



**Centro Universitário de Brasília
Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento - ICPD**

**FIBROMIALGIA
UM NOVO SENTIDO PARA A DOR DE EXISTIR**

ELIA TIE KOTAKA

**Brasília
2007**

ELIA TIE KOTAKA

FIBROMIALGIA

UM NOVO SENTIDO PARA A DOR DE EXISTIR

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Prof^a Leonor Sampaio Bicalho.

**Brasília
2007**

ELIA TIE KOTAKA

FIBROMIALGIA

UM NOVO SENTIDO PARA A DOR DE EXISTIR

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Prof^a Leonor Sampaio Bicalho.

Brasília, 22 de julho de 2007.

Banca Examinadora

Prof. Gilson Ciarallo

Prof^a Morgana Almeida Queiroz

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUÇÃO	9
1.MENTE –CORPO: CONEXÃO ENTRE A REALIDADE PSÍQUICA E A ORGÂNICA	12
1.1 O SUJEITO	17
1.2 O CORPO	20
2. A CONDIÇÃO FEMININA E O ADOECER	24
2.1 A MULHER	25
2.2 A POSIÇÃO FEMININA	29
2.3 O ADOECER	33
3 O AMOR E A DOR	38
3.1 O DESAMPARO	41
3.2 A DOR	44
4. FIBROMIALGIA: O SENTIDO DA DOR	52
4.1 O DISCURSO MÉDICO	52
4.1.1 Quadro clínico	53
4.1.2 Critérios diagnósticos	55
4.1.3 Tratamento	56
4.2 OS PRESSUPOSTOS PSICANALÍTICOS	58
4.2.1 A formação do sintoma	60
4.2.2 Quadro clínico	64
4.2.3 Critérios diagnósticos	65
4.2.4 Tratamento	66
5. DIÁLOGO ENTRE A MEDICINA A E PSICANÁLISE – A FIBROMIALGIA NA PSICOSSOMÁTICA	68
5.1 MEDICINA	70
5.2 PSICANÁLISE	71
5.3 PSICOSSOMÁTICA	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	95

AGRADECIMENTOS

Ao UNICEUB e sua equipe, pela excelente coordenação, ensino e apoio.

À professora Leonor Sampaio Bicalho, cujo empenho e dedicação permitiram a elaboração desta monografia.

À minha família que sempre apoiou meus sonhos.

”Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Organização Mundial da Saúde, 1946.

RESUMO

A fibromialgia é uma síndrome caracterizada pela dor migratória no corpo, em pontos definidos pelo Colégio Americano de Reumatologia, com incidência maior nas pessoas do sexo feminino no grupo etário compreendido entre 30 a 60 anos. O estudo de sua etiologia, geralmente, aponta para situações de fragilidade do sujeito, especialmente relacionados a perdas, luto e melancolia. O aspecto emocional parece ter grande importância em sua etiologia, motivo este que a enquadra entre as doenças psicossomáticas. Neste contexto, a dor surge como repetição de alguma experiência vivenciada anteriormente, que volta a se repetir de forma inconsciente. Este estudo teve como finalidade articular os pressupostos teóricos da medicina e da psicanálise para obter uma compreensão mais aprofundada no que tange ao enigma que é expresso na fibromialgia. Esta doença, sob o aspecto médico, tem definidas suas características, métodos de diagnóstico e tratamento, apesar do desconhecimento de sua etiologia. Já a psicanálise mostra como causa da doença, as dificuldades na estruturação psíquica do sujeito, especialmente, pela falha na metáfora paterna e dificuldades do sujeito em lidar com sua angústia, suas demandas e seus desejos. Na manifestação da doença, observa-se claramente a conexão mente-corpo na sua gênese – doença psicossomática e, por isso, deve ser estudado o diagnóstico e o tratamento obedecendo aos preceitos estabelecidos pela psicossomática, visando um trabalho clínico que possa permitir ao sujeito resgatar o seu bem-estar, pela superação de seus mal-entendidos, seus impasses e, conseqüentemente, a sua dor de existir.

Palavras-chave: Fibromialgia. Doença Psicossomática.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a syndrome characterized by migratory pain in the body, in certain points defined by the American College of Rheumatology, which occurs more in females in the age group of 30 to 60 years. The study of its etiology, usually, signs to situations where the individual is feeling weak, especially related to losses, mourning and melancholy. The emotional aspect seems to play great importance in the etiology, and that is the reason why it is considered a psychosomatic disease. In this context, the pain appears as a repetition of some experience already lived before, that repeats again in unconscious way. This study had the aim to articulate the theoretical presuppositions of medicine and of psychoanalysis to get a more deep understanding about the enigma that is expressed in the fibromyalgia. This disease, in medical aspects, has defined its characteristics, the methods of diagnosis and treatment, even though the etiology remains unknown. On the other hand, the psychoanalysis shows as cause of this disease, the difficulties in the psychological structure organization, especially, the failure of the paternal function and the difficulties of the subject to deal with his anguish, his demands and his desires. In the expression of the disease, one can observe clearly the connection mind-body in its genesis – psychosomatic disease, and, therefore, it must be studied the diagnosis and the treatment according to the rules established by psychosomatic, aiming at a clinical action that allows the subject to rescue his well-being, through the overcoming of his misunderstanding, his impasses and, consequently, the existential pain.

Key-words: Fibromyalgia. Psychosomatic disease.

INTRODUÇÃO

As doenças psicossomáticas têm sido amplamente discutidas, às vezes causando muita polêmica, devido aos aspectos *não médicos* envolvidos. Isto porque a psicossomática, além do estudo dos aspectos biológicos, buscará por meio dos pressupostos da psicanálise, aprofundar o conhecimento sobre a etiologia da formação de sintomas. Isto retrata que para o discurso médico, ao enfatizar aspectos biológicos, isso pode ser inaceitável e, do mesmo modo, aqueles que pensam somente nos aspectos psicológicos terão dificuldade em aceitar a relevância da linguagem corporal no tratamento desses pacientes.

A possibilidade do entendimento das doenças como um processo, no qual participam soma e psique, apresentando sintomas e sinais, constitui um passo importante para a cura de muitas enfermidades. Entre as patologias, em cuja formação a subjetividade apresenta importância em seu desencadeamento, está a fibromialgia. Ela é uma síndrome constituída por sinais e sintomas característicos, em que a dor constitui o sintoma principal, seguido por outros sintomas, tais como perturbações do sono, sono não reparador, fadiga, depressão e dor de cabeça. O discurso médico mostra que a sua etiologia não parece ter uma causa única, embora a visão psicanalítica enfatize a questão da perda do objeto amado e do desamparo que domina o sujeito. As pesquisas revelam que a incidência da doença é maior nas mulheres do que nos homens, principalmente aquelas do grupo etário compreendido entre 30 e 60 anos de idade.

A incidência da fibromialgia em um número cada vez maior de pessoas, sobretudo nas mulheres, leva os pesquisadores a enfatizar os aspectos referentes à feminilidade, à sexualidade e à posição feminina do sujeito. Isto porque a formação dos sintomas nessa síndrome apresenta características que permitem sua inclusão entre as doenças psicossomáticas por apresentar: dor física intensa, migratória, em indivíduos geralmente do

sexo feminino, cuja história leva à percepção de condições de fragilidade, diante de algum tipo de perda. O sintoma denota a presença de um processo patológico, que representa a luta do organismo para eliminar algo desagradável, por incomodar o indivíduo, trazendo angústia, sofrimento, dor e dispêndio de energia. Isto parece se acentuar, na sociedade contemporânea, onde há crescente investimento para que o sujeito se apresente sempre em situação de destaque – ser diferente, brilhante, bem-sucedido, jovem e bonito, dentro de uma cultura denominada do *narcisismo e do espetáculo*.

Neste contexto, o tratamento sintomático com medicamentos não elimina o elemento gerador do sintoma, isto é, a causa que produz tantos efeitos autodestrutivos para o sujeito. Ele somente proporcionará alívio temporário do sofrimento do paciente, implicando portanto na necessidade da busca de conhecimento, na pesquisa, sobre a causa da doença. O tratamento medicamentoso, portanto, é paliativo e consegue somente aplacar a dor ou permitir que o paciente durma melhor. A compreensão da doença e o seu tratamento adequado, com os recursos conjuntos da medicina e da psicanálise, permitirá uma atuação clínica diferente, abordando a relação mente corpo, buscando também o sentido dos conteúdos psíquicos e da linguagem corporal.

Este trabalho propõe um diálogo possível entre os pressupostos teóricos da medicina e da psicanálise, a respeito do aparecimento da fibromialgia na mulher. Para tal, foi realizado um levantamento bibliográfico do assunto na literatura médica e psicanalítica disponíveis, inclusive, em portais eletrônicos. O trabalho está subdividido em capítulos, na tentativa de elaboração de um paralelo entre os pressupostos e fundamentos de ambas as ciências – medicina e psicanálise. O primeiro capítulo trata da relação mente-corpo, apresentando um breve histórico referente ao enfoque dado ao doente e à doença; a formação da estrutura psíquica e os conceitos de corpo. O segundo capítulo trata da condição feminina; a mulher sob o ponto de vista médico e psicanalítico; a posição feminina; e o adoecer. O

terceiro capítulo apresenta algumas considerações sobre o amor e a dor e suas implicações no adoecimento do sujeito. O quarto capítulo discorre sobre a fibromialgia, como conexão mente-corpo, traçando-se um paralelo entre o discurso médico, o psicanalítico, quanto ao diagnóstico e os procedimentos terapêuticos da síndrome. Finalmente, o quinto capítulo, busca o diálogo entre a medicina e a psicanálise – a psicossomática na fibromialgia, procurando conhecer as diferenças entre esses três campos do saber, visando estabelecer consenso entre eles, com vistas à melhoria dos pacientes, sendo que em todos os capítulos, a psicossomática aparece como foco principal no estudo da fibromialgia.

1 MENTE-CORPO: CONEXÃO ENTRE A REALIDADE PSÍQUICA E A ORGÂNICA

A preocupação com a natureza do ser humano e sua constituição, o adoecimento e o bem-estar, sempre constituiu motivo de preocupação para os filósofos e médicos desde os primórdios da civilização. Nos povos primitivos a busca pelo conhecimento, freqüentemente, desenvolvia-se em nível espiritual, religioso, tendo como os principais detentores do saber, os sacerdotes e os curandeiros. O conhecimento, envolto em aspectos místicos, apontavam o ser humano como criação divina, constituído por um corpo e uma alma ou espírito. A doença, geralmente, era caracterizada como punição aos atos contra os deuses ou contra a coletividade.

Com o advento de algumas civilizações, surgiram estudiosos com novas concepções e motivações trazendo, também, novos enfoques. Nesse contexto, verificamos a existência de relatos em diferentes civilizações, entre as quais, pode-se destacar a Assírio/Babilônica, a Egípcia e a Grega. Se, anteriormente, o conhecimento estava baseado em crenças e suposições, aos poucos esse panorama foi mudando, acrescentando-se dados mais concretos, racionais, resultantes de observações efetuadas no cotidiano. Assim, verifica-se que na civilização assírio/babilônica (III milênio a.C.), os rituais e mágicas coexistiam com as tentativas de estabelecer procedimentos por analogia, com referências à mitologia, à metafísica e à astrologia. (VOLICH, 2000). Outro exemplo marcante é o estudo da anatomia realizada pelos egípcios e o processo de mumificação, na conservação de corpos, embora suas atividades estivessem associadas à ciência, ao sacerdócio e às atuações místicas.

A Grécia antiga deixou um grande legado para a humanidade, a respeito dos estudos sobre o ser humano e o adoecimento, isto porque a mitologia grega apresentava

numerosos deuses, como dotados de poderes especiais de cura. Nesse contexto, incluem-se Palas Atena e Apolo, este considerado o deus supremo da medicina, teria educado Esculápio, que passou a ser mais venerado que o seu mestre. Higéia e Panacéia eram filhas de Esculápio, sendo a primeira dedicada à higiene e a segunda à cura. Posteriormente, os filósofos gregos procuraram discernir a natureza humana, destacando-se entre eles, Anaxágoras (500-428 a.C.), filósofo grego, que fazia a distinção entre o corpo e a mente. Ele teria sido mestre de Péricles, Sócrates e Eurípedes. Durante o governo de Péricles, que se iniciou em 480 a.C., Atenas passou por um período de grande prosperidade, fazendo com que filósofos e médicos aí se instalassem.

Assim, entre os grandes pensadores gregos, distinguiram-se o filósofo Sócrates (470-399 a.C.) e seus discípulos, que passaram a conceber a idéia de que o homem era constituído por algo mais que o simples substrato material – porque além do corpo, o homem possuía alma. Deste modo foram iniciadas discussões e inferidas hipóteses, na tentativa de sua compreensão, resultando daí investigações para a compreensão das doenças. A busca pela compreensão da relação entre corpo e alma foi um dos principais focos de seus pensamentos filosóficos e, mais tarde, também das ciências que deles herdaram o espírito de investigação. Sócrates não deixou nada escrito, sendo que seus ensinamentos chegaram à posteridade, por meio dos *Diálogos* de Platão e as obras de Xenofonte, *Apologia de Sócrates* e *Memoráveis*.

Entre os discípulos de Sócrates, Platão (428-347 a.C.) também deixou um grande legado sobre esta questão ao considerar a alma desencarnada, porém localizada no corpo, sendo composta de três elementos: a *alma inferior*, a *média* e a *superior*. As duas primeiras estariam localizadas no tórax e abdômen, sendo: alma inferior (nutritiva) e a alma média (das paixões). A alma superior estava localizada no cérebro, relacionava-se com a inteligência, sendo responsável pelo controle das duas inferiores. Quando as almas inferiores não eram

controladas, poderiam ocorrer distúrbios mentais como a loucura, sob influência corporal e, também, da instância divina.

Aristóteles (384-322 a.C.) retoma a concepção de Platão e divide a alma em *vegetativa*, a *sensitivo-motora* e a *pensante*, racional. A primeira era constitutiva das plantas, a segunda constituía a essência dos animais e a última era atribuída ao ser humano. Para ele, a alma e o corpo físico estavam ligados, disso decorrendo que toda doença física era, também, uma expressão anímica. Entre o corpo e a alma havia a circulação de humores, que sob determinadas circunstâncias poderiam levar ao adoecimento, devido às perturbações dos humores. A *catarse* levava ao restabelecimento do doente, pela purgação do corpo e purificação da alma (VOLICH, 2000).

Contemporâneo de Sócrates, a medicina grega teve em Hipócrates (460-377 a.C.), o grande fundador da medicina naturalista. Nascido na ilha de Cós, na Grécia, ele é considerado, até os dias atuais, como o pai da medicina. Seus ensinamentos, sobretudo quanto à observação clínica direta e as alterações dos humores, propiciaram o afastamento de muitas superstições a respeito da origem e cura de doenças. Um grande mérito, em suas obras refere-se à prevenção das doenças, eliminando as crenças anteriores da origem divina do adoecimento, o que está em sua obra denominada **Tratado dos ares, das águas e dos lugares**. (FMUAN, 2007). O homem, para Hipócrates, era visto como uma unidade organizada, passível de sofrer desorganização, assim permitindo a emergência de uma doença. Foi ele quem lançou as bases da psicossomática, opondo-se à concepção sobrenatural da doença e considerando a unidade funcional do corpo, tendo a psique como responsável pela função reguladora. (VOLICH, 2000). Para Hipócrates a medicina tinha por objeto a pessoa do doente e, para a compreensão da doença, deveriam ser considerados o temperamento do doente e a sua história. Isto porque a doença era vista como uma reação global do indivíduo a um distúrbio e o tratamento propunha o restabelecimento da harmonia consigo e com o

ambiente. A medicina desenvolvida por Hipócrates, segundo Riechelmann (2004), apresentava-se como dinâmica e integradora, podendo ser considerada como os primórdios da moderna medicina psicossomática.

O declínio de Atenas, após sua conquista pelos romanos, representou, também, o abandono do pensamento hipocrático na medicina, o qual só será resgatado por Galeno (131-201 d.C), que traduziu para o latim os seus ensinamentos. Galeno, no entanto, desviou o foco do doente para a doença, passando a dar maior importância à lesão e não ao indivíduo, preocupando-se mais com a descoberta da lesão e a sua extirpação. É sua a referência de que as diferentes manifestações patológicas estariam relacionadas à **tipologia psicológica** dos indivíduos. Mas, de modo oposto a Hipócrates, que dava importância à dúvida, à introspecção do médico, à experiência, à observação e ao julgamento da pessoa, Galeno apresentava atitudes firmes e categóricas, posicionando o médico como possuidor do conhecimento definitivo e infalível.

Com a queda do Império Romano, o período denominado de Idade Média traz consigo o domínio do pensamento religioso, com o alvorecer da Era Cristã. A preocupação tinha por objeto afastar tudo que lembrasse o período anterior, sobretudo o paganismo que, então, dominava. As pessoas deveriam buscar a salvação da alma e deixar de cultuar o corpo, da maneira como os gregos e os romanos faziam. O corpo ficou relegado a um segundo plano, afetando inclusive as atitudes quanto ao saneamento e à higiene pessoal. Os exames físicos foram proibidos, assim como o estudo da anatomia. Os conhecimentos gregos e romanos ficaram enclausurados junto a instituições religiosas, afastado do público em geral. No entanto, as culturas islâmicas prosseguiram com os estudos, trazendo alguns avanços na medicina. Isto permitiu a tradução dos antigos conhecimentos reativando o neo-hipocratismo e fundando algumas escolas de medicina, destacando-se entre os estudiosos Avicena (980-1037), que alguns consideram como herdeiro de Galeno, e Maimonides (1135-1204) na

Espanha islâmica. Para este, o tratamento do doente deveria ser efetuado utilizando-se de todos os recursos do corpo e do espírito, que constituíam instâncias interdependentes, cujo objetivo era a manutenção do equilíbrio (VOLICH, 2000).

Com o Renascimento, também, a medicina começou aos poucos florescer, procurando aproveitar o intercâmbio que se estabeleceu no comércio entre os povos. O estudo da medicina, com a observação física, a dissecação de cadáveres e, mais tarde, a descoberta dos microorganismos instalam concepções novas sobre a visão do corpo. A etiologia de muitas doenças é conhecida, assim como o desenvolvimento de novos procedimentos terapêuticos. Neste período, *Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim*, mais conhecido como Paracelso (1493-1541), é quem se destaca como representante desse novo pensamento. Seu grande mérito consistiu na defesa da crítica dos **conhecimentos estabelecidos** e a **valorização da experiência**.

Outro momento importante ocorreu quando René Descartes (1596-1650), pensador, matemático e físico francês, trouxe importantes contribuições para a introdução do pensamento científico. No aspecto médico, ele propôs a racionalidade que deveria nortear toda ciência e propugnou a valorização do substrato material (corpo), em detrimento da experiência subjetiva e, com isso, a famosa cisão mente-corpo ou a concepção dualista, pela qual é conhecido (VOLICH, 2000).

É importante ressaltar que a história da medicina contribuiu para a evolução do conhecimento, apresentando novos procedimentos clínicos referentes à consideração da unidade ou a sua separação. As descobertas de Louis Pasteur (1822-1895) e Robert Koch (1843-1910) na área de microbiologia, por exemplo, trouxeram o grande enfoque na etiologia das doenças, de tal maneira que permitiu o surgimento da moderna epidemiologia e controle de doenças transmissíveis. O progresso verificado apresenta momentos diferentes e a afirmação a seguir reflete o desenrolar dos fatos:

No entanto, é interessante apontar diferentes momentos dessa evolução que ampliam a compreensão das origens de diferentes tendências e práticas da moderna medicina, revelando, também, muitos pressupostos das atuais teorias psicossomáticas. (VOLICH, 2000, p.18).

1.1 O SUJEITO

No final do século XIX e início do século XX, foi considerável o avanço nos estudos e pesquisas sobre o conhecimento do ser humano, passando a considerar a importância do emocional sobre as atitudes e nos comportamentos manifestos. Surge, então, uma nova teoria, inaugurada por Sigmund Freud (1856-1939), ressaltando a importância da psique na geração de doenças. O autor afirma que as percepções ocorridas na mais tenra infância, ficam armazenadas, em nosso inconsciente como traços mnemônicos, constituindo o embrião do que será o nosso ego. Assim, desenvolve a teoria de que nosso aparelho psíquico, de acordo com a segunda tópica, é constituído pelo ego, id e superego, constituindo parte do que seria o consciente, o pré-consciente e o inconsciente. “[...] o ego é essencialmente do mundo externo, da realidade, o superego coloca-se, em contraste, com ele, como representante do mundo interno, do id” (FREUD, 1997/[1923], p.38). Deste modo, para o autor, é no corpo do indivíduo, especialmente na superfície, que as sensações tanto as externas como as internas podem ter origem. Por isso, surge a afirmação de que o ego é um ego corporal e, não simplesmente, uma entidade de superfície, mas sim a projeção de uma superfície. Freud instaura a psicanálise, trazendo à tona seus estudos e pesquisas sobre o inconsciente.

Dando nova interpretação aos preceitos estabelecidos por Freud, Jacques Lacan (1901-1981) apresenta que a formação do aparelho psíquico se inicia com a relação dual mãe-filho. Nessa etapa o pai será considerado um intruso e a criança quer ser o que falta para a mãe – o seu falo. Posteriormente, com a aceitação pela mãe do discurso e da presença paternos, é inaugurada a metáfora paterna. A criança se depara, então, com o interdito, sendo

simbolicamente castrada – recalque originário, quando seu desejo é impelido ao inconsciente. Com a identificação com o pai e a demarcação de seu espaço, na família e na sociedade, vai ocorrer o declínio do complexo de Édipo e a passagem do registro do imaginário ao simbólico (mundo da linguagem). A criança vai passar a participar do mundo da linguagem, constituindo-se como sujeito (LAMAIRE, 1989).

Posteriormente, Winnicott (1990) enfatiza que o ser humano é constituído pelo soma e pela psique. Ao proceder a essa divisão – soma e psique, ele mostra que ambos se relacionam de modo complexo e que, esse relacionamento está sob a organização da mente. O bebê ao nascer deverá encontrar um ambiente que permite o seu desenvolvimento adequado, proporcionado pelos cuidados especiais que recebe e que irão promover a constituição do sujeito. Por isso, refere o autor, que a saúde física do indivíduo vai necessitar do fator hereditariedade (*nature*) e da maneira como o indivíduo é criado (*nurture*), salientando que o desenvolvimento saudável da psique-soma inicial requer um meio ambiente adequado. Isto significa que esse meio ambiente – constituído, inicialmente, pelo útero materno e, posteriormente, pelo ambiente externo em que o bebê convive com a mãe é que permitirá a sua adaptação às necessidades do seu corpo e da psique recém-formados. Portanto, a estruturação do aparelho psíquico e o seu desenvolvimento dependem das primeiras experiências do bebê, sobretudo na relação que ele teve com a mãe – ***a mãe suficientemente boa.***

Outro autor, que trata do assunto é Simão (2001), que enfatiza que o desenvolvimento da psique do indivíduo ocorre paulatinamente. Numa primeira etapa da vida, o desenvolvimento psíquico e emocional do indivíduo está, inteiramente, vinculado ao desenvolvimento físico e biológico, pois é o corpo que oferece as condições necessárias para a constituição do aparelho psíquico. As necessidades fisiológicas, tais como, a fome, a sede e o sono funcionam como movimentos iniciais na constituição da relação mãe-bebê. Na relação

afetiva com a mãe, a criança terá seu corpo marcado pelos gestos maternos ou ausência deles, sejam de carinho ou de brincadeiras ou pelo **ritual da amamentação**. Essas marcas permitem o desenvolvimento, no bebê, do corpo erógeno – investido libidinalmente. Salienta a autora, ainda, a importância da relação com a mãe, porque nesse relacionamento ela fornecerá as informações, permitindo que a criança construa sua subjetividade, pela imagem e pela percepção de si mesma.

A questão mente-corpo é analisada, também, por Goldfarb (1998), como articulação entre interioridade e exterioridade que vai constituir a subjetividade, mas que também será o campo onde se encontram os objetos de satisfação do sujeito. Portanto, na constituição da subjetividade diversos fatores apresentam sua importância, o que seria em suma a mãe, o bebê e o ambiente se relacionando, trocando informações e sensações que ficarão gravadas no corpo e psique em formação.

Nesta mesma linha de pensamento, a importância da função materna é salientada, como fator que assegura “[...] o desenvolvimento e o equilíbrio da economia psicossomática do bebê”. (KREISLER *apud* VOLICH, 2000, p. 116). A proteção dada ao bebê contra ameaças físicas e ambientais constitui o ápice da função materna. Essa proteção servirá de barreira de contato, denominada por Freud de *pára-excitações*, e auxiliará no desenvolvimento do aparelho psíquico. Assim é possível observar a ênfase dada à importância da função materna, também, por Winnicott (1990) ao abordar o modo como o bebê responde ao *holding* e ao *handling* maternos.

A função materna na constituição da subjetividade representa, portanto, papel muito importante, mas a função paterna (metáfora paterna) tem lugar privilegiado, para que a criança possa atingir o equilíbrio da estrutura psíquica em formação. Para Freud, isso se consolida com a resolução do Complexo de Édipo, na fase fálica, desempenhando papel fundamental na estruturação da personalidade e na orientação do desejo humano

(LAPLANCHE; PONTALIS, 2004). Posteriormente, Lacan apresentará que o gozo fálico, decorre da “submissão à lei do significante, que é comandada pela função do Pai, isto é, a castração” (CHAVES, 2001, p. 92). Neste contexto, é possível concluir que na constituição da subjetividade terão importância tanto a função materna quanto o desejo materno, complementado pelo surgimento da metáfora paterna, a qual irá impor limites à onipotência sentida pela criança. Segundo Lacan, o pai vai efetuar um corte psíquico no dualismo criança-mãe, ao mostrar ao bebê que a mãe deve ser compartilhada com mais alguém (pai).

Dessa forma, é possível apresentar que o psiquismo é definido no campo das *representações* por Freud e de *significantes* por Lacan, sendo que a prática da psicanálise procede ao *deciframento* desses significantes e representações (BIRMAN, 2005). Além disso, deve ser ressaltado que para Ferreira (2004), a estrutura psíquica é formada pelo simbólico: com a palavra e a lei; pelo imaginário: campo do sentido e da imagem corporal; e pelo real: onde há registro do impossível.

1.2 O CORPO

O corpo estudado pela medicina, aborda o aspecto biológico, orgânico, resultante da interação da carga genética recebida dos pais, juntamente com as influências do meio ambiente físico e sociocultural. O que preocupa o médico é a forma e o funcionamento, isto é, a anatomia e a fisiologia do organismo. Assim, Birman (2005) apresenta que a medicina **colonizou** o corpo-organismo e que o organismo é biológico. Isto porque um organismo em funcionamento supõe diferentes órgãos e sistemas trabalhando, de modo a permitir a vida do indivíduo, a partir dos fluidos e elementos celulares, hormonais e outros.

No presente trabalho, será considerado não apenas o corpo no seu aspecto biológico, mas será dada ênfase também ao aspecto emocional, considerando que é por intermédio do corpo que se expressam as relações entre o **eu** e o ambiente. O corpo envolve tanto o aspecto sexual quanto o pulsional tendo sido, também, alvo de muitas controvérsias e mal-entendidos. Para a psicanálise, segundo Dejours (1997), a construção do corpo erógeno ocorre gradativamente, por meio dos cuidados proporcionados pelos pais, especialmente da mãe. Deste modo, essa construção supõe a constituição do corpo, incorporação das experiências vivenciadas pelo sujeito, pelas demandas, desejos e pulsões. Nesse contexto, Beneti (2000) salienta que o corpo pode ser submetido a enfoques diferentes, quando visto sob a ótica de clínicas diferentes, significando um conceito não único de corpo, mas apresentando grandes diferenças e variações segundo a visão da medicina ou da psicanálise.

Para a medicina, o corpo é orgânico, físico, mas para a psicanálise ele é da ordem sexual ou da ordem pulsional. A esse respeito, Goldfarb (1998) apresenta comentários interessantes sobre as teorizações do Dr. Garcia Roza, sobre o corpo natural e o corpo erógeno. No primeiro, o corpo apresenta organização e articulação com o mundo, não dependendo da linguagem, constituindo campo de pesquisa da biologia. O segundo, é o corpo erógeno, submetido e ordenado pela linguagem, que vem a ser o campo da psicanálise. Refere, ainda, que existe um outro, o corpo que inclui a linguagem, a representação do corpo e as pulsões em estado bruto – corpo pulsional. O corpo é tanto da ordem sexual quanto pulsional. Para Goldfarb (1998, p. 39), “a questão do corpo na psicanálise parece exigir um retorno ao caminho traçado por Freud desde o Projeto (1895) e consolidado com o longo desenvolvimento da teoria das pulsões”. Isso é lembrado, porque a psicanálise, posteriormente ao Projeto (1895), segundo Birman (2005), deixou de utilizar a palavra corpo e ao esquecê-lo, deixou de abordar a experiência do sujeito, esquecendo que a subjetividade **sofrente** tem um corpo, justamente no qual a dor vai se enraizar. É importante salientar que o corpo não é o

biológico, mas ele apresenta-se formulado pelas concepções de erógeno e pulsional, contendo todas as experiências armazenadas pelo sujeito no decurso de sua vida, constituindo, portanto, campo da psicanálise.

Anteriormente, a própria filosofia, apresentada por Nietzsche e lembrada por Goldfarb (1998), buscou eliminar o dualismo alma-corpo, considerando que o pensamento não estava desligado do corpo e as idéias constituiriam sintomas de saúde ou doença, vitalidade ou morbidez. Neste contexto, o corpo seria um mediador entre a psique e o mundo, ou entre duas psiques, construindo-se nessa relação e em suas causalidades. Do mesmo modo, Françoise Dolto (1986), também considerava o corpo como ferramenta mediadora, organizada entre o sujeito e o mundo não diferenciando o esquema corporal da imagem inconsciente do corpo. O que pode ser apresentado, dentro do conceito de que, o corpo reflete muitos dos conflitos psíquicos não elaborados, os quais geram **dores** ou até mesmo, doenças mais graves. Isto retrata a dificuldade do sujeito em se relacionar consigo mesmo e com o mundo ao seu redor.

Voltando à discussão sobre a questão do corpo, Birman (2005) afirma que a negatividade e a ausência de lugar nos discursos podem ser observadas, entre outras, nas proposições seguintes: em primeiro lugar, o corpo é definido em oposição ao psiquismo; e em segundo, o corpo foi reduzido aos registros somático, anatômico e biológico. Ao situar o lugar destinado ao corpo, nos diferentes escritos afirma: “O que mais nos espanta e surpreende na clínica psicossomática e na dos estados-limite é a *ausência do corpo*, enquanto o organismo se sinaliza por sua presença maciça e brutal, não controlável pelo sujeito” (BIRMAN, 2005, p.70). Diz, ainda o autor que, se fizermos a divisão apresentada acima, da oposição do organismo e do psiquismo, a idéia de dualismo é trazida de volta e o lugar do corpo persistirá como impasse. Nesse contexto, o autor diz que a dualidade entre corpo e sujeito não existe, mas o que existe deve ser denominado **corpo-sujeito**, o que pode ser complementado pelas

contribuições de que “a consciência que temos de ser é criada a partir das condições trazidas pela inserção da mente numa corporeidade” (PENNA, 1989, p.21).

McDougall (2000) traz relevante contribuição sobre o tema, ao considerar o desenvolvimento da vida psíquica do sujeito, a qual se inicia com a experiência de fusão mãe-criança. Isto constitui a fantasia de que existe apenas um corpo e um psiquismo, para duas pessoas, constituindo assim unidade indivisível. Esta apresentação traz em seu bojo a elaboração efetuada por Lacan sobre a fase do espelho, desenvolvendo “o conceito de captura para esboçar as relações entre o **eu**, o corpo e a imagem” (BIRMAN, 2005, p.61). O corpo constitui, portanto, uma área maior que o organismo, contendo todo o conjunto de marcas psíquicas impressas nesse organismo e, também, como destino das pulsões. Além disso, Birman (2005) mostra que, para Freud, a fragilidade estrutural do sujeito, ao sentir-se inseguro e desamparado, estava relacionada à sua corporeidade, bem como às ameaças da natureza e aos horrores gerados nas relações ambivalentes com os outros. Essa fragilidade o levará a criar artifícios, que permitam mascarar suas vaidades, diante de sua **suposta auto-suficiência e onipotência**. Nesse contexto, conclui que o desamparo que instaura o mal-estar na sociedade contemporânea é aquele que leva à ruptura do sujeito com as referências da sociedade tradicional, produzindo **individualidades homogeneizadas, permeadas pelo masoquismo**, e constantemente remodeladas, de acordo com a nova ordem social, o que aumenta a insegurança e a angústia do sujeito.

2 A CONDIÇÃO FEMININA E O ADOECER

Os estudos e as pesquisas desenvolvidos pela medicina consideram o feminino como a presença genética dos cromossomos sexuais XX, a constituição anatômica contendo os caracteres sexuais peculiares a esse gênero e a sua fisiologia característica. Nesse contexto, são consideradas ocorrências normais ou patológicas no organismo das mulheres, as alterações dos órgãos ou de seu funcionamento que lhes são peculiares. Para a epidemiologia, a incidência diferente de doenças pode ser imputada aos fatores biológicos inerentes ao seu sexo ou a fatores ambientais, que levam à diferença na exposição aos agentes causadores de doenças – organismos patogênicos ou substâncias químicas, assim como aos tipos de atividades desenvolvidas mais pelas mulheres.

Já a psicanálise procura abordar essa incidência diferente nas mulheres, quanto a aspectos psíquicos inerentes ao sexo feminino ou a atitudes consideradas femininas, tendo em vista a posição feminina do sujeito. Assim, considera que “a maneira feminina de sentir e pensar está profundamente relacionada com os seus ciclos internos, porém estes não devem ser mais confundidos com a parte fisiológica, simplesmente” (PENNA, 1989, p.21). A autora acrescenta, ainda, que a psique feminina manifesta esses ciclos em ritmos sucessivos e que isso pode resultar em condições merecedoras de cuidados especiais, para sua compreensão. Além disso, os princípios que regem a psique masculina e a feminina são diferentes, onde no masculino prepondera o *Logos*, no feminino impera o *Eros*. O *Logos* manifesta-se de maneira abrangente, buscando a ordem e a sistematização e isso faz com que a mente masculina procure alcançar seus objetivos, de modo lógico e objetivo. Ao contrário *Eros* – princípio feminino – manifesta-se no relacionamento bipessoal e na dinâmica dos relacionamentos, com nuances de sutileza e fugacidade e, sobretudo de profundidade. Assim sendo, se para o homem o casamento é vivenciado dentro da lógica, regulado pelas convenções, para a mulher

ele será vivenciado como o conjunto de relações, envolvendo sutilezas que a fazem sofrer, além do apego a detalhes no cotidiano desse relacionamento. Este fato é determinante nas ações e atitudes distintas entre o masculino e o feminino, nos relacionamentos com o sujeito do sexo oposto.

As nuances do psiquismo feminino, à luz da psicanálise, mostram influências diferentes no que tange ao desenvolvimento da subjetividade, de fatos relevantes como a resolução do complexo de Édipo (Freud), ou, então, referente à questão do significante Nome-do-Pai ou Metáfora Paterna no psiquismo (Lacan). A esse respeito, Laplanche e Pontalis (2004), fazem referência a Freud (1910) ao mostrar que a resolução do complexo de Édipo na menina é efetuada de modo diferente do menino. Neste, a **ameaça de castração** determinará a renúncia ao objeto incestuoso – o amor pela mãe. Já a menina, ao saber-se **castrada**, deseja inicialmente ser o falo para a mãe e, depois, evoluída pelo discurso, percebe a presença do pai como o objeto de amor da mãe e com isso, direciona seu desejo para querer ter um filho dele. Para ela, o declínio desse complexo será mais difícil de ser delimitado, o que para Freud (1914) assume grande importância na sexualidade feminina – a inveja do pênis (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004).

2.1 A MULHER

A diferenciação entre os sexos apresenta, principalmente, duas abordagens: a biológica e a subjetiva. A primeira está envolta em aspectos anatômicos – os caracteres sexuais – que permitem a visualização do que seria do gênero masculino e do feminino, ressaltando a preocupação médica voltada mais para o anatômico e fisiológico. Apesar das diferenças subjetivas e biológicas, afirma Soler (2003), que para o inconsciente a biologia é

desconhecida e, esse inconsciente, vai abrigar o que Freud encontrou como pulsões parciais oral, anal, escópica e invocante, porém fica faltando a pulsão genital, que apontaria para o parceiro sexuado.

A oposição entre homem e mulher, segundo Freud (*apud* Birman, 1999) tem como referência o pênis, dividindo o mundo dos sexos e seus gêneros. Essa diferença entre o masculino e o feminino, constituída pela presença do pênis no homem e a sua ausência na mulher, poderia levar a mulher a ter inveja do pênis. Além disso, ressalta que essa diferença anatômica trará conseqüências psíquicas, porque a inveja do pênis vai deixar marcas no desenvolvimento da estrutura psíquica da mulher. É nesse contexto, reportando-se a Freud, que Soler (2003) complementa dizendo que a inveja do pênis constitui fator predisponente na etiologia da depressão da mulher, diante de sua posição quanto à castração. Para tal, ressalta o **itinerário feminino** observado em sua experiência clínica: “[..] iniciado pela inveja e pela reivindicação, ele prosseguia pela expectativa do substituto, indo terminar na depressão grave, por desespero diante do impossível”. (SOLER, 2003, p.79).

A posição da mulher frente à castração, isto é, diante da constatação de que é castrada, vai levar ao que Freud (1996a/[1932]) apresenta como a inveja do pênis conduzindo aos **destinos da mulher** pelos seguintes caminhos: a renúncia; a masculinidade ou a feminilidade. Em outras palavras, o conceito freudiano parte do pressuposto de que, tendo em vista a descoberta de que é castrada, a menina poderia seguir três diferentes linhas de direcionamento: a inibição sexual ou neurose; a modificação do caráter no sentido da masculinidade; ou a feminilidade normal, concluindo que “A feminilidade da mulher deriva de ‘ser castrada’: a mulher é aquela cuja falta fálica a incita a se voltar para o amor de um homem”. (SOLER, 2003, p.26). Assim sendo, na fase edípica, primeiro ela busca o amor do pai e já na fase genital, adulta, ela procura o amor do cônjuge. Isto é complementado,

posteriormente por outros autores, ao enfatizarem a importância dada pela mulher em ser o gozo do outro – o que em nosso país foi consagrado com a expressão mulher-objeto.

Além disso, ao discorrer sobre o que seria feminino e masculino, Freud (1996a/[1932]) enfatiza que a sociedade impõe à mulher a supressão da agressividade e, portanto, essa influência cultural parece, segundo o autor, favorecer o desenvolvimento na mulher de impulsos masoquistas, onde esses impulsos se ligariam, eroticamente, às tendências destrutivas que foram internalizadas. Assim o **itinerário**, anteriormente referido, parece condizer com a frequência de auto-estima menor nas mulheres, bem como os impulsos masoquistas e a passividade que favorecem o surgimento de estados depressivos. A isso, acrescenta Birman (1999) que a presença do falo vai implicar em maior arrogância masculina em relação às mulheres e o **signo maior da inferioridade das mulheres**, atribuindo a isso a questão referida por Freud como inveja do pênis.

Soler (2003) vai mostrar que Lacan, complementarmente esta idéia freudiana em relação ao pênis, ao considerar a diferença entre os sexos como sendo o *todo-fálico* e o *não-todo-fálico*, correspondendo, respectivamente, aos homens e às mulheres. Deste modo, a ausência do falo constituirá o ponto de referência entre ambos os sexos, levando a mulher a adotar a posição de *ser falo*, identificação que sustenta o ser mulher, por meio do amor. Ainda, é de Lacan, a afirmação de que é impossível identificar a mulher, pois o que existe é a condição feminina. A mulher, “[...] *não é toda* – o sexo da mulher não lhe diz nada, a não ser por intermédio do gozo do corpo”. (LACAN, 1985, p. 15).

Neste sentido, apesar do pênis representar o órgão sexual masculino do ponto de vista biológico, no conceito psicanalítico ele é uma representação simbólica ou um significante. Segundo Ferreira (2004), Freud já fazia em sua teoria essa diferenciação, abordando o aspecto econômico, onde no masculino existe mais investimento libidinal no objeto e, no feminino, esse investimento era maior no **eu**, permitindo ao autor, construir o

pressuposto teórico de que o masculino resultaria em atividade e o feminino em passividade. É disto que discorrerá Soler (2003) ao salientar que a mulher contemporânea procura, cada vez mais, se destacar para diminuir essa diferença. Assim sendo, afirma a autora que, a mulher não satisfeita em rivalizar com os homens no nível das realizações fálicas, ela vai introduzir uma nova ideologia contratual, quanto a sua sexualidade, porque a condição anatômica não constitui deficiência. Mas a mulher que suporta a dupla jornada de trabalho – as atividades de casa e do serviço externo ao lar – com muita garra e determinação, tem no estresse matrimonial e não no trabalho, a possibilidade de vir a sucumbir com os piores prognósticos para as mulheres na idade de 30 e 65 anos (ORTH-GÓMER, 2005). Isto ocorre, em virtude do estresse matrimonial estar mais relacionado aos sintomas depressivos na mulher (BALOG et al., 2003), sendo que em muitos casos, o casamento para a mulher é “vivenciado como um conjunto de relações, daí sofrer tanto por causa das sutilezas desse envolvimento” (PENNA, 1989, p. 22).

Neste contexto, deve ser ressaltado que o amor nas mulheres, segundo Soler (2003), pode se apresentar nos momentos de plenitude recíproca, quase como um apagamento do efeito de falta-a-ser. No entanto, a perda do amor poderá resultar em efeito depressivo no sujeito, uma vez que a mulher acredita estar perdendo uma parte de si mesmo e, com isso, não ser mais nada. Segundo a autora, a perda do amor para a mulher vai ultrapassar a *dimensão fálica a que Freud a reduzia*, pois ela perderá a si mesma, ao perder o amor. Além disso, se o amado é apreendido como objeto do desejo, o sujeito desejante, ao esperar pela sua junção ao amado pode sofrer decepções, pois amar coloca em cena o desejo relacionado à falta, desejo este que, segundo Ferreira (2004), constitui sua entrada na ordem simbólica e, principalmente, diferencia o ser humano dos outros animais. Desde os escritos de Freud é dada ênfase à importância da questão fálica e no ensino lacaniano, a mulher como *não toda fálica* mostra o

desejo de ser. Neste contexto, vale a pena ressaltar a contribuição de Brancion (1996), quanto à postura mulher:

A postura Mulher é a postura de um sujeito que se suporta no reconhecimento de que alguma coisa escapa à função de falo. [...] um gozo que não é marcado pela castração, pela lei do Pai, que é incomensurável, que não é possível enquadrar. [...] o gozo não é fálico. É um gozo do Outro, que não é tampouco o gozo do Outro, visto que não existe, sendo somente suposto imaginariamente. (BRANCION *apud* CHAVES, 2001, p.93).

Ao estudar a mulher, em suas nuances reveladas pela estrutura psíquica, a predominância de *Eros* tem grande importância. A mulher, a *não toda fálica*, deseja ser falo e procura no relacionamento interpessoal seu eixo de sustentação do psiquismo. Sua incompletude estrutural buscará o complemento no amor, e isso, poderá ser um fator que gerará sofrimento pela sua história de vida.

2.2 A POSIÇÃO FEMININA

Estudar a posição feminina traz grandes inquietações, pois remete a definições: “O princípio feminino é o *Eros*, cuja manifestação básica traz o envolvimento bipessoal, a dinâmica dos relacionamentos em todas as suas nuances de sutileza e fugacidade” (PENNA, 1989, p.22). Neste contexto, a mulher aparece no relacionamento entre os dois sexos, desejando ser o representante daquilo que falta no homem e, além disso, prossegue Soler (2003), ela deseja ser o objeto causa de seu desejo e, também, o sintoma em que o seu gozo se fixa. Isto remete ao fato de que a mulher deseja ser o falo. A esse respeito Freud (1996a/[1932]) apresenta que, a menina inicialmente tem como objeto de amor a mãe – quer seu amor, quer ser o que lhe falta, mas posteriormente, ao entrar na fase do Édipo, o seu desejo se direciona para o pai, considerado também como objeto de desejo da mãe – quer ser amada pelo pai e ter um filho do pai. Deste modo, a posição feminina implica na trajetória

traçada por um referencial, que é o falo. A esse respeito, Brancion (1996 *apud* CHAVES, 2001) apresenta como **postura homem**, aquela do sujeito submisso à função fálica, ao gozo fálico e, complementando, enfatiza que o pai é aquele que tem o que a mãe não tem, isto é, o **falo**.

Birman (1999) apresenta a feminilidade como algo que não se identifica com o ser da mulher, tampouco com a sexualidade feminina, mas que ultrapassa a lógica fálica, remetendo a algo presente em ambos os sexos. Ela seria uma “[...] forma crucial de ser do sujeito, pois sem a miragem da completude fálica e da onipotência narcísica, a fragilidade e a incompletude humanas são as formas primordiais de ser do sujeito” (p. 53). A mulher inscrita no seu par sexual, apenas **por se deixar desejar**, deixa na obscuridade a questão do desejo próprio em sua posição como parceira do desejo masculino (BIRMAN, 1999). Nesse contexto, Soler (2003) concorda, afirmando que, diante da feminilidade o desejo do sujeito permanece na obscuridade.

A feminilidade, portanto, não se restringe à diferença sexual, ela vai além, transcendendo-a, sem se identificar com a sexualidade feminina ou com a masculina (BIRMAN, 2005). Por isso, diz o autor, o grande desafio para o sujeito será o de permanecer e suportar a dor provocada pela posição de desamparo e de feminilidade, uma vez que esta é a outra forma de mostrar a posição radical da castração do sujeito, que está nesse estado sem o referencial fálico. A inscrição da mulher no par sexual, apenas por se *deixar desejar*, supõe o consentimento da adoção da posição, exclusiva, de objeto desejado pelo parceiro masculino. Isto mostra a tese psicanalítica de que a feminilidade está no centro do erotismo do sujeito e, nesse registro, o referencial fálico está suspenso ou ausente, transcendendo a diferença sexual e não se identificando com a sexualidade, masculina ou feminina, o que parece condizer mais com a posição feminina do sujeito, explicando assim, casos de doenças ditas **femininas** também em alguns homens.

Deve ser lembrado que a feminilidade implica a relação com o Outro, pois só assim se realizará como sintoma. Daí o pressuposto lacaniano de que o gozo do Outro é o Gozo feminino, podendo ocorrer no sujeito de qualquer sexo, se ele se posicionar na falha do Outro: o gozo para *além do falo é suplementar* (CHAVES, 2001). Neste contexto, verifica-se a pesquisa feita por Lins (1997) sobre o perfil ideal da mulher, com homens e mulheres na idade entre 20 e 55 anos, que mostrou o seguinte resultado: a mulher deve ser “elegante, delicada, frágil, sensível, cheirosa, dependente, pouco competitiva, desinteressada de política, pouco ousada, chora com facilidade, se emociona facilmente, mãe carinhosa, recatada, indecisa” (LINS, 1997 *apud* QUADROS, 2005, p. 47). As respostas levaram a autora a concluir que para ser considerada feminina, a mulher deve ser estereotipada, não podendo ser autônoma e feminina, ao mesmo tempo. Isto significa que o desejo, para a mulher, não é somente a sua satisfação física, sendo que ela alia sua satisfação ao corpo de forma a poder atender ao desejo do outro. Neste sentido, é possível inferir que ela está obedecendo aos padrões de beleza impostos pela sociedade, fato este que levou Penna (1989) a considerar que as mulheres continuam alienadas de seu próprio desejo. Dessa maneira, a mulher constrói um corpo **sofrido e mal amado**, por meio de uma história de vida com muitas perdas podendo trazer como consequência as somatizações, diante do possível desligamento entre mente-corpo. A pesquisa trouxe à tona, o que pode ser observado no cotidiano, especialmente quanto ao padrão de beleza. No Brasil, por exemplo, há grande ênfase hoje nos cabelos loiros, lisos e longos, em mulheres magras e com seios fartos.

A esse respeito, Soler (2003) apresentará que a mulher como dizia Freud (1932) está, ainda, inserida na problemática fálica; prisioneira de uma situação da sociedade em que não havia salvação fora do casamento; e só se realizando seu falicismo como mãe. Do mesmo modo, em continuidade a essa linha de pensamento, afirma a autora, é observável que a aspiração das mulheres, ainda, está voltada para “encontrar *seu* homem, o homem de sua vida,

como dizem muitas [...]” Soler (2003, p. 153). Freud (1996a/[1932]) enfatizou que muitas mulheres, mesmo na idade madura, continuam dependentes do objeto paterno e isto porque o **amor** é a emoção básica de sua vida e sem ele, seria impossível o desenvolvimento saudável do ser, em especial da mulher. Em consequência do exposto, pode-se compreender o enorme desamparo sentido pela mulher, diante da perda do objeto amado, fato este que pode levar seu corpo a adoecer. “A perda do objeto amado só pode ser vivida pelo sujeito como a subtração de um pedaço de si mesmo” (FERREIRA, 2004, p.22). Assim sendo, para muitas mulheres, a rotina vivenciada no cotidiano lembra a mensagem do Mito de Sísifo: ao rolar incessantemente uma rocha até o topo de uma montanha, de onde a pedra cai de volta devido ao seu próprio peso, leva-o a uma espécie de punição, onde teria de recomeçar tudo infinitamente, mostrando assim uma vida inútil e sem esperança.

Neste contexto, Lacan afirma que a mulher se dispõe a fazer muitas concessões ao homem e estas concessões não têm limites, quando se trata da utilização de seu corpo, de seus bens ou da sua alma, para alimentar a fantasia de um homem. Daí a grande importância que seu corpo é revestido, uma vez que a posse de seu corpo significa poder fazer alguma coisa com ele, em especial um uso gozoso (SOLER, 2003). Esse corpo, portanto, será utilizado de muitas maneiras, até como objeto de negociação, podendo ser algo que se empresta, que se vende, se oferece ou se recusa. Na atualidade, segundo Birman (2005) os destinos do desejo apresentam-se de modo diferente, passando a assumir direção acentuadamente **exibicionista e autocentrada**, na qual o horizonte intersubjetivo apresenta-se esvaziado e desinvestido das trocas inter-humanas. É a isso que ele imputa o cenário trágico da implosão e explosão da violência, ao apontar que as relações inter-humanas assumem características agonísticas, com a ausência de solidariedade ou de projetos sociais compartilhados. A consequência disso é expressa pelos objetivos individualizados em torno da extração do gozo do corpo do outro, sem olhar para o preço pago por esse feito.

2.3 O ADOECER

José Domingues de Oliveira, citado por Castro (2001), em seu livro **“O adoecer visto por olhares distintos”** traz algumas referências históricas sobre o adoecer, que podem ser resumidas da seguinte maneira:

1. A medicina grega, instaurada por Hipócrates considerava o enfermo como mais importante que a enfermidade. A doença era vista como o modo do indivíduo reagir diante de um agente etiológico.
2. No século XIX, o enfoque foi alterado e a doença passou a ter mais importância que o doente. Este período é considerado período áureo, para os anatomistas e os citologistas, que deram ênfase à metodologia baseada no olhar. A importância passou a ser a comprovação das alterações das células, das estruturas e da fisiologia.
3. O século XX apresenta no seu início o enfoque clínico passando, novamente, a se voltar da doença para o doente, dando maior ênfase na clínica e no transtorno funcional. A segunda metade, porém, mostra a tendência em dar importância, também ao aspecto psicológico, enfatizando a necessidade de se considerar o paradigma da subjetividade, trazendo novos subsídios para as reflexões e pesquisas psicossomáticas.

Essa tendência, no entanto, vai encontrar muita resistência, sobretudo no campo da medicina onde o domínio do conhecimento poderia vir a ser abalado, porque o médico nem sempre concordava com os novos enfoques apresentados nem pretendia dividir seus saberes com outros profissionais. Segundo Wartel (2003), nos anos 60 (séc. XX), houve uma grande aceitação da psicossomática, quando em grandes hospitais foram reservadas áreas para esse

tipo de atendimento. O autor considera, no entanto, que esse entusiasmo está arrefecendo e a psicossomática se volta mais aos psicanalistas.

Segundo Volich (2000), o estudo do adoecer mostra a existência de três vias possíveis para o escoamento das excitações: a orgânica, a motora e o pensamento. Essas vias constituem os caminhos potenciais da patologia, que podem vir a ser uma doença mental, somática ou comportamental. O que permite essa variação é o modo como o sujeito está estruturado no plano mental. Ainda, diz o autor, a gravidade de uma patologia pode depender dos recursos do indivíduo para enfrentar as tensões, assim como de sua duração e da intensidade. Na busca da compreensão da dinâmica do adoecer, ele considera que é impossível o estabelecimento de uma causalidade unívoca, emocional, orgânica ou exógena. A distinção entre distúrbio funcional ou lesional, para o estabelecimento de discriminação entre sintomas conversivos, distúrbios orgânicos **verdadeiros** e as doenças ditas **psicossomáticas**, deixa muitas vezes de ter sentido. Isto, considerando que o adoecer pode desencadear experiências de dor, de ferimentos, de mutilações ou, algumas vezes, de degeneração e de morte.

Cada indivíduo pode apresentar diferentes soluções, diante de seus conflitos, sendo que a opção em manter o seu bem-estar ou, então, adoecer será decisão de sua psique. Neste sentido, o entendimento do sintoma do adoecer e da normalidade tem como ponto importante a dimensão econômica e energética, sendo importante considerar os investimentos efetuados, a estrutura psíquica do indivíduo, assim como as experiências psíquicas vivenciadas pelo paciente. Segundo Groddeck: “O Isso vive o homem; é a força que o faz agir, pensar, crescer, sentir-se bem ou doente, numa palavra, o que vive”. (GRODDECK *apud* VOLICH, 2000, p.83). O que se constata, na realidade, é que a experiência psíquica poderá provocar resposta somática e esta, por sua vez, poderá produzir mudança permanente em um órgão, face à **ancoragem fisiológica da experiência psíquica**. Isto significa que a reação será

idêntica à ocorrida diante de um fato já vivenciado no passado. Assim, Volich (2000) apresenta que os conflitos do sujeito, segundo Freud, foram apontados como sendo: a) entre as necessidades fisiológicas: desejos, sexualidade e realidade e as reais possibilidades de sua satisfação; b) entre as instâncias psíquicas e seus interesses particulares, as censuras e as defesas contra as representações inaceitáveis; entre a oposição do Ego e Superego contra as forças do Id; e c) entre a libido narcísica e o objeto.

A manifestação da doença depende da relação entre as estruturas de personalidade do sujeito, os conflitos de base, as musculaturas voluntária e involuntária e o sistema visceral/neurovegetativo. A etiologia da doença é determinada pela combinação entre a vulnerabilidade de órgão específico ou do sistema somático, a constelação psicodinâmica característica do paciente, e a situação exterior que mobiliza seus conflitos primitivos, atingindo as defesas que ele elaborou contra estes (VOLICH, 2000, p. 95).

A respeito do adoecimento, é possível interpretar que muitas doenças consideradas orgânicas, podem representar o protesto biológico contra o estatuto do objeto. Esse estatuto, segundo Benoit (1989), leva o ser humano a ficar oscilando entre a perda original do objeto e uma necessidade dupla: a de seu investimento pelo corpo, necessário à vida e ao prazer, e a de seu desvanecimento pontual no gozo. Indaga, também, se muitas doenças, mesmo as claramente orgânicas, não poderiam representar a tradução pelo corpo das mais velhas e arcaicas teorias do sofrimento, que estariam recalcadas, pelo estabelecimento de teorias mais adequadas à ciência moderna. O adoecer é, também, considerado por outros autores, como uma saída encontrada para situações difíceis, onde podem surgir intensas emoções, que levariam à eclosão do fenômeno psicossomático:

O fenômeno psicossomático geralmente eclode numa circunstância que mobiliza de forma excessiva as emoções do indivíduo. São emoções muito fortes, como ódio, angústia, separações, perdas, que vão além da capacidade do paciente lidar com essas situações. O adoecer é a **saída** que eles encontram como solução, assim como o sintoma neurótico é a saída encontrada pelo conflito psíquico. (SIMÃO, 2001, p.21).

Ao considerar o estudo das dores existenciais, Birman (2005) apresenta que as mesmas não são doenças, no sentido médico do termo, ou seja, se o sujeito adotar uma

posição masoquista, ele procurará se agarrar e se colar ao outro, para evitar a experiência de desamparo, oferecendo em contrapartida, o seu corpo como objeto de gozo. O masoquismo virá evidenciar o quanto o sujeito tenta fugir do desamparo para evitar a dor e a solidão, da experiência da feminilidade, mesmo que para isso venha a ocupar uma posição de **servidão** diante do outro. Tendo como ponto focal a escolha do objeto amoroso, Freud, no texto **Sobre o narcisismo: uma introdução (1914)**, apresenta a possibilidade do sujeito renunciar a uma parte do seu narcisismo e “se lançar à procura do amor, transferindo o seu próprio narcisismo para o objeto amado” (FERREIRA, 2004). Nesses casos, o investimento é transferido para o objeto amado e, em consequência disso, pode haver supervalorização do objeto, que é parte do sujeito: a isso ele denominou de estigma narcisista, no qual pode ocorrer um apego exagerado ao objeto. Goldfarb (1998) afirma que, a ocorrência ou irrupção de acontecimento ligado à dor ou emoção levará o sujeito a elaborar uma construção sobre o que fará dessa ocorrência. Isso dependerá da conexão particular entre seu corpo e sua psique, bem como da resposta que sua dor ou emoção vai gerar no outro. Essas experiências de emoção e de dor formarão sucessivas representações do corpo e se articularão com as motivações inconscientes, decidindo em conjunto sobre a causa que será eleita como detentora de sentido nos acontecimentos de sua vida. Deve ser lembrado, também, que a manifestação do corpo pode ser apresentada da seguinte maneira:

Para Piera Aulagner (1992, cap.2) , o corpo faz-se visível, manifesta-se através de inúmeros sinais, corpo manifesto falando de um corpo latente que permanece oculto. Entre todos os signos possíveis do corpo visível, toma especialmente dois: emoção e sofrimento somático, que considera os mensageiros por excelência do psiquismo para suas manifestações no plano somático (GOLDFARB, 1998, p. 44).

Agravando o quadro da doença, é notório o aumento da aflição feminina temendo vir a ser excluída no âmbito da sociedade por não poder acompanhar o ritmo imposto, sendo essa exclusão, denominada por Soler (2003) de *forclusão do sujeito* na sociedade. Este fato deve estar mais acentuado na atualidade, quando a sociedade, segundo Birman (2005), cultua

o narcisismo e a sociedade do espetáculo. Este pensamento é complementado com as contribuições de Soler (2003) ao considerar os preceitos de que todos estejam bem dispostos, sadios e bonitos e, nesse cenário, o doente, o deprimido e o queixoso provocam inquietações, sua simples existência pode ameaçar a formação do laço social. Este fato é relevante, uma vez que pode agravar a situação do sujeito, pois incrementa as condições que manterá o estado de adoecimento. Seguindo essa linha de pensamento, Castro (2001, p. 185) faz referência de que a tendência vivenciada hoje mostra “[...] o narcisismo contemporâneo, com perda da forma e do desenho, com risco de banalização do outro, violência social, com risco de perder a estrutura e dissolução da austeridade”. Assim, complementa o autor, a civilização moderna falhou, porque está sem **pai** e sem a **noção de paradigma**, o que invoca a necessidade da construção de **novas referências e paradigmas**, também, para o estudo do adoecer.

3 O AMOR E A DOR

O amor sempre foi o grande tema de poesias, contos e histórias entre os povos, como apresenta Ferreira (2004, p.7), ao afirmar que ele é “[...] a via para encontrar a felicidade, como sinônimo de plenitude”. No entanto, o discurso do amor parece associar-se à dor, ao sofrimento e à promessa de felicidade. No mito do amor, segundo esta autora, a plenitude nunca poderá ser atingida, porque o amor é proibido e essa impossibilidade pode ser entendida como a interdição, que mantém a promessa de felicidade.

A autora prossegue observando que amar supõe um cenário no qual se apresentam dois elementos principais, o sujeito/amante e o objeto/amado. O primeiro é o que deseja algo que falta, mas que não é sinônimo de sexo, porque o amor não significa desejo sexual, mas um objeto do desejo ou a idealização do objeto eleito. Assim, falar de amor, em psicanálise, presume abstrair-se do sentido puramente sexual e incluir o desejo, que deve ser entendido como algo que falta, do gozo como a maneira de satisfação e da escolha do objeto amado, a qual implica no investimento da libido.

O desejo faz parte da estrutura subjetiva, constituindo a entrada na ordem simbólica, o que segundo Ferreira (2004), vai diferenciar o ser humano dos outros seres vivos. O desejo, segundo Laplanche; Pontalis (2004) refere-se à vivência da satisfação; constitui a moção para restabelecer aquela situação da primeira satisfação experimentada pelo bebê. O gozo é a satisfação de uma pulsão, que pode estar relacionada a objetos, pelas regiões erógenas. A escolha do objeto amado é determinada pelo deslocamento da libido e que, de acordo com Freud, pode ser de dois tipos: a escolha narcisista e a anaclítica. Na primeira, o modelo é a imagem de si mesmo, consistindo no amor a nós mesmos ou a alguém que foi parte de nós; na segunda, a escolha tem como modelo as funções materna e paterna – a

mulher que nos alimenta ou o homem que nos protege. As duas escolhas, segundo Ferreira (2004), seja a narcisista e como a anaclítica têm como matriz o narcisismo primário.

Birman (1999) acrescenta que Freud teria **subvestido** o *cogito* cartesiano ao formular a idéia das pulsões parciais e diversificadas como condição originária do psiquismo e do sujeito. Nesse contexto, afirma o autor que, “[...] a noção de parcialidade da pulsão fundaria os conceitos de perversão polimorfa e de auto-erotismo que estariam no fundamento da sexualidade” (p.40) e que em seu discurso, Freud retomou a idéia enunciada por La Rochefoucault do *amor de si* e *amor do outro* (p.42), representando, respectivamente, o amor na escolha narcísica ou na anaclítica.

Para melhor compreensão, o processo do amor é analisado por Nasio (1997) em duas etapas. Na primeira, ocorreria a sedução de alguém que desperta nosso desejo. Surge, então, a resposta à sedução provocando no sujeito o apego e a incorporação dessa pessoa, que passa a fazer parte dele, fixando-a no inconsciente por meio de inúmeras representações simbólicas e que constituem a fantasia do objeto amado. Essa fantasia, no entanto, terá a função de frear e domar o impulso suscitado pelo desejo impedindo a satisfação total de nossas pulsões. Além disto, ela só poderá ser real se apoiada no corpo vivo amado, isto porque, o amado existe dentro e fora do sujeito: o primeiro relacionado ao mundo e o segundo, vivendo dentro do sujeito como presença fantasiada imaginária, real e simbólica, regulando o desejo e a estrutura do inconsciente. É por intermédio da imagem fantasiada que captamos a pessoa do amado, mas sem a sua presença não é possível ao inconsciente refletir sua imagem objeto de desejo.

Assim, prossegue apresentando que “o amor é a presença em fantasia do amado no meu inconsciente” (NASIO, 1997, p.38), habitando em nosso interior e regulando a intensidade de nosso desejo e insatisfação.

A fantasia, [...] é uma construção psíquica, um edifício complexo que se ergue, invisível, no espaço intermediário e repousa sobre as bases que são os corpos vivos dos parceiros. Assim sendo, quando nos ocorre perder a pessoa do eleito, a fantasia se abate e desaba como uma construção à qual se retira um dos pilares. É então que a dor aparece. (NASIO, 1997, p.49).

Quando o amor desaparece, pela perda do objeto, o sujeito passará por um período de luto, lento e gradual, em que ocorre o desinvestimento da representação do amado. Mas, quando o sujeito sente seu mundo desmoronar, por essa perda, “[...] os primeiros recursos para conter esse desmoronamento, e que tardam a vir, são o grito e a palavra” (NASIO, 1997, p. 58). A não aceitação da perda constituirá o luto patológico, em que a intensa carga afetiva permanece cristalizada na **representação psíquica do amado perdido**. Para esse autor, “o luto patológico é o amor congelado em torno de uma imagem” (p.65).

O amor, também, sofreu modificações ao longo dos tempos. A mulher, antes confinada ao lar, começa a buscar novos desafios, significando que, as figuras típicas do passado foram se perdendo, não restando modelo para os nossos amores, que órfãos de seus mitos, ficam reduzidos à contingência de encontros. Esta seria a situação mais característica encontrada no cotidiano de nossa vida, na sociedade contemporânea.

Assim sendo, pode-se inferir que a mulher, face à sua posição de *não-fálica*, apresenta uma estrutura psíquica onde o amor e os relacionamentos interpessoais constituem o ponto de apoio e equilíbrio. Isto porque, quando ocorre falha na função paterna, a escolha do objeto amado pode definir os possíveis desdobramentos de sua vida. Se o feminino mantiver a escolha narcisista, poderá ocorrer episódio em sua vida que venha a romper sua onipotência, propiciando o desencadeamento da dor. Se uma parte da libido narcísica for projetada no objeto amado, sua submissão a esse objeto será muito intensa e a ruptura ou perda desse objeto poderá trazer conseqüências devastadoras. Esta é a situação em que se encontram, atualmente, as pacientes que adoecem de fibromialgia, síndrome que reflete na dor do corpo toda insatisfação, mal-entendidos e impasses ao longo da vida. É neste contexto que a

fibromialgia constitui caso típico de fenômeno psicossomático, compondo o quadro psicanalítico e médico na mulher que ama e sofre.

3.1 O DESAMPARO

Quando se fala ou se pensa no amor e na dor, deve-se considerar a situação de desamparo em que o sujeito pode estar vivenciando, sobretudo a mulher que comparece diante do analista com queixas múltiplas de dor e de perda. O conceito de desamparo foi introduzido por Freud, nos anos 30, em **O mal-estar na civilização**, de acordo com Birman (1999), como a condição originária e que não é superada pela sujeito, referente á situação vivenciada diante de seu corpo e do seu mundo, ao não apresentar defesas adequadas diante do perigo e da dor. Ao buscar entender o sentido do que seria desamparo, Laplanche e Pontalis (2001) apresentam que para a teoria freudiana, ela tem duas conotações importantes. A primeira é a do lactente, cujo significado seria o estado de dependência de outrem para a satisfação de suas necessidades, tendo em vista a impotência do recém-nascido em realizar suas ações de modo coordenado e eficaz. Em segundo lugar, para o adulto, em que o desamparo constitui o protótipo da situação traumática geradora de angústia.

Segundo Birman, “a feminilidade e o desamparo são as duas faces da mesma moeda, pois enquanto a primeira enuncia na linguagem do erotismo, o segundo se formula na linguagem da ética”. (BIRMAN, 1999, p. 52). Para ele a feminilidade é o que existe de erógeno no desamparo, sendo criativo e positivo, permitindo ao sujeito se reinventar permanentemente. Em contraposição, a face negativa do desamparo é o masoquismo, no qual não há erotismo, mas a presença da dor é intensa. O desamparo é a “[...] marca fundamental

do sujeito” (p. 162), não sendo superável, constituindo na realidade uma fratura que marca a condição humana.

Quando Freud apresentou suas teorizações, tendo por enfoque a sexualidade feminina, verificou que elas se completavam com a reflexão sobre a feminilidade. Nesse aspecto, seus estudos tiveram início com o impasse representado pelo gozo feminino e pelo desamparo do ser humano, considerando, enfim, a feminilidade como um enigma diante da questão fálica. Deste modo Birman (1999, p. 13) refere que “é o desamparo humano que está em pauta pela mediação da construção fálica”. Prosseguindo, apresenta o autor que **o ofício de psicanalisar** vai implicar a condução das subjetividades para a **desfalicização**, que seria a experiência da **castração**, o que poderia ser referido como feminilidade. Desse modo, evita-se colocar em oposição o *ser/não ser* e o *ter/não ter falo*.

O desamparo do sujeito necessita de considerações, para que seu entendimento seja efetuado de maneira a inserir, também os outros aspectos psíquicos que podem estar correlacionados. Nesse contexto, afirma (Birman, 1999), será necessária a releitura da palavra *horror* referida por Freud, delineando o desamparo do sujeito e as misérias psíquicas correlacionadas, tais como a *violência* e os *masoquismos*. A caracterização da feminilidade pela idéia do *horror*, feita por Freud em 1924, está centrada no estudo dos destinos (*violência* e *masoquismo*) na subjetividade e na tentativa de proteger-se da dor do desamparo.

A violência e os masoquismos são diferentes modalizações do sujeito, seja do sexo masculino ou feminino, diante do desamparo, a fim de suportar e se proteger contra “[...] qualquer dor provocada pelo outro, sem romper o laço que estabelece com este de maneira espantosa e surreal para quem assiste a essa cena” e “é por esse viés que o *mal radical* e o *mal estar na cultura* se delineiam no horizonte da existência do sujeito”. (BIRMAN, 1999, p. 14). Desta maneira pode-se afirmar que:

O desamparo psíquico conjuga-se à imaturidade inicial do ego, ao perigo da perda do objeto (perda do amor), à falta de auto-suficiência dos primeiros anos da infância, ao perigo de ser castrado durante a fase fálica e ao temor do superego (MUCIDA, 2004, p.41).

A autora refere, ainda, que muitos sujeitos não têm a capacidade de superar o temor da perda do amor, porque não conseguem ser independentes do amor de outra pessoa. Essa situação de medo faz com que eles se comportem como crianças. Além disso, prossegue apresentando que o temor do superego vai continuar a balizar as relações do sujeito com a sociedade, com esse sentimento de desamparo adotando novas roupagens. O desamparo está ligado à dependência do desenvolvimento genético-evolutivo, mas também *vocação* da condição humana, materializando-se no “[..] rasgão originário que nos marca para sempre” (BIRMAN, 1999, p. 165), ele é existencial.

Birman (2005, p. 36) apresenta que “a afirmação sobre o desamparo do sujeito indica o ponto de chegada do discurso freudiano”. É quando o sujeito mostra a sua fragilidade estrutural, relacionada à sua corporeidade. Isto ocorre, principalmente, quando está frente às ameaças, que de acordo com Freud (1929/[1997], p. 37) provem de três fontes: “o poder superior da natureza, a fragilidade de nossos próprios corpos e a inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos dos seres humanos na família”. Em outras palavras, isso pode ser traduzido como a angústia, que resulta da constatação de que nosso corpo está condenado à decadência e à dissolução; o mundo externo, contendo as forças destruidoras da natureza, que podem nos ameaçar; e os nossos relacionamentos com os outros seres humanos, que muitas vezes são dolorosos. A isso, complementa Birman (2005) apresentando que o desamparo do sujeito está baseado na presença da pulsão de morte no psiquismo humano, de maneira fulminante. “Seria justamente por isso, aliás, que existiria o mal-estar na civilização” (BIRMAN, 2005, p. 38).

Guir (2003) refere que na base da pulsão de morte está o sadismo ou masoquismo erógeno. Prossegue dizendo que o gozo é no fundo masoquista, acrescentando que o masoquismo primordial acarreta a dor de existir. O masoquismo está ligado ao narcisismo primário e ao auto-erotismo, que caracterizam o fenômeno psicossomático.

O desamparo instaura o mal-estar na modernidade. Isto faz o sujeito adotar uma posição masoquista, de servidão diante do outro, para fugir à dor e à solidão da experiência da feminilidade. O desamparo está ligado à existência da feminilidade e é este o quadro que se constata diante do sujeito que apresenta a fibromialgia.

3.2 A DOR

A dor definida pela Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP), segundo a Sociedade Brasileira para Estudos da Dor (SBED, 2006, hipertexto) corresponde a: “Experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo por meio das suas experiências anteriores”. Esta definição é apresentada, também por diversos autores, tais como Caldeira (2001, p.195); Nasio (1997, p.70); Lobato (1992, p.165); Sasdelli; Miranda (2004, p.93). Caldeira (2001) lembra, ainda, que a palavra dor origina-se do latim **dolore** e apresenta as seguintes considerações:

1^a) Dor é uma impressão desagradável ou penosa, que pode resultar de lesão, contusão ou estado anômalo do organismo inteiro ou parte do organismo, causando sofrimento físico.

2^a) A dor pode ser devida a um sofrimento moral, tal como a mágoa, o pesar ou a aflição. Ou, ainda, a dor pode significar dó, compaixão ou condolência.

Lobato (1992, p.165) contribuiu para o tema ao afirmar que “a dor e o medo são provavelmente os mais primitivos sofrimentos do homem, diante dos quais ao contrário do que ocorria com o frio e a fome, ele ficava totalmente impotente”. O mesmo autor apresenta Strain (1975) mostrando a simbolização da dor, como fenômeno que ocorre em três níveis:

No primeiro nível ela constitui um sinal registrado pelo ego de que se acha em curso uma ameaça estrutural ou funcional do organismo. Num segundo nível, ao verificar-se que a experiência pode ser repartida, isto é, comunicada a outra pessoa, faz da dor um meio básico de pedir ajuda. Num terceiro e último plano, a dor não mais denota uma referência ao corpo, mas pode expressar queixa, ataque ou aviso de perda iminente do objeto. (STRAIN *apud* LOBATO, 1992, p.166).

Dando continuidade à questão da dor, Bonica (1953), citado por Lobato (1992), classifica-a de acordo com a origem do estímulo nociceptivo (das terminações nervosas) em periférica, central e psicogênica, sendo que as dores de origem periférica podem ser superficiais, profundas ou referidas. Outro modo como a dor pode ser classificada seria conforme sua origem, na dor causada por lesão do corporal ou dor de origem psicogênica. A dor originada por estímulo nociceptivo é, também, denominada de dor de causa orgânica ou por lesão corporal. A dor psicogênica não apresenta causa física detectável pelos métodos diagnósticos usados normalmente. Além disso, as dores podem ser diferenciadas quanto à sua duração em dor aguda e dor crônica. No Manual Diagnóstico e Estatístico – DSM IV, essa classificação é apresentada da seguinte maneira: dor aguda, com duração menor do que seis meses e dor crônica, com duração acima de seis meses.

Quanto ao aspecto da dor, iniciada com a lesão, essa dor será elaborada internamente pelo aparelho psíquico. Assim, o afeto que o **eu** sentiu, ao perceber que sofreu uma lesão tecidual, resultará na transferência da energia gerada em forma de agressão e essa sensação será representada na mente, passando a sensação dolorosa para o cérebro e nos alicerces do **eu** – no **Isso** – quanto à emoção dolorosa. Deve ser enfatizado, também, que

segundo a teoria lacaniana, a dor da lesão comporta três aspectos – o real, o simbólico e o imaginário, que podem ser descritos da seguinte forma:

Real: percepção somatossensorial de uma excitação violenta, que afeta os tecidos orgânicos. Simbólico: formação súbita de uma representação mental e consciente do local do corpo onde a lesão se produziu. Imaginário: como o corpo é vivido na periferia toda lesão será vivida como periférica. A sensação dolorosa, referida imaginariamente à sede da lesão, parece emanar do ferimento, e o ferimento parece instituir-se como um segundo corpo. (CALDEIRA, 2001, p.197; NASIO, 1997, p.74).

De modo idêntico à ruptura ocasionada por uma lesão, pode-se comparar a ruptura, no caso da dor psicogênica, como sendo constituída pelos efeitos da ausência do amado ou do outro e não, simplesmente, pela sua ausência. É o transtorno que é gerado internamente, diante da quebra daquela imagem que o **eu** havia fantasiado sobre o amado. Por isso, as causas da dor psíquica podem ser assim resumidas: a dor vem da perda do amado; da fratura da fantasia que me liga ao amado; da desordem pulsional que reina no **Isso**, devido à ruptura da barreira que era a fantasia; e da hipertrofia de uma das imagens parcelares do outro desaparecido. (NASIO, 1997).

Neste trabalho será considerada, especialmente, a dor psíquica que é a dor sentida pelos pacientes com fibromialgia e, nos sujeitos, referente à posição feminina, consistindo na dor crônica de causa psicogênica e a qual Nasio (1997) considera ter como causa, os seguintes aspectos: a) dor de abandono: quando o amado nos retira subitamente o seu amor; b) dor de humilhação: quando somos profundamente feridos no nosso amor-próprio; c) dor de mutilação: quando perdemos uma parte de nosso corpo. Complementando, refere o autor, há três origens possíveis para a dor psicogênica: a) primeira: parte do pressuposto de que o corpo é dotado de memória e a dor antiga, intensa, sentida em um ponto do corpo, deixaria vestígios no inconsciente, podendo ser lembrada pelo soma. Neste caso seria a *revivescência dolorosa de uma antiga dor orgânica esquecida*; b) segunda: tem por base a conversão histérica, em que a pulsão recalcada retorna do inconsciente, transformando-se em dor

somática – *conversão*; c) terceira: o mecanismo proposto seria da *marca somática sobre a pulsão*. A dor ocorreu no momento em que o sujeito a faz retornar, utilizando o objeto da pulsão.

Freud (2001a/[1925]) anteriormente já enfatizava que, diante da separação do objeto ou do receio de que isso ocorra, o sujeito pode apresentar três tipos de reações: angústia, que consiste na reação ao perigo da perda do objeto; o luto, quando houve perda do objeto; e a dor, pela separação do objeto e reação real à sua perda. Deste modo, o indivíduo frente à perda sentirá a dor daquilo que o Outro representava em suas fantasias, algo importante que o completava ou estabilizava a sua existência. O aparecimento da dor representa, então, o preço pago pelo ser humano por sua incompletude, deixando assim, manifesta a sua dor de existir.

Neste sentido, Fernandes (2003) afirma que, quando se fala em dor, é necessário destacar os diferentes aspectos relacionados à questão. Assim, merecem destaque tanto a sensação de dor, quanto a sua percepção, ou seja, a subjetividade da experiência dolorosa e os aspectos cognitivos emocionais e comportamentais que a envolvem. A dor, segundo Cairo (2005), simboliza a falta de amparo, a solidão do sujeito, que não consegue resolver seus problemas emocionais e que se culpa, inconscientemente pela situação vivenciada. Para ela, isto corresponde à sensação de que lhe *falta chão* ou como enfatizou Freud, ao estado de desamparo – *Hilfslosigkeit*. Para Goldenberg (2005, p.32), a dor no corpo pode refletir algo mais profundo, que fica guardado no fundo do peito e que será decifrado quando o paciente tiver condições de organizar em palavras a sua angústia. Do exposto, anteriormente, vale ressaltar que a situação de perda e desamparo refletindo no corpo como dor, sempre estará ligado a um episódio já vivenciado pelo sujeito em outros momentos.

Em **O livro da dor e do amor**, Nasio (1997) apresenta importante contribuição no que tange à definição da dor, ao considerar a **dor psíquica ou psicogênica** como a dor da

separação, em especial, quando essa separação significa erradicação e perda de objeto, ao qual estamos afetivamente ligados. Ele se baseia nos conceitos freudianos apresentados no texto **Inibições, sintomas e angústia** (FREUD, 2001a/[1925]), onde a dor psíquica será definida como um sofrimento corporal originado no psíquico e considerada como a dor de amar. A dor é um *”afeto que resulta da ruptura brutal do laço que nos liga ao ser ou à coisa amados”* (p.25). Esse afeto exprime na consciência a percepção pelo **eu** do estado de comoção pulsional (trauma), ocasionado pela ruptura do laço afetivo que nos ligava ao outro eleito. O autor afirma, ainda, que essa dor constitui uma reação do sujeito, diante do transtorno pulsional ocasionado pela perda do objeto amado. O sujeito passa a concentrar toda sua energia, na representação psíquica desse objeto e esse excesso de energia compensatória vai se traduzir em dor. Finalmente, ao enfatizar que a dor só existe sobre um fundo de amor, o autor alerta para as variações extremas de uma tensão inconsciente, que escapam ao princípio do prazer, ao considerar: “[...] a dor é uma reação não à perda, qualquer que ela seja, mas à fratura da fantasia que nos ligava ao nosso eleito”. (p.50). Isto significa que a dor é continuar amando, mais do que nunca, o amado irremediavelmente perdido ou, ainda, a dor se apresenta como o efeito da ausência desse amado, que vai doer em mim.

Este autor afirma que existem quatro circunstâncias que podem desencadear a dor psíquica ou dor de amar, se ocorrerem de modo súbito: o luto, o abandono, a humilhação e a mutilação. A dor é uma formação do Isso e, assim, a dor vivenciada no passado pode retornar. Nesse caso, ela pode vir convertida em outro tipo de dor ou, até mesmo, como uma lesão psicossomática. Neste contexto, a primeira experiência dolorosa gravada no psiquismo, ao reaparecer de modo irreconhecível e assumir o estatuto de dor inconsciente, pode induzir o corpo a se transformar em uma tela, sobre a qual essas lembranças serão projetadas. Isto significa que o sofrimento somático atual do paciente corresponde ao ressurgimento de uma primeira dor esquecida, considerando que a dor é gerada pela valorização excessiva da

representação, dentro de nós, de alguma coisa à qual estávamos ligados e que perdemos. Além disso, o autor refere que, para Freud (1925) a dor é a perda do ser amado ou do seu amor, e complementa afirmando que a dor é, finalmente, “a reação à perda do amado, à perda de seu amor, a perda da minha integridade corporal e à perda da integridade de minha imagem”. (NASIO, 1997, p.66). Assim, o objeto perdido pode ser a pessoa amada, uma coisa material ou a integridade de nosso corpo, aspecto este também trabalhado por outros autores, ao considerar que o nosso inconsciente é o fio sutil que liga as diversas separações dolorosas da nossa existência. Pode-se concluir esse pensamento, com a citação abaixo:

Sabemos que esse estado de dor extrema, mistura de esvaziamento do eu e de contração em uma imagem-lembrança, é a expressão de uma defesa, de um estremecimento de vida. Também sabemos que essa dor é a última muralha contra a loucura. No registro dos sentimentos humanos, a dor psíquica é efetivamente o derradeiro afeto, a última críspação do eu desesperado, que se retrai para não naufragar no nada. (NASIO, 1997, p.12).

A esse respeito, Caldeira (2001) lembra que ao perder o amor e o amado, o sujeito reage tentando destruir a sua imagem, mas diante de sua ausência não terá como efetuar essa destruição. Então, nesse momento, a violência volta contra si mesmo e ataca a parte do ego que se identifica com o objeto perdido. Verifica-se, portanto, que a dor psicogênica ou do amor reveste-se dos sentimentos ambíguos de amor e ódio, que costumam seguir um final de relacionamento – eu amo, mas diante do abandono, eu odeio. A vontade de destruir volta contra o próprio sujeito, surtindo efeito contrário e vai se manifestar no corpo. A dor psíquica ou psicogênica, portanto, reflete o desamparo sentido pelo sujeito, por amar e por sentir que o amado se afasta, subitamente ou a cada dia que passa. A dor sentida na infância, em circunstância idêntica que relembra essa perda da onipotência, retorna com força e isso dói. Além disso, deve-se lembrar que, no estudo da dor psicogênica, Lobato (1992, p.173) enfatiza dois conceitos, que ele considera importante, com respeito ao sujeito *sofrente*, porque apresenta o perfil psicológico que pode potencializar a capacidade de sofrer:

- **Paciente propenso à dor** (*pain-prone patient*): é o sujeito que apresenta os fatores psíquicos desempenhando o papel primário na gênese de sua dor. Nesses podem ser individualizados alguns traços importantes como: o sentimento de culpa, a história de sofrimentos freqüentes, os reveses em sua vida, a intolerância ao sucesso, os impulsos agressivos intensos e não satisfeitos e, enfim, o surgimento de dor diante da perda, seja ela real ou a ameaça de sua ocorrência. O paciente converte em dor fatos de sua vida, porque ele amplia a percepção da falta sentida.
- **Alexitimia**: termo criado por Sifneos (1973, *apud* SILVA & CALDEIRA, 1992; Mc DOUGALL, 1996), é a característica dos pacientes que apresentam dificuldade para descrever ou mesmo para sentir emoções, não encontrando palavras para nomear as suas emoções. Neste sentido, o adulto alexitímico funciona como se fosse uma criança não-verbal, dependendo da mãe para nomear os afetos do filho.

Neste contexto, a fibromialgia caracteriza-se pela ocorrência de dor, não se encontrando etiologia orgânica que apóie sua gênese ou lesão tecidual, atual ou pregressa, nem sinais físicos aos quais possam ser atribuídos a responsabilidade por esse estado – a dor é psicogênica. Um aspecto importante a ser lembrado é o que afirma Ferreira (2004) que, em 1914 Freud apresentou as escolhas de objeto amoroso como determinadas pelo deslocamento da libido, podendo ser narcisista ou anaclítica. O que as diferencia são os investimentos, que mostram vestígios de tempos diferentes: a narcisista é primitiva, com a escolha auto-erótica, sem a separação das pulsões sexuais das pulsões do **eu** – o sujeito ama a si; na escolha anaclítica, o tempo denominado de fase objetal, há separação das pulsões e o modelo é constituído pelas funções materna e paterna. A escolha narcísica, com o amor voltado para o **eu**, mostra o sujeito onipotente, sem a castração representada pela metáfora paterna e que não

consegue tolerar o abandono ou o insucesso. É este o contexto que se apresenta na fibromialgia, onde o sujeito sente sua dedicação ao amado ou ao trabalho ser desprezado, anulado, causando em decorrência a quebra de seu equilíbrio psíquico. Essa perda, do objeto e da onipotência, vai lhe refletir como perda do sentido da vida e o sujeito apresentará o sintoma (dor), na qual está incrustado todo seu desamparo.

4 FIBROMIALGIA: O SENTIDO DA DOR

4.1 O DISCURSO MÉDICO

A fibromialgia é uma entidade clínica caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas, ou seja, corresponde a uma “Síndrome de dor crônica caracterizada por queixas dolorosas músculo-esqueléticas difusas e pela presença de pontos dolorosos em regiões anatomicamente bem determinadas” (WEIDEBACH, 2002, hipertexto). Esta definição é complementada por Antônio (*apud* CERQUEIRA-LEITE; PEREIRA, 2003, p. 100), ao mostrar que:

A fibromialgia é uma condição dolorosa crônica bastante comum, na qual um achado clínico reprodutível, ou seja, a presença de pontos dolorosos (*tender points*) está associada com 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 é considerada essencial para o diagnóstico.

Antes de ser considerada entidade clinicamente definida, no período anterior a década de 1970, a fibromialgia era denominada fibrosite. Somente com os primeiros estudos e relatos sobre os distúrbios do sono é que essa síndrome passou a ser melhor caracterizada. O que pode ser salientado nessa síndrome, é que a dor constitui o sintoma principal e a *Arthritis Foundation*, dos Estados Unidos da América, em 2006, afirmava que o principal sintoma encontrado na fibromialgia é a dor, descrita pelos pacientes como sensação de ardência, rigidez, fisgadas ou um incômodo. A fibromialgia tem como característica a presença de pontos dolorosos no corpo (*tender points*), sem nenhum achado clínico que os justifique (CERQUEIRA-LEITE; PEREIRA, 2003; GOLDENBERG, 2005).

A fibromialgia está incluída na 10^a. Edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) em: **M 79 – outras alterações dos tecidos jovens; e em M 79.0 –**

reumatismos, não especificados, sendo que para a Sociedade Brasileira de Reumatologia – SBR (2006), a fibromialgia está incluída entre os **reumatismos extra-articulares**, acometendo estruturas próximas às articulações, sem afetá-las diretamente.

4.1.1 Quadro clínico

A fibromialgia é uma síndrome muito freqüente entre mulheres, situadas na faixa etária entre 30 e 60 anos, sendo a proporção entre os sexos, feminino/masculino, de vinte casos em mulheres para um em homens (20:1). A principal queixa é a dor, acompanhada por distúrbios do sono (sono interrompido ou superficial), bruxismo e sono não reparador (WEIDEBACH, 2002; GOLDENBERG, 2005). Pesquisas realizadas apontam a incidência da fibromialgia em torno de 2% a 5% da população, sendo que entre 80% e 90% dos casos ocorrem no sexo feminino. (GOLDENBERG, 2005). A extrapolação dessas cifras para a população brasileira, efetuada pela autora, com base na estimativa da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2004, de aproximadamente 178 milhões de habitantes, em torno de 3,5 a 8,9 milhões de pessoas que poderiam estar atingidas por esta doença.

A etiologia da fibromialgia continua desconhecida, porém o aspecto genético parece ter importância em sua predisposição. Goldenberg (2005) apresenta que o início dos sintomas de fibromialgia, com freqüência está associado a algum agente desencadeante. A sua ocorrência pode estar associada a diferentes fatores, tais como estresse, traumas emocionais ou físicos, ou ainda alterações hormonais, causando dor e distúrbios do sono. Assim sendo, os traumas podem ser físicos – acidentes e agressões; ou emocionais – a separação, as doenças e mortes na família, sendo que todos esses fatores parecem ser passíveis de atuarem como

agentes desencadeantes. Deve ser lembrada, também, a existência de outros fatores considerados responsáveis pelo início do quadro clínico, tais como as doenças infecciosas causadas pelos vírus H. influenza, Parvovirus, Coxsackie B e Epstein-Barr; as perdas prolongadas de sono; as alterações hormonais intensas; as mudanças climáticas; as doenças auto-imunes, o hipotireoidismo, assim como o uso de medicamentos à base de interferon.

As origens dos sintomas estão nas alterações do Sistema Nervoso Central (SNC), em especial nos mecanismos de percepção e modulação da dor, decorrentes do *desequilíbrio de substâncias analgésicas do cérebro (serotonina) e as que promovem a dor (substância P)* (GOLDENBERG, 2005; WEIDEBACH, 2002). A substância P é um dos neurotransmissores que envia ao SNC a informação de dor, enquanto a serotonina tem a função de reduzir o nível da dor. A substância P (letra inicial de *pain*, em Inglês = dor) é uma proteína que está sendo estudada e cujo efeito parece ser a causa da dor (CALDEIRA, 2001). A amplificação da dor parece estar relacionada ao desequilíbrio entre esses dois mediadores do Sistema Nervoso Central (SNC) (WEIDEBACH, 2002). Isto foi demonstrado, pelo encontro de alterações no metabolismo da serotonina e nos níveis séricos de triptofano diminuídos, bem como do aumento dos níveis da substância P, em pacientes com queixas de dor. Esse mecanismo de ação, que resulta na percepção da dor pelos pacientes na fibromialgia pode ser descrito da seguinte forma:

[...] aumento do mensageiro químico encarregado da informação de dor ao cérebro (substância P) e uma diminuição dos neurotransmissores que acalmam a dor (opióides e serotonina) produzem uma resposta exagerada ao estímulo doloroso (hiperalgesia) ou fazem a informação da dor ser disparada até por algo que normalmente não teria esse efeito, como um toque suave (alodínia). (GOLDENBERG, 2005, p. 25).

A percepção da dor crônica será influenciada pelos processos fisiológicos, psicológicos e sociais, motivo porque a fibromialgia foi *classificada na lista das desordens de espectro afetivo* (GOLDENBERG, 2005). Alguns sintomas adicionais, que podem

acompanhar o quadro doloroso são os seguintes: alodínia (resposta dolorosa a um estímulo que normalmente não causaria dor), fadiga, cefaléias, síndrome de irritação vesical, bexiga irritável, problemas cognitivos e de memória, problemas na articulação têmporo-mandibular, dor pélvica, síndrome de pernas “inquieta”, sensibilidade ao som e temperatura, ansiedade e depressão. Em sua casuística, a Dra. Evelin Goldenberg (2005), mostra que as queixas adicionais apresentadas pelos pacientes estão voltadas para: distúrbios do sono e sono não reparador 56%-86%; dor de cabeça 44%-56%; disfunções na articulação têmporo-maxilar (ATM) 33%; sintomas digestivos de síndrome de cólon irritável 34%-53%; síndrome uretral 10%-15%; parestesias nos pés 50%. Isso vem de encontro ao elenco de sintomas apresentados por Weidebach:

[...] estados depressivos, ansiedade, sintomas compatíveis com síndrome do pânico, fadiga (em especial pela manhã), déficit de memória, desatenção, obstipação ou diarreia (sintomas compatíveis com síndrome do cólon irritável), distúrbios funcionais da articulação têmporo-maxilar (ATM) secundários ao bruxismo, boca seca, cefaléia tensional ou enxaqueca. (WEIDEBACH, 2002, hipertexto).

O quadro clínico apresentado pelos pacientes mostra, geralmente, sofrimento intenso, embora ocorra concomitantemente, ausência de lesões físicas que possam apoiar as queixas referidas. Isto leva com frequência ao descaso para com o paciente, diante de um médico que desconhece as causas desta patologia, conforme acontecia no passado, quando as pacientes simplesmente eram instadas a procurar algo com que se distrair, para não ficar pensando em doenças.

4.1.2 Critérios diagnósticos

O diagnóstico, de acordo com a Arthritis Foundation (2006), está baseado em queixas de dores difusas, associadas à sensibilidade dolorosa aumentada, em localizações

específicas estabelecidas pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR). O ACR (1990) definiu como critérios diagnósticos: “a persistência de queixas dolorosas difusas por um período maior do que três meses e a presença de dor em pelo menos 11 de 18 pontos anatomicamente padronizados” (FERNANDES, 2003; WEIDEBACH, 2002). Esses pontos são os seguintes: inserção dos músculos occipitais; coluna cervical baixa (C₅-C₆); músculo trapézio; borda medial da espinha da escápula; quadrantes externos superiores das nádegas; proeminências dos trocânteres maiores do fêmur; segunda junção costochondral; epicôndrio lateral do cotovelo; e coxim adiposo medial do joelho (fig.1). Com a utilização do dolorímetro, um ponto é considerado positivo para a dor, quando o desconforto doloroso no local, apresenta a intensidade de força equivalente a 4 kgf/cm² (WEIDEBACH, 2002). O diagnóstico pode, ainda, ser apoiado pelo uso de alguns instrumentos que detectam o ritmo e as alterações do sono.

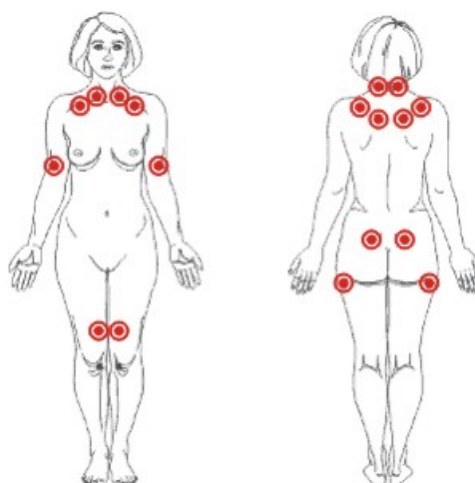


Fig. 1 Localização dos pontos dolorosos (*tender points*), definidos pelo ACR
Fonte: MOISES (2006)

4.1.3 Tratamento

Goldenberg (2005) apresenta como pontos fundamentais do tratamento, a partir do diagnóstico e avaliação do paciente: a educação; a pesquisa da dor, da fadiga e do sono; a

avaliação das desordens patológicas; a disautonomia; o descondicionamento; as disfunções cognitivas e outras alterações associadas. Desse modo, o tratamento deve envolver medidas de dois tipos: o uso de medicamentos e outras medidas não medicamentosas. O uso de medicamentos tem por objetivo, principalmente, o controle da dor e do sono, sendo utilizados especialmente os analgésicos e os antidepressivos. Outros medicamentos podem compor esse arsenal, conforme os sintomas apresentados pelo paciente.

Uma vez que o tratamento medicamentoso visa, apenas a atenuar ou abolir os sintomas, não terá efeito quanto à cura da doença. Torna-se imperativo, o apoio de outras medidas – o tratamento não-farmacológico. Neste aspecto constituem indicações: os exercícios físicos, a acupuntura, a ioga e outras técnicas de relaxamento, tais como massagens e a reeducação postural global (RPG). Quando forem observados quadros de depressão, de ansiedade ou de pânico, deve ser indicada a psicoterapia e, quando necessário, o acompanhamento psiquiátrico. Weidebach (2002) salienta que “a principal arma para o sucesso terapêutico” é o bom vínculo de confiança entre médico e paciente. Complementando esse direcionamento sobre o tema, Benoit (1989) contribui ao afirmar que o remédio é um objeto material e a sua presença eficiente está situada na ordem do real, portanto, isso equivale a dizer que sua presença vem preencher uma ausência, atestada por esse suporte material.

Weidebach (2002) mostra que os pacientes diagnosticados com fibromialgia apresentam um perfil psicológico, geralmente, associado ao perfeccionismo, à autocrítica severa e a rigidez, onde é possível inferir que a quebra de sua rotina, poderá levar o sujeito a construir um quadro sintomático. Os aspectos psíquicos envolvidos na síndrome de fibromialgia, segundo Cerqueira-Leite; Pereira (2003) e aceitos por vários autores, apresentam que ao tratamento medicamentoso deve ser associado o processo terapêutico. Isto decorre do fato de que a fibromialgia não apresenta etiologia definida pela medicina e os

fatores desencadeantes observados na clínica apontarem com frequência, para situações onde os pacientes sentem-se desamparados, confusos e com dificuldades de tomar decisões. Além disso, também, é evidenciada a angústia intensa diante da perda do objeto amado ou, mesmo, da onipotência ligada ao narcisismo primário.

4.2 OS PRESSUPOSTOS PSICANALÍTICOS

Os transtornos dolorosos, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental – DSM IV caracterizam-se pelo fato da dor constituir o foco predominante de atenção clínica, presumindo-se, além disso, que fatores psicológicos possam ter papel importante no seu início, gravidade, exacerbação ou manutenção da dor. Além dessa classificação, os transtornos devem ser considerados quanto ao tempo de sua duração, sendo a seguinte a diferenciação: a) dor aguda – a duração inferior a seis meses; b) dor crônica – duração superior a seis meses.

A fibromialgia apresenta sintomas semelhantes àqueles que, outrora, foram incluídos entre os quadros definidos como **equivalentes depressivos** por Lopez-Ibor Aliño (1972 *apud* CALDEIRA, 2001). Apesar do termo não ser mais utilizado pela atual psiquiatria, existem situações que aliam a depressão e a dor, onde o autor mostra que os pacientes expressam dor pelo uso de seu corpo, pelas queixas ou pelos sintomas. Enfatiza, ainda que esses achados são comuns na clínica cotidiana, sendo mais freqüente a expressão da sintomatologia dolorosa e os casos clínicos, onde se evidenciam as queixas crônicas. Essas apresentam nítida predominância nas mulheres e apontam para a solidão existencial, a vivência dolorosa e temida da impotência existencial, o desconhecido, a ferida narcísica relacionada ao não querer saber.

No que tange à depressão (melancolia), esta envolve a dor e a tristeza, numa grandeza que supera a **simples dimensão afetiva**, sendo evocada como perda de interesse ou de capacidade ou, até mesmo, a perda de sentido da vida: “O estado depressivo é reduzido com excessiva facilidade, ao que me parece, ao afeto de tristeza. [...]. Mas o estado depressivo não se reduz ao afeto como sentimento” (SOLER, 2003, p. 75), fato este que revela nitidamente a relação da dor com o emocional do paciente. A depressão está crescendo na sociedade contemporânea, como **doença do discurso capitalista**, que rejeita os sujeitos que se apresentam tímidos, sem otimismo ou com dificuldades para elaborar seus objetivos de progredir ou crescer. Além disso, a perda do amado, para Nasio (1997), pode ser representada como dor, no caso do luto, porém se essa perda for inesperada e súbita, a dor pode se impor, sem reservas, transtornando todas as referências de tempo, espaço ou identidade. Apesar de o sujeito supor, que a dor seja causada pela perda do amado, a verdadeira causa está dentro do eu no inconsciente – ela se localiza no Isso, e as queixas dirigem-se ao próprio sujeito e não ao objeto amado. Nesse sentido, o autor propõe uma tese: “o eu do melancólico incorpora o objeto perdido e se identifica com ele” (p.159), resultando na volta ao sujeito de todo investimento do objeto, com a conseqüente perda de toda excitação que mantinha o seu desejo. Ele perde o elo que mantinha sua integridade corporal.

O sintoma doloroso que o sujeito sente no corpo é resultado do momento emocional que experimenta, da percepção sensorial, representada no mental e vivenciada como dor periférica. Isso tem sido verificado nos relatos de pacientes, com o início da dor na fibromialgia, coincidindo com alguns fatos marcantes de sua história de vida, como a perda de familiares ou graves acontecimentos, que funcionam como ponto de ruptura emocional. Dessa forma, a percepção inicial é real, a formação da representação é simbólica e a sua vivência no corpo é imaginária. Isto revela que o desejo de agredir o objeto amado (que está perdido) volta contra si mesmo, atacando a parte do ego identificada com essa perda. A dor-sofrimento

retrata a insatisfação que o sujeito sente em determinado aspecto de sua vida (pessoal ou profissional), onde o sofrimento e a dor podem ser traduzidos pelo aparelho psíquico como hipocondria, síndrome do pânico e sentimentos de culpa, constituídos pelos conflitos entre o Ego e o Superego, assim como o luto, a melancolia e outros quadros depressivos. Por exemplo: a dor-sofrimento e a angústia encontram sua representação, segundo Caldeira (2001), nos quadros descritos como **hipocondria**, especialmente a hipocondria crônica, em que *a dor é ser*, verdadeiramente. Na tentativa de se organizar, o hipocondríaco procura equilibrar as experiências de angústia, culpa e castigo.

Neste contexto, muitos autores psicanalistas afirmam que a dor pode estar relacionada ao masoquismo, onde o desejo de causar dor e sofrimento no Outro, volta contra si próprio e vem acompanhada de prazer. Para Caldeira (2001), além do masoquismo, o excesso de gozo (conceito lacaniano) que a dor traz para o sujeito é inconsciente, não é percebido no momento de sua ocorrência e com isso, pode causar desprazer. Este autor afirma, ainda, que “o gozo *estando além do princípio do prazer*, remete mais à dor e ao sofrimento do que ao bem-estar [...]”. (p.203).

4.2.1 A formação do sintoma

As pessoas portadoras de fibromialgia podem apresentar sinais ou sintomas físicos, cuja etiologia a investigação clínica não consegue descobrir. Neste sentido, muitos pacientes foram desprezados ou considerados fantasiosos em virtude de sintomas ou sinais que descrevia, onde o seu sofrimento era grande, porque sentia que verbalizava no consultório, algo que a investigação biológica não visualizava.

Deve ser ressaltado que os sintomas e sinais apresentados pelo sujeito podem resultar da luta contra uma pulsão indesejada, fazendo com que essa, após ser recalcada, retorne, emergindo no consciente (FREUD, 1996b/[1917]). Os sintomas são definidos como formações do inconsciente, como estrutura de linguagem, nas quais ocorre a substituição por metáfora, passível de deslocamento e modificação pela interpretação – relação do Outro. De acordo com Martins (2001), é a partir das formações do inconsciente que podem ser estudadas as produções metafóricas de um inconsciente estruturado como uma linguagem – os sonhos, os atos falhos e os sintomas neuróticos. As formações do inconsciente são constituídas pela liberação de energias pulsionais recalcadas, mostrando que a psicanálise trouxe à tona casos ricos em detalhes, cuja causa estava na psique. Exemplos clássicos são os casos clínicos, referentes as Sras. Anna O. e Emmy von N. em que a soma de excitação psíquica transformou-se em sintomas somáticos crônicos. Na primeira, ocorreram parestesias e contrações musculares, além da dificuldade de reconhecer as pessoas. Na segunda, a atuação foi no sistema nervoso, com tiques, agitação e ruídos como estalido (FREUD, 2001b/[1889]).

Ao estudar a histeria e descobrir as conversões, Freud percebeu que os conflitos psíquicos poderiam atingir o corpo em forma de sinal, podendo se manifestar por meio do **sintoma**, o que o levou à elaboração de vários conceitos teóricos:

a) **Teoria do recalque:** o recalque seria o mecanismo psíquico empregado pelo sujeito para afastar de si ou deixar no inconsciente as representações ligadas a uma pulsão. Isto ocorre, quando a satisfação dessa pulsão, pode causar confronto com as exigências da realidade ou, ainda, causar desprazer, remetendo a ligações entre os conteúdos inconscientes e o consciente. Laplanche e Pontalis (2001, p. 432), com referência às teorias freudianas, salientam que: “A teoria do recalque é a pedra angular em que assenta todo o edifício da psicanálise” ;

b) **Pulsão** – constitui o *conceito limite* entre o psíquico e o somático. Seu aspecto econômico é muito importante na formação dos sintomas e em sua dinâmica estão incluídos os destinos dos afetos, que podem se manifestar por simbolismos ou descargas automáticas. A pulsão vem associada à noção de **representação**, “[...] espécie de delegação enviada pelo somático ao psiquismo” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 494);

c) **Formações de compromisso** – são as expressões simbólicas do conflito, evidenciadas pelos sonhos, lapsos e sintomas neuróticos. Como se sabe, as representações recalçadas, ao retornar (retorno do recalçado) assumem deformações, que as torna irreconhecíveis, mas mesmo assim permite a satisfação da pulsão e cumpre o papel de defesa.

Neste contexto, a formação de sintoma, segundo Laplanche e Pontalis (2001) é expressão utilizada para designar a elaboração psíquica, que resultará no sintoma psiconeurótico. Esta definição será complementada por: “[...] **sintoma** define-se como uma formação do inconsciente, como uma linguagem estruturada, onde se faz uma metáfora passível de deslocamento e modificação a partir de uma interpretação, assim, a relação ao **Outro** é construtiva” (GUIR, 1992 *apud* QUADROS, 2005, p.25). Nesse sentido, Riechelmann (2004) considera que o significado simbólico de um sintoma é algo muito particular, podendo ser comparado com as impressões digitais.

Miller (1990 *apud* CHAVES, 2001) contribuiu ao fazer a diferenciação entre o fenômeno psicossomático e o sintoma, apontando para o fato deste ser uma formação do inconsciente que tem estrutura de linguagem. Isto supõe uma substituição pela metáfora, permitindo assim, o deslocamento retroativo para reformulação e modificação, onde o sintoma, como formação do inconsciente, traz os conteúdos inconscientes que precisam ser decifrados. Neste sentido, o fenômeno psicossomático seria decorrente do ataque à metáfora

subjetiva e à metáfora paterna, *pondo em questão o Nome-do-Pai* (segundo a teoria lacaniana).

Em seus estudos sobre os casos em que os pacientes apresentavam sintomas, mas os médicos nada encontravam de anormal, Freud (1996b/[1917]) concluiu que os sintomas surgem como pacto entre forças em conflito: de um lado, o ego ao não concordar com os desejos recalcados, e de outro, o indivíduo que procura caminhos que permitam a satisfação desses desejos. Estes caminhos poderão se expressar pelos sonhos ou pelos sintomas e sinais de doença. Assim sendo, afirmava que:

Quando a realidade se mantém intransigente, ainda que a libido esteja pronta a assumir outro objeto, em lugar daquele que lhe foi recusado, então a mesma libido, finalmente, será compelida a tomar o caminho da regressão e a tentar encontrar satisfação, seja em uma das organizações que já havia deixado para trás, seja em um dos objetos que havia anteriormente abandonado. (FREUD, 1996b/[1917], p.362).

Isso remete ao fato de que o sintoma, na realização do desejo libidinal inconsciente, surgirá como um *derivado-muitas-vezes-distorcido* (FREUD, 1996b/[1917]). Desse modo, os sintomas são substitutos da satisfação frustrada, realizando a regressão da libido para o **eu**, remetendo a épocas de desenvolvimento psíquico anteriores. Esta regressão está vinculada ao retorno a estádios anteriores de escolha objetal ou de organização, significando que a psique do indivíduo procurará no seu inconsciente, os momentos de satisfação vivenciados no passado, e que buscarão trazer o mesmo conforto e acolhimento de outrora. Na tentativa de alcançar essa satisfação, os desejos recalcados retornam (*retorno do recalcado*) deformados e podem causar grandes transtornos para a vida do sujeito. Nesta linha de pensamento, Nasio (1993) contribui, pela afirmação de que o sintoma corresponde a uma metáfora significativa, que permite a produção de um novo significante.

A formação de sintoma, portanto, remete a uma elaboração psíquica que tem início com o recalque de uma pulsão para Freud ou a uma metáfora significativa para Lacan. Assim, será possível a satisfação da pulsão, mesmo com o ego buscando maneiras de disfarçar

seu objetivo. Assim sendo, deve-se atentar para o fato de que sintoma é o mensageiro de um apelo a ser compreendido e “[...] diante de qualquer profissional de saúde, o paciente apresenta, incrustado em seu sintoma, o seu desamparo” (VOLICH, 2000, p.178). Pode-se concluir, então, que os vários conceitos apresentados mostram que a pulsão não satisfeita e recalçada, ao retornar (retorno do recalçado) poderá causar transtornos físicos com intensidades diferentes. Vale, então, lembrar que todo sintoma é um pedido de ajuda e o paciente deve ser ouvido.

4.2.2 Quadro clínico

Goldenberg (2005, p.36) mostra que, por meio de pesquisas foi tentada a identificação de características psicológicas, comuns aos portadores de fibromialgia, tendo sido apontadas as tendências perfeccionistas. Ao considerar, também, que as tendências ao perfeccionismo, à autocrítica e ao apego a detalhes, revelam pessoas organizadas e eficientes e, por isso, um trauma físico ou emocional pode quebrar o equilíbrio, Weidebach (2002) apresenta que a dor manifesta pode ser a expressão dessa ruptura. Esta idéia é complementada com a contribuição de Ramos (2006, p.195) ao afirmar: “O significado de uma doença não é um dado *a priori* e, sim um resultante possível de um processo de reflexão e conscientização”. Nesse contexto, a reflexão do significado da fibromialgia poderá ser encontrada na afirmação:

[...] a fibromialgia como um fenômeno que pode inscrever-se em uma organização de personalidade psicossomática ou histérica, mas que acima de tudo possibilita-nos material para uma reflexão mais aprofundada sobre nossa questão maior: as formas de dor e sofrimento no feminino. (CERQUEIRA-LEITE; PEREIRA, 2003, p.100).

O quadro clínico apresentado por pacientes com fibromialgia revela, claramente, os efeitos causados no corpo, provocados pela ruptura gerada no psiquismo pela perda do

amado ou pela perda da onipotência e, conseqüentemente, resultando na desorganização do processo de subjetivação.

4.2.3 Critérios diagnósticos

A psicanálise, afirma Quadros (2005), procura investigar a causa do sofrimento e da dor, a maneira e a forma como ocorrem, buscando compreender a manifestação no psíquico ou no soma, de determinada doença. Isto significa: a história de vida da pessoa, o registro dos objetos no mundo interior do sujeito e as manifestações emocionais. A análise vai procurar desvelar o sentido, pela escuta do discurso do paciente, o que deverá ser desenvolvido com muito respeito e atenção à individualidade do paciente, dentro de um **setting terapêutico** adequado, onde se desenvolverá a livre associação de sua fala e o processo de transferência. Isto porque o paciente necessita de **espaço e condições** para poder expressar os seus impasses e mal entendidos que lhe tem causado tanta dor e sofrimento.

A análise permite ao sujeito acesso às formações, particulares, do seu inconsciente. A única orientação que o analista terá, sobre como proceder, é a de escutar o que lhe diz o analisando, na relação transferencial por meio da regra da associação livre, que é a regra fundamental da psicanálise (COUTINHO JORGE, 2005).

É importante lembrar a diferença entre os sintomas de conversão encontrados nas neuroses (histeria) daqueles considerados como fenômenos psicossomáticos. Martins (2001) apresenta como diferença entre as conversões e os fenômenos psicossomáticos, o fato de que na primeira o corpo é acometido pela via do simbólico, enquanto no último é o corpo real que é acometido, estando fora da subjetivação, mas dentro da linguagem.

4.2.4 Tratamento

A associação livre, para Freud (*apud* MUCIDA, 2004; COUTINHO JORGE, 2005), é a única regra do tratamento analítico. Esta associação consiste no discurso com conteúdo livre, em que o sujeito diz tudo o que lhe vem à cabeça, permitindo o afloramento do inconsciente e a instalação da situação analítica. O sujeito ao falar e ouvir suas próprias palavras sente os efeitos que sua fala lhe provoca, podendo efetuar as ligações que fazem sentido.

O tratamento psicanalítico, segundo a teoria lacaniana, está centrado na “[...] escuta do desejo do sujeito em sua verdade singular [...]”. (COUTINHO JORGE, 2005, p.13). A escuta do desejo do sujeito vem de encontro ao conceito lacaniano de que o *mundo humano é o mundo da linguagem*. Os achados psicanalíticos consubstanciados nas formações inconscientes peculiares ao sujeito auxiliam na busca da causa das doenças e tentativas para a estruturação do psiquismo fragilizado. O mundo da linguagem, o desejo, a lógica do significante, constituem aspectos que diferenciam o ser humano dos demais seres do reino animal. Enfim, Lacan apresenta que a análise faz o inconsciente existir, apesar de sua existência ser anterior à análise (MUCIDA, 2004). Isto porque somente com o trabalho de análise, o sujeito passa a reconhecer sua implicação nos sintomas e outras formações inconscientes.

Durante a psicoterapia, reveste-se de grande importância para o sucesso do tratamento, a transferência. A transferência, de acordo com Laplanche e Pontalis (2001), é o processo pelo qual os desejos inconscientes são atualizados, quanto a determinados objetos, dentro do quadro das relações estabelecidas entre eles. Isto ocorre no quadro da relação analítica entre analista e analisando. Ainda, referem os autores que, para muitos, a

transferência é considerada como: “[...] o conjunto dos fenômenos que constituem a relação do paciente com o psicanalista [...]” (p. 515).

No *Seminário I* [...] Lacan afirma que Freud, em seu texto *Observações sobre o amor transferencial* (1915), não hesita em chamar a transferência pelo nome de amor, não evita identificar a estrutura desse amor com paixão e também não se esquivava de dizer que não há nenhuma distinção entre a transferência e o que chamamos de amor. (FERREIRA, 2004, p.32).

A transferência, no entanto, pode encontrar obstáculos em sua efetivação, pela resistência que o paciente apresenta em permitir o acesso aos seus conteúdos inconscientes. Esse conceito freudiano, de resistência, “[...] exerceu papel decisivo no aparecimento da psicanálise” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 459). A resistência dificulta a elucidação dos sintomas, impedindo a progressão do tratamento.

Yalom (2006, p.46), ao discorrer sobre as eventuais dificuldades que podem ser encontradas durante o tratamento analítico, apresenta que “os terapeutas devem transmitir ao paciente que a tarefa maior de ambos é, juntos, construir um relacionamento que, por si só, se tornará o agente de mudança”. Portanto, a escuta do discurso do sujeito, *em sua singularidade*, deve encontrar a linguagem terapêutica especialmente construída pelo analista, de modo a encontrar eco com os dizeres apresentados pelo analisando.

Partindo do pressuposto de que o emocional tem efeito sobre o funcionamento fisiológico dos seres humanos, a introdução do conceito de doença como símbolo, resgata a secular dicotomia psique-corpo e, também, incentiva a reflexão sobre a redefinição dos limites entre o psicológico e o biológico, a psicologia e a medicina, o normal e o patológico.

Isto permite concluir com a citação feita por Groddeck, de que é por meio do inconsciente, que ocorre a intermediação entre o somático e o psíquico.

5 DIÁLOGO ENTRE A MEDICINA E A PSICANÁLISE: A FIBROMIALGIA NA PSICOSSOMÁTICA

Beneti (2000) apresenta a possibilidade da visão do corpo sob enfoques diferentes, em campos de saber diferenciados, tais como a medicina e a psicanálise. Certamente isso resultará em conceituações variadas, diante do objeto de estudo e da maneira como seria feita a abordagem do paciente – o indivíduo ou o sujeito, conforme a ótica da medicina e da psicanálise. Na medicina, a ênfase é dada à observação física, com a utilização de equipamentos ou, ainda, por exames específicos para melhor conhecimento da química e da biologia do corpo/organismo. Já a psicanálise enfatiza a importância da palavra e dos conteúdos inconscientes, voltados para uma clínica do olhar e da escuta, buscando dar sentido aos impasses, aos não ditos e aos mal-entendidos do sujeito.

Verifica-se, também que a medicina procura uma etiologia visível ou palpável: traumatismos, presença de parasitas (vírus, bactérias, por exemplo), alterações bioquímicas ou das funções do organismo. A psicanálise, a partir do inconsciente, apresenta os diferentes aspectos envolvidos na formação da subjetividade, pelas demandas, pelas necessidades e pelos desejos do sujeito. A psicossomática apresenta que o corpo da mulher, é estudado pela medicina como um *corpo objetificado*, aspecto este bastante diferente da psicanálise, a qual se volta para o estudo do corpo que é construído pelo sujeito (PENNA, 1989). O viés histórico da abordagem da doença e do processo de cura pode ser retomado, segundo Ramos (2006), por alguns modelos:

- a) Modelo primitivo – com predomínio do misticismo. Neste modelo, verifica-se que o homem aparece subjugado pelo poder das forças da natureza, mas ambos (homem e natureza) fundiam-se em um único ser;

b) Modelo grego – com Anaxágoras, Sócrates, Platão e Aristóteles têm início os procedimentos de sistematização dos dados, pela análise, a síntese e a dedução. Pressupõe a separação do espiritual e material, mas com um princípio controlador no cosmo, que unificava o ser humano por meio da relação mente-corpo. Em seus Diálogos, Platão (380 a.C.) já afirmava em **Fédon** que a medicina deveria ter por objeto o homem em sua totalidade. Ainda nesses Diálogos, Sócrates, ao discutir com Crítias, mostrava que “o grande erro de nossos dias no tratamento do corpo humano é que o médico separa a alma do corpo” (PLATÃO, 380 a.C. *apud* RAMOS, 2006, p.25);

c) Modelo cartesiano – com a introdução do método científico, há ênfase na cisão mente-corpo fragmentando o corpo e comparando o homem a uma máquina. Esta cisão permaneceu até o século XX;

d) Modelo romântico – a saúde constituía um estado resultante da interação de diversos fatores e o conhecimento era proveniente da observação do paciente. A doença passa a ser definida como o desequilíbrio não natural, resultante da interação de fatores biológicos, morais, psicológicos e espirituais;

e) Modelo biomédico – baseado no *reducionismo, determinismo e universalismo*. Este modelo tinha por base as pesquisas e a experimentação em fisiologia. A pesquisa experimental substitui gradualmente a observação clínica, passando a ser considerada fonte de conhecimento científico.

A tendência contemporânea busca a compreensão do indivíduo-sujeito, utilizando de todo recurso disponível, por intermédio da articulação com as diferentes áreas do conhecimento. Desse modo, procura-se envolver o pensamento em um princípio maior, global, na visão da relação mente-corpo. Sua importância é a conjugação de esforços para o tratamento do indivíduo, sob a abordagem psicossomática. Isto vem de encontro à posição

defendida por Winnicott (1990) de que o terapeuta ou o médico, quando procede ao atendimento de pessoas, deve ter sempre em mente que o *ser humano é constituído pelo soma e pela psique*. A visão do paciente, sob as duas óticas, como um ser integral – psicossomático – garante maior eficácia e eficiência no tratamento.

5.1 MEDICINA

Para a medicina tradicional, alopática, o importante é o enquadramento das queixas apresentadas pelo paciente, em uma entidade nosológica específica. Para tanto, serão procurados os sinais e sintomas característicos – patognômicos – por meio do exame físico que envolve a visão, a audição, o tato e o olfato do médico. Igualmente, será investigada a presença de eventuais agentes etiológicos, pelo uso de recursos laboratoriais e outros sistemas diagnósticos modernos. Nessa procura, o médico desenvolverá junto ao paciente a anamnese, a inspeção, a palpação, a percussão, a pesquisa dos reflexos e a ausculta, que consubstanciam o exame clínico, aliado aos exames complementares pertinentes.

Neste contexto, a doença será considerada pelos sintomas e sinais que podem ser auscultados, observados, cheirados e apalpados. A fala do paciente se restringirá, quase totalmente, em contar o motivo de sua busca por assistência, suas queixas principais e respostas eventuais a questionamentos feitos pelo médico. Uma vez caracterizado o quadro clínico e efetuado o diagnóstico, será procurado o esquema de tratamento adequado para o caso, geralmente calcado em medicamentos. Se julgado pertinente, o paciente será aconselhado a buscar outro tipo de auxílio, tais como a psicoterapia, a fisioterapia ou diferentes exercícios físicos.

A fibromialgia revelará, em graus diferentes de intensidade, um paciente poliqueixoso, que dorme mal, sente dores, deprimido, com enxaqueca, etc. e que alega sentir dor há, pelo menos, três meses. O exame físico permitirá a detecção de pontos dolorosos (*tender points*) em diferentes localizações. Tendo em vista que sua etiologia é desconhecida, o tratamento visará o alívio dos sintomas apresentadas pelo paciente. No atendimento e tratamento do paciente, deverá ser ressaltada a importância que a relação médico-paciente oferece como contribuição para o sucesso do tratamento.

5.2 PSICANÁLISE

A psicanálise procura busca, pela escuta da fala do paciente, encontrar o porquê da formação do sintoma apresentado. É pela fala, pela verbalização do paciente, da associação livre e da transferência, que será possível ter acesso aos conteúdos inconscientes que estão gerando sofrimento ao sujeito. A esse respeito, vale lembrar que Coutinho Jorge (2005) apresenta a **lógica do significante** e a tripartição estrutural do **real-simbólico-imaginário**, conceitos criados por Lacan, que são fundamentais para a psicanálise contemporânea. O real-simbólico-imaginário corresponde ao inconsciente lacaniano e, lembra o autor, que o entrelaçamento da psicanálise com outras disciplinas será de grande utilidade na terapia.

Na clínica, desponta como prioritário o desamparo do sujeito, tendo em vista que a subjetivação se processa no interior do sujeito, por idéias totalizantes ou universais (BIRMAN, 2005). Além disso, este autor considera relevante trabalhar o *desamparo* do sujeito, vivenciado no particular e no social, constituindo uma marca decisiva da leitura e da inserção desse sujeito na sociedade contemporânea. Para a psicanálise, a doença é subjetiva e o seu grande mérito foi a redescoberta do **sujeito** do doente na prática clínica. Isto obriga o

analista a ponderar em conjunto com o paciente, os fatores objetivos e subjetivos apresentados, ao avaliar as suas queixas e sintomas. Por isso Riechelmann (2004) afirma que a pessoa humana vive duas realidades: a externa que é objetiva, observável e a interna que é subjetiva, invisível e pode, em determinados momentos, dominar a vida do sujeito.

O estudo da psicopatologia, atualmente, reflete o aumento das doenças mentais. Birman (2005) afirma que, em consequência da importância dada à estetização da existência que passa a ser o foco, relevando os modismos e os modelos estéticos, o sujeito se torna fragilizado ou incapaz de acompanhar o ritmo exigido pela globalização e pelos meios de comunicação. Isto resultará em níveis diferenciados de angústia e tem levado o sujeito contemporâneo a viver vazios psíquicos cada vez mais intensos e com grandes dificuldades para superá-los. Com isso, convive-se com o aumento nos quadros de depressão (melancolia), pânico, alcoolismo e toxicomania. Neste contexto, ao buscar uma associação destes fatos com a fibromialgia é possível afirmar, também, que esta doença surge em virtude de uma estrutura psíquica deficiente, devido à falha da função paterna, no narcisismo primário e na dificuldade do sujeito em lidar com perdas pela sua história de vida.

5.3 PSICOSSOMÁTICA

O termo Psicossomática foi cunhado após muitos séculos de estruturação, por Heinroth, que criou duas expressões: a **psicossomática** em 1818, referindo-se à influência das paixões, que ele julgava haver, sobre a tuberculose, a epilepsia e o câncer; e, depois a expressão **somatopsíquica** em 1828, no intuito de caracterizar as modificações dos estados psíquicos a partir de fatores do corpo. (GUIR, 1988; VOLICH, 2000; CALDEIRA; MARTINS, 2001; QUADROS, 2005; e RAMOS, 2006). Mas, segundo Ramos (2006), apesar

de Heinroth ter introduzido o termo *psicossomática*, foi Deutsch (1922) a primeira autora que utilizou o termo *medicina psicossomática* e Dunbar (1935) quem proporcionou a base para que essa área pudesse se formar. Para Guir (1988), foi Groddeck, em sua obra o *Livro d'Isso*, um dos pioneiros a aplicar a teoria psicanalítica às doenças orgânicas mostrando o processo da simbolização que subsiste ao sintoma orgânico.

As doenças psicossomáticas estão definidas pelo The Bantam Medical Dictionary (1990) como aquelas causadas pela interação de fatores mentais e físicos. Neste sentido, Gaspar (2005) apresenta relevante contribuição ao considerar as doenças psicossomáticas como manifestações orgânicas que podem ser causadas ou cujos sintomas podem ser agravados por aspectos psíquicos, sejam mentais ou emocionais. A isso, segundo Quadros, 2005, p.13, pode ser acrescentado que essas manifestações são constituídas por “perturbações ou lesões orgânicas produzidas por influência psíquicas – emoções, desejos, medos, etc.”.

Para Guir (1988) a psicanálise corresponde a uma *teoria da subjetividade*, buscando no inconsciente, as causas determinantes de atos e motivações do ser humano. É dessa concepção, de determinações inconscientes, que partem os conflitos rejeitados pela consciência, que a *medicina psicossomática* vai se apropriar, para explicar a intervenção da psique no soma. Além disso, esse autor apresenta que, o fenômeno psicossomático é a repetição de um traumatismo subjacente, que o sujeito jamais assumiu. Para o autor, a clínica dos fenômenos psicossomáticos procura esclarecer a dinâmica e os significantes particulares em jogo e, do mesmo modo, procura estudar as localizações topográficas, evidenciando o papel das pulsões observadas nessas afecções. Neste contexto, apresenta que essa dinâmica pode apresentar um desdobramento em três tempos: primeiro ocorreria a separação brutal de um ente querido na infância; segundo, a separação se repetiria na realidade ou num conjunto de significantes particulares a relembrar ao sujeito, o já vivenciado e, finalmente, passado algum tempo, desde o segundo momento, ocorreria o aparecimento da lesão. De acordo com

esse autor, Lacan enfatizará nos Seminários II e XI: que o fenômeno psicossomático implica uma lesão e, além disso, que essa lesão é reversível. A análise possibilita a compreensão da causa da doença e do sentido da lesão, buscando assim intervir na elaboração psíquica, com vistas a atenuar o sofrimento causado pelo sintoma. Na conversão histérica, ao contrário, a lesão pode ceder imediatamente em função de sua interpretação.

Para Winnicott (1990), os distúrbios do **psicossoma** consistem em alterações físicas do corpo ou, ainda, do funcionamento corporal, associados aos estados da psique. Acrescenta, ainda, que o corpo tem seu funcionamento influenciado por fantasias conscientes ou inconscientes, que ele julga constituir a histologia da psique, pois decorre da elaboração imaginativa do funcionamento do soma, específico de cada indivíduo. Além disso, o autor apresenta importante contribuição ao relacionar alguns aspectos em que o corpo pode influenciar a saúde psíquica ou, ainda, os efeitos da psique sobre o corpo: a hereditariedade; os defeitos congênitos; os distúrbios da ingestão; os problemas da excreção; os acidentes; a alergia e algumas outras patologias. Ainda, acrescenta esse autor que “a medicina psicossomática tornou-se um ramo da pesquisa e da prática médicas, ramo esse que, infelizmente, se encontra desconectado dos seus correlatos mais próximos: a psiquiatria, a clínica geral e a psicanálise” (p. 44). Lembra, também, que a psicossomática supõe a existência de um enfraquecimento na relação entre o soma e a psique, que deve ser compreendida e tratada. Complementando essa linha de pensamento, Eksterman (1992) apresenta a Medicina Psicossomática como correspondendo ao estudo das relações mente-corpo com ênfase na explicação psicológica da patologia somática. Já a conceituação dada por Volich (2000), é a de que a psicossomática está voltada para o estudo do componente psicológico nas doenças, sendo que isso seria efetuado correlacionando os dois componentes – o somático e o psíquico. Para esse autor, a psicossomática busca compreender a existência humana, a saúde e a doença, segundo uma visão integrada pela conexão mente-corpo. Tanto

Volich (2000) como Riechelmann (2004) salientam essa postura de integração mente-corpo como herança da medicina de Hipócrates.

Bombana (2005) apresenta os casos de doenças envolvendo sintomas originados por problemas psicológicos, como enquadrados entre as somatizações, em cujo rol, ele inclui as doenças psicossomáticas. O que se depreende desses conceitos é que a abordagem psicossomática pressupõe a conexão mente-corpo, por meio de um funcionamento harmônico, mostrando também a possível coexistência de perturbações envolvendo os aspectos somáticos (aspectos corporais, físicos) e os emocionais. Deve ser ressaltado que Dejours (1997), ao discorrer sobre as relações entre as doenças do corpo e as da mente, considera que toda doença deveria ser analisada tanto do aspecto mental como do somático, enfatizando em seus conceitos, que a abordagem clínica e teórica das doenças deveria obedecer aos princípios da psicossomática.

É conhecido que a separação mente-corpo foi instituída por René Descartes (1596-1650), ao referir que “[...] a matéria é uma realidade separada da atividade da mente, embora esteja a ela ligada pelo plano divino” (DESCARTES *apud* RAMOS, 2006, p.27). Isso pode ser complementado com a afirmação de que, “o corpo seria como um autômato puro, uma máquina que se moveria por si mesma [...] a alma seria constituída por um princípio imaterial, cuja essência é apenas pensar” (DESCARTES *apud* VOLICH, 2000, p.37). Mas, sabe-se que, a diferença entre o soma e a psique, já era defendida por Anaxágoras (500-428 A.C.), que dessa forma, inaugurou o dualismo ao postular “[...] que o corpo e alma constituem dois diferentes princípios vitais no homem” (VOLICH, 2000, p.48). Essa separação, nos dias atuais parece estar, a cada dia, mais tênue crescendo o enfoque do olhar clínico voltando para os aspectos universais da patologia, contemplando tanto os princípios da psicanálise quanto os da medicina.

“Os conflitos psíquicos oriundos de conteúdos inconscientes, segundo a psicanálise, podem se expressar por meio das alterações orgânicas que são denominadas de *fenômenos psicossomáticos*” (QUADROS, 2005, p.26). As origens dos fenômenos psicossomáticos, segundo verificado na clínica por McDougall (1996), freqüentemente, têm suas raízes na primeira infância. Ela observou que alguns pacientes adultos, às vezes, psiquicamente reagem como bebês, não se utilizando de palavras para expressar o seu pensamento e, frente a uma emoção dolorosa, só conseguiam reagir *psicossomaticamente*. Isto, para a autora, constitui uma *forma arcaica de funcionamento mental*, sem o uso da palavra como veículo de expressão. Para que ocorra a eclosão do fenômeno psicossomático, haverá necessidade da mobilização das energias investidas emocionalmente, muitas vezes relembrando traumas antigos, que estavam no inconsciente do indivíduo. Isto significa que os investimentos libidinais dos objetos são retirados e trazidos de volta ao **eu** – libido narcísica, onde nos fenômenos psicossomáticos, portanto, não há relação com o objeto, surgindo do narcisismo primário, que Freud denominava de **libido egoísta**.

Os fenômenos psicossomáticos, de acordo com Simão (2001), surgem, muitas vezes, em circunstâncias em que há mobilização excessiva das emoções do indivíduo. Estas emoções são intensas, geralmente, envolvendo o ódio, a angústia, as separações ou as perdas, nas quais a capacidade do paciente para lidar com essas situações é ultrapassada. Esses fenômenos são estudados pela medicina e pela psicanálise, embora exista dificuldade para diagnosticar a etiopatogenia, bem como a influência do inconsciente na construção do adoecer, a partir de uma relação com o autoerotismo, sem relação ao objeto, segundo a psicanálise. Neste contexto, segundo McDougall:

A somatização se daria por uma falha no processo de experiência da mãe com o seu bebê, levando este a ter medo do encontro afetivo com o Outro, sempre preso ao desejo deste, por estar querendo voltar à simbiose primitiva da mãe-bebê. (McDOUGALL *apud* QUADROS, 2005, p.26).

A **psicossomática** aponta para uma interseção do psíquico com o somático, uma incisão, um corte, marca ou traço do significante no campo biológico (natureza, coisa, corpo real). Pode-se dizer que “a psicossomática sempre existiu, acompanhando, como elemento refugado do discurso médico. [...] do ponto de vista freudiano, ela continua sendo um domínio ainda inexplorado” (VALAS, 2003, p.7). O que o autor apresenta nesta citação é o fato da medicina, muitas vezes, ter incluído como psicossomáticas as doenças cuja compreensão não se enquadrava nos critérios diagnósticos comuns em sua prática. Quanto a Freud, suas observações a respeito da formação de sintomas são muito importantes, porém ele não conduziu seus estudos para as doenças orgânicas. Neste contexto, é possível inferir que, na busca de compreender a existência humana é necessário focar a saúde e a doença, por meio de uma visão integrada. Neste sentido, Wartel (2003) contribui ao mostrar que a doença psicossomática se revela quando o caso é rebelde à etiologia, quando não há razão para a lesão, e nesse contexto, afirma que existem órgãos que falam, tais como a pele, o tubo digestivo e os brônquios, e outros que são silenciosos, como o fígado, os rins e o sangue. Certamente, os **órgãos que falam** apresentarão sinais e sintomas mais exuberantes, constituindo as queixas apresentadas pelos pacientes.

Outro aspecto relevante a ser considerado, corresponde ao fracasso da função paterna – Nome do Pai, conceito este estudado por Lacan como responsável pela legislação e organização subjetiva. Segundo Lima Freitas (2007), o ensino de Lacan permitiu o acesso ao conhecimento das patologias, sendo que a falha na metáfora paterna é que instituirá o fenômeno psicossomático. Portanto, na constituição da subjetivação, como já foi citada anteriormente, a mãe desempenha uma função muito importante. Mas, como complemento do desejo da mãe, será introduzido no psiquismo infantil a função paterna. Deste modo, “no campo psicanalítico, a noção de pai é investida de conotação bem particular” (DOR, 1991, p.13), constituindo o ponto mais importante na estruturação psíquica do sujeito. Como se

sabe, a figura do pai surge em Freud no complexo de Édipo, cujo auge ocorre entre os três e cinco anos. “Ele desempenha papel fundamental na estruturação da personalidade e orientação do desejo humano” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p.77), construindo uma linha de referência na psicopatologia. A teoria lacaniana vai apresentá-lo como o significante Nome-do-Pai, representando o pai simbólico, que deverá aparecer no discurso da mãe e assim, dar continuidade ao desenvolvimento do psiquismo infantil.

Neste contexto, a figura paterna surgirá como o ponto que permitirá à criança compreender o Pai, como objeto que a mãe deseja, e isso, restringirá o privilégio da criança em ser o único objeto de desejo da mãe. Esta questão é apresentada por Ramos (2006), como a conexão dos sintomas somáticos com os complexos parentais, evidenciados em sua origem e desenvolvimento:

A figura parental primária, ao não fazer adequadamente a mediação psique-corpo para esses pacientes durante a primeira infância, faz com que a função simbólica – a função transcendente – ficasse fixada no corpo, em vez de se transformar em palavras, fantasias e imagens passíveis de assimilação pelo ego. (RAMOS, 2006, p.192).

O fenômeno psicossomático é considerado, também, como uma forma especial de lidar com a angústia, isto porque o fenômeno psicossomático faz o corpo gozar, em um nível que permite ser expresso por meio de dores e afecções somáticas e, seguindo as premissas lacanianas, Chaves (2001) cita duas afirmações feitas por Lacan: “as reações psicossomáticas estão ao nível do real” e “o que foi rejeitado do simbólico retorna no real sob a forma de uma lesão de órgão” (LACAN, 1979 *apud* CHAVES, 2001, p. 82). Nesse sentido, pode-se perceber que o fenômeno psicossomático corresponde a uma resposta do indivíduo à falta de simbolização e de estruturação psíquica do sujeito. A esse respeito, Ramos (2006) afirma que, Freud ao desenvolver os estudos sobre os sintomas histéricos, mostrou que esses sintomas apareciam como resultado do conflito de um afeto com o ego. Isto significa que a idéia reprimida retornava como descarga, em forma de sintomas e inervações somáticas e, apesar

de tais observações, pode-se verificar que Freud não chegou a estender seus estudos às doenças orgânicas.

Neste sentido, entre os autores que enfatizaram a teoria lacaniana, Chaves (2001) e Valas (2003) podem ser destacados, os quais apresentaram nos estudos sobre o corpo, que a medicina focaliza o corpo como um sistema homeostático, animal, sem desejos ou gozo. Ao discordarem dessa afirmação, os autores ressaltam os conceitos psicanalíticos, onde o corpo é definido a partir de sua organização libidinal e, assim sendo, ultrapassa os limites do organismo biológico (corpo físico). Diante das diversas teorizações sobre o corpo (máquina) e o corpo (erógeno) que deseja e goza, surgiram várias teorias psicossomáticas, que podem ser apresentadas de acordo com três grandes vertentes:

1ª – *Os fenômenos psicossomáticos têm um sentido*: “Para Groddeck todas as doenças orgânicas se originariam de um desejo. Ele introduz a expressão *linguagem de órgão*” (CHAVES, 2001, p.86; VALAS, 2003, p.70). Também, referindo-se a Groddeck, Volich, (2000), mostra que o adoecimento do corpo e da alma ocorrem simultaneamente, onde a expressão psicossomática não remeteria a um estado, mas a uma essência do ser humano. Alguns autores, segundo Valas (2003), são mais prudentes ao considerar a causalidade psicoafetiva nas lesões orgânicas, incluindo nesse rol, somente, aqueles casos em que a medicina ignora a etiologia. Nesse contexto, o autor afirma que Alexander (1952) introduziu o conceito de **neurose vegetativa**, lembrando que o efeito dos afetos sobre o corpo permitiria a emergência da doença, como consequência de emoções e de pulsões não satisfeitas, desviadas ou reprimidas.

2ª – *Os fenômenos psicossomáticos não têm sentido*: “eles se ligam a uma verdadeira carência das atividades de representação”. (CHAVES, 2001, p.86; VALAS, 2003, p.73). Segundo os autores, esta posição é defendida pela escola psicossomática da Sociedade Psicanalítica de Paris, onde o principal expoente é Pierre Marty, o qual considera que o estado

psicossomático é criado cedo na vida do indivíduo, antes mesmo do aparecimento da linguagem, sendo o seu meio afetivo, fundamental para o aparecimento dos fenômenos psicossomáticos. Essa posição, no entanto, parece paradoxal, pois mesmo se for considerado fora de sentido elas traduziriam algum sentido que é a falta de meios de simbolização. Valas (2003) afirma, ainda, que os sujeitos psicossomáticos, diante da pobreza de imaginação, apresentam expressão verbal e transferência igualmente pobres. Neste sentido, face à clivagem do supereu, conclui-se que a questão não seria a de encontrar um sentido nesses fenômenos, mas dar-lhes um sentido, pela construção de uma ponte entre o isso e o eu.

3ª – *Os fenômenos psicossomáticos têm sentido próximo da conversão histérica, mas não totalmente*: Esta posição conhecida por “Valabrega”, procura estar entre as duas anteriores, estendendo o conceito de conversão para *conversão psicossomática*.

A psicossomática continua, portanto, alvo de muitas críticas e contínuas reflexões, onde é possível destacar Lacan, como um dos grandes teóricos da psicanálise sobre o assunto. Além dele, destaca-se também McDougall (1996) ao afirmar:

[...] nas doenças ditas psicossomáticas a impossibilidade de integração entre o corpo e a psique faz com que o primeiro produza seu próprio *pensamento somático*, sem mediações, expresso por funcionamentos arcaicos, da natureza de sinais e não de símbolos (McDOUGALL *apud* QUADROS, 2005, p.25).

A literatura estudada aponta, também, para a obra lacaniana, a qual apresenta quatro principais referências sobre o estudo da psicossomática: A. *Seminário II (O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise [1954-1955])* : onde Lacan apresenta os fenômenos psicossomáticos situados fora das construções neuróticas, com estruturas diferentes, sendo a linha divisória o narcisismo. Fala dos investimentos intra-orgânicos, auto-eróticos da libido, efetuados sobre o órgão e não sobre o objeto. Os fenômenos estão no nível do real, a que ele denominou de *rochedo do biológico*. B. *Seminário III (As psicoses [1955-1956])*: o autor afirma que na estrutura dos fenômenos psicossomáticos, a lesão corporal

adquire um sentido, porém no discurso, manifesta-se por um gozo não cifrado. Como exemplo, cita as lesões dermatológicas para as quais é empregado o termo *hieróglifo psicossomático*, acrescentando que, a inscrição apresentada pelo sujeito em sua pele, situada diante da mensagem cifrada. C. **Seminário XI (Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise [1964])**: Lacan considera que os fenômenos psicossomáticos correspondem não a um significante, mas sim, a algo diferente. O autor fala de *alienação*, que seria a inscrição do sujeito no lugar do Outro e de *separação*, operação pela qual o sujeito se liberta do efeito do discurso do Outro, traduzindo os movimentos de abertura e fechamento do inconsciente. D. **O Sintoma (Conferência de Genebra [1975])**: afirma que as lesões psicossomáticas são traços escritos no corpo, semelhantes a verdadeiros hieróglifos que ainda não foram decifrados e, portanto, seriam traços inscritos, que ele concebe como **para-não-ler**. O estatuto do gozo específico ao fenômeno psicossomático seria desse modo, para Lacan, abordado pela via do significante, no qual o gozo toma sentido no significante indutor da lesão (CHAVES, 2001; VALAS, 2003).

No seu livro **A imagem inconsciente do corpo**, Dolto (2004) elabora uma diferenciação entre a histeria e as perturbações psicossomáticas, apresentando a conceituação de que a histeria está ligada, inconscientemente, a objetivos manipuladores do outro; enquanto as perturbações psicossomáticas têm como causa golpes funcionais no corpo, sem etiologia orgânica, cuja origem é uma desordem inconscientemente psicológica. Para a autora, nas perturbações psicossomáticas observa-se uma luta inconsciente entre as principais partes da psique, de onde origina a dor, devido a sofrimentos não elaborados:

A perturbação psicossomática provém, antes, de uma dor na ocasião de sofrimentos íntimos: sofrimentos devidos a uma relação decepcionante com um ser eleito, que se traduzem por uma ferida imaginária, com retorno a uma imagem do corpo arcaica e à época da relação do sujeito com outra pessoa que não aquela que está em questão, atualmente. A perturbação psicossomática atual é a repetição, por vezes ampliada, de uma disfunção passada, real ou imaginada do corpo do próprio paciente. [...] Na histeria parece-me que é o narcisismo secundário que está em perigo; na psicossomática seria o narcisismo primário. (DOLTO, 2004, p. 301).

O conceito de doença psicossomática parte do pressuposto da existência de conexões entre a realidade psíquica e a linguagem corporal. A esse respeito Ramos (2006) afirma que, somente com o surgimento da capacidade de simbolizar é que o indivíduo consegue pensar e fantasiar, sendo que o símbolo constitui o terceiro fator na polaridade mente-corpo. A autora complementa, apresentando que para Alexander, “toda doença é psicossomática, uma vez que fatores emocionais influenciam todos os processos do corpo, através das vias nervosas e humorais” (ALEXANDER *apud* RAMOS, 2006, p. 41). Neste contexto, a psicossomática envolve além do estudo do componente psicológico nas doenças, também a terapêutica, trabalhando ao mesmo tempo os componentes psicológicos e os componentes não-psicológicos. Nos estudos sobre a psicossomática, segundo a Escola Psicossomática de Paris, os pacientes psicossomáticos se diferenciam dos demais por apresentarem um mundo simbólico pouco desenvolvido. Para explicar este fato, desenvolveram dois conceitos importantes, referentes aos aspectos relacionados com o envolvimento psíquico e somático: a alexitimia e o pensamento operatório.

- **Alexitimia:** já definida anteriormente, caracteriza os pacientes que apresentam dificuldade para descrever, ou mesmo, para sentir emoções, não encontrando palavras para nomear as emoções. Neste sentido o adulto alexitímico funciona como se fosse uma criança não verbal, dependendo da mãe para nomear os afetos do filho.

- **Pensamento operatório:** é um tipo de estrutura psíquica, na qual os indivíduos apresentam um “mundo interno pobre e investem intensamente na realidade externa, da qual passam a ser dependentes [...]” (SILVA; CALDEIRA, 1992, p.113); (CALDEIRA, 2001, p. 216); (Mc DOUGALL, 2004, p.26).

Na prática clínica, Ludwig et al (1969), ao iniciar a investigação de doentes psicossomáticos, trabalhou pacientes com afecções ginecológicas, verificando, então, que as

deficiências precoces na relação entre a mãe e a criança eram significativas, favorecendo assim a predisposição do indivíduo para apresentar alterações psicossomáticas. Assim sendo, sua contribuição envolve os seguintes aspectos: a) as investigações encontraram dificuldades na diferenciação entre o que seria causa e o que seria efeito; b) os sintomas físicos levavam os pacientes a regredirem de modo significativo, não importando a origem da doença – orgânica ou psicológica; c) os sintomas geralmente faziam-se acompanhar por baixa auto-estima e perda da autonomia, que por sua vez, acentuavam as falhas ocorridas no desenvolvimento psíquico; d) as respostas somáticas à ansiedade não estavam restritas a conteúdos verbais ou a fantasias – a ênfase estava voltada para a forma como ocorria a interação soma-psique; e) havia concordância, entre vários pesquisadores, quanto à precocidade das falhas no desenvolvimento psíquico e a predisposição a alterações psicossomáticas mais graves. As observações realizadas mostram a pertinência com que foi tratado o assunto, embora, sinalizem para a necessidade de pesquisas, ainda, mais aprofundadas sobre os aspectos psicanalíticos.

Neste sentido, a psicossomática procura obter uma visão global do sujeito, utilizando tanto a conceituação teórica da psicanálise como a da medicina. Pela escuta da fala do paciente, é possível entender melhor o sujeito, sem a necessidade de iniciar a fase de diagnóstico, solicitando quantidades excessivas de exames laboratoriais, por exemplo. A avaliação do paciente, por meio de entrevistas preliminares, permitirá observar o discurso, o qual auxiliará na busca do significado do sintoma relatado pelo sujeito. A clínica dos fenômenos psicossomáticos tem seu início pelo olhar e pela escuta do analista. Neste sentido, o profissional da medicina deveria dispor do seu tempo para, também, ouvir o sofrimento do paciente. A ênfase dada no tratamento supõe que: “As forças do *Isso* devem ser usadas para reverter o processo de adoecimento” (QUADROS, 2005, p. 20). Todo profissional da área de

saúde deveria, como ser humano, dispor do seu tempo para ouvir e cuidar do paciente. Estes dois aspectos podem ser resumidos na afirmação seguinte:

Ao quadro da vida real e fantasiada do sujeito, obtida por meio da escuta das histórias de vida pregressa, familiar, social e da moléstia atual, devem-se acrescentar os dados clínicos revelados pelos exames físicos gerais, segmentar e complementares pertinentes (MARTINS, 2001, p. 135).

A psicossomática pressupõe, assim, uma postura técnica e ética tanto do médico quanto do analista, voltada para escutar todas as queixas, dificuldades e mal-entendidos do paciente, proceder a reflexões sobre as suas necessidades, demandas e desejos, visando atingir o sentido do sintoma. É necessário ressaltar que o aspecto psíquico nem sempre emerge nas primeiras consultas. Neste sentido, Benoit (1989) afirma que todo homem tem uma **vida secreta – não dita** que acaba por influenciar o seu cotidiano. Com esta afirmação, o autor mostra que o doente necessita de tempo para contar ao médico ou analista, sobre sua vida, suas emoções e seus bloqueios. Além disso, ao lado da vida secreta pessoal, existe uma outra que, também é desconhecida do próprio sujeito, que é inconsciente. O trabalho terapêutico deverá oferecer ao paciente, condições para que ele possa expressar suas emoções, suas angústias, procurando pelos não ditos, segundo Lacan, decifrar o que está inscrito no corpo, que são as raízes das causas da doença.

Caldeira (2001) ao apresentar a diferença entre a medicina tradicional e a psicossomática afirma que para a medicina a doença é objetiva e voltada para o entendimento do médico sobre a doença. Já a psicossomática deve considerar os aspectos subjetivos, voltados para a história de vida do paciente. Dessa forma, o autor apresenta breve quadro sinótico, ressaltando os seguintes pontos, importantes nessa diferenciação:

- a) medicina tecnicista: trata a doença, com dimensão de saúde; a doença é objetiva, voltada para o médico; o discurso do mestre supõe saber absoluto; está baseada nos exames complementares; o paciente desempenha papel passivo;

b) medicina psicossomática: a doença; traz também aspectos relacionados à dimensão de vida; a doença é subjetiva e voltada para o paciente; o discurso do psicanalista – ele não sabe; por isso, baseia-se no discurso do paciente, o qual tem papel ativo; onde é trabalhada a estruturação da linguagem (discurso); a cura supõe a ressignificação da história de vida.

Ao considerar que uma construção do saber, por si só, não consegue explicar o que está no cerne do sofrimento de um corpo de homem, mulher ou criança, Benoit (1989) afirma que o sofrimento do corpo é relativo à própria doença, mas decorre, também, da mobilização do *mundo arcaico do sujeito*, que compõe a base de sua estrutura. Esse autor refere, também, que a medicina dispõe de conhecimento para diagnosticar e empregar terapêuticas eficazes, mas que, isso deveria ser complementado com conceitos psicanalíticos, de modo que o diagnóstico da doença e o remédio receitado venham a se articular com a estrutura psíquica do sujeito. Desse modo, considera que para atingir tal proposta é necessário: a) reconhecer o medicinal como objeto na dimensão da transferência; b) procurar as relações entre a doença, objeto do corpo e o objeto de pulsão, uma vez que o corpo é o órgão de gozo; c) investigar a doença orgânica e a medicina à luz das relações – sofrer, gozar e morrer. Finalmente, o autor afirma que, a cura pressupõe o restabelecimento ou estabelecimento, definidos segundo três normas: a) norma anatômica ou orgânico-funcional; b) norma social – aquela aceita pela sociedade e a família; e c) norma íntima – que estabelece o *modus vivendi* do sujeito, de modo relativamente satisfatório e viável entre o mundo das imagens e das palavras (psíquico) e o mundo orgânico (médico).

A cura ou mudança esperada supõe o retorno do sujeito à sociedade em boas condições físicas, com capacidade para estabelecer vínculos estáveis de relacionamentos

interpessoais, ter o acolhimento da família e da sociedade e, sobretudo, ter acesso à sua dinâmica de funcionamento psíquico e à modalização de gozo. Assim sendo, afirma Benoit (1989), é o corpo físico e o sujeito falante que constituem o ser humano e, entre ambos existe um acordo, que oscila em torno de uma fenda a que Freud denominou de *Verneinung* e Lacan denominou de gozo e de objeto *a*. Isto torna evidente quando o paciente entrega seu corpo para ser examinado, temendo sempre que aconteça o pior, aspecto este que deverá, também, ser reconhecido pelo médico na sua prática clínica.

Na psicossomática, o que se enfatiza é que “as forças do Isso devem ser usadas para reverter o processo de adoecimento” (QUADROS, 2005, p.20). O reconhecimento da articulação entre as normas orgânicas, sociais e íntimas na vida das pessoas, a etiologia e o desenvolvimento de uma patologia, constitui fato importante para o diagnóstico e tratamento dos pacientes. O corpo e seu sofrimento são referências, da subjetividade e relativo à estrutura humana. Será necessário lançar mão de recursos de diferentes áreas de conhecimento, somando-se os esforços para a obtenção do bem-estar do sujeito/indivíduo.

Conclui-se que a psicossomática propõe a construção de um diálogo entre a medicina e a psicanálise. Como visto anteriormente, a partir do corpo e das experiências vividas, pode-se direcionar a vida para a doença ou para a saúde. O adoecimento, geralmente, envolve a psique e o soma, podendo ocorrer a partir de fixações deixadas no inconsciente, em diferentes momentos do nosso desenvolvimento. No que tange à fibromialgia, como doença psicossomática, a queixa principal é a dor, que reflete tanto a falha na função paterna quanto, também, todo o sentido do sintoma. Assim, o paciente sente dor, fica deprimido, dorme mal. Alguns sintomas podem ocorrer como consequência de outros, por exemplo, a dor trazendo a depressão.

Em consonância com o discurso médico e, também, com os pressupostos psicanalíticos, o adoecer passa a ser analisado sob nova ótica. A psicanálise deverá lançar

mão de todo conhecimento adquirido sobre o tema. A fibromialgia é uma doença psicossomática, que encontra no tratamento psicanalítico uma ferramenta importante, baseada na proposta de escutar o sujeito e tentar dar sentido ao sofrimento para que ele possa livrar-se dos sintomas e da doença. A medicina, no entanto, não deve ser esquecida, pois proporcionará o alívio imediato da dor ou de outros sintomas eventuais que estejam no cerne do sofrimento, que trazem o doente à consulta.

O paciente tem que ser pensado como um ser que possui uma debilitada condição física desencadeada pela perda de energia e pela dor, afetado psicologicamente o que o torna num ser emocionalmente vulnerável, e socialmente discriminado, tendo constantemente a sua credibilidade à prova, impotente diante dos limites que a doença impõe, além de outros aspectos complexos que se apresentam na dinâmica da sua relação com a doença. (OLIVEIRA; CAMÕES, 2006, hipertexto).

O paciente com fibromialgia, geralmente, apresenta perfil psicológico característico, especialmente alexitimia e propensão à dor, com pobreza na capacidade de fantasiar. Isto é verificado na influência dos sentimentos e emoções, atuando na formação do quadro clínico, o que pode ser observada, claramente. Riechelmann (2004) afirma que o diagnóstico psicossomático apresenta algumas diretrizes, tais como: a postura profissional deve favorecer o vínculo interpessoal entre médico-paciente; a atenção do profissional para perceber a demanda que está por trás da queixa; a anamnese biográfica; o exame físico e a escuta da fala do paciente, para dar subsídios e consistência à elaboração do diagnóstico. Também, para essa doença, o tratamento estar calcado com ênfase: no alívio da dor; no tratamento de eventuais lesões; na tranquilização do paciente e no tratamento de estados depressivos, se necessário; e, finalmente, o mais importante, a reflexão conjunta – analisando/analista ou médico/paciente sobre o seu estado atual.

Neste contexto, a fibromialgia deverá ter no tratamento uma abordagem ampla envolvendo os conhecimentos da medicina e da psicanálise, ou seja, deve ser abordado dentro dos preceitos da psicossomática. O paciente conseguirá aliviar ou superar a dor, estar atento à

emergência de estados melancólicos (que nem sempre são diagnosticados e que interferem no procedimento terapêutico) e conseguir ressignificar o seu sintoma. A ação deverá contemplar o uso de medicamentos, se necessário para: o aliviar da dor, tranquilizar, cuidar da depressão e permitir um sono mais reparador e o uso dos recursos da psicanálise, para a compreensão da gênese da doença. O importante, segundo Riechermann (2004) é “a integração da atitude terapêutica aos procedimentos [...]”, isto significando que aliado ao tratamento medicamentoso, a paciente deverá ser submetida à psicanálise. Este autor considera que com uma **atitude terapêutica**, envolvendo os métodos e as técnicas adequados, será possível obter o **efeito terapêutico**, eliminando o que tanto tem transtornado o cotidiano do sujeito e que o mantém submetido às diversas formas de dor e sofrimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo do adoecer sofreu, com o passar dos anos, modificações, pela introdução de diferentes concepções teóricas voltadas para a busca de novos significados para a doença, bem como, para encontrar soluções mais eficazes para o tratamento. Desde o início foram buscadas explicações, para o adoecimento, sendo que as primeiras estavam baseadas nos fenômenos sobrenaturais. Os gregos trouxeram grandes contribuições, especialmente com Hipócrates, que criou a medicina moderna, afastando as superstições a respeito da origem e da cura de doenças. Posteriormente, com o surgimento da ciência moderna, no século XVII com Descartes, as buscas passaram a ter como modelo as observações reprodutíveis em laboratório, especialmente com as descobertas realizadas sobre a etiologia de muitas doenças. A situação atual, no limiar do 3º. Milênio, mostra a importância dada à interdisciplinaridade, passando a ter papel primordial a tentativa para a articulação entre as diversas áreas do conhecimento, com seus saberes já estabelecidos, para avançar nos debates teórico-metodológicos sobre a psicossomática. Assim, procura-se introduzir uma nova clínica, que reconheça e priorize, também, a linguagem corporal, no que tange à fibromialgia.

A importância da psique na geração das doenças, inaugurada por Freud, traz novos enfoques, com a introdução do sujeito. A construção da subjetividade tem início no psiquismo infantil por meio das funções materna e paterna (metáfora paterna) e, a partir destas, se constituirá a percepção de mundo pelo sujeito, dando início também à sua modalização. Neste aspecto fica clara a presença de uma estrutura frágil no psiquismo infantil, a qual poderá resultar em reflexos futuros, quando o sujeito estiver diante de situações de difíceis, sobretudo aquelas relacionadas a perdas. Neste sentido, a teoria de Winnicott destaca a importância da *maternagem*, com o *holding* e *handling* adequados, permitindo assim, a formação de uma estrutura psíquica sólida para o sujeito. Na formação da estrutura psíquica,

todo sujeito passará por experiências, as quais poderão deixar marcas em seu inconsciente e se repetirão, retornando à consciência diante de situações traumáticas. Essas marcas psíquicas podem constituir pontos de fixação que terão reflexos em momentos de perdas ou medo, quando o sujeito venha a se sentir desamparado, inseguro ou angustiado.

A busca pelo conhecimento da fibromialgia e sua maior incidência na mulher, levou esta pesquisa a trilhar vários caminhos que permitissem a sua compreensão, seja no campo médico como no psicanalítico até atingir o principal objetivo como doença psicossomática. A esse respeito foram apresentadas teorias diferentes, que ora se complementam ora são antagônicas a respeito do adoecer, do surgimento da dor e do sofrimento no ser humano. Desse modo, foi possível utilizar conceitos e definições de várias áreas, no intuito de atingir maior consistência para a prática clínica referente à fibromialgia.

Do ponto de vista médico, a etiologia da fibromialgia continua desconhecida, apesar de terem sido descobertas algumas alterações bioquímicas das substâncias que agem regulando o limiar da dor, como a queda dos níveis de serotonina e aumento da substância P, além da presença de pontos dolorosos (*tender points*) característicos, compondo o elenco de observações listadas como critérios diagnósticos. A dor crônica, segundo a visão médica, é um dos principais sintomas desta síndrome, não tem causa neurológica e é considerada como dor psicogênica. Os aspectos biológicos não apontam para as possíveis causas da maior incidência no sexo feminino da síndrome, mas a psicanálise apresenta a subjetividade, a corporeidade, a feminilidade e, especialmente, as falhas na função materna ou paterna, indicando a fragilidade feminina diante de perdas como possíveis causas do aparecimento da dor. Assim sendo, a fibromialgia mostra aspectos singulares, que permitem o diálogo da medicina e da psicanálise, uma vez que abrange em seu quadro clínico o psíquico e o somático – doença psicossomática. A dor psicogênica – a dor do amor, do desamparo e da feminilidade, na fibromialgia apresenta caráter errático, isto é, migra de um ponto para outro.

Do ponto de vista psicanalítico, o doente apresenta-se geralmente em situação de desamparo, diante de alguma perda, especialmente da perda do amado – a dor do amor.

O aprofundamento dos questionamentos sobre a fibromialgia leva a psicanálise a procurar o conhecimento da gênese da doença na intimidade do sujeito, buscando as possíveis causas na formação da estrutura psíquica do sujeito, pelo diálogo estabelecido entre o paciente (suposto sofrer) e o médico/analista (suposto saber). A teoria psicanalítica de Freud tem na pulsão e no inconsciente dois conceitos fundamentais. Esse autor destaca a importância das zonas erógenas, durante o desenvolvimento do psiquismo, ressaltando o movimento pulsional em busca de satisfação. Além disso, apresenta como é importante a forma como a criança vivencia o complexo de Édipo, pois os resultados deste é que irão definir as escolhas que o sujeito fará ao longo de sua vida. Posteriormente, Lacan virá introduzir na psicanálise contribuições de outras áreas do conhecimento, tais como a lingüística, o estruturalismo e a lógica, com a finalidade de apresentar uma nova forma de estudar as manifestações do inconsciente, utilizando a análise do discurso do sujeito, bem como, a forma como o mesmo percebe e vivencia a sua modalização de gozo. Para tal, seu ensino enfatizará a *falta-a-ser* (desejo), a castração e a importância da instauração da metáfora paterna, para a constituição do psiquismo infantil. Lacan consubstancia sua teoria, introduzindo a lógica do significante com a criação do real, simbólico e imaginário, apresentando uma visão diferenciada ao inconsciente freudiano.

No que tange ao estudo da feminilidade, é possível inferir que a postura da mulher diante da perda do objeto amado refletirá na formação de seu sintoma, aspecto este amplamente estudado por Freud, diante do reconhecimento do conflito feminino, entre *ter* ou *não ter* o falo. Posteriormente, Lacan apresentará a posição feminina como definida pela percepção da diferença entre *ser* e *ter* o falo. Isto porque, no adoecimento se encontra a diferença de incidência de algumas patologias, ditas femininas, não nos aspectos biológicos

propriamente ditos, mas sim na posição feminina, a que o sujeito está submetido pela formação de sua estrutura psíquica. Desta maneira pode ser explicada a ocorrência das doenças ditas femininas, também nos homens. O que tem sido responsabilizado por essa diferença, aponta para a escolha do objeto narcisista total ou parcial, resultando na posição de onipotência ou de masoquismo, podendo levar à formação de fenômenos psicossomáticos, frente à situação de fragilidade e desamparo do sujeito.

Na história pessoal dos pacientes com fibromialgia é comum constatar que se trata de sujeitos ativos, organizados, perfeccionistas, bem como de pessoas que desafiam demais, que apresentam conflitos psíquicos, não elaboram seus conflitos e deslocam suas angústias para o corpo. Sua postura demonstra ser um sujeito onipotente, reinando absoluto e com muita competência. Mas essa postura aponta, também, para a falha na metáfora paterna – Nome-do-Pai, onde não se verificou o corte psíquico que promoveria a separação da criança com a mãe. Este desequilíbrio encontrado na estrutura psíquica deixa o sujeito à mercê de suas dores, consideradas como enigmas do real do corpo, segundo a teoria lacaniana.

O sujeito, quando vivencia em sua história de vida muita tragédia e não constrói um referencial simbólico que dê uma boa sustentação ao seu psiquismo, mostra que quando seus limites forem ultrapassados, poderá ocorrer uma atuação. Assim, ao invés de conter as emoções e procurar a melhor maneira para superar o momento que está vivenciando, o sujeito pode atuar inconscientemente em prejuízo próprio. Neste contexto, surge o gozo na fibromialgia como uma dor intensa, migratória, que se manifesta no corpo, procurando mostrar com isso, a sua dor existencial. O paciente que sofre de fibromialgia apresenta em seu perfil psicológico uma propensão à dor (*paciente propenso à dor*), considerada seu sintoma principal. Além disso, é possível inferir que este sujeito dolorido expressa com o seu corpo, as suas inibições e bloqueios de um lado, mas por outro, expressa também os não ditos, as demandas e os desejos.

Quanto ao tratamento, é notório que o uso de medicamentos pode ter valor mais efetivo e rápido no alívio dos sintomas, mas a causa subjacente não será eliminada, fazendo desse sujeito um cliente crônico, que tomará medicamentos regularmente. Haverá, portanto, necessidade do fortalecimento da estrutura psíquica do sujeito, o que poderá ser desenvolvido através da psicanálise. Daí a importância, do tratamento psíquico e somático realizados em conjunto na fibromialgia, constituindo a abordagem psicossomática. Somente deste modo, o tratamento resultará em alívio da dor, gerenciamento do sono e permitirá uma reflexão sobre a causalidade de sua etiologia, contando com o suporte da teoria psicanalítica. Como todo fenômeno psicossomático, a causa da dor poderá ser descoberta pela escuta do discurso do sujeito, havendo necessidade de trabalhar os impasses, as angústias e as modalizações de gozo que levam o sujeito a adoecer. Este é o panorama que compõe o tratamento psicossomático da fibromialgia.

Vale ressaltar a diferença do fenômeno psicossomático com a conversão histérica: a simples descoberta da causa da dor pelo discurso e sua interpretação não suprimirá de imediato os sintomas na doença psicossomática, ao contrário do que acontece nos casos de histeria. Nesta será necessário o trabalho conjunto do analista e analisando, a fim de cuidar da estrutura psíquica do sujeito, o que supõe uma elaboração mais demorada.

A pesquisa mostrou que a literatura a respeito da fibromialgia, ainda, é escassa. A medicina dispõe de maior número de publicações, mas os estudos que propõem a articulação entre a medicina e a psicanálise, ainda, são raros. Para a realização deste trabalho foi necessário recorrer a divulgações disponíveis, tanto na literatura científica quanto naquelas encontradas nos diferentes portais eletrônicos, ressaltando-se as teses recentemente defendidas nas universidades brasileiras, a respeito das pesquisas em andamento sobre a fibromialgia, bem como introduzir novas indagações que propiciassem o esclarecimento no que tange ao tema debatido. A continuidade dos estudos, ora iniciados, podem propiciar

novos e importantes desdobramentos sobre a fibromialgia, permitindo melhorar o modo como ela é abordada trazendo benefícios aos sujeitos que sofrem dessa dor existencial.

A fibromialgia mostra, enfim, que o sentido da dor é existencial e que poderá ser superada pela descoberta dos conflitos não resolvidos, que estão no inconsciente do sujeito, por meio de sua elaboração e fortalecimento da estrutura psíquica.

REFERÊNCIAS

- ACR (American College of Rheumatology). Patient education – fibromyalgia. Disponível em http://www.Rheumatology.org/public/factsheets/fobromya_new.asp?#2. Acesso em: 23 nov. 2006. 1:44.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV – TR™ : Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução: Cláudia Dornelles. 4a. Ed.Rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BALOG, P. et al. Depressive symptoms in relation to marital and work stress in women with and without coronary heart disease. The Stockholm female coronary risk study. **Journal of Psychosomatic Research**, 2003, Febr: 54(2)113-9. Disponível em: http://www.fcgi?db=pubmed&cmd=retrieve&dopt=Abstract.Plus&list_uids=12573732&itool=i-conabstract&query-hl=5&itool=pubmed_docsum. Acesso em: 30 dez. 2006. 15:40.
- BENETI, A. O corpo na psicanálise e na medicina. **Almanaque de Psicologia e Saúde Mental**. Belo Horizonte: ano 3, no. 5, Nov.2000. Disponível em: http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/imagens/almanaque5_img.htm. Acesso em: 15 Out. 2006.
- BENOIT, P. **Psicanálise e medicina: teoria e casos clínicos**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.
- BIRMAN, J. **Cartografias do feminino**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.
- _____. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 5ª. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- BOMBANA, J. S. **Somatização e conceitos limítrofes: delimitação de campos**. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atua2_01.htm . Acesso em: 5 Dez. 2005. 9:30.
- BRASIL. **Classificação Internacional de Doenças – CID 10**. São Paulo: Fac.Saúde Pública-U.S.P./O.P.S., 1993.
- CAIRO, C. **Linguagem do corpo: aprenda a ouvi-lo para uma vida saudável**. São Paulo: Mercuryo, 2005.
- CALDEIRA, G. Os aspectos psicológicos da dor. In: CALDEIRA, G.; MARTINS, J.D. **Psicossomática: teoria e prática**. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Medsi – Ed.Méd. e Científ., 2001, pp: 193-209.
- _____. Abordagem do paciente. In: CALDEIRA, G.; MARTINS, J.D. **Psicossomática: teoria e prática**. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Medsi – Ed.Méd. e Científ., 2001, pp: 211-224.
- _____. Relação médico paciente na visão psicossomática In: CALDEIRA, G.; MARTINS, J.D. **Psicossomática: teoria e prática**. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Medsi – Ed.Méd. e Científ., 2001, pp:224-234.

CASTRO, J.R.S. Psicossomática: uma atividade interdisciplinar. In: CALDEIRA, G.; MARTINS, J.D. **Psicossomática: teoria e prática**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Medsi – Ed. méd. e cient., 2001, pp: 223-236.

CERQUEIRA-LEITE, A.C.; PEREIRA, M.E.C. Sofrimento e dor no feminino. Fibromialgia: uma síndrome. *Psychê*. São Paulo, ano vii, nº 12, jul-dez/2003, pp. 97-106. Disponível em <http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/307/30701207.pdf>. Acesso em: 15/Dez/2006, às 22:04h.

CHAVES, M.E. A ética da psicossomática. In: CALDEIRA, G.; MARTINS, J.D. **Psicossomática: teoria e prática**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Medsi – Ed. méd. e cient., 2001, pp: 55-78.

_____. Fenômeno psicossomático à luz da psicanálise. In: CALDEIRA, G.; MARTINS, J.D. **Psicossomática: teoria e prática**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Medsi – Ed. méd. e cient., 2001, pp: 79-112.

COUTINHO JORGE, M.A. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: as bases conceituais**. 4ª. Edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

DEJOURS, C. **Repressão e subversão em psicossomática: pesquisas psicanalíticas sobre o corpo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. Coleção transmissão da psicanálise, n.º 22.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. Tradução: Noemi Moritz e Marise Levy. 2ª. Ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

DOR, J. **O pai e sua função em psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991. Coleção transmissão da psicanálise, n.º 23.

EKSTERMAN, A. Psicossomática: o diálogo entre a psicanálise e a medicina. In: MELLO FILHO, J. e cols. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992, pp. 77-87.

FERNANDES, A. M.C. **Representação social da dor por doentes de fibromialgia**. São Paulo: 2003. Dissertação de mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Disponível em: <http://www.teses.usp.br/> . Acesso em: 02 jan. 2006. 16:00.

FERREIRA, N. **A teoria do amor na psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

FMUAN: Faculdade de Medicina Agostinho Neto. *Hipócrates* (c.460-c. 377 a.C). Disponível em: <<http://www.fumuan.ao/hipocrates.html>>. Acesso em: 26 Mar. 2007. 11h57.

FREUD, S. (1932). **Conferência XXXIII – Feminilidade**. In: **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos**. Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. pp. 113-134.

_____. (1917). **Conferência XXIII – Os caminhos da formação dos sintomas**. In: **Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III)**. Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. pp. 361-378.

_____. (1925). **Inibições, sintomas e angústia**. Trad. Christiano Monteiro Oiticica e Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 2001a.

_____ (1923). **O ego e o id**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

_____ (1889). **Casos clínicos I (Anna O. e Emmy von N)**. Trad. Christiano Monteiro Oiticica e Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 2001b.

GASPAR, P. F. Doenças psicossomáticas. Disponível em: <http://www.delas.ig.com.br/materiais/196501-197000/196864/196864_1.htm>. Acesso em: 4 Dez. 2005. 20:05.

GOLDENBERG, E. **O coração sente, o corpo dói**: como reconhecer e tratar a fibromialgia. 3ª. Edição. São Paulo: Ed. Atheneu, 2006.

GOLDFARB, D.C. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

GUIR, J. **A psicossomática na clínica lacaniana**. Trad. e apres. Cristina Rollo de Abreu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____ Fenômenos psicossomáticos e função paterna. In: Wartel et al. **Psicossomática e psicanálise**. Trad. Luiz Forbes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. Coleção Campo Freudiano no Brasil, pp. 9-15.

LACAN, J. **O seminário: livro 20 – mais, ainda**. Texto estrut. J-A Miller; trad. M.D.Magno. 2ª.Ed.Rev. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. Campo Freudiano no Brasil.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. Dir. Daniel Lagache; trad. Pedro Tamen. 4ª Ed., São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEMAIRE, A. **Jacques Lacan: uma introdução**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

LIMA FREITAS, A. H. F. Função paterna e final de análise. Disponível em: <<http://www.etatsgenereaux-psychanalyse.net/mag/archives/paris2000/texte122.html>>. Acesso em: 03 mar. 2007 . 23:00.

LOBATO, O. O problema da dor. In: MELLO FILHO, J. e cols. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992, pp. 165-178.

LUDWIG, A. O.; MURAWSKI, B.J.; STURGIS, S.H. **Psychosomatic aspects of gynecological disorders**. Massachussets: Harvard Univ. Press, 1969.

MARTINS, J. D. A postura psicossomática na prática médica. In: CALDEIRA, G.; MARTINS, J.D. **Psicossomática: teoria e prática**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Medsi – Ed. méd. e cient., 2001, pp. 133-152.

_____ Alguns aspectos do sintoma na medicina. In: CALDEIRA, G.; MARTINS, J.D. **Psicossomática: teoria e prática**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Medsi – Ed. méd. e cient., 2001, pp. 153-160.

MCDOUGALL, J. **Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise**. Trad. Pedro Henrique B. Rondon. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MOISÉS, O. Síndrome da fibromialgia. Disponível em: <<http://www.omarmoises.com.br/fibromialgia.htm>> . Acesso em: 19 dez. 2006. 15:05.

MUCIDA, A. **O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

NASIO, J.-D. **Psicossomática: as formações do objeto a**. Trad. Felipe Leclercq/Miguel Kertzman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

_____. **O livro da dor e do amor**. Trad. Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

OLIVEIRA, M.F.; CAMÕES, C. Fibromialgia e síndrome da dor crônica. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/imprimir_1php/codigo-a0130>. Acesso em: 19 dez. 2006. 15:27.

ORTH-GÓMER, K; LEINEWEBER, C. Multiple stressors and coronary disease in women. The Stockholm female coronary risk study. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=a5740825&dopt=Abstract>. Acesso em: 4 fev. 2007. 9:45.

PENNA, L. **Corpo sofrido e mal amado: as experiências da mulher com o próprio corpo**. 3ª Edição. São Paulo: Summus, 1989.

QUADROS, A. C. O. **Câncer de mama: a cura pode estar em você**. Brasília: Thesaurus, 2005.

RAMOS, D.G. **A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença**. Ed. revisada, atualizada e ampliada. São Paulo: Summus, 2006.

RIEHELMANN, J. C. Psicossomática e a mulher dolorida: interface objetividade/subjetividade das dores do ser mulher. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.) **Psicossomática e a psicologia da dor**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004, pp. 33-51.

SASDELLI, E. N.; MIRANDA, E. M. F. Ser: o sentido da dor na urgência e na emergência. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.) **Psicossomática e a psicologia da dor**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004, pp. 93-112.

SILVA, F. R.; CALDEIRA, G. Alexitimia e pensamento operatório. A questão do afeto na psicossomática. In: MELLO FILHO, J. e cols. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: artmed, 1992, pp. 113-118.

SIMÃO, Y. A. A construção do corpo e seus destinos: uma visão psicanalítica. In: CALDEIRA, G.; MARTINS, J.D. **Psicossomática: teoria e prática**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Medsi – Ed. méd. e cient., 2001, pp. 11-22.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA (SBR). Fibromialgia. Disponível em: <<http://www.reumatologia.com.br/principaisdoencas.htm>>. Acesso em: 13 Dez. 2006. 1:30.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR (SBED). Dor. Disponível em: <http://www.dor.org.br/dor_introasp>. Acesso em: 13 Dez. 2006. 12:55.

SOLER, C. **O que Lacan dizia das mulheres**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

The bantam medical dictionary. New York: Bantam, 1990.

VALAS, P. Apresentação. In: Wartel et al. **Psicossomática e psicanálise.** Trad. Luiz Forbes. Coleção Campo Freudiano no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, pp. 7-8.

VOLICH, R. M. **Psicossomática:** de Hipócrates à psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2.000. Coleção Clínica Psicanalítica.

WARTEL, R. Que esperam de nós os médicos? In: Wartel et al. **Psicossomática e psicanálise.** Trad. Luiz Forbes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. Coleção Campo Freudiano no Brasil, pp. 9-15.

WEIDEBACH, W. F. S. Fibromialgia: evidências de um substrato neurofisiológico. São Paulo. **Rev. Ass. Médica Bras.** [online], 2002. Vol. 48, no. 4, pp. 291-291. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s104-42302002000400028&Ing=em&nrm=isso>. Acesso em 11 Out. 2006. 6:10.

WINNICOTT, D. W. **Natureza humana.** Rio de Janeiro: Imago, 1990.

YALOM, I.D. **Os desafios da terapia: reflexões para pacientes e terapeutas.** Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.