ao eu, como também é algo que se levanta hostilmente contra o eu. Porém, a dor não está na lesão, está no eu, está no cérebro, quanto à sensação dolorosa, e nos alicerces do eu quanto à emoção dolorosa.

A dor da lesão comporta três aspectos: real, simbólico e imaginário. Real: percepção somato-sensorial de uma excitação violenta que afeta os tecidos orgânicos, reconhecimento pelo cérebro das sensações. Simbólico: formação súbita de uma representação mental e consciente do local do corpo onde a lesão se produziu. Fixação na consciência da localização da lesão. Imaginário: como o corpo é vivido na periferia, toda lesão será vivida como periférica. A sensação dolorosa, referida à sede da lesão, parece emanar apenas do ferimento, e o ferimento parece instituir-se como um segundo corpo, ocorre a dissociação do eu-corpo.

Num segundo tempo, a dor da comoção é a dor do trauma interno. A dor resulta de uma dupla percepção, uma percepção externa para captar a lesão e a sensação dolorosa, percepção da dor somato-sensorial, e a outra percepção voltada para o interno, para captar o transtorno psíquico, dor somato-pulsional, percepção da dor da comoção, do sofrimento que o consome a partir do seu interior.

E qual é esse sofrimento que se apodera do eu? O sofrimento que irrompe pela brecha da lesão no seio do eu um afluxo maciço de energia que submerge o psiquismo, não o corpo, no seu próprio núcleo, no núcleo central do eu, onde é gravada essa experiência traumática (neurônio de lembrança). Perde-se a homeostase psíquica, abolindo o princípio de prazer. Assim, o eu percebe o seu transtorno e a perturbação das suas tensões pulsionais, percepção somato-

pulsional. Essa singular percepção do eu do seu estado de comoção interna cria a emoção dolorosa que se apodera do eu.

E a comoção também deixa suas marcas. Trata-se da formação de uma imagem, não só aquela na memória comum como lembrança consciente, mas de uma imagem que também fica gravada no inconsciente que é uma memória diferente, que retornará em outras figuras, outras formas cujo retorno do traumatismo a pessoa ignora.

(Nasio, 1997):

A dor passada ressurgirá de modo inesperado, em outro lugar que não o espírito. Talvez na carne, convertida em outra dor; ou encarnada em uma lesão psicossomática; ou ainda na consciência, transfigurada em outro afeto, tão opressor quanto a culpa, por exemplo; e até transformada em um ato impulsivo (p.77).

Não é sob a forma de lembrança que o fato esquecido reaparece, mas sob forma de ação. O doente repete, sem saber que se trata de uma repetição. A partir do momento em que uma primeira experiência dolorosa é gravada no psiquismo e reaparece irreconhecível, ela assume o estatuto de dor inconsciente.

(Nasio, 1997) propõe um caminho segundo o qual a dor corporal passa a uma dor inconsciente. O eu é composto de dois elementos essenciais: uma energia que circula tendendo para a descarga e neurônios que a veiculam.

Os neurônios se subdividem em três grupos, um grupo localizado na periferia do eu, percebe as estimulações do mundo exterior. Um segundo grupo, situado no centro do eu, composto de 'neurônios da lembrança' e tem por função conservar os vestígios dos acontecimentos marcantes. Esse grupo se tornará o sistema inconsciente.

Os neurônios da lembrança contêm os vestígios ou a imagem mnêmica de um acontecimento passado que neles fica registrada e o afeto que a carrega, ou seja, há um conteúdo representativo e o seu investimento afetivo. O terceiro grupo tem sua percepção dirigida para o interior, para captar as flutuações da energia interna. Tem a tarefa de detectar as variações da tensão psíquica e ainda a de repercuti-las na consciência sob a forma de afetos agradáveis, desagradáveis ou dolorosos.

Os neurônios que conservam a imagem ali gravada ficam extremamente irritáveis, sensíveis, e pequenas excitações, internas ou externas, serão suficientes para reativá-los e reanimar essa imagem.

Então, a dor corporal passa a ser dor inconsciente quando, pela comoção interna, esses traços mnêmicos, para sempre inscritos no eu através dos neurônios da lembrança, são estimulados e reativados, transfigurados podendo aparecer uma nova dor, em um ponto diferente do que foi o primeiro, podendo aparecer uma opressão e culpa incompreensíveis, um afeto opressivo, uma lesão no corpo, ou ainda, uma compulsão irresistível.

O sujeito experimentará, assim, uma sensação dolorosa inexplicada, isto é, sem causa orgânica detectável. Ele sofrerá desse modo, sem saber que a sua dor presente é a lembrança agida de uma dor passada. Essa dor corporal seria, então, uma dor inconsciente, dor transfigurada em um diferente afeto, em uma lesão psicossomática, em sentimento de culpa, ou ainda em ato impulsivo, e a manifestação dolorosa transfigurada irá depender do conteúdo representativo da imagem mnêmica inscrita no neurônio reativado.

Então, todos os sofrimentos humanos, físicos e psíquicos resultam de uma dor original? Na teoria freudiana encontra-se que a dor é proveniente de uma

arcaica separação ocorrida antes mesmo do estágio embrionário, em uma fase pré-individual e codificada na memória da espécie.

Nesse sentido (Nasio, 1997) afirma que “não sabemos de que sofrimento imemorial somos provenientes, mas seguramente este ressurge por ocasião de todas as dores físicas e psíquicas, e transmite a cada uma a sua qualidade específica de afeto penoso” (p.82).

E é essa experiência dolorosa passada que faz com que cada um viva suas dores de modo único e individual. Todas as vezes que uma dor aflige um sujeito, venha ela do corpo ou do espírito, ela se mistura à mais antiga dor que revive nele. Todo afeto é a repetição de uma experiência emocional primordial. A dor inconsciente é a memória de um antigo sofrimento traumático.

Sendo assim, a partir dessas considerações sobre a dor, a clínica psicanalítica pode ser um lugar de escuta do que a dor tem a dizer, seja por artifícios corporais seja por meios psíquicos, pois para que ela adquira um sentido para o sujeito, tem que se fazer representar de alguma forma.

Há dores para as quais o sujeito não dá significado, como também, no percurso de análise a estranheza que toma o sujeito, através da dor silenciosa no corpo, utiliza o corpo pela lógica representacional e repetitiva para se expressar, tendo algo do excesso e da contenção tomando o corpo pelo fenômeno da dor.

A dor inconsciente dada pelos traços mnêmicos, inscritos no eu através dos neurônios da lembrança, através do estímulo e reativação desses traços, poderá transfigurar-se aparecendo em uma nova dor, em local diferente, em um novo afeto, em uma compulsão irresistível, ou mesmo, em uma lesão no corpo.

A sensação dolorosa experimentada pelo sujeito será sem causa orgânica detectável. Ele sofrerá de uma lembrança agida de uma dor passada. Essa dor

corporal seria, então, uma dor inconsciente, dor transfigurada em um diferente afeto, em sentimento de culpa, em ato impulsivo, ou mesmo, em uma lesão psicossomática.

Então, fala-se de uma dor física que pode manifestar-se como resultado da reativação dos traços da experiência de dor guardados na memória inconsciente e passíveis de reativação como dor física e/ou dor mental e capaz ainda, de transfigurar-se em lesão de órgão. Fala-se da dor em sua relação com a subjetividade do sujeito que dela padece.

No próximo capítulo deu-se continuidade às investigações teóricas sobre possíveis implicações da relação mente/corpo para o estudo da dor, para o estudo da fibromialgia, apresentando a teoria Psicossomática desde seus precursores até como é entendida atualmente.

Capítulo 4

Sobre a Psicossomática

Antes de uma teoria propriamente denominada de psicossomática, em meio a reflexões sobre as relações entre corpo e espírito, duas grandes correntes filosóficas, o monismo e o dualismo marcaram as concepções acerca das manifestações do sintoma corporal. (Volich, 2010) aponta que a psicossomática ocupará o lugar segundo o dualismo.

Para a corrente monista⁵, existe um único princípio vital no homem, o qual pode ser a alma ou o corpo. Os que defendem que esse princípio vital seja a alma caracterizam as visões idealistas do monismo, estes consideram que o somático seria uma manifestação do substrato psíquico. Numa visão materialista do monismo, o corpo é a única realidade do princípio vital e o psíquico seria um fenômeno que se junta ao corpo, mas não o influencia. A concepção monista idealista será referência filosófica para a visão de que há um fenômeno psicossomático, uma vez que o Homem é em essência um ser psicossomático.

Para o dualismo⁶, existem dois diferentes princípios vitais no homem, corpo e alma. A relação entre estes dois princípios pode ser considerada de diferentes maneiras, segundo a natureza dos dois princípios, de substâncias mesmas ou diferentes e separadas. O interacionismo, representado por Descartes sustenta que corpo e alma são duas substâncias diferentes e separadas, mas que têm uma influência recíproca.

⁵ Mora (1978) Monismo como doutrina que afirma que há só uma espécie de substância, são monistas quer os materialistas, quer os espiritualistas.

⁶ Mora (1978) Dualismo significa, em geral, qualquer contraposição de duas tendências irreduzíveis entre si.

Esta visão, o dualismo, é a sustentação filosófica da teoria da psicossomática psicanalítica, segundo propõem os autores da psicossomática.

(Winograd, 2004) questiona se Freud é monista, dualista ou pluralista⁷ e responde que é os três. Freud é monista na base do seu pensamento no que concerne à metafísica, uma vez que não nega a possibilidade de redução do múltiplo ao um, como também, aceita a pluralidade das coisas. Freud apontava para as diferenças e para a multiplicidade, daí na teoria freudiana considerarem-se pontos como expressão do pensar pluralista.

Pode-se, ainda, afirmar que Freud é monista na medida em que considera que a determinação das pulsões deriva de seu modo de presentificação no psiquismo. Haveria apenas uma pulsão, e não duas, no que concerne à substância: pulsão de vida e pulsão de morte não seriam duas substâncias distintas, como são a alma e o corpo cartesianos. Em (Freud, 1915) o conceito de pulsão é único, apenas uma substância-pulsão.

(Gomes, 2005) corrobora com (Winograd, (2004) quando aponta que, sobre o problema mente - cérebro na psicanálise, Freud mantém uma posição monista materialista a respeito dessa relação, uma concepção de que os processos psíquicos têm um substrato neurofisiológico, concepção de base e que Freud não abandonou ao desenvolver sua teoria.

Essa concepção de base se manifesta em três aspectos fundamentais da teoria psicanalítica. Ela tornou possível ao autor desenvolver uma teoria causalista dos processos psíquicos, manifestada na forte aderência de Freud ao determinismo psíquico, atenuada pela noção de pluralidade de fatores causais.

⁷ Mora (1978) o mundo é composto de realidades independentes e mutuamente irreduzíveis. A resposta que afirma a multiplicidade é um pluralismo.

Em segundo lugar, possibilitou basear sua teoria em concepções quantitativas, a partir do conceito de afeto, ainda que metodologicamente não houvesse recurso a qualquer forma de mensuração.

Em terceiro lugar, a teoria atribui ao aparelho psíquico uma dimensão espacial, na forma da postulação de uma tópica psíquica. Essa concepção deriva naturalmente da visão dos processos psíquicos como procedentes da atividade neural, para reforçar a visão paralelista freudiana.

Pode-se afirmar também que, além de monista, Freud era dualista, utilizando do mesmo modo, para essa argumentação, o conceito de pulsão. Freud é dualista por trabalhar com dualidades (pulsão de autoconservação / pulsão sexual e pulsão de vida / pulsão de morte) supostas desde a origem do aparato psíquico.

Apenas uma substância-pulsão, variando, entretanto, a adjetivação/inscrição psíquica dessa substância, como a de autoconservação, a sexual, a pulsão de vida ou a pulsão de morte.

(Freud, 1917 in Groddeck, 1994, citado por Winograd, 2004):

Deixemos-lhe, portanto, a sua grandiosa multiplicidade que se eleva do inanimado ao animado orgânico, do vivo corporal ao espiritual. O inconsciente constitui certamente o intermediário correto entre o corporal e o espiritual, talvez o *missing link* buscado há tanto tempo. Mas, porque afinal percebemos isso não devemos perceber nenhuma outra coisa mais? Receio que o senhor seja também um filósofo e que tenha a tendência monística a desdenhar todas as belas diferenças em troca do engodo da unidade. Estaremos assim nos livrando das diferenças? (p. 207).

Freud não propôs uma teoria estruturada da psicossomática psicanalítica, embora a Psicossomática e a Psicanálise estejam estreitamente ligadas.

Foi a partir das construções teóricas da psicanálise que os estudiosos como Groddeck, Alexander, Dunbar, Marty, McDougall, dentre outros, desenvolveram seu percurso teórico sobre a psicossomática. Ainda hoje, a psicanálise permanece sendo uma referência essencial para a psicossomática.

Assim sendo, entende-se na obra de Freud que ele não falou em psicossomática, mas em Neuroses Atuais para se referir àqueles sintomas que não eram da ordem do recalçamento.

Freud sustentou em seus escritos que os sintomas das neuroses atuais, diferentemente dos psiconeuróticos, não podem ser analisados.

A prisão de ventre, as dores de cabeça e a fadiga do chamado neurastênico, não admitem ser remontadas, histórica ou simbolicamente, a experiências operantes, e não podem ser compreendidas como substituto da satisfação sexual ou como conciliações entre impulsos instintuais opostos, como é o caso dos sintomas psiconeuróticos (Freud, 1912, p. 314).

(Freud, 1896) afirmava que os sintomas da histeria são o resultado da transformação, isto é, da conversão de uma excitação endógena em inervação somática. Na mesma época ao escrever sobre a Neurose de Angústia (1894b) com seu cortejo de sintomas funcionais, afirmava que os mesmos são o resultado da manifestação de angústias não representadas. Este trabalho tornou-se mais tarde uma referência obrigatória para todos aqueles interessados em Psicossomática, como também, um marco para a psicanálise, pois marcava de um lado as psiconeuroses, cujos sintomas possuem significação simbólica e do outro, as

Neuroses Atuais, onde os sintomas resultam diretamente da libido não realizada, não utilizada.

O campo das Neuroses Atuais onde se encontram catalogadas as neuroses de angústia, neurastenia e hipocondria, é também o campo da Psicossomática, onde os sintomas não possuem uma mediação simbólica.

(Freud, 1917) afirmou que os sintomas das neuroses 'atuais' — pressão intracraniana, sensações de dor, estado de irritação em um órgão, enfraquecimento ou inibição de uma função — não têm nenhum 'sentido', nenhum significado psíquico. Não só se manifestam predominantemente no corpo, como também constituem, eles próprios, processos inteiramente somáticos, em cuja origem estão ausentes todos os complicados mecanismos mentais da psicose.

As neuroses 'atuais', nos detalhes de seus sintomas e também em sua característica de exercer influência em todo sistema orgânico e toda função, mostram uma inconfundível semelhança com os estados patológicos que surgem da influência crônica de substâncias tóxicas externas e de uma suspensão brusca das mesmas — as intoxicações e as situações de abstinência.

Este campo foi ficando em segundo plano nas pesquisas e nos escritos de Freud. O dualismo inicial do Psico-Soma foi dando lugar ao dualismo pulsional; na primeira tópica entre as pulsões de autoconservação e as pulsões sexuais, na segunda tópica entre as pulsões de vida e morte, entre *Eros* e *Thánatos*.

(Volich, 2010) afirma que “as doenças ditas funcionais e os quadros descritos como psicossomáticos situam-se em continuidade com as manifestações das neuroses atuais” (p.94).

A psicossomática de hoje, repete de todo modo, o caminho de seus pais. Lá no seu início, o monismo e o dualismo norteavam a visão de homem e mais

especificamente orientavam o desenvolvimento dos estudos sobre a relação mente/corpo, em como se daria essa relação na doença orgânica. Na atualidade, a psicossomática é entendida segundo um fenômeno psicossomático, ou seja, dentro de uma visão monista de homem, e/ou a partir de uma relação causal, de influência mútua entre psíquico e somático, de acordo com uma visão dualista.

Em seu livro sobre Psicossomática, (Volich, 2010) cita o pioneirismo de Groddeck, e expõe a base do seu pensamento. Nascido em 1866, desenvolveu sua obra e participou do nascimento da psicossomática. Era formado em medicina, defendia uma visão monista de homem e do sintoma que nele se manifesta. Postulava que o homem é uma substância única, que não se deve dizer de uma relação de causalidade entre processos psíquicos e físicos, pois corpo e alma adoecem simultaneamente, em si o sintoma provém de uma mesma fonte, uma substância única. O homem tem uma essência psicossomática, logo ele é um todo e a doença é de uma única fonte, o ser. Portanto, quando o homem adoece, tanto corpo, quanto mente, adoecem.

Ainda segundo (Volich, 2010) em 1923, com o lançamento do livro do Groddeck, O Livro d'Isso, ele passa a ser considerado o pai da psicossomática moderna. O 'Isso' não é nem corpo, nem psique, mas se expressa na dimensão física e psíquica do sujeito. Para ele, o Isso é o criador de todas as doenças, sendo estas originadas de um desejo, portadoras, portanto, de um sentido. Desfaz a separação que o dualismo propõe e pensa a doença física como tendo uma finalidade, uma significação, pois não seria um fenômeno mecânico do corpo apenas, mas uma manifestação do indivíduo como um todo.

De acordo com sua concepção, a doença é expressão de demanda por atenção. Também como expiação de um sentimento de culpa, por satisfação e

eliminação, a pessoa pode transferir a culpa para o mundo ou para a natureza. E ainda, há que se analisar, qual o sentido que a doença adquiri na vida do sujeito em cada caso.

O sintoma orgânico é visto como o sintoma neurótico, como algo a ser decifrado. A decifração de todos os conflitos aos quais, o sintoma, responderia, tanto para a remissão de sintomas orgânicos leves quanto graves.

Portanto, a partir dessa visão, toda doença é psicossomática pelo fato de o ser humano ter uma essência psicossomática, por ser uma unidade, um 'Isso', uma mesma substância que se expressa psicologicamente e organicamente. Deste modo, o padecimento somático também possui um sentido, um sentido a ser decodificado, a ser interpretado.

Os precursores da psicossomática tiveram contato com as formulações freudianas e tentaram fazer uma abordagem psicanalítica da doença orgânica.

Em seu livro, Volich escreve também sobre Franz Alexander. De origem húngara, emigrado para Berlim em 1920, Alexander empreendeu seus estudos psicanalíticos pesquisando a influência recíproca entre soma e psique. Em 1929, Alexander emigrou para os Estados Unidos e continuou sua prática psicanalítica. Em 1932, Alexander fundou o Instituto de Psicossomática de Chicago. Ampliou suas pesquisas para o campo da medicina, investigando fatores emocionais que influenciam os processos fisiológicos pelas vias nervosas e humorais.

Juntamente com seus colaboradores, F. Deutsch, F. Dunbar, O. English e Ruesch, F. Alexander desenvolveu uma teoria que buscava as relações entre emoções reprimidas e sua repercussão no plano físico, levando aos sintomas. Buscaram estabelecer relações entre conflitos emocionais específicos e

estruturas da personalidade com alguns tipos de doenças somáticas, como úlceras, enxaquecas, alergias, asma e distúrbios digestivos.

Eles consideravam que os transtornos psicossomáticos seriam consequência de estados de tensão crônica relativa à expressão inadequada de determinadas vivências que seriam derivadas para o corpo.

Segundo (Volich, 2010) a psicossomática de Alexander buscou compreender as doenças como perturbações da coordenação total dos processos orgânicos, buscou também, reconhecer o componente psicológico nas doenças e a terapêutica que visava influenciar o componente psicológico simultaneamente e em relação com os componentes não psicológicos. Defendia a importância da consideração do organismo como uma unidade, que inclui também a personalidade do doente. (Alexander, 1929, citado Volich, 2010) afirmou que “toda doença é psicossomática, pois os fatores emocionais influenciam todos os processos fisiológicos pela vias nervosas e humorais” (p. 125).

Retoma o conceito de psicogênese como um “processo psicológico que consiste em excitações centrais no sistema nervoso que podem ser estudadas por métodos psicológicos, pois são percebidas subjetivamente na forma de emoções, idéias, e desejos” (Alexander, 1950, citado por Valente, 2012). E, segundo a especificidade de fatores emocionais, desencadeiam-se distúrbios somáticos.

A resposta vegetativa a determinado estímulo emocional varia de acordo com a qualidade da emoção, e todo estado emocional tem sua síndrome fisiológica, todo estado emocional causa uma mudança fisiológica no corpo. Uma pessoa desenvolverá uma doença correlativa à vulnerabilidade de um órgão específico, os conhecidos "órgãos de choque", correspondente a um sistema somático, se a emoção não tiver via de expressão, e desenvolverá uma doença em

presença de mobilização, por uma situação exterior, de seus conflitos primitivos, inconscientes. A essas doenças denominou Neuroses Vegetativas.

Segundo (Valente, 2012) “Neurose Vegetativa é a resposta fisiológica dos órgãos vegetativos derivada de descargas diretas dos afetos, no sistema neurovegetativo” (p. 17). Seus estudos destacaram sintomas orgânicos ligados a certas patologias e ao sistema visceral/neurovegetativo.⁸

Estes sintomas são distintos daqueles da conversão por não se prestarem à solução de conflitos psíquicos. Ocorreria uma deflexão da carga emocional, impossibilitada de ser representada, é dirigida aos órgãos vegetativos. Dessa forma, utiliza-se o termo Neurose Orgânica para abranger os distúrbios funcionais dos órgãos vegetativos devido à tensão emocional de conflitos ou afetos reprimidos, que estimulariam a função de determinados órgãos levando às disfunções até que por sua persistência, estas causassem lesões orgânicas.

Partindo da função do sistema nervoso em manter o organismo em equilíbrio, os distúrbios emocionais das funções vegetativas foram divididos em dois grupos: um em referência ao sistema simpático e outro ao sistema parassimpático.

(Valente, 2012) destaca a diferença entre o sistema simpático⁹ e o parassimpático, no artigo sobre a questão da simbolização na psicossomática. O

⁸Costa (2013) diz-se do sistema nervoso que regula a vida vegetativa, formado de gânglios e de nervos, geralmente cinzentos, e ligado ao eixo cerebrosinal, o qual contém os centros reflexos. (Distinguem-se, no sistema neurovegetativo, o sistema ortossimpático e o sistema parassimpático, que inervam as vísceras, mas que têm efeitos antagônicos.)

⁹ O sistema simpático é a parte do sistema nervoso autônomo relacionado com a regulação da atividade da musculatura cardíaca, dos músculos lisos e das glândulas. Sua função é oposta à do parassimpático.

sistema simpático prepara o organismo para a luta ou fuga, para a ação. Produz taquicardia, aumento da tensão muscular, da taxa de glicose no sangue, etc.

O distúrbio ocorre pela inibição dos impulsos dado ao bloqueio das vias de expressão, a emoção fica reprimida e o comportamento de luta ou fuga não é consumado. O organismo, porém, encontra-se preparado fisiologicamente, e como não ocorre o alívio dessa condição pela atividade, há uma cronificação das mudanças fisiológicas. A taquicardia poderá resultar num infarto, o aumento da tensão muscular numa artrite reumatóide, o aumento da glicose pode favorecer a diabetes, entre outros exemplos.

O sistema parassimpático contrapõe o simpático, é responsável por relaxar o organismo, faz diminuir suas atividades deixando-o num estado de recolhimento das atividades. Diante da atividade, ocorre uma fuga vegetativa, o sujeito fica numa postura de carência ou dependência do outro. Ao invés do enfrentamento a pessoa pode ter uma diarreia. Coloca-se num estado de receber atenção, prazer, cuidado. Pode-se citar a neurose gástrica, diante do aumento do estímulo para a alimentação, a asma por fuga da ação, se colocando como dependente, e ainda, a fadiga por distúrbio do metabolismo do carboidrato.

Propõe-se empreender uma anamnese como recurso à compreensão do funcionamento psicossomático do sujeito juntamente com a análise. A compreensão desse funcionamento levaria ao entendimento do que o teria feito escolher um sistema ou outro de forma mais enfática, um órgão ou outro.

Da mesma forma, a constituição e a história do sistema orgânico são influências importantes para a susceptibilidade ao estímulo emocional. Dentre as patologias, sete foram estudadas pela escola de Chicago: a asma brônquica; artrite

reumatóide; úlcera gástrica; retocolite ulcerativa; dermatose; tireotoxicose e hipertensão essencial, procurando para cada uma os conflitos específicos que a causaram.

Se Groddeck radicalizou o estatuto metapsicológico, a Escola Americana enfatizou a abordagem essencialmente psicofisiológica. Postulou a idéia de que um "simbólico" estaria ausente na formação dos transtornos somáticos, estabelecendo um padrão psicodinâmico individual responsável pelo desequilíbrio de uma zona de fragilidade orgânica funcional, que levaria ao surgimento da doença.

(Volich, 2010) considera que a experiência clínica permite ver que um conjunto de fatores de personalidade pode ser encontrado em quadros clínicos diferentes, não sendo específico a um tipo de doença. E ainda, que a pesquisa e a clínica psicossomática devem orientar-se para a investigação dos mecanismos individuais que transformam não apenas a doença orgânica, mas qualquer doença, em recurso único para a superação de um impasse da história do sujeito ou de conflitos impossíveis de ser elaborados de outra forma.

A psicossomática psicanalítica postula que para compreender o sofrimento do paciente, no seu sentido mais amplo, todos os indícios de seu modo de vida, de suas relações familiares, conjugais, profissionais, sua relação com o passado e suas expectativas quanto ao futuro ajudam a elucidar o processo da doença e contribuem para o tratamento, tanto quanto para o reconhecimento das manifestações orgânicas.

(Jasper, 1985, citado por Volich, 2010) assinala as quatro dimensões somatopsíquicas descritas como vetores que orientarão a clínica e a pesquisa em psicossomática. O primeiro vetor, relativo à compreensão da significação dos gestos e da fisionomia, do ponto de vista somático, o segundo, quanto às relações

causais, visa descobrir quais os modos de ser somáticos, e de que maneira atuam sobre a psique, o terceiro vetor, investigar a estrutura somática e a constituição, como fundamento da caracterização psíquica e o quarto, quanto aos fatos somáticos, que representam uma seqüência de processos psíquicos.

Nestas quatro dimensões observa-se o dualismo na relação corpo-alma e a caracterização da interação absoluta pela influência recíproca. Neste sentido afirma (Volich, 2010):

Herdeira das correntes que concebem a unidade corpo-alma, a psicossomática busca compreender a existência humana, a saúde e a doença segundo essa visão integrada, atenta para as manifestações dessa unidade no sujeito e concebendo, por meio dela, a ação terapêutica (p.67).

Na França (Marty, 1950 citado por Volich, 2010) ampliou de maneira significativa a teoria e a clínica psicossomática, introduzindo uma continuidade conceitual e clínica entre a abordagem médica e psicanalítica da sintomatologia, tanto psíquica quanto somática. O objetivo inicial desses teóricos era compreender melhor as patologias somáticas cujas dinâmicas não correspondiam ao modelo da conversão histérica, utilizando o conceito psicanalítico de neurose atual.

(Laplanche & Pontalis, 2001) propõem que: “as neuroses atuais sejam classificadas contemporaneamente como afecções psicossomáticas” (p. 301).

A Escola Francesa de Psicossomática, representada por R. Held, Marty, Fain, M'Uzan e David também partiu da metapsicologia freudiana, segundo as três dimensões, tópica, dinâmica e econômica para ampliar a compreensão da função do aparelho psíquico para além das manifestações psiconeuróticas.

Iniciou seus estudos através das cefaléias e raquialdias (dores na coluna vertebral). Seguiu a linha de Alexander até 1962, procurando identificar conflitos característicos vinculados aos sintomas, quando fez uma virada epistemológica e inovou a forma de pensar a Psicossomática, seguindo, a partir de então, o caminho inverso ao de Alexander no sentido de como chegar ao sujeito.

A escola francesa propôs escutar o sujeito através da “escuta analítica”, ao invés de escutá-lo “via órgão”. A Escola discordou de Alexander, pois observara que muitos pacientes, apesar de apresentarem conflitos e um estado de tensão, não somatizavam.

Sendo o psiquismo responsável pelo equilíbrio somático a partir da concepção de uma falta psíquica que deveria ser reparada ou restaurada, o entendimento da Escola Francesa de Psicossomática é o de que as características específicas acima mencionadas seriam a pobreza de associações subjetivas, dificuldade no estabelecimento da transferência, limitação das capacidades simbólicas e carência de elaboração fantasística.

(Marty, 1993, citado por Valente, 2012) observou em suas pesquisas que haviam manifestações e defesas singulares a certos sujeitos, em como usavam as palavras durante a análise. Entendeu que havia uma forma de organização psíquica diferente da neurose e da psicose, uma organização pela negatividade simbólica e pela ausência de certos processos mentais comuns à estrutura da neurose, como as fantasias, a produção onírica, a simbolização, a afetividade, etc. Esses processos não estariam impedidos pelo recalque, nem por cisões.

Pensamento operatório¹⁰ foi outro modo de funcionamento caracterizado

¹⁰ (Marty, 1963 citado por Volich, 2010) Pensamento operatório é o conjunto de manifestações, caracterizadas essencialmente pelo excesso de importância ao factual e ao presente, por

pela carência de fantasias, pela baixa produção onírica e pela alta negatividade simbólica.

Diferentemente do neurótico que abusa das palavras para falar de si mesmo, associar, falar das fantasias, empregar metáforas, os somatizantes possuem um pensamento operatório marcado pelo discurso mecânico, controlado, por falta de metáforas e voltado para a descrição da realidade externa, a fala volta-se para o alívio de tensões e não para significar as experiências. Verificou um discurso que considerou pobre.

Quanto à estrutura psíquica, seria precária, pois o somatizante (portador de um pensamento operatório) possuiria um psiquismo deficiente nos processos mentais, como aqueles referidos ao neurótico, com os deslocamentos, condensações, introjeções, identificações, vida fantasmática e onírica, processos necessários à simbolização. Como afirma (Valas, 1996): “o paciente aparece separado de seu inconsciente, o magma fantasmático da primeira infância sendo mantido à distância”.

(Volich, 2010) assinala sobre a teoria da escola francesa; as relações interpessoais são caracterizadas pela indiferenciação, por baixo investimento objetal, e, na relação psicoterapêutica, dificuldade no estabelecimento da transferência. Tais deficiências levariam a uma desorganização progressiva, cabendo ao somático ter que lidar com a situação emocional. Esse sujeito faz uso das representações como meros instrumentos de descrição da realidade externa,

comportamentos automáticos e adaptativos, por uma ruptura com o inconsciente e com a sexualidade, por uma alienação da própria história, pela negligência do passado e incapacidade de projeção para o futuro. (p. 208, 209)

apresentando falta de capacidade para falar e pensar simbolicamente, pois não há investimento libidinal nos elementos que dariam tal significação.

Diante de um ou vários eventos traumáticos para o sujeito, alguns desmentalizam.¹¹ Conforme (Vieria, 2004), a desmentalização faz parte do processo de desenvolvimento da depressão essencial. Conceito cunhado por Marty (1990) segundo (Volich, 2010) definido como:

“A Depressão essencial não denota nenhum trabalho de elaboração, diferentemente da depressão neurótica, do luto ou da melancolia. Apresenta-se como uma depressão sem objeto, constituindo a essência mesma da depressão, caracterizada pelo rebaixamento do tônus libidinal e por um desamparo profundo, frequentemente desconhecido do próprio sujeito. Este não apresenta queixa, quanto muito uma profunda fadiga e a perda de interesse por tudo que o rodeia” (p.209).

Na depressão essencial há apagamento de toda a dinâmica mental. A energia vital se perderia devido à desorganização e a fragmentação do funcionamento psíquico. Desorganização psíquica que poderia levar a comportamentos automáticos ou ao desenvolvimento de sintomatologia somática, ao adoecimento.

(Moura, 2008) segundo essa elaboração teórica, estabelece a relação de quanto menor a capacidade do sujeito para a representação, maior será o nível de

¹¹ (Marty 1991, citado por Ferraz, 1996) desmentalização é o termo utilizado para fazer referência a uma espécie de pobreza do processo de mentalização, ou seja, baixa quantidade e qualidade das representações psíquicas dos indivíduos, sem vias associativas para o escoamento das excitações. O corpo fica desprotegido das descargas de excitação, fica entregue a uma linguagem primitiva basicamente somática.

somatização, quanto menor o grau de atividade mental, maior será a vulnerabilidade somática.

A fala e o pensamento do somatizante não servem à simbolização. A fantasia é o suporte para esses investimentos, é a construção imaginária que o sujeito produz. Há uma carência fantasmática, ou seja, falta a dimensão da fantasia para servir de escoadouro da libido.

E, o que ocorre com a energia libidinal que não tem vazão pela fantasia, pela elaboração psíquica? A pulsão sexual está, imperativamente, direcionada para a descarga. Se esta não ocorre pela via fantasmática das representações psíquicas, é descarregada no corpo, quer por uma doença psicossomática, quer por um *acting-out*, sem um pensar prévio. Essa descarga de libido se daria nos pacientes de funcionamento operatório.

(Marty, 1990, citado por Volich, 2010) entendeu que a doença psicossomática é uma forma de descarga do excesso libidinal que não encontrou descarga na fantasia, nem em suas manifestações, portanto, não há sentido a ser interpretado ou a ser construído. Para Marty, tratava-se de um funcionamento diferente de como ocorre na neurose e na psicose, um funcionamento segundo uma estrutura psíquica diferente destes, segundo uma nova estrutura, a estrutura psicossomática.

De acordo com (Napoli, 2011) Marty estabeleceu e nomeou a estrutura psicossomática. Estabeleceu uma nosografia numa linha de progressão, a partir do conceito referencial de mentalização, segundo o qual “mentalização é o conjunto de operações de representação e simbolização por meio das quais o aparelho psíquico busca regular as energias instintivas e pulsionais, libidinais e agressivas” (Marty, 1998 citado por Volich, 2010, p.203). Nesta linha de progressão, parte-se

de uma maior capacidade de mentalização pelo sujeito, a boa mentalização, capacidade do psiquismo em sustentar os choques dos traumatismos no registro simbólico, para uma má mentalização ou uma maior susceptibilidade ao adoecer.

(MacDougall, 1996) observou nos pacientes um modo peculiar de lidar com os próprios afetos. Pareciam agir como se seus afetos não existissem. Seu discurso era mecânico, sem vida e frente a acontecimentos intensos de sua existência eram capazes de reagir com toda a resignação do mundo. E mesmo assim faziam brotar no analista os mais vivos afetos.

Continuou sua elaboração sobre a compreensão de tais pacientes a partir desses três pontos: o sintoma psicossomático, a ausência de afetos e a estimulação de afetos no analista. Desenvolveu sua teoria a partir da abordagem que Freud fez dos afetos, para quem os afetos seriam manifestações psíquicas do afluxo de energia pulsional. Na medida em que o acúmulo dessa energia gera um afeto desprazeroso, o indivíduo deve empregar estratégias para descarregá-la.

Todavia, como a descarga total é impossível, a saída é fazer essa carga energética circular entre representações psíquicas de modo a “drená-la”. Essa é a estratégia utilizada pela maior parte de nós que somos neuróticos. Entretanto, só pode ser empregada se o indivíduo, ainda bebê, tiver experimentado um ambiente que utilizou essa mesma estratégia para com ele.

Logo ao nascer, não é possível ao bebê integrar no psiquismo a energia pulsional que desde o nascimento o enlaça, para a qual ainda não possui representações de modo a poder escoá-la. Mas a mãe possui tais representações, devendo, portanto, exercer a função de ‘para-excitação’, termo cunhado por

McDougall e que significa fornecer ao bebê palavras, significantes¹², representações nas quais o bebê possa investir a energia pulsional e se libertar do poder ameaçador dela. Daí a importância de nomear para a criança as partes do corpo dela: “Esse é seu pezinho; esse é seu narizinho”, durante as “conversas” com o bebê ainda quando esse não sabe falar.

Para que a palavra cumpra sua função de representação, o bebê não precisa enunciá-la, basta que ele a ouça. Nem todo indivíduo conta com um ambiente que funciona adequadamente. E, quando o bebê não conta com essa função de pára-excitação, ele é deixado à mercê das pulsões, ou seja, submetido a uma demanda de trabalho psíquico que irá exigir ferramentas (representações) com as quais trabalhar. Essa força, essa exigência pode exceder a tal ponto as capacidades de resistência do bebê que passa a ser sentida por ele como uma angústia inominável, isto é, que não se tem palavras para descrever.

Em tais casos, para o bebê se constituir minimamente ele ejeta o afeto do psiquismo, processo ao qual (McDougall, 1996) denominou desafetação. A pulsão continua presente, mas o indivíduo passa a viver como se ela não existisse, de modo que ele a utiliza apenas o mínimo suficiente para se manter vivo, mas sem fazer dela uso libidinal algum, concebendo-a como potencialmente aniquiladora. É justamente por isso que eles aparentam não sentir nada. É que qualquer afeto um pouco mais intenso é sentido por eles como semelhante à situação de desespero

¹² Roudinesco e Plon (1998) Tomado por Jacques Lacan como um conceito central em seu sistema de pensamento, o significante transformou-se, em psicanálise, no elemento significativo do discurso (consciente ou inconsciente) que determina os atos, as palavras e o destino do sujeito, à sua revelia e à maneira de uma nomeação simbólica.

que viveram quando bebês. Eles utilizam, então, a mesma defesa da infância, ejetam do psiquismo o afeto, tornando-se desafetados.

O problema é que o afeto que foi expulso do psiquismo não foi destruído, mas retornou ao próprio corpo, fonte da pulsão. Entretanto, o corpo não é capaz de suportar tamanha carga energética. Esses conteúdos (tensões) são ejetados para fora do psiquismo e podem transbordar no corpo ou transformarem-se em atos, movimentos sem simbolização que levam ao agir compulsivo.

Assim, boa parte dessa carga energética deveria ter sido distribuída entre as representações. Pela impossibilidade de dominar tamanho volume afetivo ressomatizado, o corpo sofrerá o efeito de tais descargas. Com efeito, quanto maiores forem as cargas afetivas ressomatizadas, maior impacto o corpo sofrerá e mais graves serão as lesões produzidas.

Para (McDougall, 1996), portanto, o sintoma psicossomático emerge como consequência de um processo de desafetação, processo vivido pelo bebê e que impossibilita que afetos vinculados a determinado evento aflitivo possam ser distribuídos entre representações mentais. O afeto é, então, sentido como potencial aniquilador e ejetado do psiquismo retornando para seu lugar de origem, o corpo, gerando ali os mais deletérios sintomas.

A somatização seria, então, segundo esse pensamento, consequência de uma defesa do psiquismo, seria o lançamento no próprio corpo, do afeto ejetado da mente, diferente, portanto, do processo de desorganização como o é para (Marty, 1990). A desafetação ocorreria para evitar a desorganização. Um ponto em que McDougall difere de Marty. A doença teria para a autora um sentido, mas que por motivo da angústia que suscitaria, não pode ser representado, sendo, entretanto um motivo a ser construído à *posteriori*.

(Mcdougall, 1991, citada por Valente, 2012) diz que “a somatização, como resposta tanto aos conflitos internos como às catástrofes externas, encontra-se entre as respostas mais banais que o homem é capaz de fornecer” (p.30).

(Valente, 2012) aponta para a relação simbolização e somatização na psicossomática, a partir de alguns autores: Alexander (1950, citado por Valente, 2012) destaca a impossibilidade de elaboração de determinadas tensões por causa de bloqueios psicológicos, o que as mantém acumuladas no organismo sem uma saída simbólica, e com uma saída somática.

(Marty, 1993, citado por Valente, 2012) especifica uma estrutura psíquica deficitária para a representação e elaboração simbólica, pois os processos mentais são precários em sua produção onírica, de fantasias, de deslocamentos e condensações, introjeções, entre outros, levando a uma desorganização progressiva no organismo o que aumentaria a susceptibilidade ao adoecimento pela via somática.

(Mcdougall, 1984, citada por Valente, 2012) as somatizações ocorrem como resultado da ação de um mecanismo de defesa que ejeta do psiquismo percepções, pensamento e fantasias capazes de suscitar afetos insuportáveis, e sem a saída psíquica, aumentando a tensão no corpo, levando à somatização. Mecanismos semelhantes ao que (Freud, 1894) chamou de Neuroses atuais; o aumento da excitação somática devido a impossibilidade de trabalho psíquico gerando sintomas somáticos.

(Lacan, 1954, citado por Napoli, 2011) abordou a questão da psicossomática em três momentos:

No seminário 2, relaciona o que é psicossomático à temática do eu, como um fenômeno da ordem do real¹³ e ligado ao autoerotismo, diferentemente do sintoma neurótico que se constitui a partir do registro simbólico. Sendo da ordem do real, o que é psicossomático se aproxima mais da estrutura psicótica que da neurótica.

No seminário 11, o fenômeno psicossomático é abordado a partir da relação entre significantes¹⁴, através das representações que estes têm. Logo, S1 está em relação para com outros significantes, S2, S3, S4, até o infindo.

Logo, numa estruturação subjetiva em que o desejo do Outro¹⁵ não é posto em causa, se a cadeia de significantes é tomada como bloco, como se fosse completa, o significante não pôde servir de referência para o sujeito. Essa estruturação constitui a psicose, a debilidade mental e o fenômeno psicossomático, sendo que neste último, os significantes incrustam no corpo. Responde-se ao nível do corpo a uma indução significativa cujo sentido reside no Outro, mas que a ele foi vedado descobrir em função do congelamento entre S1 e S2.

O Fenômeno Psicossomático como resposta a um evento está na dependência de uma estruturação subjetiva prévia que não possibilitou a emergência do questionamento do desejo do Outro¹⁶ devido à cadeia de significantes ter sido imposta ao sujeito em bloco, congelada, sem intervalos.

¹³ Roudinesco e Plon (1998) Termo empregado como substantivo por Jacques Lacan, introduzido em 1953 e extraído, simultaneamente, do vocabulário da filosofia e do conceito freudiano de realidade psíquica*, para designar uma realidade fenomênica que é imanente à representação e impossível de simbolizar. p. 645

¹⁴ Ibid p.75

¹⁵ Roudinesco e Plon (1998) Termo utilizado por Jacques Lacan com maiúscula, opondo-se então a um outro com letra minúscula, definido como outro imaginário ou lugar da alteridade especular. Mas pode também receber a grafia grande Outro ou grande A. p. 558

¹⁶ Ibid p. 78

Assim, certos eventos encontram-se bloqueados à elaboração psíquica. O corpo se encarrega de reagir com uma lesão de órgão. Por isso é comum ao paciente, continua (Nápoli, 2012) em seu artigo, a eclosão da doença ou de uma lesão numa data significativa para a história de vida do sujeito. O evento pulsional relacionado ao restante da cadeia de significantes, responde pela via do corpo.

Na Conferência 'O Sintoma', (Lacan, 1975, citado por Napoli, 2011), ressalta três pontos sobre o fenômeno psicossomático: o primeiro é que ele está profundamente enraizado no imaginário¹⁷ e não no real¹⁸.

O segundo, é que o fenômeno psicossomático se constitui como uma espécie de escrita no corpo, uma escrita que está baseada num código estranho e que só faz sentido a partir desse código. Trata-se de algo distinto do sintoma neurótico, que, por seu turno, está referenciado simbolicamente ao Outro compartilhado pelo doente e pelo analista, logo, potencialmente interpretável. Por isso fala-se em fenômeno psicossomático e não em sintoma psicossomático, por não se tratar de uma solução de compromisso como o é o sintoma advindo do recalque.

E, corrobora (Nicolau, 2008) que a distinção se dá, pois no fenômeno psicossomático não haveria como localizar a incidência de processos psíquicos de metáfora e metonímia ou de deslocamento e condensação, característicos da formação dos sintomas nas psiconeuroses.

¹⁷ Roudinesco e Plon (1998) Utilizado por Jacques Lacan a partir de 1936, o termo é correlato da expressão *estádio do espelho** e designa uma relação dual com a imagem do semelhante. O imaginário se define, como o lugar do eu* por excelência, com seus fenômenos de ilusão, captação e engodo.

¹⁸ Ibid p. 78

Terceiro ponto assinalado foi a seguinte pergunta: “A que o fenômeno psicossomático satisfaz?” Há um gozo específico. Responde a algo da ordem da fixação, entendida a partir do conceito freudiano de *fixierung* que significa a marca, como o traço deixado no corpo pela experiência infantil de satisfação. Ou seja, tais experiências deixam um traço permanente em seu corpo, a fixação nesse tipo de gozo. O fenômeno psicossomático, de maneira semelhante, seria o resultado de uma marca deixada pelo significante no corpo do sujeito.

(Nicolau, 2008) relacionou o fenômeno psicossomático e o gozo no corpo. O fenômeno psicossomático é situado fora das construções neuróticas, para além da subjetividade, produzido sobre um corpo sem sentido, mesmo comportando um gozo específico, quer dizer, um sofrimento.

Desde o entendimento em (Freud, 1984b) de que no sintoma ocorre um trabalho psíquico de substituição, substituto de uma satisfação pulsional, produto do processo de recalque, que comporta uma mensagem a ser decifrada, compreende-se que o fenômeno psicossomático é algo de outra ordem. O fenômeno psicossomático não remete à outra cena, à cena do desejo deste sujeito. Pode-se constatar com isso que o corpo nem sempre fala pela via simbólica do sintoma. Às vezes cala e, no lugar onde falta a angústia, um órgão pode ser lesionado, aparecendo o fenômeno psicossomático.

(Lacan, 1966 citado por Nicolau, 2008) propôs que não se trata do psíquico sobre o somático, mas da incidência do saber inconsciente no somático.

Valendo-se da teoria lacaniana, a partir dos registros do real¹⁹, simbólico²⁰ e imaginário²¹, (Besset *et al.*, 2010) aponta para a interseção simbólico-imaginário,

¹⁹ Ibid p.78

como lugar produtor de sentidos imaginários que dão consistência aos fenômenos da fibromialgia. Nos sentidos imaginários, o sujeito encontra gozo no sofrimento.

Psicanalistas da Psicossomática firmaram-se em alicerces quanto à especificidade do sintoma psicossomático. (Casetto, 2006) assinala que a partir da psicossomática, uns entendem que a doença teria um sentido a ser interpretado, como no início da psicossomática, em (Groddeck, 1920) e (Alexander, 1950).

Para (Marty, 1990) o sintoma psicossomático não teria sentido algum. Em (Mcdougall, 1989) no sintoma, haveria uma demanda de sentido, um sentido a ser construído *à posteriori*.

É preciso reconhecer a dificuldade para circunscrever o campo psicossomático. Admitir um grupo de doenças psicossomáticas não equivaleria a reintroduzir o dualismo corpo-mente? Do mesmo modo é delicado situar a fronteira entre as doenças psicossomáticas e as outras doenças.

Os fatores biológicos, tóxico-infecciosos, traumáticos ou genéticos desempenham um papel etiológico preponderante ou os fatores psicossociais na forma de emoções, de conflitos atuais ou antigos?

Não se pode sustentar a organogênese nem tão pouco, a teoria puramente psicogênica. Os conflitos provocam manifestações mentais ou manifestações somáticas ou de ambos os tipos, em proporção variável.

No capítulo seguinte será apresentada a contribuição da psicanálise até o momento para o estudo da fibromialgia.

²⁰ Roudinesco e Plon (1998) Termo utilizado por Jacques Lacan para designar um sistema de representação baseado na linguagem, isto é, em signos e significações que determinam o sujeito à sua revelia, permitindo-lhe referir-se a ele, consciente e inconscientemente, ao exercer sua faculdade de simbolização.

²¹ Ibid p. 79

Capítulo 5

O Corpo na Psicanálise: O Caso da Fibromialgia

Qual a contribuição da Psicanálise para o estudo da Síndrome da fibromialgia?

A partir dessa questão (Oliveira, 2013) empreendeu uma revisão de literatura, que procurou identificar e explorar as implicações subjetivas presentes no sujeito com fibromialgia, sob o olhar da metapsicologia psicanalítica. No total foram encontrados seis artigos nacionais sobre o tema.

Os trabalhos de (Sá *et al.*, 2005) e (Lima & Carvalho, 2008) defendem a hipótese de que a fibromialgia é uma doença psicossomática. Outros autores, como (Slompo & Bernardino, 2006) consideram que a fibromialgia pode ser compreendida como um sintoma histórico. Em outra perspectiva, (Leite & Pereira, 2003) e (Besset *et al.*, 2010) consideram a fibromialgia como um fenômeno que pode inscrever-se em uma organização de personalidade psicossomática, neurótica ou psicótica.

E (Semer, 2012), percorre um caminho diferente, faz uma reflexão a respeito da psicoterapia psicanalítica com pacientes fibromiálgicos, a partir do atendimento desses pacientes, considerando suas relações com a dor. A partir do atendimento psicanalítico, pôde concluir que a transformação de um modo de utilizar o corpo como via de descarga ou como modo de comunicação para a simbolização é um processo longo e construído de modo artesanal.

(Sá *et al.*, 2005) fazem a seguinte distinção quanto à fibromialgia: 1) fenômeno psicopatológico conversivo, no qual há conversão de um conflito mental numa queixa somática, lábil, polissintomática, 2) argumento psicossomático para

uma doença enigmática, referindo a quadros clínicos de etiologia pouco sustentada por exames complementares de diagnóstico, 3) queixas monossintomáticas associadas à psicopatologia *borderline*, somatopsíquica, e 4) quadro psicossomático, o qual, independentemente da doença, irá apresentar um imaginário pobre, uma grande contenção emocional e um episódio traumático que precipita o embotamento emocional.

A partir desta diferenciação, afirmaram que na fibromialgia não se encontram sintomas somáticos vazios de significado e exclusivamente corporais, pois a grande contenção da agressividade domina a expressão dos afetos e, portanto, a raiva, o medo e a culpa se voltam contra o próprio sujeito. Como afirma (Laplanche & Pontalis, 2001) parte da pulsão agressiva se mantém no organismo e retorna contra este.

(Sá *et al.*, 2005) defendem que as queixas fibromiálgicas são manifestações somáticas de personalidade obsessiva, onde a contenção maior da violência não se fixa em torno de episódios de angústia, mas concretiza a rigidez defensiva na rigidez da musculatura.

Corroboram com a percepção de (Besset *et al.*, 2010) de que um dos aspectos psicológicos que faz parte do sujeito com fibromialgia é a vitimização. (Sá *et al.*, 2005) afirmam que “a denegação de qualquer tipo de ataque ou desejo de destruição face aos outros gera uma disposição eufórica, contrária à sua realidade, que se traduz na idealização primária, muitas vezes sob o aspecto de vítimas ou de mártires” (p.111). E, ainda, que a bondade e o despojamento que estes pacientes demonstram são mais um falso *self* do que um ato autêntico, para imolação pelo sofrimento.

Concluíram em seu artigo afirmando que nenhum quadro é exclusivamente

somático, nenhum é, unicamente psíquico. Cada quadro clínico – qualquer que ele seja – será, ou predominantemente biológico, ou predominantemente psíquico. E, entendem que a fibromialgia referida à medicina seja um quadro reumatológico, referida à psicologia seja um quadro psicossomático e, mais microscopicamente, a fibromialgia seria uma patologia *borderline* que se expressa através desse quadro psicossomático.

(Lima & Carvalho, 2008) descreveram em seu artigo um estudo de caso realizado a partir do atendimento de uma mulher de 43 anos.

Relatou a observação de poucos recursos psíquicos no sujeito do atendimento, ego frágil, dependência em relação às outras pessoas e um funcionamento regredido. Diante de qualquer alteração emocional, sentia-se 'nervosa', quer fosse uma boa emoção quer fosse uma emoção de sofrimento, o sujeito declarou sentir-se mal.

Corroborar a compreensão de que o paciente de estrutura psicossomática, como também pôde ser verificado na paciente do estudo de caso, tem dificuldade para nomear seus sentimentos, para elaborá-los psiquicamente, expressando-os, sentimento e emoções, através do corpo.

O impacto negativo que a fibromialgia causa na vida dos pacientes, tanto ao nível pessoal, intelectual, emocional, quanto profissional, leva a uma qualidade de vida bem inferior ao das pessoas saudáveis. A dor, a queda da vitalidade, a presença de distúrbios psíquicos, da depressão, juntamente com a etiologia desconhecida da doença induzem aos sentimentos de desamparo e vulnerabilidade.

Verificou-se, através do estudo de caso, que a psicoterapia breve de base

psicanalítica pôde contribuir para a melhora e o controle de alguns sintomas da fibromialgia ao promover o desenvolvimento de aspectos psíquicos da paciente, do resgate da identidade, da autonomia, da condição de uma pessoa ativa, responsável por sua vida e pelos necessários tratamentos e cuidados com sua doença, consigo mesma.

(Slompo & Bernardino, 2006) fizeram um estudo comparativo entre a Histeria e a Fibromialgia, segundo a descrição que (Freud, 1905) fez do quadro clínico da Histeria. Argumentaram a hipótese de que a Fibromialgia, tal como descrita hoje, é um sintoma moderno da Histeria, que a Fibromialgia é sintoma de conversão de um conflito inconsciente do sujeito.

Apontaram a semelhança entre as características sintomáticas das duas manifestações patológicas. O diagnóstico da histeria e da fibromialgia é feito por uma avaliação clínica dos sintomas físicos e dos relatos dos pacientes, pelas sensações descritas pelos pacientes, não existindo exame que possa comprovar a materialidade do que é descrito. Como afirma (Heymann *et al.*, 2010) sobre o diagnóstico da fibromialgia: “O diagnóstico da fibromialgia é exclusivamente clínico e eventuais exames subsidiários podem ser solicitados apenas para diagnóstico diferencial” (p. 59).

(Slompo & Bernardino, 2006) descrevem os sintomas característicos da manifestação histérica apresentados por (Freud, 1905) e os correlacionam aos sintomas característicos da fibromialgia. Os sintomas da fibromialgia são: dores difusas pelo corpo, fadiga crônica, distúrbio do sono, rigidez muscular, parestesias, cefaléias, síndrome do cólon irritável, fenômeno de Raynaud, depressão e ansiedade, também, são relacionados nos estudos de Freud.

Em *Estudos sobre a histeria*, (Freud, 1895), descreve um a um, todos esses

sintomas. E, além disso, reiteram (Slompo & Bernardino, 2006), as histórias de vida das pacientes ouvidas por Freud e das pacientes ouvidas no ambulatório onde o estudo foi realizado, não são tão diferentes; trata-se de histórias de vidas sofridas, perdas, prazeres abdicados... pessoas que parecem querer dar conta do sofrimento do outro e do seu.

(Leite & Pereira, 2003) fizeram uma reflexão sobre os aspectos psíquicos envolvidos na síndrome da fibromialgia. “A dor da fibromialgia ocorre na histeria, não aquela que ela ‘finge ter’, mas a dor que ela ‘deveras sente” (p. 98).

Esses autores abordaram a clínica do feminino porque a histeria é sempre referida ao feminino. Há uma dificuldade do feminino em instalar-se como eixo fundador do sujeito, pois implica na assumência de sua incompletude, implica no abandono da questão sobre ter ou não ter, para poder ser. A histérica tem uma fragilidade que a impede de entregar-se ao outro, tem delicada identificação narcísica.

(Leite & Pereira, 2003) referem ao artigo de (Freud, 1894) quando este aponta o papel fundamental que a sexualidade apresenta na etiologia da histeria, bem como as questões relacionadas à feminilidade. E citam sua relevância para com a Fibromialgia, uma vez que quase 88% dos casos diagnosticados são de pacientes do sexo feminino.

O fenômeno da fibromialgia coaduna com o fenômeno da histeria, do sofrimento e da dor. Perguntaram-se: trata-se de ter ou de ser um corpo? O corpo é/tem a função de suporte para a psique ou alma (paixões, afetos, idéias). Há uma relação de co-pertinência entre o ser e a materialidade desse ser. Pode-se pensar essa relação pela subversão que o inconsciente faz da anatomia física por uma

anatomia imaginária dada pela ordem simbólica a partir da erogeneidade dos órgãos, como marcada na teoria freudiana e no sintoma conversivo da histeria.

(Leite, 2002 citada por Leite & Pereira, 2003) em sua tese de doutorado, utilizou o paradigma da melancolia como um dispositivo teórico para pesquisar questões relativas ao sofrimento histérico, mais especificamente, pesquisar o sofrer no feminino, abordado no fenômeno da fibromialgia.

Ao descrever o modelo da melancolia (Freud, 1917) afirmou que o investimento objetal foi abandonado, e a libido refugiada no eu, assim o amor escaparia à extinção. A sombra do objeto recai sobre o corpo, portanto, na dor física há um grande investimento narcísico do ponto doloroso e um esvaziamento do resto do ego. Na dor mental ocorre um grande investimento da representação do objeto do qual se sente falta ou está perdido, e que é suposto pelo sujeito como aquele que poderia satisfazê-lo. A dor marca o limite do eu atravessado por um excesso. O sintoma, dessa forma, fica fixado no corpo e é impedido de se dizer. “Do investimento objetal ao investimento narcísico. Não é esse o caminho de passagem da dor psíquica para a dor física, segundo Freud?” (1926, p. 166).

(Freud, 1926) discorreu sobre o investimento objetal e o investimento narcísico, o caminho de passagem da dor psíquica à dor física, ou seja, a dor física promove representações de partes do corpo que de outra forma não são absolutamente representadas em ideação consciente, permitindo que o corpo possa ser imaginado e erotizado.

(Leite & Pereira, 2003) propuseram que a dor é um recurso, uma possibilidade de manter a unidade corporal, evitando a vivência de esfacelamento e considerando que o fenômeno da dor fibromiálgica pode inscrever-se em uma organização de personalidade psicossomática ou histérica. Na dor física, assim

como os sintomas histéricos, o investimento narcisista ligaria o excesso, escapando assim do nada que se associa à melancolia e a uma morte psíquica. Na histérica, a fantasia faria a ligação da libido que está em excesso e desligada, o que a protegeria da melancolia.

Fizeram uma articulação entre dor e sofrimento. A dor seria da ordem da surpresa, do gemido, do grito, ainda, como de um outro em si, “eu tenho uma dor”, e o sofrimento, ao contrário, seria da ordem do que se constrói historicamente, aquilo da repetição sintomática do sujeito.

Assim, a dor como é escutada nos pacientes com a Síndrome da Fibromialgia, localiza-se ao lado dos fenômenos psicossomáticos ou, segundo a classificação freudiana, ao lado das neuroses atuais, sem a mediação simbólica, sem um sentido a ser decifrado. O sofrimento, por sua vez, poderia revelar um enigma do sujeito que o experimenta.

A dor que se manifesta pode ser uma pista na busca do sofrimento perdido, daquele que se manteve isolado pela ação dos mecanismos psíquicos. A dor deve ser integrada ao *pathos*. A possibilidade de inseri-la historicamente, ou seja, de transformá-la em sofrimento, depende da condição de que na transferência ela se constitua em um conflito para o sujeito decifrar. Um enigma sobre o qual haverá algo a ser dito. A escuta da dor crônica na situação analítica poderia, então, permitir a passagem da dor ao sofrimento.

A fibromialgia poderia ser uma saída trágica para o sintoma histérico, quando a via encontrada pela histérica é exhibir seu corpo mortificado, no lugar do grito. Ou ainda, a fibromialgia poderia se dar pelo afeto que impedido de circular e carente de sentido, gira em torno do sintoma sem poder mudar de rumo.

E, além da neurose, a inscrição da pulsão de morte sobre o sujeito através

da intervenção médica sobre o corpo ou sobre o sintoma, fixaria esse sujeito num circuito fechado, não mais da neurose, e sim da doença. Afinal, é todo o psiquismo que está ligado à perda do objeto. A dor é provocada pelo objeto ausente, perdido, e ao mesmo tempo presente e atual. A possibilidade de uma brecha ser aberta nesse circuito é a da dor transformar-se em um sofrimento que possa ser dito pelo sujeito e escutado por um outro.

(Besset *et al.*, 2010) discorreram sobre a impossibilidade de reduzir a fibromialgia a uma versão atualizada dos fenômenos de conversão ou ao campo psicossomático, assim, propuseram a consideração do sujeito em sua singularidade, e visto que a vivência da dor é subjetiva, a fibromialgia funcionaria como uma solução para o sofrimento de modo singular.

Em artigo (Besset & Junior, 2012) afirmaram que apesar de alguns casos de histeria se apresentarem sob a nomeação 'fibromialgia', isso não é suficiente para se considerar a fibromialgia como uma forma contemporânea da histeria. Segundo os autores, em alguns casos os sofrimentos da fibromialgia não se apresentam como sintomas permeáveis à interpretação e remetem, inclusive, à psicose. E ressaltam que há casos em que, por vezes, a dor pode ter um lugar e uma função na estruturação psíquica do sujeito, questão que discutem em seu artigo *Um nome para a dor: fibromialgia*, (Besset *et al.*, 2010).

Nesse artigo, argumentaram sobre as possíveis funções da fibromialgia na economia psíquica dos sujeitos que dela sofrem, questionando a posição subjetiva daquele que padece da doença, a posição que o sujeito ocupa frente a seu sintoma e o que, para além da dor, do dito, comporta uma enunciação, um dizer singular. Mesmo que a fibromialgia tenha uma tipologia, o traço único dirá da singularidade

do sujeito que sofre e sobre o uso que faz de sua dor. Então, (Besset *et al.*, 2010) propõem a tese na qual a fibromialgia é uma solução subjetiva.

Consideram que a abordagem da fibromialgia pode ser diversa em função do diagnóstico diferencial quanto a uma estrutura, neurótica ou psicótica. É preciso, portanto, atentar para o que está em jogo em termos estruturais e inconscientes, no lugar de erradicar qualquer síndrome dolorosa e qualquer sofrimento psíquico associado. A dor crônica no centro, oculta outras experiências da vida afetiva ou social do sujeito.

Apresentam características observadas em portadores da síndrome da fibromialgia como: a vulnerabilidade psicológica marcada pelo *stress*, a tendência ao catastrofismo e à vitimização. Por vezes, é constatada uma hiperatividade prévia à doença, como também, verifica-se um contexto de tensão emocional constante, bem como afetos depressivos e de ansiedade esboçados pelo paciente. A comorbidade entre os estados de *stress* pós-traumáticos e a fibromialgia, observados através da descrição sintomática, como também, na anamnese feita com o paciente, parece confirmada no plano clínico.

Nesse mesmo artigo, afirmaram que geralmente a fibromialgia inicia-se após um traumatismo psíquico, na vivência prolongada de situação de *stress* ou traumatismo físico ou em uma cirurgia. A fibromialgia pode intervir na economia psíquica do sujeito em uma função de apelo, em dependência do outro, falha ou impasse na separação face à imago parental, de proteção da onipresença do Outro (familiar, profissional, etc), como mecanismo defensivo em relação a um conflito inconsciente, originando a culpabilidade.

Pode ainda servir de resposta débil ao inassimilável de uma invasão traumática, a uma ruptura no quadro fantasmático neurótico, a um mal estar

existencial ou a uma mudança radical de vida que mobilize os recursos sublimatórios do sujeito. E continua, a fibromialgia pode ser uma resposta a coisas que o sujeito não quer, resposta a uma demanda de amor e reconhecimento, ou ainda, reação contra eventos externos.

De acordo com (Besset *et al.*, 2010) a fibromialgia pode ocupar função de enlaçamento social peculiar, como na histeria, servindo de desafio ao discurso médico, ou ainda, como fenômeno psicossomático em qualquer estrutura. Inclusive na psicose, como suplência; para alguns, o diagnóstico pode ser alívio, e para outros, pode ser limite ao desenvolvimento do delírio.

De fato, a dor pode ser reconhecida como uma causa que dá sentido aos males somáticos e psíquicos, como modo de reinserção do sujeito no coletivo, o sujeito pode experimentar gozos corporais sem escondê-los. Fazem referência a uma psicopatologia sustentada na consideração do sujeito. Desse modo, a fibromialgia se dá na estruturação psíquica do sujeito como solução subjetiva. Portanto, deve-se considerar a enunciação do sujeito para fazer uma teoria pessoal de sua doença e construir um caminho na direção da cura.

Pode-se refletir, ainda, sobre a colocação de (Freud, 1920) em para Além do Princípio do Prazer, após ter distinguido os traumatismos “puros” dos denominados orgânico-lesionais, constatou o quanto a existência de uma lesão circunscrita parece proteger o sujeito contra a eclosão de uma neurose traumática. Ele considera aí a ação drástica exercida por uma doença somática dolorosa sobre a repartição e as modalidades da libido. A violência de um traumatismo mecânico libera um *quantum* de excitação que é desorganizador, sobretudo quando a preparação pela angústia não ocorreu. No entanto, o aparecimento de uma lesão física pode permitir a ligação do excesso de excitação, exigindo um ‘super-

investimento narcísico do órgão atingido'. A partir destas observações Freud nota que sintomas mentais patognomônicos de uma melancolia ou mesmo de uma demência precoce crônica podem temporariamente desaparecer no decurso de uma afecção orgânica intercorrente.

Seria a dor da fibromialgia dada por uma complacência somática, não de um órgão ou de uma parte do corpo, mas de todo o corpo o qual se ligaria ao excesso de excitação, o que levaria a um super-investimento narcísico de todo esse corpo, enlaçando-o em corpo de dor?

A pesquisa sobre a síndrome da fibromialgia desafia o saber científico vigente devido ao caráter subjetivo da doença.

Não há consenso quanto à fibromialgia ser sintoma de uma estrutura psíquica em específico, da neurose, neurose histérica ou neurose obsessiva, da estrutura psicossomática, ou mesmo, da psicose. Há quem defenda que a fibromialgia é sintoma moderno da histeria e há quem defenda que a fibromialgia é um sintoma da estrutura psicossomática. Diferentemente destes, há autores para os quais a síndrome da fibromialgia não é considerada como sintoma psicossomático pertencente a uma estrutura específica, mas trata-se de um fenômeno psicossomático que pode inscrever-se em uma organização de personalidade psicótica ou neurótica.

(Besset, et al., 2010) afirma:

“a fibromialgia pode comparecer no sintoma, na neurose, como um modo de gozo ou como um fenômeno psicossomático em qualquer estrutura clínica. Nesse ponto, concordamos com Ebtinger (2007), em que os fenômenos de conversão não elucidam por completo o determinismo psíquico da dor” (p. 1262).

Trata-se de um campo escorregadio e conflitante, desafio para a construção de um conhecimento que alivie a dor daqueles enlaçados pelo *pathos*. De igual modo, é campo contraditório para as autoridades da medicina, tanto quanto para os pesquisadores que se mostram reticentes em legitimar um estatuto oficial de doença, com todas as conseqüências médico-sociais e econômicas resultantes (Kahn, 2001 citado por Besset, 2010).

Para além destas questões, a fibromialgia possibilita material para uma reflexão mais aprofundada sobre a questão do corpo na psicanálise, a demanda da dor e do sofrimento humano.

5.1. Fibromialgia e a Intervenção Psicoterapêutica

(Knoplich, 2001) destaca que o tratamento da fibromialgia deve ser feito com o enfoque sociopsicossomático, por parte dos especialistas que tratam esses pacientes. O autor diz que a abordagem deve ser, desde o início, conjuntamente, somática e psicológica. O tratamento inclui o uso de medicamentos analgésicos, anti-reumáticos, tranqüilizantes, antidepressivos, medicação para sono. Também fazem parte do tratamento a fisioterapia, técnicas de relaxamento, a prática de exercícios físicos e psicoterapia.

A percepção que o sujeito tem de sua dor advém da sua singularidade, da sua subjetividade. Portanto, é importante considerar a empatia para a compreensão do que a dor representa para o sujeito, buscar perceber se há ganho secundário com essa dor e qual seria esse ganho e, ainda, se através desse autoconhecimento o paciente sai da posição passiva da vivência e assume uma postura de crescer na experiência.

(Antônio, 2001) diz que os pacientes psicossomatizadores raramente

procuram a análise por iniciativa própria. Eles são encaminhados pelos médicos que os atendem com um pedido inicial de algo concreto, material como o é com o médico. Acrescenta que é possível notar nesses pacientes uma dissociação entre os acontecimentos traumáticos e os sintomas corporais, o que remete ao que ele entende ser a primeira tarefa do analista, a reconstituição histórica e cronológica e a integração entre as datas, os acontecimentos e as eclosões somáticas.

Nesse sentido, o trabalho psicanalítico é resignificar a história do paciente o que equivale a uma resignificação dos fatos, e a substituição do significado arrasta consigo uma magnitude de afeto suficiente para novos sentidos.

(Antônio, 2001) coloca ainda, como importante tarefa do analista com os pacientes psicossomáticos, a compreensão da dificuldade desses pacientes em nomear seus estados afetivos. Os pacientes sentem-se divididos entre bons e maus estados da alma, não percebendo as sutilezas e diferenças entre ódio, raiva, mágoa, ressentimento, culpa, como também, entre alegria, felicidade, paz.

É, portanto, fundamental a nomeação de seus estados afetivos pelo próprio paciente.

Nesta perspectiva, autores como (Semer, 2012), (Lima & Carvalho, (2008), como também, (Leite & Pereira, 2003) apontam em seus estudos que o acompanhamento psicoterápico²² pode melhorar e controlar os sintomas da fibromialgia, ao promover o desenvolvimento dos aspectos psicológicos, como o fortalecimento egóico e o resgate da identidade.

(Oliveira, 2013) reforça que os autores pesquisados vislumbram a possibilidade de o paciente desenvolver uma relação com o terapeuta que lhe

²² Apesar de os termos psicoterapia e psicanálise representarem conceitos distintos, esses autores não fazem tal diferenciação em seu artigo.

permita transformar sua dor em palavras, refletir sobre esta, adquirindo maior compreensão e alcançando uma condição de vida mental que vá além da pura sobrevivência e alcance sentido.

Ressalta quanto ao tratamento, devendo este ser elaborado em conjunto com o paciente, de acordo com a intensidade da sua dor, funcionalidade e suas características, levando-se em conta as questões biopsicossociais e culturais.

(Heymann *et al.*, 2010) postula que a dor crônica é um estado de saúde persistente, sendo o objetivo do tratamento o seu controle e não a sua eliminação.

(Napoli, 2011) considera, a partir da psicanálise, que cabe ao analista colocar a cadeia de significantes para funcionar, tirando-a da paralisia. Inventar uma linguagem que possa dar sentido à cadeia, fazer o inconsciente existir colocando os significantes em relação dialética com outros significantes. Remete à possibilidade de construção de sentido, a partir da relação transferencial, analista/analisante, corroborando com McDougall.

(Sá *et al.*, 2005) entende que grande parte dos doentes com fibromialgia tem uma atitude defensiva, ansiosa, agressiva, ou mesmo, desesperada, revelando a importância de uma atitude compreensiva e empática por parte dos médicos que, desde o primeiro momento, potencie um relacionamento de confiança.

Talvez o correspondente a esse olhar terapêutico no processo psicanalítico, seja que o analista suporte as identificações do analisante na transferência, pois permitiria a metáfora e a assimilação da ausência, da falta que é constitutiva do sujeito.

Deve ser permitido ao paciente um papel de destaque em todo o processo terapêutico, para que ele saiba que é possível sobrepor-se à doença, que é possível melhorar a sua evolução, modificar o prognóstico, uma vez que ele

assuma a sua quota de responsabilidade no tratamento e recuperação, entretanto, vale ressaltar que esta é uma das questões que se impõem ao tratamento já que se configura parte do funcionamento sintomático desses sujeitos que estabelecem uma relação de dependência com o outro, mesmo de vitimização.

O apoio psicológico deverá ajudar o paciente a adaptar-se a esta “outra” forma de vida. O confronto emocional, subjacente às pequenas incapacidades que vão surgindo, a crescente frustração e desânimo (que pode levar a um hiato desesperado entre a memória da vida anterior, a vida atual e o desejo de vida sonhada) tem de ser transformadas num contexto psicoterapêutico. E, para, além disso, que o trabalho não seja um mero apoio psicológico, amenizador de sintomas, mas sim um espaço transformador e transformante de vidas.

De acordo com (Sá *et al.*, 2005), uma evolução mais favorável é indiciada pelo modo e idade de início (sintomas ligeiros e infância), exercício físico adequado, ausência ou baixo nível de angústia, formas de lidar com a dor, e pelo estado funcional do doente.

Por sua vez, a aquisição de uma pensão por incapacidade pode levar à interiorização de um sentido de vida que se, por um lado, pode trazer ganhos secundários, por outro, mina as relações inter e intrapessoais do paciente.

(Besset & Junior, 2012) propõem para a direção do tratamento da fibromialgia, o diagnóstico diferencial como condição indispensável para que se possa sustentar a enunciação do sujeito em sua tentativa de construção de uma teoria pessoal para sua dor crônica.

(Besset *et al.*, 2010) propõe que a dor abre um acesso ao que há de mais singular, produzindo, assim, uma peculiar forma de laço social, quando permite ao sujeito, na histeria, por exemplo, exhibir através de sua dor corporal um desafio ao

discurso médico. Assim, a fibromialgia pode comparecer no sintoma, na neurose, como um modo de gozo ou como um fenômeno psicossomático em qualquer estrutura clínica. Nesse ponto, concordamos com (Ebtinger, 2007), em que os fenômenos de conversão não elucidam por completo o determinismo psíquico da dor.

No âmbito da psicose, a síndrome pode participar de um esforço (Besset *et al.*, 2010) ao caráter subjetivo dos transtornos relatados. Em contraposição às tentativas sempre indefinidas para desenhar um perfil típico do paciente fibromiálgico, a orientação que propomos é a referência a uma psicopatologia sustentada na consideração do sujeito.

Assim, não se trata de enfatizar a ‘cura a todo preço’, mas ao contrário, considerar a eventual função da fibromialgia na estruturação psíquica como solução subjetiva. Nessa perspectiva, o clínico (médico, psiquiatra, psicólogo e/ou psicanalista) deve sustentar a enunciação do sujeito em sua tentativa de esboçar uma teoria pessoal de sua doença.

A seguir, no capítulo 6 será apresentado o delineamento metodológico do Estudo.

Capítulo 6

Delineamento Metodológico do Estudo

A presente pesquisa é um estudo de caráter descritivo e exploratório. A metodologia utilizada neste trabalho fundamenta-se na análise do conteúdo, a qual com base na teoria psicanalítica e na psicopatologia fundamental busca desvelar e compreender a subjetividade do sujeito com fibromialgia.

Inscribe-se a proposta metodológica deste trabalho, privilegiando o mundo subjetivo do sujeito com base em suas experiências concretas, em sua constituição psíquica expressas pela palavra.

Algumas questões nortearam esta pesquisa:

1. Qual o conceito de corpo para a psicanálise? De que corpo fala, quando fala a Psicanálise?
2. Como a psicanálise pode, hoje, se posicionar sobre o corpo somático e, mais do que isso, sobre o sintoma que se processa no soma? Que avanços são possíveis?
3. A partir da concepção de corpo na metapsicologia psicanalítica, qual a compreensão sobre a relação mente/corpo na Fibromialgia? Numa visão de sujeito, monista e dualista, qual a compreensão metapsicológica dos sintomas corporais na fibromialgia?
4. Do ponto de vista da subjetivação, existe um núcleo patológico ou recalcado sob a perspectiva da representação do corpo no sujeito Fibromiálgico?

5. Esse núcleo é alcançável pelo instrumental teórico-clínico da psicanálise e pode ser desfeito através do trabalho psicanalítico?
6. Quais os determinantes subjetivos/psíquicos para estes sintomas e sua relação com o sintoma da dor?
7. Como o sujeito com fibromialgia descreve seu corpo e como reage a esse corpo de dor?

A partir da revisão bibliográfica na abordagem selecionada para o desenvolvimento do presente trabalho, os objetivos foram estabelecidos e serão descritos a seguir.

6.1. Objetivos

6.1.1. Objetivo Geral

1. Compreender o conceito de corpo abrangendo a relação psíquico/somático, segundo a metapsicologia psicanalítica, abrangendo a relação dos processos psíquicos e manifestação somática, no sujeito com Fibromialgia.

6.1.2 Objetivos Específicos

1. Explorar o fenômeno da Fibromialgia no que se refere à descrição dos sintomas, da experiência do adoecimento para o sujeito, dos sentimentos, dos afetos, dos pensamentos, do tratamento através de elementos discursivos apresentados pelo entrevistado.

2. Apontar aspectos subjetivos do sujeito com Fibromialgia.

3. Descrever o fenômeno da dor psíquico/físico no sujeito com Fibromialgia.

4. Relacionar a Fibromialgia ao sintoma psicossomático ou ao sintoma histórico ou a ambos.
5. Caracterizar a relação do sujeito com a patologia.
6. Contribuir nas discussões desenvolvidas sobre a Síndrome da Fibromialgia.

6.2. O Método de Pesquisa

O método usado no presente trabalho é o Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS), desenvolvido por (Nicolaci-da-Costa *et al.*, 2007).

O MEDS é o resultado da integração de diferentes procedimentos metodológicos, contudo apresenta importantes características singulares em virtude de seus objetivos e de sua origem interdisciplinar.

Um dos principais aspectos distintivos do MEDS é o registro explícito que faz do discurso, do papel que a linguagem em contexto desempenha (Nicolaci-da-Costa, 1994), o qual terá implicações no processo de coleta de dados e de análise dos dados.

A transcrição do discurso realizada segundo o MEDS exigiu alto nível de detalhamento e minúcia de acordo com os objetivos da pesquisa, registrando, por exemplo, hesitações e longas pausas. A transcrição foi feita na íntegra, reproduzindo a fala literal do entrevistado, palavrões e congêneres, incluindo erros gramaticais, não alterando nem editando as falas, pois, quando presentes, fazem parte do discurso dos participantes.

Adotou a técnica clínica da livre escuta por entender que esta não é intrusiva e por permitir captar aquilo que é importante para o outro, podendo, inclusive, alcançar o significado muitas vezes inconsciente que subjaz o que dizemos. O que

é importante para alguém sobre um tema ou assunto inevitavelmente aparece no seu discurso espontâneo sobre o mesmo.

O MEDS tem a finalidade de trazer à tona transformações e conflitos psicológicos que muitas vezes não são verbalizados explicitamente pelos entrevistados porque deles eles próprios não têm consciência. Objetiva ainda, a investigação dos conflitos e/ ou transformações internas gerados por situações novas e/ou situações críticas.

Um dos aspectos desse método que se mostrou eficaz para esta pesquisa é a sensibilidade para a coleta de dados, com entrevistas presenciais e a escuta detalhada daquilo que os entrevistados tinham a dizer a respeito do tema proposto. (Nicolaci-da-Costa e al., 2007).

6.3. Fases Propostas pelo MEDS

O MEDS possui uma seqüência de fases bem delimitada:

6.3.1 Fase 1: Seleção dos Sujeitos

Os sujeitos foram selecionados segundo o princípio da homogeneidade de características chave dos participantes. A preocupação com a homogeneidade da sujeito se manifestou por meio do recrutamento dos participantes a partir de critérios estabelecidos, como relacionados abaixo, em função dos objetivos da pesquisa. O método adere a um tipo de recrutamento que possibilitou o enquadramento dos participantes naquele que é denominado “perfil de alta definição”.

6.3.1.1 Critérios para inclusão dos Sujeitos

Quanto à definição dos sujeitos para essa pesquisa, ficou estabelecido que o participante da pesquisa seria homem ou mulher, portador (a) do diagnóstico de Fibromialgia por um neurologista ou reumatologista, com ou sem comorbidade, acima de 35 anos.

A seguir tabela contendo relação dos sujeitos da pesquisa. Utilizaram-se nomes fictícios para referir aos sujeitos da pesquisa com o objetivo de preservar suas identidades.

Tabela 1. Tempo de diagnóstico por sujeito

NOME FICTICIO	IDADE	TEMPO DE DIAGNOSTICO
Laura	69 anos	25 anos
Lea	65 anos	10 anos
Rosa	45 anos	8 anos
Ducarmo	38 anos	7 anos
Márcia	58 anos	7 anos
Dora	46 anos	5 anos
Paula	54 anos	5 anos
Maria	59 anos	3 anos

Fonte: Dados da pesquisadora

6.3.1.2 Recrutamento dos Participantes

O primeiro passo para iniciar a pesquisa, foi preencher o formulário eletrônico na Plataforma Brasil, alimentando todos os campos solicitados de modo a construir o projeto de pesquisa eletronicamente, subsidiado por documentação completa, até que, concluído, fosse enviado também, eletronicamente, ao Comitê de Ética da Universidade Pontifícia Universidade Católica de Goiás-PUC Goiás, para análise.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade foi realizado contato com a coordenação de pesquisa do curso de medicina da mesma Universidade para ingresso ao Ambulatório. Procedeu à segunda submissão do projeto de pesquisa, dessa vez ao comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, para acesso aos pacientes do Ambulatório de Reumatologia da PUC,

onde os alunos de medicina faziam atendimento supervisionado. Após deferimento do processo, foi liberado o acesso aos prontuários dos pacientes do Ambulatório de Reumatologia da Santa Casa de Misericórdia, para triagem de acordo com os critérios estabelecidos para os sujeitos da pesquisa.

A partir desse contato, sob orientação da coordenação do Comitê de Ética, foi apresentado o projeto de pesquisa à superintendência técnica da Santa Casa. A partir das assinaturas nos documentos de acesso à Santa Casa, de acesso ao ambulatório, de acesso aos prontuários foi realizada a segunda submissão do projeto de pesquisa, via Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, instituição que passaria a Co-participante da pesquisa.

Quando da emissão do parecer positivo por este Comitê, deu-se início à pesquisa na agenda de 2013. A partir da relação dos pacientes de 2013, do Ambulatório de Reumatologia, o SAME (departamento de arquivos da Santa Casa) disponibilizou os prontuários, um total aproximado de 100 prontuários, dos quais 16 constavam o diagnóstico de Fibromialgia.

Destes 16 pacientes com Fibromialgia, nove foram encontrados e convidados a participar da entrevista. Dos nove sujeitos convidados, oito compareceram à entrevista. Os sete pacientes restantes ou estavam com os números de telefone errados no prontuário ou não atenderam às inúmeras tentativas.

6.3.1.3 Quantidade de sujeitos para a pesquisa

Números de participantes são raramente estipulados *à priori* na medida em que o principal critério usado para determinar se as entrevistas realizadas são suficientes para a investigação de um determinado assunto é o da saturação da

informação. Por saturação da informação entende-se: “fenômeno que ocorre quando, após um certo número de entrevistas, o entrevistador começa a ouvir de novos entrevistados, relatos muito semelhantes àqueles que já ouviu, havendo uma rarefação de informações novas” (Nicolaci-da-Costa *et al.*, 2007).

No cumprimento dessa etapa do método, por não ter como prever *à priori* a saturação do discurso, estipulou-se no projeto submetido ao Comitê o número máximo de 20 sujeitos, caso houvesse necessidade.

Não foi necessário ampliar a triagem para outros Ambulatórios da Santa Casa devido ao fato de o discurso dos sujeitos entrevistados seguir alguns padrões que tornaram o número de oito entrevistados o suficiente. Esses padrões serão discutidos posteriormente.

6.3.2 Fase 2: A Construção do Roteiro para as Entrevistas

6.3.2.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado pelo MEDS é a entrevista semi-estruturada.

O MEDS é detalhista, entende ser indispensável um bom roteiro para uma boa entrevista e, portanto, para uma boa pesquisa.

Estipula algumas diretrizes:

- a) Os roteiros do MEDS devem ser estruturados em sua concepção, porém flexíveis em sua aplicação.
- b) É realizada entrevista-piloto.
- c) Os roteiros devem constar apenas de itens, e não questões extensas.
- d) Os itens devem gerar perguntas abertas.

6.3.2.2 Construção do Instrumento de coleta de dados

O roteiro para as entrevistas foi construído durante reunião entre orientador e orientanda. As questões eram elaboradas a partir da teoria pesquisada, segundo relação entre os dados dos textos lidos e os objetivos propostos no projeto. Após as questões terem sido elaboradas, foram retirados destas questões os itens a serem propostos para os sujeitos da pesquisa durante aplicação das entrevistas. Ao mesmo tempo, se observava os pressupostos do MEDS, tanto na elaboração quanto no preparo para a aplicação.

6.3.3 Fase 3: As Entrevistas

a) Cada participante é entrevistado individualmente por um único entrevistador.

b) A entrevista acontece em horário negociado entre o entrevistador e o entrevistado.

c) São realizadas em locais que o entrevistado se sinta à vontade.

d) Antes de iniciar a entrevista o pesquisador faz a leitura do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o entrevistado, que deve assiná-lo. No TCLE constam informações sobre a pesquisa, seus objetivos, sua justificativa, sua metodologia, constam informações também sobre o direito do sujeito de participar ou deixar de participar da pesquisa, sobre as gravações em áudio, além de informações gerais sobre a instituição da pesquisa.

e) O MEDS realiza, de modo geral, uma entrevista com duração de uma hora. A entrevista é gravada em áudio, na íntegra, para posterior transcrição.

6.3.3.1 A Realização das Entrevistas

O MEDS estipula que o entrevistador deverá ter em mãos um roteiro estruturado que deverá ser aplicado de forma flexível para respeitar o fluxo de associações do entrevistado.

Cada entrevista foi em horário agendado, realizada individualmente, com previsão de uma hora de entrevista.

No início de cada encontro foi lido juntamente com o entrevistado o TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, posteriormente esclarecida qualquer dúvida e com sua autorização o gravador de áudio era ligado e a pesquisadora convidava o entrevistado a que falasse sobre si.

Foi mantido sobre a mesa o roteiro da entrevista, ao alcance, para consultas.

A primeira entrevista foi aplicada como uma entrevista piloto, donde se manteve, após avaliação da aplicação, avaliação dos itens propostos no roteiro, da avaliação da abertura de fala dos entrevistados, o roteiro primeiramente proposto.

6.3.3.2 Campo de Pesquisa

As entrevistas foram realizadas no mês de março de 2014, na instituição hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, em sala disponibilizada pela instituição.

6.3.3.3 Tempo de cada Entrevista

A seguir tabela relacionando o tempo de duração de cada entrevista por sujeito entrevistado.

Os nomes citados na tabela são fictícios para preservar a identidade de cada sujeito.

Tabela 2. Duração de cada entrevista por sujeito entrevistado.

NOME FICTICO	TEMPO DE ENTREVISTA
Laura	1h10
Dora	1h57
Márcia	1h09
Rosa	1h13
Maria	0h41
Paula	0h49
Lea	1h03
Ducarmo	0h43

Fonte: Dados da pesquisadora

6.3.4 Fase 4: A Transcrição dos Depoimentos

A transcrição dos depoimentos foi realizada segundo o MEDS, com alto nível de detalhes registrando a literalidade de cada fala. A transcrição foi feita na íntegra, reproduzindo a fala, bem como, a exposição de afetos e incluindo os erros gramaticais cometidos por cada um, não alterando nem editando as falas. Foram transcritas as oito entrevistas para realização da análise.

6.3.5 Fase 5: A Análise dos Depoimentos Coletados

Quanto à análise dos depoimentos, o MEDS tem como objetivo a interpretação dos depoimentos coletados e não a verificação de hipóteses.

A interpretação das falas pode ser realizada de dois modos diferentes:

a) a partir de categorias estabelecidas *à priori* derivadas da teoria que serve de base a pesquisa, as denominadas categorias éticas;

b) a partir de categorias que emergem das falas dos entrevistados, definidas *à posteriori*, nomeadas categorias êmicas;

O MEDS inicia a análise dos depoimentos depois que todas as entrevistas são realizadas.

O trabalho de análise dos depoimentos coletados segue duas etapas igualmente importantes, de acordo com o MEDS.

a. A análise das respostas dadas pelo grupo como um todo, a chamada análise inter-participantes, ou seja, a análise das respostas segundo o referencial do grupo de participantes.

b. A análise detalhada de cada uma das entrevistas individuais, a chamada análise intra-participantes, ou seja, a análise de cada resposta de cada participante.

c. A técnica de análise das informações consistiu em analisar as falas dos entrevistados, atentando para as repetições sintomáticas que os sujeitos faziam, atentando para o seu funcionamento psíquico, para as angústias que um expunha, abrindo continuamente a oportunidade de fala para os sujeitos. Assim, considerando as duas formas de categorização, a análise procurou identificar aspectos específicos, regularidades, padrões, inconsistências, contradições, usos de linguagem e outros aspectos recorrentes nas entrevistas realizadas.

Depois de concluídas as entrevistas, foi realizada a análise de cada fala, a partir das categorias éticas, segundo os critérios acima citados. Verificou-se a incidência destas categorias entre os entrevistados, fundamentando-as em relação à teoria e identificando-as em relação aos temas das falas dos sujeitos e destas falas retirou-se um extrato representativo da categoria, e fez-se a elaboração argumentativa entre categoria, teoria e o extrato utilizado para ilustrar.

Em seguida, procedeu-se a análise das repetições comuns a todos os sujeitos entrevistados ou comuns a alguns dos entrevistados, donde emergiu as categorias êmicas. Buscou-se, então, uma fundamentação teórica para as categorias êmicas juntamente com uma representação destas em extratos de fala dos sujeitos entrevistados e as consequentes elaborações argumentativas correlacionando, novamente, categoria, teoria e o extrato da fala do sujeito.

No Método de Explicitação do Discurso Subjacente, o termo “Discurso” como utilizado por Nicolaci-da-Costa em seus trabalhos, abrange tanto o que se consolidou como Análise de Discurso propriamente denominada, quanto o que se denomina por Análise de Conteúdo e Análise Temática que visam descobrir os núcleos de sentido extraídos das comunicações. No presente trabalho foi realizada Análise Temática como referência para a análise de dados.

O capítulo 7 apresenta e discute os resultados extraídos da análise das falas dos sujeitos entrevistados.

Capítulo 7

Apresentação e Discussão de Resultados

Orientados pelos critérios metodológicos indicados no Capítulo 6, passou-se à apresentação dos resultados dispostos na Tabela 3, e à discussão dos mesmos. Foram consideradas as falas produzidas nas entrevistas a partir de Categorias Éticas, aquelas estabelecidas a partir da revisão bibliográfica, definidas *à priori* advinda da teoria e, de Categorias Êmicas, as que emergiram das falas dos sujeitos, definidas *à posteriori* advindas dos dados, prosseguindo a seguir com a análise temática, segundo (Nicolaci, 2007).

Na tentativa de possibilitar uma melhor descrição, visualização e organização dos resultados sob a perspectiva intra e interparticipante, a Tabela 3 apresenta a distribuição das categorias éticas e êmicas considerando o critério de presença/ausência em cada uma das entrevistas realizadas, segundo o critério de maior representatividade para o de menor representatividade da categoria.

Tabela 3. Distribuição das categorias éticas e êmicas, segundo o critério de presença/ausência em cada entrevista.

Sujeitos da pesquisa/ Categorias éticas	Laura	Dora	Márcia	Rosa	Maria	Paula	Lea	Ducarmo
1. Desamparo, Angústia e Dor	X	X	X	X	X	X	X	X
2. Dificuldade de nomear e/ou expressar afetos	X	X	X	X	X	X	X	X
3. Etiologia Traumática	X	X	X	X	X	X	X	X
4. Comorbidades	X	X	X	X	X	X	X	X
5. Vida sexual insatisfatória	X	X	X	X		X	X	X

6. Capacitação simbólica limitada	X	X	X	X	X	X		X
7. Ganho Secundário da Doença	X		X	X	X	X		X
8. Lógica da dependência e Apelo ao outro			X	X	X	X	X	X
9. Resignação diante dos afetos, desafetação	X	X	X		X	X	X	
10. Vitimização	X		X	X		X	X	X
11. Impermeável com referência ao sentido		X	X		X			X
12. Culpabilização	X		X			X		X
13. Depressão Psiquiátrica	X		X					X
14. Capacidade de mentalização deficiente								
15. Elaboração fantasmática carente								

Sujeitos da pesquisa/ Categorias êmicas	Laura	Dora	Márcia	Rosa	Maria	Paula	Lea	Ducarmo
16. Violência na Infância	X	X	X	X	X	X	X	X
17. Inibição da Agressividade	X	X	X	X	X	X	X	X
18. Continência de afetos	X	X	X	X	X	X	X	X
19. Impotência Paralisante	X	X	X	X		X		
20. Desconfiança nas relações		X	X			X	X	X
21. O cuidado com o outro	X					X	X	

Fonte: Coleta de Dados.

A seguir a Tabela 4 contendo a relação de comorbidade por sujeito entrevistado, possibilitando melhor visualização e representação da categoria de 'comorbidade'.

Tabela 4. Comorbidades por sujeito entrevistado.

Comorbidades / Sujeito	Laura	Dora	Márcia	Rosa	Maria	Paula	Lea	Ducarmo
Artrite	X	X	X				X	
Neuropatia			X		X	X		
Osteoporose	X						X	
Artrose		X					X	
Hipertiroídismo					X	X		
Alergia alimentar						X	X	
Síndrome Mielo Displásica	X							
Depressão psiquiátrica	X		X					X
Hipotiroidismo	X							
Túnel do carpo	X							
Não retém urina		X						
Desvio na coluna				X				
Pedra nos rins				X				
Problema no ciático				X				
Doença de Chagas					X			
Incontinência fecal					X			
Câncer de mama						X		
Hipertensão								X
Hérnia lombar								X
Depressão	x		x	x				X
Bipolaridade								X
Glaucoma								X
Tentativa de suicídio								X

Fonte: Pesquisadora

A seguir, são indicadas as categorias, as referências teóricas que as fundamentam, suas descrições, extrato(s) representativos de cada categoria e a discussão argumentativa da relação entre categoria, teoria e extrato:

7.1. Categorias Éticas e Êmicas

Faz-se a discussão dos resultados seguindo o critério de ordenação da tabela 3.

Categorias Éticas:

A primeira categoria considerada refere-se ao que é indicado por Berlinck (2008) como '**Desamparo, Angústia, Dor e Depressão**' no sujeito diagnosticado com fibromialgia, categoria ética.

O estado de desamparo relaciona-se à experiência fundamental da condição humana, de impotência para empreender uma ação eficaz e coordenada. Berlink (2008) o estado de desamparo leva ao aumento da tensão de necessidade que o aparelho psíquico não domina. Em caso de perda ou separação, o sujeito pode ver-se dominado pelo sentimento de desamparo. Em caso de angústia, o estado de desamparo torna-se o protótipo da situação traumática.

A dor no discurso do sujeito tem a fenomenologia da depressão (o sentido da perda do objeto segundo a psicopatologia fundamental) e da angústia (o sentido da expectativa do desprazer – ser esmagado pelo afluxo de excitações). Estabelece-se em uma dimensão que desconhece o tempo, remetendo o sujeito ao passado, à angústia por esse passado e à ansiedade pelo futuro, tirando-o do tempo presente.

Pode-se indicar como representativo desta categoria o seguinte extrato discursivo:

Mais eu sei que tá muito complicado pra mim, muito complicado mesmo, então, esta época que começou desse jeito, que foi piorando, que aí ele começou a beber pra gente ver, que até então acho que ele bebia só às escondidas, só gastando o dinheiro, aí ele começou a beber assim, foi ficando mais difícil, eu chorava muito, sabe, não sei se isto abalou muitos meus nervos, eu chorava muito, eu só vivia chorando, o marido que eu tinha agora tava perdendo para a bebida “né”, como se diz, que eu sempre falei pra ele, o dia que fosse pra ele me trair, que ele falasse, pois eu não queria mais, caso fosse assim pra ele me trocar, eu não queria mais ele, de jeito nenhum, que eu nunca concordei aí não sei também se ele aprontou e não me conta e

enfiei a cara na bebida, eu também, que de vez em quando eu falo pra ele, eu pergunto, a gente pergunta, as meninas “pergunta”, ele fala que não me traiu, mais eu não ponho a minha mão no fogo não, porque quem bebe apronta, se ele apronta em casa, com certeza ele apronta também fora “né”. Aí ficou desse jeito, eu chorava muito, muito, muito. (Rosa, Anexo II)

Segundo (Berlink, 2008) a perda de contato com o objeto primitivo gera a dor e a depressão, que por sua vez geram a angústia. E estas conjuntamente, constituem um corpo em desamparo que se torna insuficiente para proteger o organismo. Quando Rosa declara estar perdendo seu marido para a bebida juntamente com seu choro compulsivo de dor e raiva, como ela diz sentir, contem em sua declaração a experiência da perda, da separação e da angústia. Tal experiência de dor, da angústia e do desamparo, parece atestar sua incapacidade de dominar tais excitações. Remete a um estado interno de ameaça à sua sobrevivência, de aniquilamento do sujeito. (Berlink, 2008) o desamparo impossibilita a descarga da tensão pulsional que por sua vez leva à dor e ao estresse. E, mesmo quando há a descarga sexual, o corpo, o órgão e o psiquismo permanecem em um campo de tensão dado pela pulsão de vida e a pulsão de morte. A vida é então, tensa, referindo ao desamparo, levando à dor. Como afirma (Mendonça, 2008) a dor pode ser vista como uma falsa pulsão que utilizou o corpo para se manifestar, fazendo uso de órgãos na doença orgânica ou apoiando-se a uma concepção fantasmática do corpo. Podendo este, ser o caso da fibromialgia.

Pode-se pensar ainda, no desamparo como uma ausência que remete à perda e ao luto. Vale lembrar, como reforça (Fédida, 1999) que nem toda morte será referida a uma ausência e nem todo luto à perda. Porém, o luto pode se dá

pela ruptura amorosa ou por um abandono. E o trabalho de luto, por sua vez, pode remeter à depressão. (Fédida, 1999) propõe que a depressão pode ser ao mesmo tempo assimilada ao trabalho de luto e ser concebida como uma organização narcísica primária protetora de um luto e defensiva contra um luto.

Pode-se pensar também, sobre a peregrinação de Maria aos inúmeros médicos com quem se consultou como busca de segurança, acolhimento e, porque não dizer, busca de amparo para o seu estado de desamparo? Quanto à razão para a peregrinação, ela afirma sobre o médico:

“É aquele que conversa comigo, é aquele que, é isso que eu procuro no médico (...). Daí que eu vou embora passo muitos “dia” boa, daí eu fico com aquilo na minha cabeça assim, “ta ligado”, assim, falou isso, então é isso”.

E o ganho secundário da doença, observado na fala de Ducarmo quando relata que sua família dá a ela atenção todo o tempo, que não a deixa só, ameaçada que fica de que Ducarmo atente contra sua vida novamente, e por isso, lhe presta assistência contínua. Não haveria aí, também, por meio do ganho secundário da doença, uma busca de amparo para o seu desamparo?

A segunda categoria considerada refere-se ao que é indicado por (Volich, 2010) como '**dificuldade de nomear e/ou expressar afetos**', categoria ética.

Há ausência de referências afetivas e imagens verbais. Percebe-se na narrativa uma insuficiente internalização dessas referências desde a primeira infância. Na fala do entrevistado não ocorre uma especificação de afetos. Não há nomeação e/ou descrição de sentimentos ou incômodos. Configura um funcionamento psíquico com pouca energia libidinal e ausente de afetividade. O

afeto fica solto, desligado de uma representação, à mercê de uma descarga no corpo.

Pode-se indicar como representativo desta categoria o seguinte extrato discursivo:

Os 20 anos, aí, hoje, sinto uma dor bem aqui ela não vem direto sabe, aí eu penso será que é coisa dessa pancada ainda. Quando eu to assim, não é tanta dor é dolorida aí me incomoda e eu tomo é (...) “Mesulida”, aí melhora, aí é assim. Já passei por muita coisa na minha vida, se eu for contar nem me lembro de contar tem vez, já passei por coisa ruim demais o tempo que eu to vivendo é esse, mas com o sintoma das coisas ruins que eu já passei sabe, porque aquilo não apaga da mente da gente “né”. A gente melhora porque hoje eu moro aqui em Goiânia, moro sozinha, mas aí eu tenho sossego ninguém me bate, ninguém vem brigar comigo, mas eu já tenho aquelas marca do passado, a marca do passado “né” a marca do passado a gente sofre do mesmo jeito, não consegue esquecer “né”. (Márcia, Anexo II)

É interessante observar ainda que, considerações como estas feitas por Márcia, demonstram certa dificuldade da entrevistada em nomear seus afetos, mas, além disso, representa bem o que (Mendonça, 2008) afirma quanto ao mecanismo da dor como sendo desencadeado pela via da repetição, que a dor é sentida quando uma experiência angustiante, traumática e excessivamente carregada de afeto é reativada por uma lembrança que se repete.

(...) eu já era perfeitinha, toda formada. (Desce as mãos pelas laterais do corpo, com um sorriso e expressão de beleza) E aí fomos saí,

pegaram a carona, e aí as que tavam atrás saíram correndo, a que tava na frente também saiu correndo, ele fechou a porta e os vidro tudo e saiu correndo com esse carro, carro chique, e eu gritava e não adiantava. Ele me levou pra um motel, um bairro lá só de motel e lá eu fui estuprada, lá eu perdi minha virgindade e pra pior dos pecado eu fiquei grávida. Aí olha, eu agora, estuprada, grávida, escondi isso tudo guardadinho. (Dora, Anexo II)

O trauma, segundo (Freud, 1910) caracteriza-se como um excesso. Freud define-o como um acontecimento que provoca um aumento abrupto da excitação, cuja supressão ou elaboração são impossíveis pelas vias normais – motoras ou mentais – o que tem como conseqüência distorções na utilização dessa energia.

Porém, é importante destacar sobre a teoria do trauma, como diz (Volich, 2010) há um caráter de relatividade quanto ao trauma. Isso significa que a experiência do trauma é resultante da relação entre a intensidade dos estímulos e os recursos do sujeito para lidar com essa intensidade.

Não existe, portanto, uma experiência traumática em si, mesmo que alguns acontecimentos possam provocar perturbações que venham a constituírem-se como traumáticas. O efeito traumático dependerá da relação entre esses fatores. Um sujeito com poucos recursos para enfrentar uma mudança aparentemente menos importante, pode viver essa experiência como traumática, assim como uma pessoa bem-estruturada pode suportar acontecimentos intensos e ser capaz de reorganizar-se e superar suas conseqüências.

Foi possível observar nas entrevistadas dificuldades para nomear seus afetos, especificar suas emoções, ou mesmo, demonstrar emoção. Questiona-se a possível relação entre a dificuldade de nomeação dos afetos e a experiência

traumática. Seria a dificuldade de nomear os afetos efeito traumático decorrente da experiência de violência no corpo sofrida pelas entrevistadas?

Pode-se pensar que o terror diante do perigo para o qual o ego de Dora e Márcia não estava preparado, provocou um aumento repentino de excitações no aparelho psíquico, tendo possivelmente, inclusive criado uma espécie fixação ao acontecimento traumático, no caso de Dora, mesmo tendo uma vida sexual ativa, ela declarou não sentir prazer.

Além da fixação ao trauma, a experiência do sujeito, do excesso de excitação circulante no corpo para o qual não houve ligação psíquica possível, pode acarretar a dor. Nesse caso, seria a fibromialgia um sintoma efeito de descargas automáticas no corpo?

Por exemplo, quando Dora narra a experiência do estupro. Enquanto contava o que havia acontecido, parecia falar de um terceiro, de outra pessoa que não ela mesma, de algo que não havia ocorrido com ela. O que leva a tal distanciamento dos fatos? Quais recursos lhe faltam?

Pode-se pensar na experiência da violência na infância e na adolescência como promotora de uma vivência da ordem do irrepresentável, do inominável, do irrepresentável pelo aparelho psíquico, como inomináveis são para ela os afetos que a habitaram e que habitam até o presente lavando à falta de palavras para distinguir entre bons e maus estados, entre bons e maus afetos.

A terceira categoria considerada refere-se ao que é indicado por (Besset *et al.*, 2010) como '**etiologia traumática**', categoria ética.

Há uma relação entre a experiência de um trauma e o início das dores ou o diagnóstico da fibromialgia. A experiência traumática pode ser anterior ou concomitante à vivência das dores. A fibromialgia inicia-se após um traumatismo

psíquico (eventos recentes ou passados, situação prolongada de stress etc.) ou físico, por vezes mínimo (traumatismo, cirurgia, acidente de trabalho).

Pode-se indicar como representativo desta categoria o seguinte extrato discursivo:

É isso que eu tava falando é porque eu tava, é porque minha mãe, minha irmã que faleceu que eu acompanhei 10 anos lá no Araújo, porque quando ela fez a primeira vez da mama e ela teve que tirar a mama toda “né” porque quando ela descobriu, ela era assim, ela era tão fechada que não quis falar, quando ela chegou a falar ela teve que tirar todinha a mama. Aí eu fiquei acompanhando ela lá no Araújo, aí minha mãe por causa de ser uma pessoa idosa, mas ela era elétrica, a gente fazia, eu trabalhava junto com ela fazendo cocha de retalho “né”, aí ela gostava de fazer cocha de retalho e eu fiquei assim muito tempo, queria ajudar uma e a outra e acabei ficando naquela tensão, já tinha problema alérgico, muita pluma, eu já sentia é muita coisa que já vem lá de baixo, eu penso que um pouco mais é por causa do meu problema mesmo alérgico porque toda vida fui muito alérgica. (Paula, Anexo II)

A categoria ‘etiologia traumática’ para a fibromialgia também foi encontrada em todos os sujeitos da pesquisa.

É interessante observar que todas as entrevistadas vinham de longo período de vivência de algum modo de sofrimento intenso, como a situação de doenças graves e morte na família, de parentes próximos aos quais elas acompanharam até o momento do falecimento, ou ainda, como a entrevistada Márcia que havia apanhado por 20 anos do esposo, do mesmo modo que a Ducarmo, que no

primeiro casamento sofreu violência física por anos, e no segundo casamento, como ela narra, “esse marido não me bate, mas fala, fala, fala...” se referindo aos excessos e à brutalidade do marido alcoólatra.

De todo modo é marcante a presença de conflitos traumáticos quando do aparecimento das dores da fibromialgia. Seria, então, a dor da fibromialgia, como dito antes, uma revivência na carne da dor de outrora, guardada numa memória inconsciente? É interessante observar que a violência vivida pelas entrevistadas durante a infância era uma violência física, que marca a carne, como a carne que hoje dói.

Freud (1917) afirmou que uma pessoa, de fato, pode adoecer por uma influência nociva sexual direta, mas também, pode ser que outra adoença porque perdeu sua fortuna ou porque sofreu uma doença orgânica exaustiva. É possível propor, então, a coerência entre essa colocação de Freud e o que se verificou quanto à etiologia traumática da fibromialgia, quanto à vivência traumática anterior ou concomitante ao diagnóstico da doença da fibromialgia, no caso desse estudo, encontrado em todos os sujeitos.

Por vezes, além de estar cuidando do outro, as entrevistadas também sofriam de suas próprias doenças já existentes no momento em que recebem o diagnóstico da fibromialgia, coexistindo mais de um diagnóstico no mesmo sujeito, conforme Tabela 2, apontando para a categoria seguinte, a comorbidade.

A quarta categoria considerada refere-se ao que é indicado por (Besset *et al.*, 2010) como ‘**comorbidade**’, categoria ética.

Todas as pessoas entrevistadas e portadoras da Fibromialgia apresentam coexistência de transtornos ou doenças. A comorbidade entre os estados de *stress*

pós-traumáticos e a fibromialgia, observados através da expressão sintomática, como também, na anamnese feita com o paciente, pode ser observada na clínica.

Pode-se indicar como representativo desta categoria o seguinte extrato discursivo:

Sabe, Dra., osteoporose, artrose na mão, problema no sangue (síndrome mielodisplásica há 8 anos), e agora eu fiquei sabendo que é câncer .(Laura, Anexo II).

Chama a atenção uma possível susceptibilidade ao adoecer físico dessas pessoas com fibromialgia dado ao alto índice de comorbidades.

Freud (1917) fez relação entre a descarga pulsional no corpo e a estrutura egóica do sujeito, afirmando que entre o ego e a libido, existe uma inter-relação. Uma pessoa somente adoece de uma neurose se seu ego perdeu a capacidade de diversificar, de algum modo, sua libido. Quanto mais forte é seu ego, mais fácil lhe será destinar sua libido. Qualquer enfraquecimento do ego por qualquer causa deve ter o mesmo efeito, agindo como um aumento excessivo das exigências da libido, e, por isso, possibilitando o adoecimento neurótico. Esse entendimento de Freud pode ser um fator explicativo, mesmo que não o único, da etiologia traumática da fibromialgia e o fato de todos os sujeitos com fibromialgia apresentarem comorbidades.

A quinta categoria considerada refere-se ao que é indicado por (Freud, 1894) por '**vida sexual insatisfatória**', categoria ética.

Encontra-se nas neuroses 'atuais' as conseqüências somáticas diretas dos distúrbios sexuais, da atuação psíquica da função sexual. A vida sexual do sujeito não encontra realização e satisfação adequada para sua libido erótica, sendo esta descarregada no corpo.

Pode-se indicar como representativo desta categoria o seguinte extrato discursivo:

(...) Falou de sexo pra mim eu já sentia frustrações, eu não tinha prazer, eu não era uma mulher de sentir orgasmo com homem, eu não sentia nada disso, sexo pra mim é como se não existisse, se eu tivesse sexo tudo bem, se não, não fazia falta... Não chegava ao orgasmo. Era mais um compromisso de atender o outro. (Dora, Anexo, II)

Dentre as oito entrevistadas, foi possível verificar a presença dessa categoria em sete delas. Todas as sete apresentaram vida sexual insatisfatória.

Duas delas, Paula e Lea, nunca namoraram, nem se casaram. Não porque não quisessem, mas porque, segundo afirmaram, tiveram que abrir mão de investir em relações fora da família, pois cuidar dos irmãos mais novos e dos pais foi prioridade.

A terceira entrevistada, Laura, teve uma breve experiência amorosa com um primo, aos 15 anos de idade, por quem foi muito apaixonada, alguém que ainda hoje é importante em suas memórias, mas alguém a quem a mãe não aprovava e por isso ela desistiu. Laura nunca mais se envolveu eroticamente com outra pessoa.

Duas entrevistadas foram abusadas na infância, Dora sofreu assédio sexual quando criança e estupro aos onze anos de idade e afirma não ter tido prazer sexual em suas relações sexuais, a não ser com um rapaz com quem se relacionou por pouco tempo, há vários anos atrás, mas que a enganou e trocou por outra mulher. Mesmo a relação com o atual marido é difícil. Segundo Dora, usou a fibromialgia para se esquivar da relação sexual com o marido.

Rosa também sofreu assédio sexual na infância. E nos últimos anos vem vivendo um processo de rompimento do casamento, processo de separação do marido e o interessante é que a fibromialgia surgiu no período em que ela sente o afastamento do esposo, percebe suas mentiras, sente-se ameaçada. Disse que já sentia falta do contato sexual com o esposo desde bem antes, como também, nos últimos tempos, com todas as mudanças que ele tem apresentado, ela sente falta e desejo de estar com ele, mas ele não a procura.

Márcia e Ducarmo viveram o jogo sexual muitas vezes presente na violência doméstica sofrida por mulheres. Casadas, com vida sexual ativa com seus maridos, ao mesmo tempo em que ofertavam seus corpos para o prazer sexual, os ofertavam também para a violência e agressão física. Márcia e Ducarmo apanharam dos maridos durante muitos anos até que romperam com a relação.

A infelicidade, a insatisfação sexual desses sujeitos na atualidade representaria uma tensão física que não consegue se descarregar psiquicamente e que permanece, por isso, no domínio físico. Se as neuroses atuais remetem à problemática da sexualidade atual, depreende-se dos relatos desses sujeitos que os conflitos advindos de sua sexualidade atual podem ter transbordado no corpo e, o sintoma da dor fibromiálgica se apresentar como a manifestação somática da tensão pulsional que não encontrou ancoradouro na psique.

Freud (1894b) afirmou que ambas as neuroses se encontram submetidas à influência da função sexual, que nem puramente psíquica, nem puramente somática, exerce sua influência ao mesmo tempo sobre a vida psíquica e sobre a vida corporal.

A sexta categoria considerada refere-se ao que é indicado também, por Volich (2010) como '**capacitação simbólica limitada**', categoria ética.

Falta a capacidade para pensar simbolicamente. Limitação, pobreza da capacidade de associação subjetiva. O sujeito apresenta um discurso mecânico, ou seja, controlado, um discurso onde faltam metáforas, uma fala voltada para a descrição da realidade exterior cujos aspectos concretos sobressaem, e a abstração e o simbolismo são limitados ou ausentes. A fala do sujeito não visa significar as experiências.

Pode-se indicar como representativo desta categoria o seguinte extrato discursivo:

E o peito enchia muito, tinha que jogar tudo no mato, porque devido à criança morrer dentro de mim o leite não podia (...) é uma experiência muito ruim, você fica com a expectativa que a criança vai nascer (...). É uma sensação muito ruim (a de ter um bebe morto dentro de você) eu tinha febre alta, alta, a barriga inchada, inflamada, meus partos foram forçados (...). Como estava te contando, quando cheguei aqui ele já tava era com outra, não deu a mínima pra mim, eu fiquei com vergonha de voltar, cidade pequena... (Dora, Anexo II)

A capacidade limitada para a elaboração dos afetos pode ir de encontro com o que sustenta (Aulagnier, 1975 citada por Volich, 2010) que as funções corporais e a excitação das superfícies sensoriais são matéria-prima das representações psíquicas. Poderia se pensar, então, que diante da violência do estupro sofrido por Dora, como também de outros modos de violência, essas experiências vividas no corpo do sujeito, seriam a matéria-prima para a constituição psíquica desse sujeito.

Será que houve um acúmulo desse material de excitação pulsional a tal ponto que impossibilitou o seu domínio pelo aparelho psíquico, sua integração e associação? Qual o trabalho de elaboração possível com os representantes das

pulsões? Pode ser que o aparelho psíquico não consiga fazer associações, não consiga integrar as excitações que chegam até ele, pois não há representantes disponíveis para a elaboração e simbolização. Parece que sua experiência é impermeável ao sentido, bloqueia no próprio sujeito essa possibilidade, a de uma metáfora, encerrando-o no discurso descritivo, como também, numa relação de repetição da angústia no corpo.

A sétima categoria considerada refere-se ao que é indicado por Freud (1933) como '**Ganho Secundário da Doença**', uma categoria ética.

A dor tem uma função. Da mesma forma que o instinto de auto-preservação tentará tirar proveito de todas as situações, o ego procurará transformar até mesmo a doença em vantagem. Na psicanálise isto se conhece como 'ganho secundário proveniente da doença'. A respeito do masoquismo, como em outros sofrimentos, há uma cota de ganhos secundários provenientes da doença.

Pode-se indicar como representativo desta categoria o seguinte extrato discursivo:

Dentro desse ano só, eu fiz cinco "cirurgia" e ainda continuo viva. De 2004 a 2005. Eu fiz a minha vesícula, tirei ela fora, eu fiz o esôfago, eu fiz o intestino, eu fiz as minhas perna e tirei o meu útero (...). Então eu não falo, porque eu sempre busco um médico que conversa comigo, entendeu como é que é? É aquele que conversa comigo, é aquele que, é isso que eu procuro no médico, porque eu sei que não tenho remédio. Daí que eu vou embora passo muitos "dia" boa, daí eu fico com aquilo na minha cabeça assim, "ta ligado", assim, falou isso, então, é isso que eu olho. (Maria, Anexo II)

Receber atenção, carinho, acolhimento de amigos e parentes, a diminuição das responsabilidades, pode ser alguns dos ganhos provenientes de uma doença. Maria afirma receber esse ganho quando conversa com os médicos. “Fico boa muitos dia.”

O diagnóstico médico autoriza o sujeito no sofrimento que ele diz ter. O legitima em sua dor, protege-o legalmente contra falta ao trabalho, justifica muitas vezes o que seria inaceitável. Os benefícios que um , ou doença podem fornecer ao paciente podem justificar o desejo do paciente em continuar doente. As inúmeras comorbidades dos sujeitos entrevistados estimula um olhar que deve ser sensível a esta dimensão de um funcionamento neurótico, a função de enlaçamento que a doença ocupa. Ela pode dar acesso ao que há de mais singular no sujeito, produzindo, assim, uma peculiar forma de laço social.

A oitava categoria considerada refere-se ao que indica (Besset et al., 2010) como '**Lógica de Dependência e Apelo ao outro**. Esta é uma categoria ética.

A doença com função de demanda por atenção. Houve um impasse ou falha do trabalho de separação em face às imagos parentais ou de proteção (onipresença do outro) também no tempo presente, quer este outro seja um familiar, quer seja das relações profissionais ou pessoais. (Besset *et al.*, 2010) argumenta que a fibromialgia pode servir de solução subjetiva para a dor do sujeito.

Desse modo ela intervém como apelo ao outro, ao próximo, numa lógica de dependência do outro, como mecanismo de defesa de um conflito inconsciente, pode servir de resposta a um quadro fantasmático neurótico, pode servir ainda, de resposta a um mal-estar existencial ou a mudanças radicais de vida que mobilizem os recursos sublimatórios do sujeito.

Pode-se indicar como representativo desta categoria os seguintes extratos discursivos:

Não, não, toda vida sabe se alguém, por exemplo, toda vez que eu vou no médico sempre tem uma das minhas irmãs comigo aí o médico “exprica”, “exprica” e eu não entendo aí depois minha irmã vai me explicar, vai falar como é que foi direitinho que o médico falou, sabe? Eu sou difícil para aprender as coisas. (Ducarmo, Anexo II)

E desde 2000 assim sabe que eu venho sentindo essas “dor” e nunca sabia né a causa. Porque teve uma época que eu sentia tanta dor que eu gritava, gritava mesmo de dor, aí eu fui e minha família ficou muito comovida pegou e junto um dinheiro e pagaram um médico particular pra mim sem ser da Santa Casa, sabe, um neurologista, aí eu fui nele foi preciso fazer uma ressonância por causa da hérnia aí falou não, ela tem a hérnia, mas não é preciso fazer cirurgia e aí esse médico falou assim. (Ducarmo, Anexo II)

É interessante observar que Ducarmo se apressa em negar que ela possa exercer suas capacidades para entender, minimamente que seja, o que lhe explicam, quer seja numa consulta médica, quer seja na escola, em qualquer situação ela depende de alguém, freqüentemente, alguém que tenha vínculo afetivo/familiar com ela para lhe explicar, para que, então, somente assim, ela possa entender. Refuta com tanta pressa quando a pesquisadora vai questioná-la sobre essa dificuldade de entendimento, que parece uma defesa para garantir-lhe esse funcionamento.

Percebe-se que Ducarmo dificilmente está só. Organiza-se de tal modo a garantir que alguém esteja preocupado com ela e fisicamente próximo a ela, para protegê-la, tendo chegado ao ponto de protegê-la contra ela mesma. (Lima & Carvalho, 2008) comentam sobre a tendência do doente crônico à regressão, à condição de dependência. Remete a uma demanda constante por atenção e amparo, corroborando com (Groddeck, 1923 citado por Volich, 2010) quanto à doença ter uma função de preenchimento pela atenção recebida do outro.

A nona categoria é uma categoria ética. Refere-se ao que é indicado por (McDougall, 1996) como resignação diante dos afetos ou '**Desafetação**'.

O sujeito ejeta do consciente qualquer representação carregada de afetos, a fim de evitar o retorno de suas experiências traumáticas portadoras da ameaça de aniquilamento, tornando-se desafetado. Há uma incapacidade do sujeito de reagir frente a acontecimentos intensos de sua existência, apresenta uma profunda resignação diante destes. Age como se seus afetos não existissem. Há uma incapacidade para distinguir um afeto de outro. Esses conteúdos (tensões) são ejetados para fora do psiquismo, mas não são extintos, retornam, transbordam no corpo.

Pode-se indicar como representativo desta categoria o seguinte extrato discursivo:

Aí escuta, por ironia do destino, eu falava pra ele não fazer isso comigo porque eu era virgem, eu quero é me casar, eu falava pra ele, ja soffro muito nas casa alheia, ele dizia que nada, você é igual aquelas menina ... e quando ele viu que eu era virgem, ele se apaixonou em cima de mim e aonde eu ia o cara tava me seguindo e eu fiquei grávida dele. E foi a primeira vez que eu fui a uma ginecologista. (Dora, Anexo II)

Corroborar com McDougall quando afirma que a emoção é psicossomática, portanto, o afeto não pode ser concebido como puramente mental ou puramente físico. O fato de ejetar a parte psíquica da emoção, como o faz Dora, o que a impede de metabolizar, de elaborar os afetos, deixa a parte fisiológica da emoção exprimir-se como na somatização que Dora faz.

Parecia agir como se seus afetos não existissem. Seu discurso era mecânico, sem vida e frente a acontecimentos intensos de sua existência, como narra no relato de estupro, era capaz de reagir com toda a resignação do mundo.

Segundo McDougall (1996) o problema é que o afeto que foi expulso do psiquismo não foi destruído, mas retornou ao próprio corpo, fonte da pulsão, e, sendo este corpo incapaz de suportar tamanha carga energética, esses conteúdos (tensões) foram ejetados para fora do psiquismo. Pode-se pensar, no caso de Dora, que a desafetação psíquica afetou o seu corpo.

Pela impossibilidade de dominar tamanho volume afetivo ressomatizado, o corpo sofre o efeito de tais descargas e, em Dora, há a repetição de uma marcação na carne pelo transbordamento de um excesso de excitação pulsional e libidinal dado pela experiência do assédio sexual do padrasto, mais tarde pelo estupro e na fase de jovem, há ainda, os vários abortos que também fazem suas marcas, um a um. E, como afirma McDougall, quanto maior forem as cargas afetivas ressomatizadas, maior impacto o corpo sofrerá, então, seria a fibromialgia, dor crônica difundida pelo corpo, a manifestação desse impacto difundido no corpo?

A décima categoria considerada refere-se ao que é indicado por (Besset *et al.*, 2010) como '**Vitimização**', uma categoria ética.

Vulnerabilidade psicológica marcada pelo *stress*, tendência ao "catastrofismo", à "vitimização", revelam um contexto de tensão emocional

constante e fazem parte do estado psicológico do sujeito com fibromialgia (Besset *et al.*, 2010).

Sob o aspecto de vítima e de mártir, pode estar presente a denegação de desejos de destruição contidos, represados.

Pode-se indicar como representativo desta categoria o seguinte extrato discursivo:

A gente fica pensando assim, porque eu tive que passar por isso, porque que só eu tive que passar por isso. Tanto que eu queria outra vida diferente e eu não tive, tive isso e às vezes a gente fica “martelando” uma coisa. (Márcia, Anexo II)

(...) Eu acho que foi tanto que foi pelo amor à família que às vezes eu nunca pensei no eu, no eu mesmo porque quando nos mudamos para cá era escadinha assim nos éramos 12, 14 irmãos, mais o mais velho de todos minha mãe perdeu ele com oito meses de idade acima de mim, eu sou a (...) (Lea, Anexo II)

Lea se coloca, mais do que como vítima, se coloca como mártir. Se preocupa com todos, ama muito a todos, sente pena dos irmãos que muitas vezes não podem ajudar a família parental por causa das esposas que não concordam que eles assim o façam, porque é um grande privilégio poder ajudar aos familiares. Que não justifica o ciúme que observa na cunhada por causa dos filhos que gostam muito da tia. Lea não expressa sua raiva e insatisfações com os parentes, por exemplo. Sempre que percebe na cunhada a hostilidade, ela dá o bom exemplo, não revida na mesma moeda, mas é ainda mais gentil, para mostrar a ela que não

precisa agir daquela forma. Diz que a raiva e as insatisfações ficam com ela mesma, essas ela não demonstra.

A décima primeira categoria considerada refere-se ao que é indicado por (Besset *et al.*, 2012) como '**Impermeável com referência ao sentido**', uma categoria ética.

Não há um sentido a ser interpretado no sintoma psicossomático. Não será com a hipótese do inconsciente que o mistério da persistência dessas dores terá chance de ser elucidado.

Pode-se indicar como representativo desta categoria o seguinte extrato discursivo:

Sofri dor em todo lugar porque quando eu fico assim perturbada com alguma coisa dói o meu corpo tudo parece que atinge tudo né, de tanta coisa que eu passei dor demais assim. (Márcia, Anexo II)

Quando fica perturbada, dói o corpo todo, como dói tudo também, por tantas coisas já vividas. Márcia relaciona a dor que padece no corpo e o sofrimento da vida às perturbações da vida no presente e às perturbações vividas no passado. Faz referência a uma perturbação que ela não consegue 'assimilar' ou elaborar e que enlaça seu corpo por meio da dor. Faz referência a uma descarga no corpo de excitações pulsionais que ela não pôde suportar ou não tem a capacidade de suportar. Remete às experiências do presente, mas também, às do passado, estas como marcas que permanecem vivas em si, no seu corpo e na sua memória. Pode-se pensar num quantum de dor que sobrevém no corpo decorrente desse inassimilável de seu sofrimento.

A décima segunda categoria é uma categoria ética e se refere à '**Culpabilização**'.

Segundo (Nasio, 1997) a culpa pode ser a transfiguração de uma dor inconsciente. Uma dor transfigurada em um diferente afeto, em sentimento de culpa. A dor corporal também pode se transformar em culpa. Em (Groddeck, 1923 citado por Volich, 2010) a doença, para além de uma demanda por atenção, pode ser também uma forma de expiação de um sentimento de culpa. Por satisfação e eliminação, a pessoa pode transferir a culpa para o mundo ou para a natureza. E ainda, em (Besset *et al.*, 2010), a dor pode representar um mecanismo de defesa que em sua ação contra um conflito inconsciente, origina a culpa.

Pode-se indicar como representativo desta categoria o seguinte extrato discursivo.

Porque às vezes eu ficava chateada comigo mesma porque eu nunca pude trabalhar, então, às vezes eu fico me culpando muito, às vezes isso, eu penso assim, é uma maneira de me sentir assim um pouquinho realizada com alguma coisa, já que eu não pude trabalhar, não pude fazer aquilo e aquilo outro... Quando eu descobri que eu estava com problema ela tava tratando de infecção de urina, eu quem acho isso, mas a doutora disse que é coisa da minha cabeça, ela ficou tão tensa porque eu quem cuidava e fazia de tudo pra ela no processo da minha irmã que já tinha morrido, aí infeccionou e generalizou e ela faleceu. E às vezes eu fico com isso na minha cabeça (...) A doutora Elida, ela fala não pensa nisso, mas não tem como não pensar porque foi uma coisa assim, uma coincidência muito grande porque foi na mesma semana, foi na mesma semana que eu fiz a biopsia né que detectou, e ela não queria nem que eu sáísse de

casa a minha mãe tinha 80 anos, mas ela era super inteligente tudo ela sabia, de tudo o que estava acontecendo. (Paula, Anexo II)

A categoria 'culpabilização' também presente nas falas das entrevistadas, aponta para uma forma de manifestação de uma dor inconsciente.

Paula sente-se culpada pela morte da mãe, de quem ela cuidava quando descobriu estar com câncer de mama. Interessante que antes de falar de sua culpa ela fala de sua insatisfação, frustração e impotência diante da alergia que a impediu de estudar, de ser produtiva durante toda a vida. Pode-se pensar na culpa falada pelos sujeitos com fibromialgia, como por Paula, assinalando a possibilidade da culpa em decorrência da presença de impulsos destrutivos e ódio nestes sujeitos, os quais levariam ao sentimento de culpa que eles declaram ter ou sentir. Paula demonstra em sua fala não entrar em contato com seus impulsos destrutivos e/ou com seu ódio devidos às grandes limitações que a alergia impôs e impõe a ela. Diante do falecimento da mãe ela também se sentiu culpada, acreditou que a sua doença, o diagnóstico de câncer que recebera na semana do falecimento teria causado a morte da mãe. Sem ter a mãe para cuidar, ela se viu sem o objeto de reparação da culpa que tais afetos causavam.

A décima terceira categoria considerada refere-se ao que é indicado por (Santos *et al.*, 2012) como '**Depressão**' (segundo o DSM IV). Uma categoria ética.

A depressão é uma comorbidade de alta frequência da fibromialgia. Em torno de 50% dos pacientes que tem o diagnóstico de Fibromialgia foram diagnosticados por um médico, também com Depressão (segundo o DSM IV) e já tinham usado ou ainda faziam uso de medicamento antidepressivo.

Pode-se indicar como representativo desta categoria o seguinte extrato discursivo:

Ele passou só, só “tomo” dois que ele passou inclusive que ele passou e eu tava muito assim, muito avançado assim minha depressão e eu nunca andava sozinha, agora que eu comecei a andar sozinha. (Ducarmo, Anexo II)

A depressão e a ansiedade são relatadas pelos sujeitos, relacionadas conjuntamente. É interessante citar que independentemente do diagnóstico de depressão, o qual foi informado por algumas das entrevistadas, a tristeza e o estado de desamparo estão presentes em todas elas.

A décima quarta categoria considerada refere-se ao que é indicado também por (Volich, 2010) por **‘elaboração fantasmática carente’**, uma categoria ética.

Discurso pobre, decorrente de uma impossibilidade de fantasiar, de expressar fantasias. Há uma negatividade simbólica, ou seja, não possui laços com a vida fantasística, sendo racional, voltada para o exterior, com forte concretude, com pobre produção onírica.

Essa categoria não pode ser observada devido ao fato de ter sido realizada uma única entrevista com cada sujeito.

A décima quinta categoria considerada refere-se ao que é indicado por (Marty, 1990) como **‘capacidade de mentalização deficiente’**, o que leva a uma maior susceptibilidade ao adoecer. Categoria ética.

A desmentalização é caracterizada pelo rebaixamento do tônus libidinal e apagamento de toda a dinâmica mental. A capacidade de assimilação pelo sujeito, de eventos traumáticos, é deficiente, por isso alguns desmentalizam. A energia vital se perde devido à fragmentação do funcionamento psíquico e à desorganização psíquica, o que poderia levar a comportamentos automáticos ou ao

desenvolvimento de sintomatologia somática, ao adoecimento e ao desenvolvimento de várias comorbidades.

Essa categoria também não pode ser observada devido ao fato de ter sido realizada uma única entrevista com cada sujeito.

Categorias Êmicas:

A décima sexta categoria considerada denominou-se '**violência na infância**', é uma categoria êmica, a qual referendada em Freud aponta para a importância das experiências como constitutivas do sujeito. Essa categoria apresenta a grande relevância que a infância e o infantil têm dentro da teoria psicanalítica, por ser a infância um período fundamental na constituição psíquica do sujeito.

Segundo (Zavaroni *et al.*, 2007) pensar o infantil como um conceito psicanalítico passa pela compreensão de infância para além da cronologia e das experiências passíveis de narração. Transpõe-se à realidade psíquica, e à realidade da fantasia como um elemento irrevogável da constituição do psiquismo do sujeito.

A violência é referida aqui à experiência de violência vivida no corpo da criança e ao que dessa experiência na infância foi recalcado. Violência tanto de dimensão psíquica quanto física da experiência do sujeito entrevistado, que narrou dentre outros a experiência de abuso sexual, de agressão física, de maus tratos, também de abandono, da privação afetiva e material na infância, experiência de fome, violência enquanto experiência de ser objeto de ódio do outro.

No texto de 1923, Freud atribui ao Eu uma corporeidade, sobre essa relação Eu-Corpo abrange o Eu como fundamentalmente corporal, portanto, considerando que o corpo é o próprio, a primeira pessoa. Segundo afirma Bastos (1998) "o

sujeito não tem um corpo, ele é um corpo” (p.13), enunciado que desfaz a oposição e o dualismo entre os registros da corporeidade e da subjetividade de um sujeito. O que se pode depreender dessa relação quanto à fibromialgia?

Pode-se indicar como representativo desta categoria o seguinte extrato discursivo:

Na infância, menina, eu sofri “desses problema” de saúde desde criança, na infância minha mãe morreu eu tinha 9 meses e a minha tia tinha perdido um filho (...) Ela (a tia) me maltratou demais, sabe? (...)
ela tinha uma tinturaria, judiou demais de mim, não me dava alimentação eu comia era barro, até pedra. (...) Então por isso eu sofri, mas sofri mesmo, sabe? Toda largada, machucada, queimada, machucada mesmo, sabe? Aí mamãe (avó a quem chamava de mãe) me levou no médico, (...) E o médico disse: não Dona Maria, não tem jeito não, pode deixar morrer, essa não tem jeito não, pulmão cheio de água, talvez tem mais coisa no pulmão, “custela” quebrada, perfurou o pulmão, não tem jeito. Ah, não vou deixar minha “bichinha” morrer não, (...)
Aí a mulher que tava com ela disse D. Maria tem um farmacêutico que é muito bom, “vamo” lá?! Chegou lá ele olhou e disse realmente, ela “ta” com água no pulmão, perfuração no pulmão, “ta” muito desnutrida, não tem flora estomacal, nem intestinal, e tudo que “punha”, saía, né. D. Maria me dá essa menina, deixa essa menina “fica” comigo, vou fazer uma pesquisa e se ela “sará”, eu devolvo e entrego em mão, se ela falecer, eu devolvo pra senhora no caixão. Minha mãe (avó) pensou, pensou, então “ta”, “ta ok”. (...) Aí foi

ficando, ficando, só sei que eu fiquei lá uns dois anos, fiquei totalmente curada.

Desde bebê, daquela violência (...) Por que quando eu via essa tia eu tremia toda, minha carne tremia. (Laura, Anexo II).

Nas entrevistas, chamou atenção em todas as falas, que todas as entrevistadas viveram experiências de algum tipo de violência física na infância (conforme descrição da categoria e entrevistas, Anexo II).

É interessante observar que as violências sofridas eram violências que “marcavam a carne” desses sujeitos, como a experiência de estupro, vivida por Dora, a experiência de abandono por parte da tia, do bebê Laura que se queima, que come pedra, que sente em seu corpo doer de diversos modos de dor física, a experiência de abuso, sofrida por Rosa, das muitas surras sofridas por Ducarmo, a experiência de violência doméstica como viveu Maria, como no caso de Márcia que foi obrigada ao trabalho pesado, ainda muito pequena, ou ainda, a violência da privação material, que leva à experiência da fome e de muitas restrições como para Paula e Lea. De vários modos, os corpos desses sujeitos foram destino de dor, quando receberam as marcas da violência física e psíquica, constituindo-se sujeitos do sofrimento, corpos como origem e destino da dor.

Pode-se pensar também a violência relatada por estes sujeitos a partir do que sustenta (Aulagnier, 1975 citada por Volich, 2010). Se as funções corporais e a excitação das superfícies sensoriais são matéria-prima das representações psíquicas, como se dá a constituição do arcabouço representacional do sujeito diante da experiência de violência na carne ainda corpo de criança?

Outra questão que comparece diante desta categoria é a sua relação com a constituição do ego, Freud (1923) “o próprio corpo de uma pessoa e, acima de

tudo, a sua superfície, constitui um lugar de onde podem originar-se sensações tanto externas quanto internas” (p. 39). Enfatizou a ligação do eu ao corpo próprio. Propôs que o eu em última análise derivava das sensações corporais, principalmente das que se originavam da superfície do corpo, podendo ser assim encarado como uma projeção mental da superfície do corpo além de representar as superfícies do aparelho mental.

Se o corpo é lugar de passagem do outro, lugar de onde nasce o sujeito, que sujeito emergirá, em suas capacidades defensivas, elaborativas e simbolizadoras de experiências tais de violência física e psíquica? Fernandes (2011) afirma que a grande inovação freudiana foi, precisamente, considerar uma dupla racionalidade, psíquico e somático, como articulada pelo desejo inconsciente, mas cuja leitura se daria no corpo.

A dor da fibromialgia pode ser pensada como efeito da leitura dessa dupla racionalidade no corpo. Mas, com que letras se fez essa escrita? Pode-se pensar com essa questão sobre os enlaçamentos somato-psíquicos na causa da fibromialgia. A dupla racionalidade faz considerar, para tanto, que a experiência somática de violência no corpo de criança pode ter implicações na constituição psíquica do sujeito.

A décima sétima categoria considerada é uma categoria êmica que se denominou **‘Inibição da Agressividade’**.

(Laplanche & Pontalis, 2001) consideram que “a agressividade é a tendência ou conjunto de tendências que se atualizam em comportamentos reais ou fantasísticos que visam prejudicar o outro destruí-lo, constrangê-lo, humilhá-lo, etc. A agressão pode ir além de uma ação motora destruidora e violenta e estar presente também em um comportamento negativo, como exemplo, a recusa de

auxílio a alguém, ou ainda, em um comportamento positivo simbólico como a ironia, por exemplo” (p.11).

Uma parte da pulsão de morte é posta diretamente em direção ao exterior e outra parte mantém-se no organismo, onde está ligada libidinalmente, remetendo, então, à auto-agressão.

Pode-se indicar como representativo desta categoria o seguinte extrato discursivo:

Ele me batia, ele me batia e eu aceitava “né” era muito assim amava demais ele e ele, sabe, batia (...). Era boba demais só chorava (...).
Ele me bateu uns quatro anos, uns quatro anos inclusive tem uma cunhada minha que está apanhando do marido “né” aí eu fui na casa dela domingo e ela tava com o olho roxo “né”. Aí eu falei com ela não ficar aceitando esse tipo de coisa porque é ruim demais. Eu amava tanto o pai da Mariana que eu aceitava tudo. (Ducarmo, Anexo II).

Foi observada em todas as entrevistadas, inibição da expressão de agressividade. Em todas as entrevistas realizadas ficou marcante a presença do ódio como afeto acentuado em cada entrevistada, comparecendo de dois modos. No primeiro, o sujeito não manifesta em si, a raiva ou o ódio, como se tais afetos não fizessem parte dele mesmo, como é o caso de Ducarmo enquanto na relação com o primeiro marido, de quem apanhava. No segundo modo, apesar de o sujeito reconhecer a agressividade, o ódio e a raiva como um afeto que ele possui, se vê impotente e incapaz diante desse afeto, como percebível em Rosa, diante de sua agressividade. A excitação pulsional afetiva enlaça seus corpos e os paralisa tanto em uma rigidez motora, quanto em uma rigidez psíquica, que simbolicamente representa a impotência para reagir, como declara em sua fala:

“ele virou outra pessoa, ele não tem diálogo mais com ninguém, pode ser isso aí e pode ser revolta, tipo assim porque que aconteceu isso? Já que aconteceu porque que ele não sai? Porque que ele não vai embora então e deixa eu em paz, pra mim viver assim, renovar uma outra vida, retomar outra vida, tentar né, viver?” (Rosa, Anexo II).

Percebe-se a rigidez psíquica, pois o sujeito anuncia na fala, sua falta, não vê como solucionar o conflito, não vê saída, não consegue vislumbrar possibilidades de se libertar, fazendo, deste modo questionar seu funcionamento para a simbolização.

Ocorre grande contenção da agressividade que domina a expressão dos afetos e, portanto, a raiva, o medo e a culpa se voltam contra o próprio sujeito. Como afirma (Laplanche & Pontalis, 2001) parte da pulsão agressiva se mantém no organismo e retorna contra este.

Foi possível observar as expressões faciais, os movimentos das mãos que se comprimiam e os movimentos das pernas que demonstravam tensão e rigidez, quando Rosa narra sua experiência. O corpo é um corpo tomado pela excitação de ódio contido em si e que a esse sujeito, contem. Rosa, até reconhece em si a presença do afeto, diz sentir muita raiva do marido que a tem feito sofrer tanto, mas diante dessa raiva, ela vomita, como se quisesse pôr para fora a dor, porém se vê impotente. A raiva não é propulsora de uma ação sublimatória. Na expressão de dúvida de Rosa, quando diz estar vomitando muito, pois está muito nervosa desde que tudo começou a acontecer, questiona-se: “será que é a comida que está fazendo mal?” Ela nega perceber a manifestação simbólica do ato de vomitar e do afeto que irrompe dentro de si e que, talvez, apesar de ser um ato de expulsão,

direcionado para o exterior, a pulsão retorna contra si própria, envenenando sua carne e levando à dor e ao sofrimento da fibromialgia.

Em todos os sujeitos a agressividade tende a auto-agressividade, a inibição é direcionada contra o próprio sujeito em forma de descarga.

Foi marcante nas falas das entrevistadas a presença contida, retida, do ódio. Ducarmo apanhava em nome do amor. Sequer menciona ou verbaliza alguma agressividade para com o agressor. Trata-se de uma auto-agressão, como irá comparecer na sua crise melancólica. Em acordo com (Nasio, 1997) quanto ao ódio enquanto reação ao ferimento da imagem de si, provocado pelo outro, este vai mobilizar toda a violência para atacar o outro na sua própria imagem. Entretanto, a expressão para o exterior, desse ódio, não acontece, e corrobora com a percepção declarada acima: o ódio não realizado no exterior, como resultado de um trabalho psíquico será redirecionado para o sujeito. Seria o ódio, então, uma excitação irrepresentável, para algumas pessoas, uma experiência de excitação que descarregada no corpo, enlaça o corpo na dor? Corroborando com (Nasio, 1997) a mobilização do sujeito para atacar o outro a quem odeia, de quem se sentiu vítima, poderia também imobilizá-lo deixando-o impotente para a realização desse ódio e por outro lado, retornando-o sobre si, num movimento de auto-agressão. Haveria, então, uma difusão da agressividade contra o próprio sujeito, um ataque da pulsão de morte contra si mesmo, adoecendo o sujeito, através de sua força destruidora, irrepresentável e que circularia no interior do organismo como o faz a excitação desligada de uma representação, causando tensão, angústia, ansiedade e dor.

Vemos em Paula e Lea diversos modos de inibição da agressividade, por um lado, nas relações de objeto e consigo mesmo, quando inibem a expressão de agressividade junto aos familiares apesar de acharem-se injustiçadas, como

também, se aplica às relações entre as diferentes instâncias psíquicas, caracterizando um conflito entre o superego e o ego. Por sua religiosidade e fé, Paula e Lea não concordam em expressar, em demonstrar seus afetos de raiva às cunhadas quando vítimas de sua incompreensão, remetendo a um superego tirânico que não permite tal expansão de afetos, o que talvez explique por outro lado a negação da própria agressividade, uma tendência a mártir em alguns sujeitos com fibromialgia. Se Paula e Lea têm um superego que não aceita a expressão da agressividade, pelo poder de destruição que esta poderia ter, infringindo ao ego seu poder de determinação e levando-as a reprimir essa agressividade contendo-a em si, sem elaboração, sem investimento objetal, sem simbolização, pode-se pensar na Fibromialgia como solução subjetiva para esse conflito (Besset *et al.*, 2010).

A experiência que causa a raiva ou o ódio, freqüentemente, provoca a perda e a separação, como no caso de Rosa cuja ameaça iminente de perda do marido, a lança num abismo de dor e angústia. Essa dor e essa angústia remetem à categoria, 'desamparo'.

A categoria considerada é a décima oitava e refere-se à '**continência de afetos**', uma categoria êmica.

Há continência ou renúncia de afetos e desejos que são percebidos pelo sujeito como ameaçadores ao seu funcionamento psíquico ou aquilo que entende como as existências do meio em que vive. Estes afetos aparecem como desejos negados pelo sujeito a si mesmo, gerando ansiedade, comparecem como excitação descarregada na carne, remetendo-o à angústia, ao desamparo e a dor. Os afetos parecem ficar desligados e soltos dentro do sujeito.

Pode-se indicar como representativo desta categoria o seguinte extrato discursivo:

Era muita gente, mas a gente naquele desejo de ajudar todo mundo e eu senti muito feliz por isso mesmo, mesmo eu não ter podido assim pensar em mim "né", eu pensei mais neles na minha família na minha mãe, no meu pai. (Lea, Anexo II)

É possível observar a contenção de afetos nos sujeitos entrevistados. Afetos e desejos irrealizados e irrealizáveis. Talvez por isso a culpa, pela presença de impulsos destrutivos causados pelo sentimento de impotência, esta por sua vez relacionada aos desejos não realizados. E, pela dependência e apelo ao outro, o sujeito tem a percepção que nunca realizará ou alcançará o desejo que inibiu ou reprimiu no interior de seus pensamentos, criando uma sombra dentro de si que embota sua espontaneidade, e configura um contexto de tensão emocional e ansiedade constantes.

A décima nona categoria considerada refere-se a uma '**Impotência Paralisante**', uma categoria êmica.

O sujeito transbordante de afetos ameaçadores ou inomináveis apresenta uma condição de impotência diante daquilo que o ameaça, lançando-o numa posição paralisada diante do sofrimento. Ao contrário do seu interior, que ferve em excitações que se movem dispersamente e sem controle, suas ações externas revelam impossibilidade de realização, uma angústia paralisante. (Fédida, 1999) aborda a imobilidade interna e a imobilidade corporal como uma estranha repetição do ausente, como uma presença invasora e envolvente da ausência.

Pode-se indicar como representativo desta categoria o seguinte extrato discursivo:

(...) situação de ter vezes que eu tê que ligá pro meu filho de madrugada, meu filho tê que corrê lá em casa, sabe, pra fica lá comigo, por causa dele, a minha filha falou quer saber de uma coisa, ela e a outra falou assim, vamos olhar um apartamento para minha mãe, vamos tirar ela de lá.

(...) me maltrata, ultimamente então tá ficando muito agressivo e tô, como se diz, correndo até risco mesmo, to dormindo de porta fechada, não confio mais, então eu to passando uma fase muito difícil nossa! (...) tem questão duns 5 anos, ele tá assim, (...) (Rosa, Anexo

II)

O sentimento de impotência refere-se a uma impotência diante do transbordamento de afeto no corpo, levando o sujeito a uma espécie de congelamento do afeto como defesa contra a angústia. Diante da própria agressividade, como também, de desejos ou afetos que pareçam ameaçadores para a existência do sujeito, para seu funcionamento psíquico, diante da não realização dos desejos, o sujeito se vê impotente, paralisado, sem ação, sem sublimação dos afetos. Pode-se pensar com (Fédida, 1999) que a dor da perda, do abandono sentimental relaciona-se a uma ausência que resguardada pelas excitações que circulam num movimento interno servem de limite vigilante de um vazio aparente na imobilidade corporal.

A vigésima categoria considerada refere-se à '**desconfiança nas relações**', uma categoria êmica.

A desconfiança nas relações é repetição de vivências infantis de desconfirmação e de abandono. Falta de confiança, *à priori*, no estabelecimento das relações. Uma expectativa interna ameaçadora, lançando o sujeito num estado

de atenção vigilante. Desse modo, o sujeito sente medo do outro como um objeto ameaçador, vivencia internamente um estado de conflito que tenciona sua musculatura de tal modo que é possível a uma pessoa observadora ver.

Pode-se indicar como representativo desta categoria o seguinte extrato discursivo:

(...) eu apanhava muito, porque eu era a mais terrível da turma, ela falava pra não mexer eu ia lá e mexia (...) não tinha um dia em que eu não apanhasse e minha mãe não batia, normal, ela surrava, (...) eu nunca tive coragem de chegar pra minha mãe e contar nada disso que eu to falando aqui, ela não sabe que meu primeiro filho foi de uma relação assim, saber do que eu passei, nunca tive firmeza, confiança de chegar pra minha mãe e falar nada, ela nunca soube que o marido dela fez aquilo comigo sempre deixei ela viver a vida dela. Será que ela vai confiar em mim, vai mandar esse homem ir embora, se ela vai me expulsar de casa, será (...) Eu era uma menina que pensava como adulto (...) Se a senhora me perguntasse se eu tive adolescência, que adolescência? (...) Tinha tudo pra ser uma prostituta, seguir o caminho do mal, mas não. (Dora, Anexo II)

Dora declara ter vivido precocemente emoções intensas que ameaçavam seu sentimento de integridade e de identidade, como a ameaça de abuso sexual e de poder, que o padrasto imprimia sobre ela. Passou uma infância cheia de privações, inclusive alimentares. Podemos pensar aqui em uma repetição da dor advinda de uma ameaça à sua integridade, da dor do desamparo, do abandono e da desconfiança, vivida na infância, com as figuras relacionais, representativas,

importantes, guardadas no inconsciente e rememoradas nas relações através da desconfiança para com o outro, como afirma Dora.

A vigésima primeira categoria considerada refere-se ao '**Cuidado com o outro**', categoria êmica.

A dedicação intensa ao cuidado do outro. Abnegação dos próprios desejos, das próprias vontades, de realizações pessoais em nome da necessidade do outro ou em nome de um bem comum. Cuidado também, como compensação pelas frustrações sofridas nas relações pessoais e de investimento afetivo-amoroso.

(Freud, 1895) afirma que é comum se verificar na pré-história da histeria um período de cuidados e de atenção às pessoas doentes - espécie de submissão à demanda do Outro - por um longo período de tempo, o que justificaria a supressão das próprias emoções do sujeito. Em outras palavras, um fluxo de ideias é excluído em favor dos deveres morais dirigidos ao outro amado. Afirma que o mecanismo defensivo aí presente consiste no fato de que um grupo de representações tende a perder sua força quando se lhe retira a moção afetiva correspondente. É essa moção de afeto que é escoada para o corpo na forma dos verdadeiros ataques histéricos, ou projetada para fora constituindo as alucinações ou delírios histéricos.

Pode-se indicar como representativo desta categoria o seguinte extrato discursivo:

Aí, fui ajudar as pessoas, não importava quem... Sim, se alguém estava precisando eu ia ajudar. Tudo pra mim era uma coisa só, homem, mulher, uma coisa só. (Laura, Anexo II)

Ocorreu a repetição do conteúdo da fala de Laura em várias entrevistas dentre as realizadas. As entrevistadas afirmaram abrir mão de algo que desejavam, para cuidar de alguém, parente, amigo, conhecido, ou mesmo, de um estranho. O

cuidado do outro seria um bem comum a toda a família, se ela, entrevistada, abrisse mão, por exemplo, de casar-se, para cuidar dos pais idosos. O cuidar do outro comparece como uma saída para a frustração na realização de desejos pessoais. Poderia ser a dor da fibromialgia um custo sintomático pago pela abnegação dos próprios desejos ou pelo recalque destes e o cuidar do outro uma tentativa sublimatória insuficiente ou mal sucedida para as idéias conflituosas?

Ao todo foram propostas 15 categorias éticas, das quais 13 foram avaliadas e seis categorias êmicas.

No próximo capítulo serão feitas as considerações finais sobre o trabalho. Serão apresentadas as dificuldades enfrentadas para a realização desse estudo, a importância dos conhecimentos sobre o tema, aplicabilidades da pesquisa e sugestões para novos estudos.

Capítulo 8

Considerações Finais

Esse estudo possui um caráter exploratório não havendo, portanto, a preocupação de confirmar ou refutar hipóteses, ou ainda, de repetir os resultados encontrados em outras pesquisas.

A fibromialgia é uma (psico)patologia de alta incidência na atualidade. Seu principal sintoma é a dor difusa pelo corpo. Acomete majoritariamente mulheres e seu tratamento é multidisciplinar. De etiologia ainda desconhecida, a fibromialgia suscita vários questionamentos sobre sua patogenia, sobre fatores que interferem na sua evolução, sobre o melhor tratamento e, para tanto, pesquisas são desenvolvidas em vários centros, como o Brasil, os Estados Unidos, a Europa, etc.

Esse trabalho se propôs a pesquisar os aspectos subjetivos e sua relação com as manifestações somáticas do sujeito diagnosticado com fibromialgia. Propôs-se a analisar a subjetividade do doente fibromiálgico e sua relação com a dor, pois a doença se produz numa singularidade e se apresenta através de como este sujeito se coloca no mundo.

Pode-se apontar alguns aspectos gerais do processo de pesquisa: constatou-se certa dificuldade dos profissionais para a realização do diagnóstico de fibromialgia, no que diz respeito à clareza e segurança dos critérios, constatou-se que a partir da metapsicologia psicanalítica, teoria sobre a qual repousa este estudo, poucas pesquisas têm sido realizadas sobre a fibromialgia, portanto, a literatura sobre esse tema, enquanto tema pesquisado a partir do referencial teórico da psicanálise freudiana ainda é restrita em sua produção.

Mais um aspecto geral foi a busca de pessoas portadoras da síndrome da

fibromialgia que quisessem falar. Percebeu-se disposição e desejo de falar nos sujeitos contatados, desejo de falar sobre suas histórias e dores. Outro aspecto, ainda, que chamou a atenção, foi a transposição do olhar que era voltado para o corpo, para a subjetividade do sujeito, num contexto médico-hospitalar, onde o corpo é visto, predominantemente, em sua materialidade, onde o discurso médico é referência de verdade totalizadora. Transposição da experiência orgânica para a experiência do engendramento psíquico/somático no corpo, para pensar através do corpo, pensar a linguagem no corpo.

Em se tratando de uma doença com manifestações somáticas, foi importante considerar os paradigmas médicos da doença, como o conceito, manifestação sintomática, prevalência, tratamento, dentre outros, e, a partir desse ponto, trabalhou-se a questão da fibromialgia enquanto sintoma pertencente a um sujeito concebido em uma dupla racionalidade, mente/corpo, e a compreensão desse a partir do aporte teórico da psicanálise.

Para a realização da pesquisa, partiu-se do entendimento de que o corpo é o corpo pulsional, corpo que obedece ao enlaçamento das pulsões entre somático e psíquico, corpo erogeneizado, corpo que responde ao desejo do inconsciente, corpo que manifesta a força da excitação pulsional, portanto, corpo diferente da medicina, corpo biológico.

A partir da pesquisa, algumas questões surgiram como possíveis dados que dão a conhecer um pouco mais sobre características e sintomas psíquicos da fibromialgia: a presença intrigante nos sujeitos entrevistados, da experiência de violência sofrida na carne, no corpo, ainda na infância, remetendo ao sintoma de dor difusa no corpo, principal sintoma da fibromialgia.

Percebeu-se uma desafiadora interligação entre as categorias propostas para a análise dos dados coletados nas entrevistas. Desafiadora na medida em que há de se elaborar as vias de ligação entre elas com mais detalhes e mais pesquisa.

Não parece inaceitável pensar a fibromialgia através do referencial teórico freudiano das neuroses atuais, logo, há de se trabalhar uma maior e melhor estruturação egóica do sujeito na clínica para que possa ser feita, construída a possibilidade de uma contenção simbólica das excitações pulsionais. E, se não há linguagem suficiente para o recalque da libido, poder-se-ia pensar nessa falta como a mesma falta que limita o sujeito em sua capacidade de nomeação dos afetos, de simbolização, como também, aquilo que leva à desafetação, defesa para a sobrevivência do sujeito, o que por sua vez corrobora com a teoria de uma estrutura psicossomática. Onde não há simbolização, há somatização e impossibilidade de sentido a ser interpretado no sintoma.

Por outro lado, essa inter-relação das categorias aponta também, ainda em Freud, para o intrincamento entre neuroses atuais e psiconeuroses. As duas costumam se dar conjuntamente. E, acompanhando alguns autores, entende-se a fibromialgia como uma manifestação independente da estrutura, podendo ocorrer na neurose ou na psicose, exercendo ali uma função específica segundo a subjetividade desse sujeito. Nessa manifestação se dá o fenômeno psicossomático, o que implicaria que mesmo não havendo sentido no sintoma, nesse caso, esse sentido poderia ser construído, inserido na história de sofrimento do sujeito.

A despeito de alguns sujeitos apresentarem dificuldade de nomear seus afetos, de elaborarem psiquicamente seus conflitos, aparecia em sua fala a

dimensão de um certo deciframento de sentido. Seria a fibromialgia, então, efeito de uma conversão histérica. Talvez se possa fazer tal inferência para com a entrevistada Márcia que fez conexões entre sua dor e suas memórias, entre o seu sofrimento de dores no corpo e os sofrimentos da vida. E, ainda, a entrevistada Ducarmo, cujo sofrimento que apresenta ser um sofrimento histérico remetido à melancolia, como defende Leite (2002) em sua tese.

Mais um aspecto observado nos portadores de fibromialgia é o estado de desamparo. Foi perceptível na fala das entrevistadas, como também, no movimento de seus corpos, durante as entrevistas, como os traumas e as perdas sofridos por esses sujeitos geraram e geram ainda hoje, uma tensão que eles não conseguem dominar, seu corpo parece submerso por essa tensão. E a expressão do desamparo compareceu na tristeza e na dor que demonstravam. O sujeito está, então, em sofrimento, seu corpo carrega pesadas lembranças e, sofre pela incompreensão.

Percebeu-se, também, um sentimento de abandono, de ódio e de culpa nesses sujeitos. O abandono vivido em relações dramáticas, difíceis na infância, tanto ao nível material, quanto afetivo, com as figuras relacionais mais importantes para suas vidas, abandono dos pais e alto nível de agressividade física.

A culpa poderia estar relacionada aos impulsos destrutivos presentes no sujeito em reação às dores vividas por ele, em decorrência do abandono e da violência à qual foi submetido, a culpa poderia estar relacionada também, ao ódio que sentem, mesmo que o inibam e não o expressem, como vimos nas entrevistas, culpa devido à raiva pelo sentimento de impotência diante de si mesmos e dos desejos não alcançados no decorrer de suas vidas.

Outra característica marcante revelada nas falas das entrevistadas foi a inibição da agressividade nesses sujeitos. Poderia se dizer que o processamento da excitação pulsional nas pessoas entrevistadas, transformava a excitação diretamente em angústia, numa angústia que comparecia na fala, entretanto, contida no corpo, represada e sem elaboração.

Pôde-se observar que a inibição da agressividade se dava de duas formas: em uma, os sujeitos estavam sob violência física ou psíquica, mas negavam sua agressividade em reação a essa violência, não como quem guarda um segredo e escolhe não falar sobre ele, mas como quem, o ignora, o desconhece, pela negação da pulsão agressiva se movendo dentro si, no caso de quem afirma apanhar do marido por amor, por exemplo.

Outra forma de manifestação da inibição da agressividade deu-se pelos movimentos do corpo que demonstravam em si, um represamento tenso de algo que não podia ser dito, que estava aquém do acesso que a linguagem oferece. Também na fala, percebeu-se que mesmo reconhecendo a presença da agressividade, verbalizando sua raiva, os sujeitos se viam impotentes diante de tal afeto, pareciam congelados. Seria esse congelamento uma manifestação de angústia de castração?

Percebeu-se que estes sujeitos fazem um retorno da sua agressividade para o próprio organismo, um retorno da pulsão de morte sobre o próprio corpo, na tentativa de suicídio de Ducarmo, de Ducarmo.

Em alguns momentos durante as entrevistas, pareceu que havia uma impossibilidade de diluição dos afetos de experiências antigas, pois, eles ainda estavam vividamente presentes na declaração da raiva, no choro etc., e nesses momentos superabundavam as excitações e o pensar parecia impedido.

Refletindo em termos estruturais sobre o funcionamento dos sujeitos com fibromialgia, alguns autores concluem que a dor seria sintoma de uma estrutura psicossomática (Lima & Carvalho, 2008).

Para (Sá *et al.*,) as queixas fibromiálgicas seriam manifestações somáticas de uma rigidez psíquica defensiva concretizada na rigidez muscular, onde a contenção maior da violência não se fixa em torno de episódios de angústia, mas concretiza a rigidez defensiva na rigidez da musculatura.

Outros autores como (Slompo & Bernardino, 2006), concluem que a fibromialgia transita pela estrutura histérica, podendo estar inscrita em um modo de organização histérico, e como tal, sob efeito do recalque deve ser permeável ao sentido e à interpretação.

Outros como (Besset *et al.*, 2010) e (Leite & Pereira, 2003) entendem, ainda, que a fibromialgia pode ser apreendida, também, como solução subjetiva para o sujeito. Desse modo, a fibromialgia se refere ao fenômeno psicossomático, e pode sobrevir na estrutura neurótica ou psicótica.

Depois de realizada a pesquisa, considera-se finalmente, que nenhum quadro é exclusivamente somático, nenhum é, unicamente psíquico. Cada quadro clínico – qualquer que ele seja – será, ou predominantemente biológico, ou predominantemente psíquico. Como conceber o sofrimento da fibromialgia como um processo genuinamente psicogênico ou puramente organogênico? Poderia se dizer que Freud se encarregou de criar uma ponte para além do conceito de pulsão, por meio do conceito de complacência somática .

Tanto na histeria como na neurose atual há um acúmulo de excitação. Tanto na histeria como na neurose atual constata-se uma insuficiência psíquica, em conseqüência da qual surgem processos somáticos anormais. E ainda, tanto na

histeria como na neurose atual, em vez de uma elaboração psíquica da excitação, há um desvio dela para o campo somático; a diferença está em que na histeria, ela é psíquica (provocada pôr um conflito) e, na neurose de angústia, a excitação, é puramente somática (excitação sexual somática).

Chegou-se, portanto, à consideração de que a fibromialgia é um sofrimento que não se referi ao estritamente psíquico, por substituição ao conflito inconsciente, como também, concluiu-se que não se trata do puramente somático, como se não houvesse ali possibilidade de reintegração da história do sujeito em uma experiência de sentido.

Seria possível a irrupção de um pulsional des-ligado, sem representação ou recalçamento algum? Tratar-se-ia, em última instância, de um resto pulsional que não se conectou psiquicamente, ou de uma 'pura excitação'? Essa é uma questão que poderia se mostrar importante para futuros estudos.

Pensar o diagnóstico da fibromialgia, como Wolfe (2013) propõe, em uma relação de continuidade, e não em uma relação de sim ou não, de ter ou não ter, remete também, a considerar o sujeito com fibromialgia segundo um funcionamento singular, a partir da sua subjetividade e de que modo nesse sujeito a excitação pulsional engendra o sintoma da dor.

Percebe-se na fala do sujeito sobre suas dores para as quais ele não dá significado, a estranheza que o toma. Através da dor silenciosa no corpo este se utiliza do corpo de maneira repetitiva para se expressar, tendo algo do excesso e da contenção tomando o corpo pelo fenômeno da dor.

Há, ainda, após este estudo, o entendimento de que esse sujeito com diagnóstico de fibromialgia possa trabalhar sua capacidade de nomeação dos

afetos, o que possibilitará a ele a elaboração de recursos para o trabalho psíquico daquilo que chega até o aparelho psíquico.

A partir da fala, instrumento da psicanálise, seria possível realizar um trabalho de atendimento ao sujeito que padece em um espaço para a escuta da dor, escuta do corpo e, também, escuta do sujeito.

Entende-se que a escuta da dor crônica na situação analítica poderia, então, permitir a passagem da dor à construção de um sentido ou à construção de um sofrimento que possa ser nomeado.

A teoria está em crescimento e consolidação e, é necessário estabelecer novos estudos, já que não há respostas suficientes para as questões da fibromialgia, nem para o entendimento do lugar da doença somática na vida psíquica.

Para o futuro, sugere-se ainda, a ampliação das formulações sobre a presença do corpo na clínica psicanalítica contemporânea, do corpo lesionado, doente, quanto ao alcance da técnica da psicanálise junto a esses sujeitos.

Há o entendimento de que, baseados em Freud (1917), podem ser empreendidos mais estudos da inter-relação que ele estabelece entre ego e libido a partir da premissa que os sintomas das neuroses atuais ou, segundo se pretende, da psicossomática são maiores e mais devastadores quanto menores forem os recursos egóicos de um sujeito para atender às exigências libidinais. O tema de estudo 'o corpo e o eu' seria pertinente às demandas de pesquisa sobre o sintoma que se processa no soma.

Foi proposta uma devolutiva aos sujeitos da pesquisa quando da conclusão do trabalho. Pretende-se propor a eles que procurem um profissional da psicanálise para fazerem um trabalho de análise.

As dificuldades enfrentadas para a realização da pesquisa foram: cumprir o prazo planejado diante da espera dos pareceres dos dois comitês de ética e, a impossibilidade de coleta de dados referentes a duas categorias devido ao tempo de uma hora de entrevista ser insuficiente.

Percebeu-se a riqueza da teoria psicanalítica para a realização da pesquisa, depreendendo desse ponto, a indicação para novos trabalhos a partir desse referencial teórico. De igual modo, avaliou-se a adequação do método para a realização da pesquisa, o que confirmou alcance amplo de dados, como também, alcance de interpretação desses dados.

Pode-se afirmar que a pesquisa tem aplicabilidade tanto clínica, no atendimento individual ao paciente, enquanto possível norteadora da escuta do analista e do modo de intervenção, quanto como fonte de pesquisa para novos estudos e novos projetos de intervenção, por exemplo, num atendimento em grupo em instituições.

Diante da complexidade do estudo sobre a dor, revigora-se a importância do aprofundamento do conhecimento para tornar possível que o sofrimento do qual padece estas pessoas possa ter um lugar de alívio.

Referências

- Aguiar, A. L. (2007). O sintoma somático e a perspectiva de Paul Laurent Assoun: considerações metapsicológicas. *Dissertação de Mestrado*. Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza-CE.
- Antônio, S. F. (2001). Fibromialgia. *Revista Brasileira de Medicina*, 29, p. 27.
- Assadi, T. C. & Pereira, M. E. C. (2003). O eclipse da mulher na presença do fenômeno psicossomático. *Revista Psychê*, 12, 81-96.
- Assumpção, A. (2006). Prevalência de fibromialgia e avaliação de sintomas associados, capacidade funcional e qualidade de vida, na população do município de Embu, São Paulo-SP. *Dissertação de Mestrado*. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo-SP.
- Bastos, L. A. M. (1998). *Eu-corpando: o ego e o corpo em Freud*. São Paulo-SP: Escuta.
- Bécache, A. (2006). Doentes Psicossomáticos. *Psicopatologia: Teoria e Clínica* (pp. 200-205). Em Bergeret, J (Org.), Porto Alegre: Artmed.
- Bento, P. M. B. A. (2004). Reflexões acerca de um Modelo de Investigação em Psicossomática. *Dissertação de Mestrado*.
- Berlink, M. T. (1936). *Psicopatologia fundamental*. São Paulo-SP: Editora Escuta.
- Besset., V. L., & Júnior, P.M.C.B. (2012). Quando a dor faz corpo. *Revista Borromeo*. 3. Retirado do site: <http://borromeo.kennedy.edu.ar>. ISSN 1852-5704.
- Besset , V. L., Gaspard, J. L., Doucet, C., Veras, M., & Cohen, R. H. P. (2010). Um nome para a dor: fibromialgia. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 10(4), 1245-1270. Retirado em 20 de novembro de 2013, do site: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000400009&lng=pt&tlng=pt.

- Campos, E. B. V. (2004). A primeira concepção freudiana de angústia: uma revisão crítica. *Estudos em Teoria Psicanalítica*, 7, 87-107. Retirado em 03 de abril de 2013, do site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982004000100006&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1516-14982004000100006
- Casetto, S. J. (2006). Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. *Psychê*, 10(17), 121-142. Retirado em 19 de novembro de 2013, do site: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Cavalcante, A. B., Sauer, J. F., Chalot, S. D., Assumpção, A., Lage, L. V., Matsutani, L. A., & Marques, A. P. (2006). A prevalência da Fibromialgia: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*. vol. 46, n. 1, pp. 40-48. Retirado em 24 de março de 2013, do site: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v46n1/29386.pdf>
- Costa, S. R. M. R., Pedreira N., Silveira M., Tavares-Neto, J., Kubiak, I., Dourado, M. S., Araújo, A. C., Albuquerque, L. C. & Ribeiro, P. C. (2005). Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em hospital de Salvador-BA, Brasil. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45(2), 64-70. Retirado em 14 de março de 2014, do site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042005000200004&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0482-50042005000200004
- Costa, M. F. (2013) Sistema Nervoso Simpático, Parassimpático, Depressão, Soma. *Dicionário de Termos Médicos*. Porto Editora. Retirado dia 29/08/2014 do site: <http://www.infopedia.pt/termos-medicos/sistema%20parassimpatico>
- Eizirik, C. L. (2009). Pulsão, com pulsão, compulsão. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 43, n.2. (pp. 161-171). São Paulo-SP.
- Fédida, P. (1999). O agir depressivo. *Depressão*. (pp. 7-35). Editora Escuta. São Paulo.
- Fernandes, M. H. (2011). *Corpo*. São Paulo-SP: Casa do Psicólogo.
- Ferraz, F. C. (1996). Das neuroses atuais à psicossomática. *Percurso*, 16 (1), (pp. 35-42). São Paulo-SP.

_____ (2001). Crepúsculo e Aurora do corpo em Psicanálise. Casa do Psicólogo. Retirado do site: <http://www.detaileventos.com.br/psicossomatica/jornal>

_____ (2007). A tortuosa trajetória do corpo na psicanálise. *Rev. bras. Psicanálise*, 41, n. 4. Retirado do site: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2007000400007&lng=pt&nrm=iso

Figueiredo, L. C. (2003). Elementos para uma clínica contemporânea. *Psychê. Escuta*. vol. VII, n. 12, dezembro 2003, pp. 177-180

Fontes, I. (2011). A construção silenciosa do ego corporal. *ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos*, 29 (2), (pp. 83-90).

Freud, S. (1996). Contribuição à concepção das afasias. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. I. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1891).

_____ (1996). Extratos dos documentos dirigidos a Fliss. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. I. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1892).

_____ (1996). Sobre os mecanismos psíquicos dos fenômenos histéricos: uma conferência. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. III. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893).

_____ (1996). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “Neurose de Angústia”. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. III. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1894b).

_____ (1996). A etiologia da histeria. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. III. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1896).

_____ (1996). O papel da sexualidade na etiologia das neuroses. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. VII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1904).

- _____ (1996). Meus pontos de vista sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. VII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- _____ (1996). Tratamento Psíquico (ou Anímico). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. VII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- _____ (1996). A Concepção Psicanalítica da Perturbação Psicogênica da Visão. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. XI. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910).
- _____ (1996). Contribuições para o debate sobre a masturbação. *Em Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. XII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- _____ (2004). À guisa de introdução ao Narcisismo (L.A. Hanns, Trad.). *Obras Psicológicas de Freud*. 1 ed. I. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- _____ (1996). O Recalque. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. XIV. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- _____ (2004). Pulsões e destinos da pulsão. (L.A. Hanns, Trad.). *Obras Psicológicas de Freud*. 1 ed. I. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- _____ (1996). Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. XVI. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916-1917).
- _____ (1996). Luto e Melancolia. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. XIV. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).
- _____ (1996). Além do Princípio de Prazer. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. XVIII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).

- _____ (1996). O Ego e o Id. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. XIX. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- _____ (1996). O Problema Econômico do Masoquismo. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. XIX. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924c).
- _____ (1996). Inibições, Sintomas e Ansiedade. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. XX. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926[1925]).
- _____ (1996). Análise terminável e interminável. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. XXIII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).
- _____ (1996). Construções em análise. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. XXIII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).
- _____ (1996). Escritos sobre a psicologia do inconsciente. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 3 ed. X. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1856-1939).
- _____ (sem data). Rascunho E, vol. I
- Frochtengarten, J. (2005). Existir: o estado próprio do corpo. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1. Retirado do site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982005000100009&lng=en&nrm=iso.
- Gomes, G. (2005). O Problema Mente-Cérebro em Freud. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 21, n. 2. Retirado do site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722005000200004&lng=en&nrm=iso.
- Gowers, W. (1904). Lumbago: Its lessons and analogues. *British Medical Journal*, 1, 117-121. Retirado em 04 de agosto de 2014, do site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2352601/>.

- Heymann, R. E. (2006). O papel do reumatologista frente à fibromialgia e à dor crônica musculoesquelética. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46(1), 1. Retirado em 27 de outubro de 2013, do site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042006000100001&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0482-50042006000100001.
- Heymann, R. E., Paiva, E. S., Helfenstein J. 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. C., Goldenberg, E. D., Kaziyama, H. H. S., Yeng, L. T., Iamamura, M., Saron, T. R. P., Nascimento, O. J. M., Kimura, L. K., Leite, V. M., Oliveira, J., Araújo, G. T. B., & Fonseca, M. C. M. (2010). Consenso Brasileiro do Tratamento da Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 50 (1), 56-66. Retirado em março 14, 2014, do site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042010000100006&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0482-50042010000100006.
- Harald, C. T., Jerg-Bretzke, L., Pfingsten, M., & Hrabal, V. (2010). Fatores psicológicos na Dor Crônica. *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*, International Association for the Study of Pain – IASP. (4), 14. Retirado em 14 de agosto de 2014, do site: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf
- Kaltenbeck, F. (1987). A complacência somática. *Psicossomática e Psicanálise* (pp. 57 – 67). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Knoplich, J. (2001). *Fibromialgia, dor e fadiga*. São Paulo-SP: Rouben.
- Laplanche, J. & Pontalis. (2001). *Vocabulário de Psicanálise*. (pp. 10-15, 69, 70, 87, 88, 112, 235, 236, 398-401). São Paulo-SP. Editora Martins Fontes.
- Lazzarini, E. R. & Viana, T. C. (2006). O corpo em psicanálise. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 241-249. Retirado em 05 de janeiro de 2014, do site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722006000200014&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0102-37722006000200014.
- Leite, M. P. S. (2001). *O lugar do corpo*. Retirado do site http://www.educacaoonline.pro.br/o_lugar_do_corpo.asp
- Leite, S. (2012). Histeria de conversão: algumas questões sobre o corpo na psicanálise. *Tempo psicanalítico*, 44(1), 83-102. Retirado em 24 de janeiro de

2014, do site: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000100006&lng=es&tlng=pt.

Leite, A. C. & Pereira, M. E. C. (2003). Sofrimento e dor no feminino. Fibromialgia: uma síndrome dolorosa. *Psychê*, 191-207. São Paulo-SP.

Lima, C. P., & Carvalho, C. V. (2008). Fibromialgia: uma abordagem psicológica. *Aletheia*, (28), 146-158. Retirado em 14 de março de 2014, do site: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200012&lng=pt&tlng=pt.

Lima, A. P. (2010). O modelo estrutural de Freud e o cérebro: uma proposta de integração entre a psicanálise e a neurofisiologia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(6), 280-287. Retrieved August 06, 2014, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000600005&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0101-60832010000600005.

Martinez, J. E. (2006). Fibromialgia: o desafio do diagnóstico correto. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46(1), 2. Retirado em 27 de outubro de 2013, do site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042006000100002&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0482-50042006000100002.

McDougall, J. (1996). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo-SP, Editora Martins Fontes.

Mendonça, M. M. (2008). As incidências da repetição no corpo, pela via da dor. *Psyche*, 12, (23). Retirado do site: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382008000200007&lng=pt&nrm=iso.

Mora, J. F. (1978). Monismo, Dualismo e Pluralismo. *Dicionário de Filosofia*. (Massano, A. J. & Palmeirim, M., Trad.). Lisboa: Ed. Dom Quixote, (pp. 77,190, 221). Retirado dia 04/06/2014 do site [http://www.afoiceeomartelo.com.br/posfsa/Autores/Mora,%20Ferrater/Ferrater%20Mora%20-%20Dicionario%20De%20Filosofia%20\(port\).PDF](http://www.afoiceeomartelo.com.br/posfsa/Autores/Mora,%20Ferrater/Ferrater%20Mora%20-%20Dicionario%20De%20Filosofia%20(port).PDF)

Moura, J. (2008). A História da Psicossomática. Retirado do site: <http://psicologado.com/psicossomatica/historia-da-psicossomatica>.

- Napoli, L. (2011). Jacques Lacan. Retirado do site:
<http://lucasnapoli.com/2011/06/09/psicossomatica-e-psicanalise-vi-jacques-lacan/>
- Nasio, J. D. (1991). *A histeria: teoria clínica e psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Nasio, J. D. (1997). A dor corporal: uma concepção psicanalítica. *O livro da dor e do amor* (pp. 67-110). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Nicolaci-da-Costa, A. M. (2007). O campo da pesquisa qualitativa e o método de explicitação do discurso subjacente (MEDS). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), p.p. 65-73. São Paulo-SP.
- Nicolau, R. F. (2008). A psicossomática e a escrita do real. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(4), 959-990. Retirado em 04 de dezembro de 2013, do site http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000400006&lng=pt&tlng=pt .
- Oliveira, N. C. & da Costa, P. (2013). *Campo Seminário de Prática de Pesquisa em Psicologia da UEM*. Retirado do site:
<http://www.eventos.uem.br/index.php/spp/iiisppp/paper/view/1382/903>
- Provenza, J.R., Pollak, D.F., Martinez, J.E., Paiva, E.S., Helfenstein, M., Heymann, R., Matos, J.M.C., & Souza, E.J.R. (2004). Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 44 (6), 443-449. Retirado em 13 de março de 2014, do site:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042004000600008&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0482-50042004000600008.
- Queiroz, E. F. (2008). O inconsciente é psicossomático. *Rev. Mal-Estar Subjetividade*, 8, n.4. Fortaleza-CE.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998) Outro, Significante, Real. *Dicionário de Psicanálise*. (pp. 558, 645, 708). Rio de Janeiro: Zahar.
- Sá, E., Veiga, C., Matela, S., Moraes, R., Silva, R., Seixas, A. R., & Gonçalves, S. (2005). A dor e o sofrimento: algumas reflexões a propósito da compreensão psicológica da fibromialgia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol. 7, n. 1-2, pp. 101-113. Retirado em 13 março de 2014, do site:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28770208> ISSN (Versão impressa): 0874-4696

- Santos, E. B., Junior, L. J. Q., Fraga, B. P., Macieira, J. C., & Bonjardim L. R. (2012). Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 590-596. Retirado em 15 de maio de 2014, do site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300009&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0080-62342012000300009.
- Semer, N. L. (2012). Dor e Sofrimento psíquico: uma reflexão sobre as relações e repercussões corpo e mente. *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol.46. pp.188-199.
- Severino, A. J. (2007). Metodologia do trabalho científico. 23 ed. São Paulo-SP: Cortez.
- Severo, A. F. (2010). Um laço de amor entre a poltrona e o divã. *Contemporâneo - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, Porto Alegre, n.10. Disponível em: www.revistacontemporanea.org.br
- Slompo, T. K. M. S. & Bernardino, L. M. (2006). Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo “fibromialgia” e o quadro clínico “histeria” descrito por Freud no século XIX. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 10, n. 2, p. 263-278. Retirado do site: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=233017559006>
- Sociedade Brasileira de Reumatologia (2011). Comissão de dor, Fibromialgia e outras Síndromes dolorosas de partes moles. Fibromialgia. São Paulo-SP.
- Valas, P. (1996). Horizontes da Psicossomática. Em R. Wartel (Org.), *Psicossomática e Psicanálise*. (pp. 69 -86). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Valente, G. B. (2012). A questão da simbolização na psicossomática: estudo com pacientes portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e de transtorno de pânico. *Dissertação de Mestrado*, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP. Retirado em 16 de fevereiro de 2014, do site: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26102012-153618/>

- Vieira, W. C. (2004). A psicossomática de Pierre Marty. *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*, vol. I. pp. 17-24. São Paulo-SP: Casa do Psicólogo.
- Volich, R. M. (2010). *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*. São Paulo-SP: Casa do Psicólogo.
- Winograd, M. (2004). Freud é monista, dualista ou pluralista? *Ágora*, Rio de Janeiro, vol. 7, no. 2 [cited 2007-11-25], pp. 203-220.
- _____. (2004). Entre o corpo e o psiquismo: a noção de concomitância dependente em Freud. *Psyche*, 8, n.14, pp. 95-108. Retirado do site: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382004000200006&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1415-1138.
- _____. (2011). A noção de concomitância na metapsicologia de Freud. *Revista de Filosofia*, 23, n.33, 453-473. Curitiba-PR: PUC-PR.
- Winograd, M., & Mendes, L. C. (2009). Qual corpo para a psicanálise? *Psicologia, teoria e prática*, 11, n.2. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. São Paulo – SP: Universidade Presbiteriana Mackenzie.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., Clark, P., Fam, A. G., Farber, S. J., Fiechtner, J. J., Franklin, C. M., Gatter, R. A., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A. S., Masi, A. T., McCain, G. A., Reynolds, W. J., Romano, T. J., Russell, I. J., & Sheon, R. P. (1990). The American College of Rheumatology. *Arthritis and Rheumatism*. Criteria for the classification of fibromyalgia. Vol. 33. n.2. pp 160-172. Atlanta, GA.
- Wolfe, F. Clauw, D. J., Fitzcharles, M., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B., & Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology. *Arthritis Care & Research*. Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity, Vol. 62, No. 5, pp 600–610 DOI 10.1002/acr. Retirado do site: http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/75772/20140_ftp.pdf?sequence=1
- Wolfe, F. (2013). Fibromyalgia: an interview with Dr Frederick Wolfe. University of Kansas School of Medicine: Published on March 22, 2013 at 6:46 AM·5 Comments.

Zavaroni, D. de M. L., Viana, T. de C. C., & Monnerat, L. A. (2007). A constituição do infantil na obra de Freud. *Estudos de Psicologia* (Natal), 12(1), 65-70.
Retirado em 28 de maio de 2014, do site:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2007000100008&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-294X2007000100008.