



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

CAROLINA CAVALCANTI HENRIQUES

**Reflexões sobre as dores corporais crônicas  
fibromiálgicas e as suas relações  
com a melancolia**

Recife,  
2013.

**CAROLINA CAVALCANTI HENRIQUES**

**Reflexões sobre as dores corporais crônicas  
fibromiálgicas e as suas relações  
com a melancolia**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP, na linha de pesquisa Psicopatologia fundamental e psicanálise.

Orientadora: Profa. Dra. Edilene Freire de Queiroz

Recife,  
2013.

CAROLINA CAVALCANTI HENRIQUES

# **Reflexões sobre as dores corporais crônicas fibromiálgicas e as suas relações com a melancolia**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP, na linha de pesquisa Psicopatologia fundamental e psicanálise.

Aprovada em 11 / 10 / 2013

## BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Edilene Freire de Queiroz – UNICAP (Orientadora)

---

Prof. Dr. Zeferino De Jesus Barbosa Rocha – UNICAP (Examinador interno)

---

Profa. Dra. Maria Helena Fernandes – SEDES SAPIENTIEA SP (Examinadora externa)

---

Prof. Dr. Carlos Henrique Ferraz – FAFIRE (Suplente externo)

---

Profa. Dra. Ana Lúcia Francisco – UNICAP (Suplente interno)

*Dedico este trabalho a dois outros grandes amores que tive na minha vida.*

*À minha filha, Naninha!  
À minha amada mãe, Meiê!*

*Suas existências foram em si um ato de amor.  
Gerar, cuidar, nutrir.  
Amar, amar, amar ...  
Amar com um amor incondicional, que nada espera em troca.  
Afeto desmedido e incontido. Mãe é um ser infinito. Filho ...sem palavras!*

## AGRADECIMENTOS

Como não poderia deixar de ser, inicio os meus agradecimentos a Edilene, minha orientadora, que a vida quis que nos reencontrássemos depois de tempos desencontradas por circunstâncias de vidas profissionais paralelas. Obrigada, Edilene, foi difícil esta tarefa, mas, tenha a certeza que você tornou possível a travessia por uma longa estrada abrindo espaços para que eu realizasse um **sonho**, jamais imaginado possível.

À minha linda família que sofreu, juntamente comigo, ou mais que eu, pela longa espera e ausência duradoura, para que eu pudesse realizar um dos meus inquietantes **sonhos**. Vida dura, trabalho duro meus amores, mas que um dia teria que ser concretizado. Obrigada por terem paciência e impaciência, assim também como eu tive. O nome disso é FAMILIA!

A meu querido esposo, **Geraldo Rinaldi**, por ser tão importante na minha vida. Sempre a meu lado, me pondo para cima e me fazendo acreditar que posso mais que imagino. Devido a seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor, este trabalho pôde ser concretizado. Obrigada por ter feito do meu **sonho o nosso sonho!**

O meu obrigado mais do que especial ao meu pai, meu querido velho, que cansado, esperou pacientemente, já aos 95 anos para assistir, orgulhosamente, a uma filha teimosa e obstinada, dizer a ele: "Meu pai tenha paciência, que você verá mais um dos meus planos e **sonhos** realizados"! Sei o quanto sou orgulhosa e envaidecida pelo olhar terno e eterno que tens em minha direção.

Minha filha, única filha, motivo mais importante de minha luta pela vida desde sempre! Obrigada, Mona, por tanta compreensão, força e vibração com os meus muitos **sonhos!**

À minha amada neta, Vivi como vovô a chama e Tóia como vovó a chama, seu nome é lindo, Maria Vitória, o encanto da nossa vida. Os **sonhos dos sonhos** de nossa casa. Você foi a musa inspiradora deste meu trabalho que sempre que podia contava as páginas exclamativamente dizendo: Vó isso tudo! Vovó brincou pouco com você meu amor, mas sempre você alimentou o meu sonho de concluir esta dissertação. Amo você querida!

Meus amigos de tantos lugares não precisarei citá-los, por serem tantos e tão maravilhosos! Além de agradecer-lhes quero desculpar-me por abandoná-los por tanto tempo. Quero que saibam que nunca os abandonei, sempre estiveram presentes no meu coração. Podem preparar a comida, a bebida que agora estou voltando! Vamos viver o meu **sonho** em grupo?

Quero dizer a você, Nano, que não pude estar por vários momentos ao seu lado, entre vidas paralelas que temos vivido nestes últimos tempos. Sou-lhe, imensamente grata pela sua compreensão. Diga aos meus queridos sobrinhos que depois dividirei este **sonho** com eles, amos todos! O meu muito obrigado pelo apoio e compreensão.

À minha família de sempre e de belos encontros em Pitimbu. Como deixei vocês em tantos momentos prazerosos, para me debruçar neste trabalho tão **sonhado**. Quero dizer a todos que me viam tão cansada estressada, valeu! Aguardem-me estou voltando!

À SPRPE, tantos amigos, lugar de tantos outros **sonhos!** Obrigada por torcerem por mim e me deixarem ausente, de tarefas necessárias da nossa

sociedade, para que eu cumprisse o compromisso com este meu **sonho** de fazer mestrado.

Zefe, querido Zefe, não tenho palavras para agradecer a você, pelo prazer que foi reencontrá-lo! Um dia meu professor na Universidade Federal de Pernambuco, outro dia professor, coordenador e meu presidente no Círculo Psicanalítico de Pernambuco, não bastasse tamanho privilégio, te encontro de novo me dando maravilhosas aulas, participando contigo nos laboratórios das quintas quinzenais, lugar de muito saber, vale ressaltar e, por último, meu examinador com muito orgulho! Mais um **sonho** meu realizado. Obrigada, Zefe, por você existir na nossa vida!

A todos os professores que tive a honra de conhecer e aos outros que a vida me privilegiou com um reencontro recheado de bons **sonhos**! Obrigada pela ajuda em vários momentos.

Quero fazer uma menção honrosa a uma pessoa que foi para mim muitíssimo especial! Ana Lucia Francisco, tenho uma imensa gratidão pela maneira como você me recebeu e o quanto fui reconhecida por você. Obrigada, Ana, você faz parte dos meus **sonhos**!

Consuelo, obrigada pelos apoios, você apareceu em momentos que eu mais precisava levar o meu **sonho** adiante.

Querida amiga Maria Helena Fernandes! Você nunca mais sairá das pessoas especiais catalogadas no meu coração! É imenso o meu prazer, saber que estás junto com Zefe compondo a banca examinadora para realizar o ato final deste meu sonho inesperado diante do tempo, que já estava ultrapassado. Mas só morreremos quando paramos de **sonhar**, não é? Obrigada, Lena por ter conhecido o Sedes através de ti, agradeça a todos de lá, também.

Querido Carlinhos Ferraz, amigo para todas as horas, nunca deixastes que eu desistisse do meu **sonho** em concluir este mestrado. Obrigada, Carlinhos você é gente grande!

Ré ,antes de falar da nossa turminha é preciso dizer que o nosso encontro foi um presente dos Deuses! Não sabemos o porquê e o como nos encontramos numa chuva em São Paulo, depois em outros lugares aqui no Recife e acabamos realizando um **sonho** a dois, não foi um **sonho** só, interessante, conseguimos! Deus abençoe esta nossa união!

Meus queridos colegas Regina, Pedro, Clarck, Maria Helena, Fabiano e os que fizeram parte da nossa turminha de 2010, acabaram tarde, mas realizei como vocês o nosso **sonho** tão esperado!

Alcione, minha querida secretária, obrigada por ter aguentado de mim tantos aborrecimentos e sufocos. Sem você não sei se realizaria este sonho, que é meu, mas é também nosso!

Às queridas secretárias Nélia e Nicéias, obrigada por sempre contar com vocês. Fazem, também, parte do meu **sonho**, tenham a certeza!

A você, Mariano que me ajudou a construir este trabalho, revendo gramática e o colocando na formatação adequada às normas exigidas. Foi um **sonho** realizado a quatro mãos

**Aqui quero dar um destaque muitíssimo especial: A meus pacientes, origem e destino de minha atividade profissional, que possibilitaram tornar real o que um dia fora apenas um vago sonho de uma jovem idealista.**

Por favor, me perdoem se eu não me lembrei de citar mais alguém, provavelmente, sonharei com vocês nesta noite e isso confirma que um dia os

nossos **sonhos** serão realizados, Freud foi um sábio ao nos introduzir neste mundo, afirmando-nos que: **“os sonhos são a realização dos nossos desejos”**.

**Meu muitíssimo obrigada a todos! Sonhar só não basta, temos que perseguir os nossos sonhos e de preferencia, compartilhá-los ao máximo!**

## **Dor..!**

Quem és "Dor"? Qual será teu significado?  
Por que sorratamente invades meus espaços,  
E sobre meu corpo estendes teus tentáculos difusos,  
Flagelando-o em desacreditadas queixas,  
Subjugando-o em telúricas paisagens?

Pudesse eu, descrever-te em palavras, mas... estas me fogem,  
Pois estás além do limite de meu corpo e de minha mente.  
És, talvez, o espectro que silenciosamente, assombra em meus umbrais,  
Ditando tediosamente, dentro de mim, as penas de minha existência.

Quem és "Dor"? Por que insistes em me tocar, em me possuir,  
Passando noites a questionar-me sobre a inutilidade dos remédios?  
Por que velas meu sono assim tão ciumenta,  
Erotizando meu corpo em gemidos lancinantes,  
Legitimando nele, o sofrimento?

Por que me encarceras em teus calabouços,  
Sob o julgo de estereótipos infamantes?  
Por que me acorrentas a tantos rótulos,  
Estigmatizando-me em histéricas loucuras?

Quem és "Dor"? Por que me acuas no temor do desconhecido?  
É chegada a hora de assumir todas minhas heranças,  
De quebrar todos "Totens e Tabus",  
De encarar enfim esta "Medusa"  
E petrificar em mim, todos os medos.

Sou a Maria das Dores...Sou aquela que passa e ninguém vê...  
Meu corpo por pontos dolorosos é formado.  
Cada gesto meu é uma dor que se exterioriza.  
Eu sou o reflexo de um espelho que se antagoniza  
Na incredibilidade do que reflete.

Sim..! Sou a Maria das Dores...Aquela que passa e ninguém vê...  
Aquela que sofre, mas...ninguém crê...

*De Hyppólito*

## RESUMO

Na clínica contemporânea, temos nos defrontado com novas expressões de sofrimento, nas quais o corpo ganha destaque. Entre os fenômenos recorrentes encontramos a dor crônica e as fibromialgias. Os estudos sobre esses assuntos apresentam posições distintas: uns consideram tais dores como fenômenos histéricos, outros, como uma manifestação do corpo deprimido. Pretendemos verificar as especificidades das dores crônicas, desde a possibilidade de uma manifestação histérica ou depressiva, mas avançando na hipótese de que elas possam ser manifestações do quadro melancólico. Tomaremos a teoria de Freud como principal fonte dos nossos estudos sobre a melancolia e cotejaremos também autores mais recentes que tratam do fenômeno da dor, particularmente os da psicossomática psicanalítica. Os pacientes que nos mobilizaram a empreender tais estudos foram aqueles que apresentavam traços curiosos: pouca fluidez pulsional, desânimo, dores em vários pontos do corpo, sintomas psicossomáticos, ansiedade bastante expressiva e, geralmente, marcados por uma falta de sentido, conotando, de um lado, traços melancólicos e, de outro, sintomas somáticos. Na melancolia, trata-se de uma perda na vida pulsional enquanto que no sofrimento decorrente de um luto normal, isso não acontece; a libido se desprende do objeto, devido a uma posição ocupada por esse objeto perdido, em que havia um duplo trabalho a ele dirigido, de amor e ódio, portanto passível de ser elaborado, no nível consciente. Nesse mesmo texto, ele mostra que no luto patológico, o objeto perdido mantém-se investido, libidinalmente, tendo como consequência um apego a ele, sem que ele possa ser elaborado, causando, portanto, uma sombra do objeto sobre o próprio ego do sujeito. Isso significa que há um hiper investimento narcísico no objeto, no qual o sujeito se fixa colando nele. Num mundo voltado para o individualismo, para o narcisismo e sem ideais é provável que se estimule mais esse encapsulamento, impedindo o sujeito de se vincular. Na clínica contemporânea os sintomas são mais dessa natureza: são primários, de caráter narcísico, no qual o sujeito se vê encapsulado num mundo vazio e sem significação. Nesse contexto, pensamos ser mais propício falar de sujeitos melancólicos, distinto dos deprimidos, pois estes fazem uma retirada do investimento libidinal, mas mantém uma relação com objeto.

**Palavras-chave:** Dores crônicas. Fibromialgias.  
Melancolia. Depressão. Histeria. Narcisismo.

## ABSTRACT

In contemporary practice, we have been faced with new expressions of suffering, in which the body gets featured. Among the recurring phenomena found chronic pain and fibromyalgia. Studies on these subjects feature distinct positions: some consider such pain as hysterical phenomena, others as a manifestation of the body down. We intend to verify the specifics of chronic pain, since the possibility of a hysterical demonstration or depressed, but advancing the hypothesis that they may be manifestations of melancholic framework. Take the theory of Freud as the main source of our studies on the melancholy and cotejaremos also latest authors dealing with the phenomenon of pain, particularly the psychoanalytic literature. Patients who mobilized us to undertake such studies were those that were curious traits: low fluidity pulsional, dismay, pain in various parts of the body, psychosomatic symptoms, anxiety quite expressive and usually marked by a lack of sense, connoting, on the other hand, melancholic traits and somatic symptoms. In melancholy, a loss in pulsional life while suffering from a normal grief, that doesn't happen; libido peels back the object, due to a position occupied by this lost object, in which there was a double job to him directed, of love and hate, so liable to be drafted in the conscious level. In this same text, it shows that in the pathological mourning, the missing object remains invested, libidinalmente, resulting in an attachment to him, without it can be elaborated, causing therefore a shadow of the object about the subject's ego itself. That means there's a hyper narcissistic investment in object, in which the subject is fixed by pasting it. In a world facing individualism, for narcissism and without ideals is likely to stimulate more this encapsulation, preventing the subject from link. In contemporary clinical symptoms are more of this nature: are primary, narcissistic character, in which the subject finds himself wrapped in a world empty and without meaning. In this context, we think it's more conducive to speak of melancholy subjects, distinct from the depressed, because these make a libidinal investment withdrawal, but maintains a relationship with object.

**Keywords:** Chronic pain. Fibromyalgia. Melancholy. Depression. Hysteria. Narcissism.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO1 – CONTEXTUALIZANDO A DOR.....</b>	<b>21</b>
1.1 As dores agudas e as dores crônicas .....	22
1.2 As dores fibromiálgicas .....	27
1.3 Estado atual do debate das dores crônicas e da fibromialgia .....	28
<b>CAPÍTULO2 – DORES CRÔNICAS, E AS FIBROMIALGIAS SOB A ÓTICA DA PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA .....</b>	<b>34</b>
2.1 As dores crônicas no vértice da psicossomática psicanalítica.....	37
2.2 As dores fibromiálgicas no vértice da psicossomática psicanalítica .....	42
2.3 Aproximação entre a melancolia e as dores crônicas pela psicossomática .....	47
<b>CAPÍTULO3 – DOR FIBROMIÁLGICA E MELANCOLIA.....</b>	<b>54</b>
3.1 A depressão e a melancolia .....	55
3.2 A melancolia .....	57
3.3 O substrato melancólico na dor crônica .....	59
3.4 Refletindo sobre a dor fibromiálgica e a sua relação com a melancolia .....	67
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>77</b>

## INTRODUÇÃO

O tema sobre as dores crônicas e as fibromialgias nos despertou interesse pelas demandas, atuais, dos pacientes com queixas de dores corporais. Esses pacientes chegavam até nós, geralmente, indicados por médicos e, em particular por Reumatologistas. Apresentavam uma queixa de dores constantes em diversas partes do corpo realçando que já haviam passado por uma infinidade de exames laboratoriais e radiológicos. O médico, então, diagnosticava-os como portadores de um tipo de dor crônica denominada de fibromialgia. Paralelo à prescrição medicamentosa, os médicos indicavam uma psicoterapia. Até o momento, todos que recebemos, eram do sexo feminino e numa faixa etária entre 40 e 60 anos, aproximadamente. Um dado importante, que apareceu na quase totalidade dos casos é que essas pacientes haviam sofrido durante as suas vidas perdas significativas. À medida que suas análises caminhavam, observamos um luto mal elaborado com reflexos em suas capacidades de avançarem nas tarefas comuns do dia a dia. As dores poderiam ser reflexos de aprisionamentos e pouca fluidez pulsional. A partir desses casos pudemos observar e, conseqüentemente, pesquisar sobre o substrato melancólico nesses quadros de dores crônicas.

Estudos veem sendo feitos nas diversas áreas de saúde, mostrando uma elevada incidência dessas dores, principalmente na população feminina. Os estudos epidemiológicos sobre dores fibromiálgicas (ANTÔNIO, 2001) chegam a destacar que cerca de 70% dos casos pesquisados, são atribuídos a essa população. Como vimos, a nossa experiência corrobora esses estudos logo, é pertinente e atual nosso interesse em pesquisar e aprofundar o tema.

A questão da incidência maior na população feminina ser destacada nos estudos epidemiológicos nos leva, primeiramente, a associar tais dores corporais às manifestações histéricas. Afinal, não podemos nos esquecer de que foram as histéricas que mostraram, com dores deslocadas para o corpo, seus mal-estares ante a repressão sexual da época vitoriana. Foram elas que instigaram o interesse de psiquiatras da época a estudarem tais fenômenos e, particularmente, o de Freud que criou, a partir delas, a Psicanálise. Freud proporcionava a suas pacientes

um lugar de escuta no qual esses sintomas eram trabalhados no sentido de encontrar sua transcrição em palavra.

Muitos estudos buscam relacionar a fibromialgia com o funcionamento das históricas pela verossimilhança na forma de suas apresentações. O Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise, onde desenvolvemos este trabalho, tem desenvolvido alguns interessantes trabalhos que estão voltados para melhor compreendermos esta relação e eles tomam a histeria como foco. Alguns trabalhos apontam a fibromialgia, como fazendo parte do quadro clínico da histeria, outros estudos dão destaques importantes ao caráter depressivo e psicossomático desses pacientes. Certamente que as mulheres que Freud ouvia não são as mesmas dos tempos atuais. Mais de um século se passou desde então; nem a mulher ocupa a mesma posição social que ocupava no final do século XIX, nem a sexualidade se apresenta do mesmo modo que à época da repressão vitoriana. Mas será que as questões sobre feminilidade e sexualidade mudaram tanto assim? As mulheres continuam sendo “barulhentas” e dando trabalho aos psiquiatras e médicos e despertando curiosidade pela maneira de expressar seus mal-estares.

Curiosamente, cada vez mais, novas patologias vêm sendo descritas, como se o sintoma roubasse, de novo, o lugar da palavra. Ou melhor, explicando, são novos sintomas em busca de outras decifrações dos enigmas existentes atrás de cada um deles. Não temos a pretensão, como psicanalistas, de eliminar sintomas nem, tampouco buscar calá-los. As patologias se apresentam através de sintomas e, sempre acompanham as demandas sociais e individuais em cada momento sociocultural. Arrancá-los e eliminar as dores dos pacientes nos parece estar no âmbito do interesse da farmacologia médica. Buscar interpretar os enigmas existentes por trás de cada sintoma, compreender os seus sentidos na constituição da subjetividade do sujeito singular, é o objetivo da Psicanálise.

Serão novas estas patologias, ou apenas repaginadas e reapresentadas, com a cara do século XXI? Neste século do poderio econômico neoliberal, no qual a indústria dos medicamentos reina absoluta, são necessárias novas doenças para que se prescrevam novos medicamentos? (BERNARDINO; SLOMPO; MARQUES, 2006, p.265).

Tal observação nos serviu de gatilho para melhor explorarmos qual é o lugar da fibromialgia nos dias atuais. Trata-se de indagar se é um estudo para a medicina

ou para a psicanálise ou clama pela necessidade de uma interface com ambos os campos? É do nosso interesse que este trabalho possa contribuir para ambas as áreas de conhecimento e ele se justifica pela sua importância social, clínica e ética. Nestes tempos, em que a indústria de medicamentos predomina devido à rapidez e eficácia das drogas na eliminação do sofrimento humano, medicar, ao invés do falar ganhou força, logo, é preciso, também, insistir em estudos e pesquisas de caráter psicanalítico para que possamos melhor compreender a subjetividade humana. Busca-se com a psicanálise um sentido de organização psíquica, ou seja: ao invés de calar o sintoma fazê-lo falar.

Nossa hipótese é de que há uma constituição melancólica presente nos casos clínicos que tivemos a oportunidade de acompanhar. Buscaremos, além de aprofundarmos a pesquisa da melancolia em Freud, tomar autores pós-freudianos com contribuições significativas sobre o tema como: Ruffino (2001); Horn (2003); Kehl (2009).

Para ilustrar traremos alguns fragmentos clínicos que nos levaram a tomar a perspectiva da melancolia. Sustentamos a relação das dores crônicas ou fibromiálgicas com a melancolia com base em três perspectivas:

- a) Tomando os conceitos de desamparo, de narcisismo, conflito edípico da obra freudiana para entendimento do quadro melancólico e sua relação com as dores crônicas;
- b) O argumento do imperativo categórico de felicidade e sucesso que governa as ações humanas hoje não dando espaço para a dor como expressão de insatisfação e descontentamento e;
- c) Os estudos feitos pela psicossomática psicanalítica no que concerne a relação da dor física e psíquica.

O desamparo (*Hilflosigkeit*) em alemão é considerado no sentido etimológico da palavra, a situação na qual alguém se encontra sem possibilidade de cuidar de si mesmo. Rocha (2011, p.601), esclarece-nos que a palavra *hilfe* significa “ajuda”, e *losigkeit* significa “a falta de” ou “a ausência de” alguma coisa. E continua... [O recém-nascido é um *hiflo* porque não tem possibilidade de ajudar a si mesmo]. “De

fato, sem aquilo que Freud chamou da *FremdeHilfe*, ou seja, de ajuda alheia ou estrangeira, sem ajuda de outro diferente de si o bebê não sobreviveria. E, ainda, continua Rocha (p.601). De um modo curioso, mas que é profundamente significativo Freud afirma que esta *FremdHilfe*, ou seja, que esta ajuda estrangeira “é a fonte primordial de todos os motivos morais”. (ROCHA *apud* FREUD, 1895/1975, p.52). Para melhor compreendermos esta questão tomarei de empréstimo, a introdução feita por Zeferino Rocha (1999)<sup>1</sup>, quando nos diz:

Freud não fez um estudo sistemático da noção do desamparo. No entanto, parece inegável que a experiência do desamparo tem um lugar de destaque na teoria psicanalítica. Situar o desamparo na metapsicologia Freudiana, fazendo trabalhar sua articulação com os conceitos metapsicológicos do Inconsciente e da Angústia, é ao que me proponho nesta conferência.

Neste destaque, Rocha, visitando Freud, nos leva a penetrar na compreensão e na importância deste conceito no interior da metapsicologia freudiana e, fundamentalmente, mostrando-nos a articulação com o estudo do inconsciente (1915) e a teoria da angústia (1926). Assim, instiga-nos a penetrar a partir deste estudo, que fez nesta conferência, na importante articulação da singularidade do sujeito, fazendo-nos pensar na completa solidão do sujeito e na descoberta da contingência e da finitude de nossa existência. Difícil imaginar uma forma de solidão maior e mais dolorosa do que aquela do desamparado. Nela o ser humano encontra-se inteiramente só. O desamparado sente-se tão só, como o naufrago perdido na imensidão do mar. A metáfora é uma tentativa de demonstrar que a essência do desamparo é a solidão e o sentimento de impotência, constituídos pela impossibilidade do sujeito de achar sozinho uma saída para a situação em que se encontra. Mas ela não termina aí, porque, ao mesmo tempo e normalmente, o desamparo abre para a alteridade. O sujeito desamparado lança um grito desesperado de ajuda lançado na direção do outro. Quando o grito fica sem resposta, o desamparo torna-se desespero. Logo, percebemos que o desamparo é uma experiência estruturante da subjetividade do sujeito.

Tomamos o desamparo para realçar a condição de desproteção, de solidão, de limite, do imprevisível, do inominável (resto pulsional) de tais pacientes. Para sua

---

<sup>1</sup> Conferência pronunciada no V Fórum Nacional de Psicanálise, realizado na Cidade do Recife entre 17 e 20 de junho de 1999.

sobrevivência, o sujeito precisa criar possibilidades afetivas que lhes permitam enfrentar o desamparo e os destinos podem ser resumidos em dois: o criativo no qual há aceitação da inexorável dor da solidão, ou um destino funesto, irascível, seria o seu evitamento, uma forma de fuga. Este último destino que pode ser aplicado ao melancólico, também aos casos limítrofes, aos pacientes que sofrem de transtornos alimentares, aos drogaditos, aos quadros psicossomáticos, enfim, aos pacientes que apresentam uma estrutura frágil e que buscam artifícios para sustentar sua própria auto-suficiência e onipotência, a partir dos seus ideais fálicos e narcísicos.

Freud (1930) mostrou em, “O mal-estar na civilização”, que o mal-estar é uma nostalgia do pai e um apelo à sua proteção, presentes em qualquer problemática neurótica; no melancólico, isso o torna aprisionado a um tipo de imaginário narcisado, pois o melancólico toma o pai, ou o morto, como um Deus, seu ego torna-se, portanto, narcisado. Todo bebê, ao nascer, vive as primeiras fases de sua vida em um estado fusional com a mãe. Chega, porém, um momento em que este tipo de vínculo é interrompido pela entrada, em cena, da figura do pai, como Portador da Lei simbólica. Para continuar a se desenvolver, a criança precisa aceitar esta Lei e assumir sua castração simbólica, ou seja, renunciar às ambições fálicas do seu narcisismo infantil. Surge, então, um grande conflito que a Lei do pai impõe à criança, ou seja, o sentimento de amor e de ódio que ela nutre pela figura deste pai. Ela o odeia por tê-la separado de sua mãe, rompendo a relação fusional em que se encontrava; mas, ao mesmo tempo, ela o ama e anseia por sua proteção. Para Freud, esse sentimento infantil perdura por toda a idade adulta.

“Assim, Deus nada mais é do que a imagem idealizada do pai, no qual a criança procura proteção para superar o seu desamparo. Esta imagem idealizada de um pai protetor onipotente é uma criação imaginária da criança, que só tem sentido enquanto ela vive sob a égide do princípio do prazer, sem ainda[...] se confrontar com a realidade. Fixar-se, porém, nesta imagem, mesmo depois que a criança deixou de ser criança e se tornou uma pessoa adulta, é o que, para Freud, se caracteriza como ilusão”. Para ele, “a religião se originou do desamparo da criança prolongada na idade adulta. No lugar do pai protetor da infância, o homem adulto

põe o Deus, Pai, Todo-Poderoso, a quem se deveria louvar e dar graças em todo o tempo e lugar" (ROCHA *apud* DAVID, 2003, p.14).

A concepção do modelo do narcisismo (FREUD, 1914) amplia o saber a respeito da melancolia, ao refletir sobre a análise dos diversos estados mentais (neuróticos narcísicos e psicóticos). Em "Luto e Melancolia", texto base para este trabalho, Freud (1917[1915], p. 249) escreveu que "a sombra do objeto se abateu sobre o ego". Este enunciado é essencial para se pensar a fusão do ego com o objeto e propõe uma reflexão diferenciada para a análise do narcisismo. Se o sofrimento do sujeito diante da perda do objeto é incrementado com a sombra do objeto que se abateu sobre o ego, na clínica, o analista deverá buscar um trabalho em que possa ajudar o paciente a retirar esta sombra. De forma, a que possa libertá-lo da confusão vivida, através de um trabalho na análise, que tente desconstruir o postulado narcísico básico de auto engendramento da mente, gerado pelas defesas narcísicas.

Nesse estudo sobre o narcisismo, Freud ressalta que uma das características desse modelo não é somente trazer de volta ao ego todos os investimentos do objeto externo, mas também tentar apagar o que vem do outro. Em "O ego e o id", (FREUD, 1923) como no texto "Inibição, sintoma e angustia" (FREUD, 1926) ele demonstrou como o ego assimila e toma para si o que não pode remover. Isso significa dizer, que no estado narcísico além de haver uma assimilação do objeto e o acolhimento da própria sombra que caiu sobre o ego há um movimento em direção a certa mistura, sombra do objeto e o ego, incorporando os traços desse objeto.

Ao tomar a melancolia como o mais importante modelo de impasse narcísico, Freud deu um salto em direção ao trabalho com esses pacientes favorecendo as análises de estados mentais narcísicos e indentitários. Outros autores, como Winnicott, também buscam desconstruir essa forma de defesa do melancólico, emprestando o seu conhecimento, tanto teórico como clínico, em direção ao despregamento desse sombreamento do objeto perdido no ego. Da perspectiva aberta por Winnicott, que ampliou os comentários de Freud a respeito da sombra do objeto, o que retiramos busca incrementar uma mudança de postura na clínica desses pacientes regredidos e representa um acréscimo na teoria freudiana. Para Winnicott (*apud* ROUSSILLON, 2012, p.160), "o indivíduo espera que o objeto

primário seja um espelho emocional que ofereça uma representação do *self*". Isso significa dizer, que há uma consequência clínica na qual o outro se emprestará como fonte para a construção de uma identidade, através de um espelhamento que lhes empresta, levando a restaurar traços de memória perdidos, decorrente da colagem sofrida do ego pela sombra do objeto. A ideia é que esse espelho funciona como uma imagem primária do objeto. Ele restaura o paradoxo de uma identidade construída através da internalização do espelhamento enviado por outra pessoa. "A identidade é o precipitado das identificações narcísicas primárias, aquelas que incorporaram um objeto que é o espelho e o duplo do *self*" (WINNICOTT *apud* ROUSSILLON, 2012, p.161).

Desta forma, Winnicott amplia a possibilidade do trabalho de Freud, sobre o luto e a melancolia, oferecendo para o modelo clínico, maiores possibilidades de trabalho, não somente com os pacientes melancólicos, como, também, com as estruturas mais regredidas, entre os quais destacamos os psicossomáticos. O analista é mensageiro e porta-voz de uma nova identificação, que somado aos precipitados das identificações maternas primárias provoca uma espécie de descolamento pulsional que sombreia o ego e, nesse processo de inclusão por identificação com o outro, faz brotar o modelo de Alteridade. Isso se dá por meio do espelhamento feito, não somente pelo trabalho transferencial, bem como pelo espelhamento já existente, através das identificações com os seus objetos primários. E, continua Roussillon:

Tentar restaurar psicanaliticamente esse aspecto de 'alteridade' e desconstruir o postulado narcísico solipsista da auto identidade, significa tornar possível ou restaurar a função objetalizante da pulsão. Isso permite redescobrir no ego traços do objeto perdido e representa a sombra que foi assimilada (ROUSSILLON, 2012, p. 160-161).

Compreende-se com a questão acima destacada, que o modelo da intersubjetividade da vida pulsional, alarga o escopo do que o analista poderá compreender, ampliando o pensamento clínico, que é necessário para dar conta dos pacientes regredidos e aprisionados, os psiquicamente primários, cujas estruturas estamos nos debruçando nesta dissertação, os melancólicos, os psicossomáticos e os que apresentam os modelos psicopatológicos de incidência de adoecimentos nos seus corpos.

Trabalhar pacientes com uma apresentação narcísica, própria do melancólico ou de outras patologias regressivas, implica em discutir o lugar da clínica atual, ou seja, dirigir o olhar sobre a clínica, buscando refletir acerca do ofício do analista e sua complexidade. Nesse contexto, os aspectos contratransferenciais entram em jogo constituindo-se em ferramenta fundamental para se ter acesso às expressões arcaicas e não somente ao desvelamento do recalcado. Há um termo que tem sido bastante utilizado para designar uma espécie de comunicação transferencial desses pacientes com predomínio de estrutura primária, denominada de *Enactment*<sup>2</sup>. É um conceito muito utilizado nos pacientes de difícil acesso, em especial, portadores de estruturas com predomínio narcísico e patologias limítrofes, nos quais a mensagem é atuada. Esses são pacientes com apresentações nas suas estruturas, bastante regredidas os quais precisamos alterar a regra técnica do setting analítico. Mauro Gus, Nelson Rocha e outros estudiosos do conceito de *enactment*, ressaltam que haja uma modificação da técnica no trabalho com os pacientes *boderlines* (ROCHA, 2009).

Rocha (2009, p. 30) nos diz:

O conceito de *enactment* foi um instrumento muito útil nas conjeturas, análise e compreensão do processo analítico. Penso e recomendo o uso deste instrumento, como um *modelo*, para auxiliar a descrever e a pensar sobre a situação analítica. Falo de modelo no sentido em que foi usado por Bion: como um instrumento para pensar.

O momento seguinte ao uso do modelo é a realização que corresponde à intuição e à abstração. Na hora – diz Bion – “em que tenho a intuição, posso abandonar o modelo, que então se torna inútil” (ROCHA, *apud*, REZENDE, 1993, p. 15). Concluo citando Bion (1974, p. 31): “modelos são descartáveis, teorias não”. Penso que o que de melhor está contido na ideia de *enactment*, é a rede de identificações e contra identificações projetivas, que produz uma encenação inconsciente, da qual analista e analisando participam igualmente. Isto torna evidente que a ideia de *enactment* traz em seu bojo uma descrição fenomenológica, não um conceito metapsicológico. Do ponto de vista metapsicológico parece-me

---

<sup>2</sup> O modelo metapsicológico e conceitual do *acting* e do *enactment*, ilustra a clínica, diante da aplicabilidade técnica e os recursos que a clínica atual exige do psicanalista, tendo em conta a necessidade de pluralismo teórico e a disponibilidade contratransferencial no atendimento de pacientes difíceis.

muito mais preciso pensar em termos de identificações e contraidentificações projetivas ou no par transferência-contratransferência.

Mostraremos, através de pequenos fragmentos clínicos, as possibilidades de um manejo técnico eficaz, nos Capítulos 2 e 3 desta dissertação. Fernandes (2003), realça o hiper-investimento no corpo, objeto, de um lado, de certo ideal de perfeição e de outro, fonte de frustração e sofrimento, constituindo-se, portanto, como meio de expressão do mal-estar contemporâneo.

A segunda perspectiva que foi tomada para justificar a melancolia como vertente da dor crônica, se refere, sobretudo, às novas formações culturais, nas quais há um imperativo categórico de que prevaleça a felicidade a qualquer preço. Há uma intolerância à tristeza, não há espaço para sofrimento depressivo e melancólico. Neste momento, retomo o questionamento feito por Ruffino (2001), quando diz: “será que o imperativo moderno de felicidade, ao imprimir uma intolerância à tristeza e ao fracasso, leva à crença de que a depressão é a doença do século e que deve ser combatida com rigor?” E complemento: De que forma a investigação em torno da melancolia, enquanto modo particular de constituição de um sujeito permitiria ressituar os fundamentos deste debate?

O presente trabalho se propôs a fazer uma reflexão sobre as dores crônicas fibromiálgicas e suas relações com a melancolia, o que nos levará, obrigatoriamente, a refletir sobre a questão do narcisismo e o campo da alteridade. Sabemos que na depressão há uma relação com o outro, diferentemente da face narcísica da melancolia, na qual há um fechamento ao encontro com a alteridade do outro, visto que isso significa para o melancólico, o aniquilamento do seu eu ideal.

A terceira e última perspectiva tomada para sustentar a relação das dores crônicas ou fibromiálgicas com a melancolia, é a dos estudos feitos pela psicossomática psicanalítica, em relação à dor física e psíquica. Os estudos sobre a dor, em linhas gerais, apontam-nos para um fenômeno multidimensional, que abrange componentes neurosensoriais, emocionais e socioculturais. Para além de uma definição, seja ela restritiva ou abrangente e para além de sua fenomenologia, temos a dor em uma dimensão psíquica, não somente sob o ponto de vista

destavivência, mas, sobretudo, na sua dimensão metapsicológica, tal como entendida pela psicanálise.

A dor como “o mais filosófico dos problemas, a mais semiológica das questões” (HORN,2003, p.1),vista por ele como um conceito limite da psicanáliseé um fenômeno que articula de múltiplas maneiras, o psíquico e o somático e se constitui num fato psicossomático.

Desenvolveremos este trabalho emtrês capítulos. No primeiro capítulo estudamos a dor do ponto de vista médico, tomados como modelo, os estudos relacionados à dor crônica fibromiálgica (CARVALHO, 1999; BALLONE; PEREIRA; ORTOLONE,2002;JEFFREY ROME *et al*,2007).

No capítulo segundo discorreremos sobre as dores crônicas e as Fibromialgias sob a ótica da Psicossomática Psicanalítica. Contemplamos algumas ideias da Escola de Pierre Marty (1998), do IPSO – Instituto de psicossomática psicanalítica de Paris, dando destaque em algumas ideias de novos pensadores, SMADJA (2013), SZWEC(2013) e, fundamentalmente os pensadores brasileiros que fazem parte dessa escola, como Horn(2012),Volich(2000), Fernandes (2003), Queiroz (2009), Queiroz eRodrigues (2002).

Em algumas passagens dialogaremos com um Mc Dougall(1989,2002,2006) uma psicanalista que se debruçou com teorias importantes no trabalho com a psicossomática e com a clínica desses pacientes, porquanto facilitará a nossa compreensão de fatos da Psicossomática Psicanalítica.

No último capítulo tomamos como base para o seu desenvolvimento, predominantemente, os estudos feitos por Freud (1895, 1914, 1915, 1917, 1920, 1923, 1924, 1926,1938), nos quais ele trata da dor e da melancolia, em meio às constelações conceituais por ele articuladas, buscando dialogar com autores contemporâneos, tais como Ruffino(2001), Kehl (2009) e Rocha(1998).

## CAPÍTULO 1

### CONTEXTUALIZANDO A DOR

Dor é uma experiência universal e por ser tão abrangente, comporta pensá-la nas suas diferentes manifestações. Ela atinge todos os indivíduos não conhecendo o limite de idade. A sensibilidade à dor é complexa e varia de uma pessoa a outra. Uma experiência que para uma determinada pessoa causa uma dor imediata e intolerável, para outra pode resultar em um rápido desconforto. Diz-nos Jeffrey Rome (2007, p.3):

O grau que você sente a dor e o seu modo de reagir a ela são os resultados de sua constituição biológica, psicológica e cultural e a suas lutas anteriores contra uma lesão ou enfermidade dolorosa também podem ter influências sobre a sua sensibilidade à dor.

Podemos deduzir, então, que a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, decorre de lesões reais e potenciais dos tecidos do organismo, mas que além desse componente real, de lesão, há um forte componente emocional, desempenhando um fator importante na quantidade da dor de quem a sofre.

Alguns estudiosos da dor como Carvalho (1999, p.7), observa que “com algumas exceções, a maior parte dos tecidos, uma vez agredida, pode ser causa da dor. Como esses tecidos podem estar situados em órgãos diversos, a dor acaba sendo motivo de estudo dos mais variados especialistas”. A autora diz tratar-se de uma dor orgânica que embora tenha um substrato físico bem definido, sofre pronunciada influência de fatores emocionais, sobretudo nos indivíduos portadores de distúrbios de humor, os chamados distímicos, como também os portadores de transtornos de personalidades. No outro lado do espectro, situa-se a dor psicogênica, puramente psíquica na sua origem, nos diz a autora, sem qualquer substrato orgânico.

Tomo, então, como referência, para o estudo da dor do ponto de vista médico, principalmente três trabalhos: o de Ballone; Pereira Neto; Ortolone (2002) intitulado “Da emoção à lesão”; o de Margarida Carvalho (1999), sobre “Dor - um estudo multidisciplinar” e o de Jeffrey Rome (2007), “Guia da Clínica Mayo sobre a dor crônica”.

## 1.1 As dores agudas e as dores crônicas

Vamos nos deter a analisar as dores em apenas duas classificações – a dor aguda e a dor crônica-, embora saibamos que, para a medicina há diversas possibilidades de classificação de dor de acordo com sua intensidade, morfologia, localização. Nosso intento é compreender esses dois modos de intensidade de dor, como base no Guia da Clínica Mayo (ROME, 2007) para então discutir a dor na fibromialgia, na depressão e na melancolia.

“A dor aguda é desencadeada por um dano aos tecidos. É o tipo de dor que, em geral, acompanha enfermidade, lesão ou cirurgia” (ROME, 2007). A dor aguda pode ser branda e durar apenas um instante, como uma picada de inseto, ou severa e durar semanas ou meses. Jeffrey Rome (2007) cita também queimaduras, distensão de um músculo ou uma fratura óssea. Ao sentir uma dor aguda sabe-se exatamente onde dói. O termo agudo origina-se do mesmo radical latino *acutus*, que significa agulha, algo que fura e por isso se refere a dor intensa. Alguns exemplos citados a respeito deste tipo de dor: dor de dente, dor por incisão cirúrgica, dor decorrente de uma queimadura etc. Para eliminar essas dores há um período mais ou menos previsível quanto aos efeitos positivos de um tratamento específico. A diferença entre ela e a dor crônica é a sensação e intensidade com que ambas se apresentam.

A dor crônica persiste após a cura da dor aguda e abrange toda uma gama de sensações e intensidades que a difere da primeira. A dor costuma ser descrita como crônica quando dura por seis ou mais meses e na medida em que ela se espalha pelo corpo. A própria palavra reflete o caráter de tempo longo. Crônico vem da palavra grega *krónos*, que significa tempo.

As dores crônicas também podem derivar de acidentes, de uma infecção ou uma cirurgia que cause dano a um nervo periférico ou espinhal. Esse tipo de dor nervosa que permanece após a cicatrização de uma lesão é chamado de dor neuropática. Neste caso é o nervo lesado e não a lesão original que causa a dor. Ainda, poderá haver uma neuropatia decorrente de doenças como diabetes, alcoolismo ou um câncer.

Uma vez o nervo lesado, o mesmo pode enviar mensagens dolorosas imotivadas. A explicação que nos é dada pelo modelo fisiológico médico é que a soma de um elevado nível glicêmico, associada à diabete poderá causar lesões nos pequenos nervos das mãos e dos pés, provocando sensações de ardência dolorosa nos dedos e artelhos. O motivo pelo qual o nervo lesado falha e envia mensagens dolorosas é pouco conhecido. O que se observa é que quando uma célula nervosa é destruída, a terminação nervosa rompida da fibra sobrevivente pode fazer brotar um emaranhado de fibras nervosas desorganizadas denominadas neuroma. Esse feixe de tecidos envia sinais dolorosos espontâneos, mantendo a dor persistente.

Com base em pesquisas científicas recentes, existem novos conhecimentos sobre a transmissão da dor, que alteraram o modelo segundo o qual, as vias transmissoras da dor, que seguem através dos nervos periféricos da medula espinhal e no cérebro fossem circuitos fixos e que transmitiam sinais dolorosos das partes lesadas do corpo, para centros de mensagens do cérebro.

O reconhecimento da dor tem a ver com um processo chamado sensibilização, o qual permite compreender como a dor crônica pode ser tão severa e porque ela pode parecer desproporcional à evidência de lesão ou doença nos tecidos corporais afetados. Destacamos a seguir o modelo simplificado do sistema nervoso, apresentado por Rome(2007).

‘O sistema nervoso é composto de células e fibras nervosas que transmitem e recebem mensagens na forma de correntes elétricas e interações químicas’. É por intermédio dessa intrincada rede de células que o corpo e o seu cérebro se comunicam.

Dois componentes principais formam o sistema nervoso: o cérebro e a medula espinhal, e o sistema nervoso periférico. Os nervos periféricos estendem-se da medula espinhal à pele, aos músculos e aos órgãos internos. No interior de cada um desses sistemas encontram-se três importantes categorias de nervos:

- Os nervos autônomos mantêm os processos normais do corpo, como respiração, frequência cardíaca, pressão arterial, digestão, transpiração e função sexual.
- Os nervos motores são responsáveis pelo movimento de seus músculos. Eles permitem que você mova as mãos ande ou sente.
- Os nervos sensitivos são os nervos que lhe transmitem sensações. Eles permitem que você sinta um objeto quando o toca. ‘Eles também são os nervos que permitem que você sinta dor’ (ROME, 2007, p.5).

Mas, segundo Jeffrey Rome (2007, p. 04), na dor crônica não é necessário haver lesão, portanto, torna-se sempre difícil identificar a causa da dor quando não é apresentado lesões. Para efeito deste estudo estamos interessados nas dores crônicas, justamente por elas gerarem de um lado, dúvidas e questionamentos por parte dos médicos ao diagnosticá-las e, por outro, muita angústia por parte de quem as sofre. Pois ao contrário da dor aguda, muitas vezes não se sabe os motivos da dor crônica. Acontece, muitas vezes de ocorrer à cura da lesão que ocasionou a dor aguda e a dor persistir depois da cura e de forma até mais intensa. A incidência de quadros dolorosos crônicos mobilizou o interesse dos médicos em investigá-los, dando-lhes um caráter de veracidade. Alguns modelos desta dor são apresentados: Formigamento, pulsátil, surda, intensa, estas são formas de expressão no corpo de quem as sofre. (ROME, 2007, p.7). Existem situações em que a dor crônica não é bem entendida, são dores expressivas como acontece nas artrites, produzindo inflamações e dores articulares e as fibromialgias que provocam dores expressivas nas musculaturas, em pontos destacados pela medicina chamados de *tenders points*.

Ao contrário da dor aguda, que exerce papel importante de alerta e cuidados, indicando que algo não vai bem, ou seja, há indícios de doença, a dor crônica, diferentemente, não exige uma investigação orgânica imediata. As dores crônicas são definidas pelo tempo de duração extensa. Autores como William Worrall Mayo e os seus dois filhos, Charles H. Mayo e William Jeffrey, que deram origem a clínica Mayo no início da década de 1900, não especificam o tempo para caracterizar a dor crônica, mas falam em vários meses, enquanto outros determinam sua cronicidade a partir dos seis meses. Muitas vezes, há dores crônicas, associadas a uma lesão anteriormente tratada que se arrastam por um longo tempo. A dor do membro fantasma é exemplo de dor crônica dessa natureza: ela é resultante de uma parte do corpo que foi amputada; a parte ou membro lesionado foi amputado, porém a sua representação psíquica permanece. A dor que acompanha a artrite reumatoide, também, cabe nesta classificação. Nesse escopo também se inclui a dor do câncer como uma dor crônica progressiva (ROME, 2007).

O Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise da Universidade Católica de Pernambuco, no qual esta pesquisa foi desenvolvida, já vem

apresentando estudos sobre a dor, tanto na direção de concebê-la como manifestação histórica, e como, também, de pensá-la como expressão de um corpo deprimido. Nesse sentido, destacamos os trabalhos de Costa (2009) e de Formiga (2010), os artigos de Rocha (2011) e Queiroz (2012).

A pesquisa de Costa (2009) versa sobre “As dores corporais na fibromialgia: reflexões psicanalíticas”. Ela tomou para análise histórias de vida de três pacientes do sexo feminino, com sintomas fibromiálgicos, atendidas no laboratório de Fisioterapia do Hospital da Polícia Militar de Pernambuco. Para embasar seu trabalho ela utilizou referências teóricas de autores como: Paul Laurent Assoun, Didier Anzieu, Juan-David Nasio e Maria Helena Fernandes.

Para a autora, os casos de fibromialgia como outras patologias com interações psicossomáticas marcantes, suscitam uma condução terapêutica integrada. Demonstram-se ineficazes os tratamentos que utilizam apenas uma vertente. Ela é enfática na ineficácia do trabalho terapêutico que utiliza apenas uma abordagem, pelo fato de perderem a visão integrada do paciente, correndo o risco de ser tratada apenas a doença e não o doente.

Para Costa, inspirada em Anzieu (1989, p. 44), “a massagem se tornava uma mensagem”, pois quando o corpo era tocado, ou seja, quanto os pontos dolorosos eram apalpados, uma mensagem era emitida que requeria uma decodificação do fisioterapeuta. Esta maneira nos remete aos cuidados primários da mãe com o seu bebê em que este necessita do olhar, do toque, do ninar, como formas especulares, propiciadoras de alteridade.

Já Formiga (2010), trabalhando em “Dor crônica ou um corpo deprimido? Reflexões sobre as dimensões psicológicas da dor corporal na contemporaneidade” fez uma pesquisa com cinco pacientes, diagnosticados como portadores de dor crônica, encaminhados por uma clínica de dor, na cidade de João Pessoa. Eles foram acompanhados, durante seis meses. Segundo a autora, os pacientes apresentavam dores associadas a sofrimento depressivo. Formiga encontrou aspectos comuns nesses pacientes tais como: Improdutividade, sentimento de vazio, baixa autoestima, desesperança, enfim todo um quadro de desolação e fracasso, favorecendo ao ganho secundário da dor, que a levaram a associar as dores

crônicas como manifestações do quadro depressivo. São resultados que corroboram a complexidade da dor e seu caráter de inexorabilidade.

O artigo de Rocha (2011), denominado “Dor física e psíquica na metapsicologia freudiana”, contribuiu em grande parte para a construção deste trabalho, desde o seu início, enquanto pré-projeto, projeto e, na direção à construção desta dissertação. De forma significativa, este artigo traz-nos uma consistente fundamentação do modelo freudiano sobre a dor, tanto física quanto psíquica, o qual favoreceu-nos a corroborar a nossa hipótese do substrato melancólico em grande parte dos pacientes com dores crônicas, especificamente, as fibromiálgicas quando, naquele momento despertaram o nosso interesse para fazer esta dissertação. Na apresentação inicial do trabalho, resumo do trabalho, Rocha (2011, p.593) ressalta:

A experiência da dor é única e que, semelhante á Esfinge de Tebas, ela se encontra à porta de cada uma de nossas existências, com a intimação de que lhe decifremos o seu enigma, para não ser por ela devorado, o autor se propõe, no presente ensaio, a acompanhar as etapas principais da elaboração freudiana da teoria metapsicológica da dor, tanto na sua dimensão física quanto psíquica. Inicialmente foram estudados, no contexto teórico do “Projeto para uma Psicologia científica” (1895), o modelo da experiência do prazer e o modelo da dor. Em seguida, a dor foi considerada no texto Além do Princípio do Prazer (1920), em articulação com as situações que questionam o primado do princípio do prazer no acontecer psíquico. Entre essas situações foram destacadas as neuroses de acidente (*Unfallneurosen*), o jogo do *fort daque* Freud analisou quando viu seu neto tentando controlar uma situação de dor e de angústia causada pela ausência da mãe e a compulsão à repetição de situações dolorosas na Transferência. Por fim, foi dado destaque à distinção entre dor física e dor psíquica no anexo C, do livro Inibição, Sintoma e Angústia (1926). Nas considerações finais, a concepção metapsicológica da dor foi complementada com algumas reflexões dos pensadores trágicos: Ésquilo na Grécia arcaica e Nietzsche na Idade Moderna.

Diz Rocha (2011), que a dor em qualquer sujeito humano é uma experiência inexorável. Vejamos o que ele aponta a seguir:

Embora Freud não tenha feito um estudo sistemático da experiência da dor, nem mesmo tenha se empenhado em integrá-la ao conjunto de sua teoria psicanalítica, é inegável que, sob as mais variadas formas, o estudo da dor foi objeto de

suas reflexões durante todo o desenvolvimento de sua obra (ROCHA, 2011, p.594).

Seguindo a sequência proposta no estudo da Dor, buscamos, também, nos apoiar, no trabalho de Queiroz(2012), no qual ela trata da “Dor e gozo: de Freud a Lacan”. Este trabalho é um dos produtos da pesquisa na qual estamos inseridos neste mestrado, e que recebeu o título de, “O social e as psicopatologias do corpo: problematizando a dor e o gozo”.

O conteúdo apresentado versa, fundamentalmente, em compreender a dor crônica para além do fenômeno sensório, ampliando o interesse em buscar inseri-la em uma dimensão sócio cultural e psíquica. Dar a dor um lugar de importância ajudando o paciente que com ela está sofrendo, a receber os cuidados devidos, exigindo uma nova posição dos profissionais de saúde a trabalharem interdisciplinarmente.

Na segunda parte deste trabalho sobre a dor e o gozo, Queiroz (2012) marca uma diferença entre o pensamento de Freud e Lacan e, que vamos apenas citá-la e não aprofundá-la neste estudo, por não termos propriedade de conhecimento. Veremos então o que é dito: “Na perspectiva freudiana, a dor está regida pelo princípio do prazer-desprazer, já em Lacan o gozo diz respeito ao que está para além deste princípio, ou seja, liga-se à pulsão de morte” (QUEIROZ, 2012, p.851).

## **1.2 As dores fibromiálgicas**

A dor fibromiálgica é uma síndrome crônica caracterizada por queixa dolorosa difusa da musculatura esquelética e pela presença de pontos dolorosos em regiões anatomicamente determinadas (WOLFE, 1990). O diagnóstico médico é feito através de palpções em partes do corpo, na tentativa de encontrar pelo menos 11, dos 18 pontos anatomicamente, identificados e específicos. Há uma idade prevalente dessa síndrome fibromiálgica, em torno dos 50 anos e, não há prevalência de grupos culturais ou étnicos.

A medicina a descreve como uma sintomatologia de dor marcante nos corpos dos pacientes e, além do sofrimento e queixa de dor intensa, ela é acompanhada de outras co-morbidades em diferentes esferas: psíquicas e orgânicas. Podemos destacar: sintomas de estresse e ansiedade, distúrbios do sono, fadiga, depressão,

irritabilidade, rigidez muscular e articular, cefaleia crônica, síndrome do intestino irritável, sensações parestésicas. Existe toda uma gama de sintomas que torna o portador dessa síndrome, um sujeito queixoso da sua dor, todo o tempo. A diversidade sintomatológica deixa os médicos sem clareza no diagnóstico o que coloca o paciente em uma peregrinação de consultas médicas e exames. As queixas e as ausências de resultados concretos de exames laboratoriais e de imagens levou, também, esses pacientes a serem avaliados por especialidades diversas, conseqüentemente, diagnósticos diferentes são dados para a mesma síndrome, conforme a especialidade médica. Essas incertezas e dificuldades no diagnóstico levaram os médicos e profissionais de saúde, a encaminharem tais pacientes aos profissionais que trabalham com a psicossomática.

Assim os estudos sobre a fibromialgia têm-se aberto para uma perspectiva de trabalho das equipes multidisciplinares, entendendo que visão e intervenção de uma só especialidade não daria conta. Enfim, os estudos da fibromialgia e das dores crônicas desenvolvidos pela medicina, são bastante profícuos e tem contribuído para um aceleração do saber sobre essa sintomatologia, afinal, a dor crônica é uma especificidade da área médica. Não sendo encontrada nenhuma causa específica que justificasse tantas dores, esses pacientes passaram a receber também, outras indicações de tratamento como acompanhamento fisioterápico e psicológico. Viu-se, então, a necessidade de que tais pacientes sejam ouvidos por outros profissionais, pois tais dores ocupam um espaço muito maior no imaginário dos pacientes, do que os *tenders points* (18 pontos dolorosos identificados no corpo para efeito de diagnóstico) podem revelar.

### **1.3 Estado atual do debate das dores crônicas e da fibromialgia**

Cuidar de pacientes portadores de dores crônicas é sempre um desafio ao saber médico sustentado na mecânica corporal. Isso significa dizer que nas dores crônicas o conhecimento do corpo anátomo-fisiológico, por si só, não é suficiente para o médico tratar o paciente portador desse tipo de patologia. A grande dificuldade no tratamento da dor é a sua subjetividade. Se por um lado tal dificuldade tirou do médico a autonomia de tratá-la e curá-la, por outro, aproximou-o de vários profissionais de outros campos de conhecimento, pois exigia um cuidado

multidisciplinar. Além da intervenção médica o paciente passou a se beneficiar de outros cuidados, como fisioterapia e psicoterapia. Desde 12/12/2006, o Ministério de Saúde implantou o serviço no SUS, no combate e controle à dor crônica, considerando-a uma das prioridades no Brasil. A medida coordenada pela Secretaria de Atenção a Saúde-SAS/MS, conforme Portaria nº 3.150, tomada pelo Conselho de Medicina, há espaço para que mais profissionais de saúde se habilitem para tratar desse mal. A dor crônica por muito tempo foi negligenciada pelos médicos e era caracterizada por um desequilíbrio no funcionamento cerebral, chegando a ser tratada como uma espécie de eco do mundo dos mortos, como acreditavam os babilônios, e contra a qual havia pouco a fazer.

A partir dos avançados conhecimentos dos mecanismos cerebrais associados à transmissão e supressão dos estímulos dolorosos descobriu-se que, na maioria dos casos, a dor constante é a própria doença - e não o sintoma de um distúrbio primário. O modo como cada paciente sente a dor é único e singular, logo, o paciente que sofre da dor crônica é influenciado por uma série de fatores, genéticos, culturais, socioeconômicos, psicológicos.

Na atualidade, entre tantos estudiosos nessa área, destacamos Volich (2000), que insiste em nos mostrar o desafio na clínica do paciente psicossomático, que diante do sofrimento expressado, através de dores infligidas pela sua história e que não puderam ser elaboradas, expressam um tipo de demanda que exige do terapeuta um saber de dor compartilhada, sobretudo, exige que não se trate da dor, isoladamente, e sim do sujeito que sofre.

O desafio é dizer o incomunicável, compreender o incompreensível. É um desafio que **irmã** [destaque nosso] paciente e terapeuta [...] Dor compartilhada, frequentemente recusada, negada, que remete cada um deles ao seu desamparo mais fundamental. Tarefa extenuante que para ambos, pode fazer efeitos ao final de cada consulta, ao final de cada dia. (VOLICH, 2000, p. 172).

E, continua o autor:

Que consideremos o terapeuta desse tipo de paciente na acepção mais essencial dessa expressão, aquele que possui a capacidade de entrar em contato com a experiência mais essencial do indivíduo que apresenta sua queixa de dor, do seu órgão lesado, do sofrimento no corpo por ainda não saber significar, exigência, portanto de alguém que possa emprestar-lhe um novo sentido a sua dor ajudando ao paciente dar um novo sentido. (VOLICH, 2000, p.173)

Dessa maneira, poderemos pensar na forma atenta e experiente exigida ao cuidador, para trabalhar com tais pacientes, ao perceber quando o corpo passa de veículo e meio de satisfação pulsional, para ser o cenário de carga e descarga dos sintomas mal elaborados que se instalam no corpo em busca de decifrações.

Assim o caráter desprazeroso que compreendemos reside ele próprio na experiência subjetiva da dor, muitas vezes na sua impossibilidade de decodificá-la e na luta do sujeito para encontrar amparo e receptividade para o seu sofrimento. Talvez, penso eu, isso diz do caráter muito primário desses pacientes psicossomáticos que sofrem com dor. Como se o corpo doído fosse resultante de maus tratos em suas vidas, especificamente, numa fase muito precoce em que os cuidados básicos de uma mãe ou cuidadora se faz necessário.

Recorro aqui aos trabalhos de Horn (2003), um dos mais recentes membros do IPSO, como base do estudo da psicossomática psicanalítica, não somente no aproveitamento do seu modelo para compreender e aprofundar as questões das dores crônicas, como também, pelas suas ideias que destacamos para aplica-las no item, 3.3 do Capítulo 3, no que trata da aproximação entre a melancolia e as dores crônicas pela psicossomática. O autor fundamenta o seu conhecimento sobre a dor, com base nos estudos da escola de Paris (IPSO), a qual tem como fundador Pierre Marty (1976).

No seu texto, “Reflexões sobre a dor”, Horn (2003, p. 2), reconhece na vivência dolorosa um papel de proteção do Eu ameaçado em sua integridade narcísica, e assim ele explica a dor: “muitas vezes a dor poderá ser inscrita primitivamente, no nível do eu corporal, e antes mesmo da co-excitação libidinal entrar em cena, preencher uma função defensiva relacionada a um psiquismo dominado por uma excitação pulsional não elaborável no seu interior”.

Marty (1978), depois de mais de trinta anos de observações e trabalhos psicossomáticos funda, juntamente, com amigos, (Michel de Muzan, C. David, M. Soulé, Michel, F.) o Institut de Psychosomatique de Paris (IPSO). Reconhecido como o pioneiro da psicossomática, ele a tornou matéria distinta da medicina e da psicanálise. Segundo Horn, a psicossomática tem como objeto de estudo a unidade fundamental do ser humano na sua vertente psíquica, biológica,

histórica e social, oferecendo-nos, assim, uma concepção coerente e objetiva dos fenômenos da somatização.

Ainda para Marty, a melhor defesa contra as doenças é o funcionamento mental, ou seja, os sujeitos que têm um bom funcionamento mental são menos sujeitos a doenças graves, enquanto que aqueles que possuem um espírito negativista e um ego frágil, ou ainda que reprimem as representações mentais, têm uma maior tendência a adoecer com doenças graves. Segundo Marty (1976), o próprio sujeito tem assim uma participação ativa na eclosão da sua doença, e por consequência interage com os seus próprios processos e mecanismos de defesa. Aqui iniciou a criação de um corpo terapêutico e técnico psicanalítico, tendo em conta o seu campo de aplicação. Em 1968, Pierre Marty criou um centro de consultas, que se transformou mais tarde, em 1972, no Instituto de Psicossomática de Paris. Neste Instituto, os psicanalistas são formados na clínica, teoria e prática psicossomática de forma a utilizarem terapêuticas e tratamentos baseados em psicoterapias psicanalíticas. As afeções psicossomáticas estudadas por Marty são extremamente variadas sendo as mais importantes e relevantes o cancro<sup>3</sup>, a doença de Crohn, as colites ulcerosas, as doenças do sistema osteoarticular, a hipertensão arterial, a asma, entre outras. Em 1978, Pierre Marty abre o Hospital de La PoternedesPeupliers, que tem como principal atividade o diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças somáticas de adultos e crianças e ainda formar técnicos de psicossomática e promover a investigação neste campo.

Marty (1998) desenvolveu algumas acepções que nos ajudaram a refletir sobre a teoria da psicossomática psicanalítica como seu conceito de mentalização, definido nos anos 70-75. Ele se refere às dimensões do aparelho mental que não tinham sido, até então, objeto de estudos; trata-se de questões concernentes à quantidade e a qualidade de representações dos indivíduos. Consiste em uma evocação de percepções que foram inscritas deixando traços mnêmicos. As particularidades e as diversas falhas no funcionamento mental no sujeito nas

---

<sup>3</sup>Cancro do português europeu, ou câncer do português brasileiro, é uma doença caracterizada por uma população de células que cresce e se divide sem respeitar os limites normais, invade e destrói tecidos adjacentes, e pode se espalhar para lugares distantes no corpo, através de um processo chamado metástase.

enfermidades somáticas parecem, de fato, diferentes daquelas dos neuróticos estudados pela Psicanálise freudiana. No entanto, nos diz Marty;

Sem as descobertas e elaborações de Freud relativas ao funcionamento mental e suas instâncias, a partir de 1915, bem como sua formulação da primeira tópica que situa o pré-consciente como local onde se manifestam, justamente, as representações, sem dúvida a noção de mentalização não teria surgido. (MARTY, p.14).

Este pensamento de Marty vai no sentido de que a dor crônica é uma descarga no corpo ou uma apresentação de adoecimento psicossomático, resultante de um indivíduo mal mentalizado, ou seja, cujo aparelho psíquico foi pobre em representações. O seu pensamento foi criticado no interior do próprio movimento psicanalítico. O destaque prevalente a essas críticas se deve fundamentalmente, à que o seu modelo para compreender o sujeito com doenças psicossomáticas é retirado de sua primeira tópica e, os estudos da segunda tópica em 1920, foram deixados de lado. Os estudos da segunda tópica, no texto, Além do Princípio do Prazer, Freud (1920) corrobora o fato de uma doença orgânica advir para evitar um sofrimento psíquico insuportável, e que o trauma, por ser intolerável no psiquismo, seria atuado no corpo. São pacientes que apresentam uma limitação e uma pobreza para pensar, se tornam concretos e não possuem na sua bagagem psíquica possibilidades para exprimir as diversas excitações exógenas e endógenas que a vida lhe propicia. Segundo Marty (1998, p.21), as insuficiências básicas das representações têm origem no desenvolvimento do sujeito e provêm de várias fontes:

- a) Insuficiência congênita ou acidental das funções sensoriais motoras (dificuldades visuais, auditivas ou motoras);
- b) Deficiências funcionais da mãe, descrita anteriormente e, que não possa assegurar a seu filho uma forma de comunicação clássica;
- c) Por último, Marty nos apresenta uma mãe desarmônica e que não propicia respostas afetivamente adequadas ao seu filho. Encontra-se aqui um modelo de mãe, muitas vezes, somaticamente doentes, deprimidas, excitadas, autoritárias, ou indiferentes. São mães insuficientes que podem

levar o seu filho a uma má mentalização e, portanto a sofrer dores e adoecimentos no corpo de forma as mais diversas.

Já os trabalhos de Horn (2003) dizem respeito não somente ao tratamento da dor, como também, nos inspirou a considerar a questão da dor crônica relacionando-a à melancolia, reforçando, portanto, a nossa opinião sobre os pacientes que recebemos na clínica, com o diagnóstico da fibromialgia. Horn (2003), em “Reflexões sobre a dor”<sup>4</sup> trata da tendência a uma inexpressividade dolorosa na depressão essencial, um conceito trazido por Marty, assim como o pensamento operatório e a mentalização. A “depressão essencial” é uma expressão criada por Marty para substituir a expressão “depressão psicossomática”. Ele, muitas vezes, referiu-se a ela como depressão sem objeto. Acontece uma baixa de investimento libidinal, interferindo na dinâmica psíquica do sujeito que se mantém de forma reduzida ou apagada e se caracteriza pela falta dos mecanismos psíquicos como deslocamento, condensação, introjeção, projeção e identificação, assim como o empobrecimento da vida fantasmática e onírica. Nesses casos, a energia vital se perde devido à desorganização e à fragmentação do processo de funcionamento psíquico, propiciando a prevalência da pulsão de morte na vida do sujeito.

Em 1980, Marty chega a uma melhor descrição da depressão essencial, assim como de sua sintomatologia. Trata-se de uma depressão sem objeto, assim definida: Esta sintomatologia depressiva define-se pela falta: apagamento em toda a escala da dinâmica mental.

Não se encontra nessa depressão ‘conveniente’ a relação libidinal regressiva e ruidosa das outras formas de depressões neuróticas ou psicóticas. O fenômeno é comparado ao da morte, onde a energia vital se perde sem compensação. Menos espetacular que a depressão melancólica, sem dúvida, leva mais certamente à morte. O instinto de Morte é o Senhor da DE (Depressão essencial) (SILVA *apud* MARTY, 1993, p.19).

---

<sup>4</sup>Congresso Estados Gerais da Psicanálise. Segundo Encontro Mundial. Rio de Janeiro, 2003. Membro Psicanalista SPRJ e IPSO de Paris.

## CAPÍTULO 2

### DORES CRÔNICAS E AS FIBROMIALGIAS SOB A ÓTICA DA PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA

Constitui um dos objetivos da Psicossomática Psicanalítica ampliar a compreensão da dor pensando o ser humano numa visão holística. “A relação homem-doença é diretamente afetada por alterações psicossomáticas, sendo a síndrome da fibromialgia uma doença sistemática, generalizada e simétrica”, nos diz Álvaro da Silva, (2005, p.159)A Psicossomática se preocupa em cuidar do homem que está doente e não da doença. A medicina caminhou durante muito tempo no modelo cartesiano no qual divide o sujeito de acordo com a dicotomia mente-corpo. Sabe-se que não é assim o funcionamento do ser humano, há uma inter-relação da parte psíquica com a parte física e com o ambiente sócio cultural. Nesse sentido é que podemos compreender a dor e a doença, como formas de comunicação que o sujeito se utiliza para expressar o seu desequilíbrio.

São múltiplas as causas para a desordem que o sujeito apresenta, mas é importante enfatizarmos que elas sempre atendem aos três níveis simultaneamente: o somático, o psíquico e o social que não se dissociam. Parte dessas conexões pode ser explicada, pelo fato de que o processamento das emoções, como da dor, passa por alguns circuitos cerebrais que são semelhantes, influenciando e sendo influenciados pelo ambiente.

Os diferentes matizes da manifestação do sofrimento humano são tratados pela clínica psicossomática psicanalítica considerando três vias que, isoladas ou combinadas, regulam o comportamento do indivíduo: as funções orgânicas, os comportamentos e o psiquismo. Para discussão sobre as dores crônicas e as fibromiálgicas nos basearemos nos estudos empreendidos pela escola de Pierre Marty (1980), por Gerard Swezec (2013), Claude Smadja (2013), Diana Tabacof (2013), como os já indicados na introdução deste trabalho, também por Admar Horn (2003), Joyce McDougall (1987,1989,1997), Rubens Volich(2000) e Maria Helena Fernandes (2003). Na linha de pesquisa vinculada, conforme esclarecemos na (p. 32) na qual esta dissertação está inserida, vamos considerar as contribuições de

Marcos Creder Souza Leão(2002), Rocha (2011), Formiga (2010) e Queiroz (2009). Comungamos com eles que o sujeito contemporâneo apresenta certa incapacidade psíquica para construções mais complexas no plano das representações, devido às necessidades de respostas mais imediatas. O imperativo categórico que permeia o imaginário do sujeito, hoje, favorece essa incapacidade psíquica para construções mais complexas no plano das representações. Tendem, então, a funcionar com recursos mais primários do aparelho psíquico. Em contrapartida, a clínica do paciente psicossomático é calcada, prevalentemente em sujeitos que apresentam um modo de agir, baseado em ações imediatas e do plano sensorial. Jurandir Freire (*apud* QUEIROZ, 2004) observou: “no cenário atual o desejável é o que pode ser experimentado como prazeroso”. E, prossegue Queiroz, dizendo-nos,

na cultura somática esvazia-se paulatinamente, o modo de ser ancorado na experiência de si, como sujeito dotado de interioridade e ocorre uma mutação para o ser somatizante, para a individualidade somática. Trata-se de um novo modo de subjetivar (QUEIROZ, 2009,p.2).

Isso quer dizer que há um tipo de sujeito no qual o modo de subjetivação é, predominantemente, sensorial, onde o corporal prevalece sobre o elaborativo psíquico. Neste modelo de funcionamento poderemos deduzir que as dores crônicas assim com outras patologias no corpo, são inscrições representativas de memórias não significadas nas vidas destes sujeitos. Memórias que solicitam que sejam decifradas, como nos apresenta Rocha (1999) ao se referir ao Mito da Esfinge, “decifra-me ou devoro-te”. Logo, é necessário que a mensagem da dor possa vir a ser decifrada como uma esfinge. Isso significa se por no lugar de receptor do pedido, do grito que clama em ser ouvido e assim poder amenizar uma experiência sofrida. Postar-se empaticamente com o outro, significa utilizar nosso próprio mundo interno na tentativa de compreender o significado da dor que aflige o sujeito.

Em “Recordar, repetir e elaborar”, Freud (1914) observa que para aprendermos a lidar com as dores humanas é preciso recordar, repetir e elaborar, e o que se tem hoje são uma vida de pouca recordação, poucos sonhos e fantasias, com repetições excessivas e quase nenhuma elaboração. Com isso o sofrimento tende a ser vivido, predominantemente, com descarga no corpo. Nesses casos, o trabalho de análise consistirá numa certa operação de libinização pulsional do corpo, análoga a função materna primária (Fernandes, 2003). Fazer prevalecer à questão

do olhar, da escuta, ou seja, uma clínica do acolhimento e da nomeação. É, portanto, da relação do corpo com a palavra que devemos nos ocupar.

Nesta perspectiva, consideramos tais pacientes psicossomáticos, como um tipo de paciente, que podemos compará-los aos *borderleins* denominados por Stern (1938), que apresentam uma gama de sintomas e, segundo a literatura, ficam numa zona cinza; às vezes conotando uma neurose outras vezes uma psicose ou ainda um quadro psicossomático. Os Transtornos de Personalidade Borderline (TPB) ou Transtorno de Personalidade Limítrofe (TPL), ou ainda Transtorno Estado-Limite da Personalidade, são definidos como um grave transtorno de personalidade caracterizado por desregulação emocional, raciocínio extremista (cisão) e relações caóticas. Conforme Stern (1938) trata-se de uma patologia que permanece no limite entre a neurose e a psicose. Pessoas com personalidade limítrofe podem possuir uma série de sintomas psiquiátricos diversos, tais como: problemas de identidade, humor instável e reativo, sensações de irrealidade e despersonalização, tendência a comportamento briguento, impulsividade (sobretudo autodestrutiva), são manipulativas e chantagistas, apresentam conduta suicida e sentimentos crônicos de vazio e tédio, requerer atenção em demasia, fazem falsas acusações e apresentam comportamento narcisista<sup>5</sup>.

O que queremos destacar ao considerar os pacientes psicossomáticos como pacientes limítrofe (*borderleins*) é que, também, eles apresentam uma gama de sintomas com predomínio de comportamentos muito regredidos. Logo, são pacientes que exigem mudanças no manejo clínico. Há uma expressividade diferente dos neuróticos ou psicóticos descritos pela psicanálise clássica. Eles sofrem, primordialmente, por não terem uma capacidade em sonhar, em pensar, em fantasiar e, principalmente em metaforizar, requerendo do outro uma escuta refinada. A presença do analista no trabalho com eles terá que se volver num tipo de presença sensível, um tipo de trabalho analítico que hoje, tem sido utilizada com o termo de análise em expansão, tão falada para os tipos de pacientes não neuróticos.

---

<sup>5</sup> Consulta de transtorno de personalidade *borderlaine* realizada na Wikipédia. <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Transtorno\\_de\\_personalidade\\_lim%C3%ADtrofe](http://pt.wikipedia.org/wiki/Transtorno_de_personalidade_lim%C3%ADtrofe)>. Acesso em: mar. 2013.

A psicossomática psicanalítica oferece ferramentas para análise com esses pacientes em que insisto em considera-los casos limítrofes. Conforme Horn (2013, p.2), eles “exigem dos analistas contemporâneos uma reformulação do canteiro das teorizações da situação analítica” para dar conta dessas novas apresentações sintomáticas nas quais o corpo toma a cena no *setting* analítico. São corpos que precisam ser vistos. São bem apresentados performaticamente, bombados e lipoaspirados, com semblantes alegres, reforçados por uma cultura na qual prevalece o imperativo de ser feliz a qualquer custo. Em contrapartida a essa aparência de bem-estar, o mal-estar próprio da relação do homem com a cultura também se expressa no corpo sob forma de dor. Nesse contexto, o método da psicanálise clássica construída para atender aos neuróticos histéricos da Viena da época Vitoriana, não mais atende às novas patologias. A psicossomática psicanalítica oferece uma teoria e técnica mais adequadas para pensarmos num enquadre analítico em função das particularidades de tais pacientes. Trata-se, portanto, de sujeitos em que o corpo rouba a cena da elaboração psíquica, pautada na linguagem. Não existe psiquismo sem corpo, logo, os sintomas que insistem em buscar suas apresentações através da linguagem corporal, com marcas de dor nele se inscrevendo, incidem marcando uma presença maciça neste, embotando a elaboração psíquica, as relações de alteridade e construção de vínculos.

No trabalho analítico, aquele que cuida, portanto, terá como tarefa decodificar os pontos doloridos da fibromialgia, oferecendo não só palavras, mas uma presença ativa e atenta, como se faz com o bebê que ante o desamparo primordial, precisa de uma função materna que lhe ensine a viver. Neste sentido o analista psicossomatista está no lugar de uma mãe (função) que reverbera, quando o seu bebe esperneia, grita e sussurra, muitas vezes com dor e, nesse momento ela o acolhe, marca a sua presença de cuidadora.

## **2.1 As dores crônicas no vértice da psicossomática Psicanalítica**

Sob o prisma da psicanálise o quadro das dores tem um abrangente estudo, principalmente a partir dos estudos pós-freudianos. No presente trabalho não nos debruçaremos sobre o debate epistemológico desses novos autores, o nosso

objetivo é tomá-los, numa interlocução do pensamento psicanalítico avançado, compreendendo que as bases se encontram no pensamento de Freud. Veremos, num breve passeio, os aspectos teóricos que elegemos para dar sentido ao nosso estudo.

A metapsicologia freudiana traz os princípios, os modelos teóricos e os conceitos fundamentais da clínica psicanalítica. Tem um método de abordagem com o qual, todo processo mental é considerado em relação com três coordenadas: **dinâmica, topográfica e econômica**. É através desta mesma que retiramos a metodologia para o estudo do projeto, que nos serviu de base para utilização dos recursos metodológicos que estamos desenvolvendo para atingir a nossa meta.

Freud construiu o modelo dos seus dois momentos teóricos, baseado na construção de sua primeira e a segunda tópicas. A primeira incorpora os estudos dos mais importantes textos: *Teoria dos sonhos* (1900), *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), *Narcisismo* (1914), *O Inconsciente* (1915), *Luto e Melancolia* (1917/1915).

A primeira tópica foi inspirada pela análise do sonho e da histeria, será sucedida, após 1920, em *Muito além do princípio do prazer*, no modelo da chamada segunda tópica, elaborada em resposta aos problemas da psicose, que abrange o id, o ego, e o superego. O registro dinâmico do conflito está presente desde a primeira tópica, mas é na segunda que reconhecemos seu valor sistemático. “Daremos o nome de inconsciente”, escrevia ele em 1900, “ao sistema situado mais atrás; ele não poderia ter acesso à consciência, a não ser passando pelo pré-consciente, e durante essa passagem o processo de excitação deverá se submeter a certas modificações”.

Insatisfeito com o “modelo topográfico”, porquanto esse não conseguia explicar muitos fenômenos psíquicos, em especial àqueles que emergiam na prática clínica, Freud vinha gradativamente elaborando uma nova concepção, até que, em 1920, mais precisamente a partir do importante trabalho metapsicológico, *Para além do princípio do prazer*, ele estabeleceu de forma definitiva a sua clássica concepção do aparelho psíquico, conhecido como modelo estrutural (ou dinâmico), tendo em vista que a palavra “estrutura” significa um conjunto de elementos que separadamente tem funções específicas, porém que são indissociados entre si,

interage, permanentemente, e influenciam-se reciprocamente. Ou seja, diferentemente da Primeira Tópica, que sugere uma passividade, a Segunda Tópica é eminentemente ativa, dinâmica. Essa concepção estruturalista ficou cristalizada em *O ego e o id*, de 1923 e consiste em uma divisão tripartite da mente em três instâncias: o id, o ego e o superego. Em uma das três instâncias diferenciadas por Freud na sua segunda teoria do aparelho psíquico, o id constitui o polo pulsional da personalidade. Os seus conteúdos, expressão psíquica das pulsões, são inconscientes, por um lado hereditários e inatos e, por outro, recalçados e adquiridos.

Do ponto de vista “econômico”, na primeira tópica o Id é, para Freud, fonte de energia psíquica, na segunda tópica o Id passa a ser considerado fonte das pulsões e o Ego o reservatório inicial da energia psíquica. Do ponto de vista “dinâmico”, ele abriga e interage com as funções do ego e com os objetos, tanto os da realidade exterior, como aqueles que, introjetados, estão habitando o superego, com os que sempre entram em conflito, porém, não raramente, o id estabelece alguma forma de aliança e conluio com o superego. Do ponto de vista “genérico”, são as suas diferenciações. Do ponto de vista “funcional”, ele é regido pelo princípio do prazer; logo pelo processo primário. Do ponto de vista “topográfico”, o inconsciente, como instância psíquica, virtualmente coincide com o id, o qual é considerado o polo psicobiológico da personalidade, fundamentalmente constituído pelas pulsões.

Esse breve passeio pela metapsicologia freudiana, justifica-se para que destaquemos o conceito de pulsão, fundamental e próprio da subjetividade humana. Um conceito que nos auxilia na economia de energia, - carga e descarga do *quantum* de energia, fala do excesso e o seu concomitante transbordamento no corpo, campo do nosso interesse. Lembrando, mais uma vez, que ao falar do corpo estamos nos referindo ao corpo da psicanálise este que é atravessado pela linguagem.

Prosseguiremos, portanto, como veremos a seguir, o estudo da dor privilegiando o ponto de vista econômico. Segundo Freud, o aparelho psíquico é necessariamente, obrigado a se livrar das tensões, ou seja, das excitações em excesso e, esse trabalho é feito através de diversas formas: sonhos, fantasias, elaborações, atos falhos e produções de sintomas. A Dor é um tipo de expressão

sintomática de que algo não vai bem. O sintoma da dor sempre foi falado por Freud em quase todos os momentos de sua obra. Decifrá-la é tarefa de todo psicanalista da mesma forma que se interpreta todo sintoma. As abordagens da Psicossomática Psicanalítica tem tido grande impacto no entendimento e no tratamento da dor crônica, especificamente, na dor crônica fibromiálgica, objeto deste estudo. A dor é comunicada através de expressões comportamentais por quem a sofre, uma espécie de mensagem, de grito demandando decodificação. Tomemos um trecho de um trabalho de Horn (2003) em que ele nos apresenta uma de suas compreensões sobre a dor:

Dor o mais filosófico dos problemas a mais semiológica das questões, eis aí um dilema, deste conceito limite da Psicanálise e a misteriosa função que ela preenche [...]. Experiência subjetiva, o fenômeno doloroso articula de muitas maneiras o psíquico, o somático e se constitui num fato psicossomático (HORN, 2003, p.2).

Pois é pensando na dor como um fato psicossomático que poderemos dar um salto para o nosso campo de apreensão destes fenômenos em que se instala no corpo, como uma espécie de metamensagem que precisa ser traduzida. Como fato somático, diferente do psicossomático propriamente dito, ela estará vinculada a um tipo de operação que necessitará mais de uma intervenção médica, pois estará instalada organicamente no corpo, enquanto que no campo próprio da psicossomática psicanalítica, os fenômenos encontrados e apresentados como sofrimentos, também no corpo, merecem um tipo de intervenção em que o outro se emprestará como objeto do processo analítico. Segundo Horn (2013, p.3)

O grande mudo do dispositivo, local de convergência, de todas as projeções e todos os fantasmas, (o analista psicossomático) precisamente, por ser mudo aparece aqui de um modo inabitual como ativo e participante, implicando-se em seu nome próprio e mais do que isso no nome que ele escolheu ser, ou ainda, que se sente como aquele escolhido no desenrolar do processo analítico.

Assim, neste modo de pensar, o analista trabalhando com a psicossomática psicanalítica propõe ao paciente psicossomático, possuidor de uma dor crônica, aparentemente sem nome, um modelo de nomeação a dois numa vinculação de imbricamento, tal qual faz a mãe nos primeiros cuidados com o seu bebê.

Maria das Dores, uma dessas pacientes portadora de dores crônicas, é uma mulher de 54 anos, separada e que teve um casal de filhos. Seu primogênito veio a

falecer há alguns anos atrás quando tinha apenas 28 anos, acometido de um tipo de câncer que o levou, em apenas seis meses após receber o diagnóstico do seu clínico. A partir de então nos conta Maria, “nada mais me interessava e, todas as doenças já ocorreram no meu corpo, mas, essa”... é insuportável, me deixa às vezes dias sem que eu consiga sair da cama. “O meu reumatologista já não tem mais remédios e agora ele me disse que só uma psicanalista poderá me ajudar” (SIC). Pergunto a Maria o que esperava de mim e ela responde rapidamente, quase ao mesmo tempo em que escuta a minha pergunta: “afastar essa sombra que me persegue, mas não acredito! Essa ambivalência em querer que eu afaste essa sombra que a persegue, mas não acreditar ser possível, revela que no sofrimento há gozo, tive esta impressão; uma parte quer que eu a ajude a tirar a sombra que a recobre e, a outra parte não quer desfazer-se dela. Pareceu-nos, que ela não queria de forma alguma que eu afastasse dela aquela sombra, aquele cálice, que era a perda do seu filho, um luto colado, difícil de ser elaborado e que ela jamais deseja ser afastada do luto e do filho. Uma espécie de coberta narcísica e descolar essa dor seria o grande trabalho a ser feito.

Observa-se que as dores de Maria são para ela, cobertores que dificultam a separação do filho, um tipo de dor que liga, que une e acolhe, embalando como um dia fez com o seu filho bebê.

Horn (2003, p.3) destaca um artigo de um jornalista chamado Avram Goldstein, do Washington Post e transcrito no jornal O Globo do Rio de Janeiro, em que dizia:

Milhares de americanos que sofrem de dores crônicas alegam apresentar piora nos sintomas após os ataques à Nova York e Washington, no dia 11 de setembro próximo passado. Ainda segundo o mesmo articulista, a dor corresponde à área da medicina onde mente e corpo estão mais ligados. Quando as pessoas estão sob o efeito da ansiedade e raiva, há uma consequência sintomática. A dor certamente envolve emoções, garante Peter Staats, chefe do Departamento de Dor da Universidade Johns Hopkins (HORN, 2003, p.3).

Isso quer dizer que a dor crônica pode estar associada a situações catastróficas na vida da pessoa, semelhantes nesse sentido, a perdas que deixam marcas indelévels, de um vazio sem sentido, de um nada no existir, que deixa buracos. Nesse mesmo artigo Horn (2003), observa:

Após um rápido sobrevôo de trabalhos psicanalíticos recentes, que reconhecem na vivência dolorosa um papel de proteção do EU ameaçado em sua integridade narcísica, parece que muitas vezes a dor pode, por sua inscrição primitiva no nível do eu corporal, e antes mesmo da co-excitação libidinal entrar em cena, preencher uma função defensiva relacionada a um psiquismo dominado por uma excitação pulsional não elaborável no seu interior.

O Eu ameaçado em sua integridade, conforme apontou Horn, é um aspecto que nos ajudou a pensar no luto patológico do melancólico, no qual o sujeito se enrosca na sombra do objeto perdido, deixando a dor aparecer como defesa diante da ameaça a sua sobrevivência. A dor tem uma designação tópica que está no limite, entre corpo e mente, a exemplo da pulsão que é um conceito limite entre mente e corpo. Portanto, se a dor é vista por este ângulo, no limite do eu corporal, corresponderia àquilo que o afeto do desprazer está para o eu psíquico, em que Freud (1923) no seu trabalho O Ego e o Id, diz que o afeto é uma projeção do eu corporal. Dessa forma, não seria possível levantarmos uma hipótese de que, a dor depende de uma projeção retroativa no eu corporal, de um desprazer não elaborável, portanto pouco suportável no nível psíquico?

O que queremos dizer com isso é que o afeto sendo exteriorizado, dessimbolizado, o eu psíquico encontraria um certo apaziguamento, supondo assim uma redistribuição narcísica da libido possibilitada no nível do ego corporal, na qual a excitação que se vê imobilizada apareceria em forma de dor crônica. Ao contrário dessa operação teríamos a carga de excitação não ficando aprisionada numa marca de dor crônica por projeção retroativa, logo, este mecanismo de ligação poderia ser impulsionado por uma dor lancinante a nível físico.

## **2.2 As dores fibromiálgicas pelo vértice da psicossomática psicanalítica**

O diagnóstico da fibromialgia é tão controverso quanto o seu tratamento; nesse sentido, requer uma visão interdisciplinar. No campo psicanalítico não se encontra indicação de tratamentos relevantes para a fibromialgia, no entanto, os estudos sobre a histeria podem fornecer algumas pistas, até porque, estudos recentes tendem a considerar a fibromialgia uma forma atual de expressão da histeria. Também ela ocorre em sua maioria na população feminina (cerca de 70% a 80% são mulheres). Na histeria, havia a conversão pulsional para os órgãos

inferiores e superiores, ficando os pernas e braços espásticos. Muitos veem a fibromialgia como uma versão contemporânea da histeria, na qual os conflitos são encenados no corpo. Leite e Costa Pereira (2003), falam da fibromialgia como, por um lado, uma dor dramatizada e desacreditada da histérica e, por outro, de uma dor intrigante.

Além das evidências clínicas e teóricas, contidas nos pensamentos apresentados sobre as relações entre os dois fenômenos psicopatológicos, vemos, claramente, uma prevalência narcísica nessa síndrome. Se a proposta teórica aponta para uma retração narcísica, poder-se-ia, realçar um caráter correlato com a constituição melancólica, ante a fixação da libido no ego. Na citação de Leite e Pereira, há uma proposta de manejo técnico no sentido de aguçarmos a escuta na direção da memória da dor. Isso quer dizer de um analista escuta (dor) como objeto, não um objeto qualquer, como diz Horn (2013), mas objeto do processo analítico que propiciará ao paciente estabelecer um vínculo que o retire da posição narcísica em direção à construção de um vínculo objetal. Compreendemos que o paciente com dores corporais se torna refém de suas próprias amarras, portanto, é preciso de um analista desata(dor).

A dor, assim como as emoções é inerente ao humano apesar de a dor seguir um trajeto anatômico e biológico objetivo, ela também poderá atingir um corpo que possui uma distribuição anatômica própria, como nos ensinou o modelo das histéricas. Fernandes (2003) mostra-nos que essa anatomia se constrói a partir do cenário fantasmático de cada um. O corpo que é abordado pela psicanálise é o corpo habitado pela pulsão e atravessado pela linguagem. O corpo linguagem se constitui pela capacidade materna de erogeneizá-lo, ou seja, quando ele é atendido nas suas necessidades básicas de solicitação de toques, olhares, alimento, embalo para o sono etc. Ao falarmos do bebê ser escutado através da função materna, estamos tratando dessa maneira, de um modo de transposição de um “corpo de sensações”, para um “corpo falado,” descreve Fernandes (2003). O outro implicado na função materna é que dá ao bebê o ponto de apoio, servindo-lhe de polo investidor e que vai transformar o corpo biológico em corpo erógeno. É na presença da mãe através desses cuidados básicos primários que se instala um

corpo atravessado pela linguagem, um corpo que é nomeado, erogeneizado, este é o corpo da psicanálise, diferente do corpo biológico.

Compreendemos que em certas manifestações somáticas o corpo não veicula um sentido e uma história psíquica, como na histeria, há um movimento na dinâmica dessas manifestações mais próximas do agir do que de um pensar. A tarefa do clínico passa a ser, nesses casos, mobilizar a elaboração sobre o sintoma. Talvez, já possamos afirmar categoricamente, que, para os portadores de fibromialgias, o corpo com dor é um corpo que está muito mais para o sujeito que tem um invólucro corporal, apresentando pontos de dores, historicamente, mal erogeneizados, ou traumas mal resolvidos ao longo de suas vidas. Insisto na questão, de que esses pacientes trazem no âmago de suas histórias, marcas indeléveis que os deixaram machucados, uma espécie de marcas encravadas na pele ou no corpo.

Maria Alice, outra paciente, é uma jovem senhora, muito bonita, rivaliza com a sua mãe pela beleza. Ela tem 35 anos, pouco tempo de casada, chega até nós, numa forte crise no casamento, com dores no corpo, já diagnosticada com fibromialgia, enfim num quadro polissomatizante: urticária, enxaqueca, endometriose, rinite alérgica, asma, são queixas repetitivas que Maria Alice, nos fazia. Refere ela que a sua maior dor foi a perda do pai quando estava com 13 anos. O pai morre jovem e subitamente. Ela, ao chegar de um passeio com o irmão mais velho, encontra uma ambulância parada na frente de sua casa e alguém lhe diz que o seu pai havia morrido. Sua reação foi correr sem parar pelas ruas sem destino. Sua mãe, que nunca lhe serviu de modelo de admiração, depois da morte do pai, passou a agir como uma irmã mais nova, mal cuidava do irmão da paciente que estava com dois anos, às vezes parecia fazer dele seu boneco e companheiro de todas as horas. Na primeira viagem que fizeram, sonho de todas as crianças, foram os três (mãe, filho e filha) juntamente com uma amiga da mãe e à noiteticava Maria Alice no hotel com o irmão e a mãe retornava às altas horas da noite.

Maria Alice aquela figura bastante queixosa, ensimesmada no contato comigo, mesmo estando no divã precisa estar olhando para trás, com frequência. Controla o tempo da sessão e tudo o mais que esta em sua volta. Todas as somatizações eram acompanhadas por médicos como: dermatologistas, gastroenterologistas, psiquiatras, clínicos. Maria Alice parece ter uma estrutura histérica, apresenta

momentos de pânico e alguns episódios de depressão, mas ouviu de seu psiquiatra, que ela andava muito melancólica. Continuava usando antidepressivos ao chegar à análise. Veio já com o pedido para fazer análise, pois o seu outro tratamento e nada, dizia-nos Maria Alice, era a mesma coisa. Realmente, relutei em levá-la ao divã de início, diante do caráter primário de apresentação do seu mundo psíquico, muito pobre, muito defensivo, com uma expressão de risos constantes ao contar qualquer fato.

Esses pacientes que se expressam partindo frases, palavras ou histórias, deixam-nos uma impressão de que são revestidos de defesas rígidas. Falam utilizando o riso como defesa rígida, assegurando-os que não serão julgados dessa forma de expressão fugidia. O riso amortece e esconde a dor, penso eu. Apresentam um caráter infantil, assim como entendo a tartamudez, falas partidas pelo medo de completá-las para que não possamos ouvi-las, deixando-os desconfiados do que receberão de nós. Interessante é que essa senhora tem uma cisão no lado emocional e intelectual, levando-a a ser muito bem-sucedida no trabalho. Claro, é um espaço em que pode controlar a parte que desenvolveu nos estudos e especializações! Por outro lado, o seu corpo era um verdadeiro palco de adoecimentos somáticos, através dos quais, as dores o marcavam carimbando-o e levando-a a padecer com quadros polissomatizantes.

É interessante, que à medida que a análise de Maria Alice caminhava, as dores no corpo, um dos primeiros quadros da somatização, desapareceram. Ela me contou em uma das sessões: “Acho que a academia está-me fazendo bem, (risos), meu corpo dói pouco, (risos) olha para trás e diz o que você pensa sobre isso?” Mostrei-lhe que ela talvez tivesse receio de me dizer que, como a academia, a análise também poderia estar tirando parte das suas dores, mas se todas acabarem ela poderia vir a me dispensar ou vice-versa. Retruca dizendo: “Mas agora a minha gastrite está muito pior (risos)”. Maria Alice foi acostumada desde jovem a peregrinar de médico em médico e todos eles terminavam lhes dando alta. Logo, ela não conseguia receber deles o que mais precisava, ou seja, formar vínculos, trocar uma relação narcísica, instalada na sequência de adoecimentos no seu corpo, por vínculos objetivantes de que foi carente de uma boa função materna, em toda a sua vida e de pai a partir da puberdade.

Observamos nas Marias traços comuns:

- a) para elas a dor é uma experiência única, que conforme nos contam: “uma coisa é você imaginar uma dor, outra é você sentir os limites dessa dor, ter uma relação íntima com ela”;
- b) as dores corporais estão associadas a experiências de lutos não resolvidos;
- c) Suas sintomatologias nos levam a supor um substratomelancólico.

AlexandreFaisalCury (2013) nos oferece uma visão ampla e comprometida com as questões das mulheres que sofrem de Fibromialgia. É uma síndrome músculo-esquelética caracterizada por dor difusa e aumento da sensibilidade dolorosa em determinados pontos do corpo. Muito mais comum nas mulheres do que nos homens, na proporção de 9/1, ela ocorre em até 5% das mulheres ocidentais. Além da dor generalizada, do tipo "dói tudo", há também queixa de fadiga, sono superficial e não reparador, ansiedade, depressão, cefaléia, dormência nas pernas, dor abdominal e alterações do ritmo intestinal. Como não existe uma lesão anatômica bem definida, nem o exame físico é significativo, restam hipóteses para explicar o problema. “Entre elas a de que as pessoas com fibromialgia tenham maior sensibilidade e responsividade a dor.” Continuando, observa o autor:

Imagina-se que mesmo o menor estímulo doloroso que chegue ao cérebro pela medula espinhal é sentido ou interpretado como intenso. Ou seja, pessoas com fibromialgia tem limite mais baixo para a dor. Mas como e porque isso ocorre não é bem claro. O fato é que a percepção da dor é determinada por aspectos não só neurológicos, mas também psíquicos, tais como modo de enfrentar a vida, fatores estressantes e características de personalidade. Um estudo australiano investigou esta questão comparando dois grupos de jovens mulheres, com e sem diagnóstico de fibromialgia. Foram usados diversos instrumentos de avaliação psicológica. Os autores perceberam que as mulheres que sofriam de fibromialgia apresentavam forte e persistente tendência a vivenciarem intensamente estados emocionais negativos. Aquele limiar mais baixo para a percepção da dor está muito relacionado a esta característica de personalidade. [...] Um evento estressante qualquer que é bem tolerado por outra pessoa, será vivido com grande sofrimento pela pessoa que sofre de fibromialgia. O estudo traz uma contribuição às opções conhecidas, mas não totalmente eficazes no tratamento da fibromialgia, tais como analgésicos, anti-inflamatórios, antidepressivos, além das técnicas de relaxamento. Ele mostra que se, de fato, no caso da fibromialgia não é possível modificar o

funcionamento cerebral, mudar a forma de enxergar a vida pode ser uma ótima solução. (*apud* FAISAL-MALIN; LITTLEJOHN, 2012).

Compreendemos que a psicossomática psicanalítica busca reinstaurar o pensamento e a história, em um saber médico que reduz o corpo ao que é puramente somático e em resgatar a dimensão corporal em uma psicanálise que se debruça numa visão, exclusivamente, representacional da vivência humana. Assim é como definimos o método dos pensadores da psicossomática, baseiam-se num modelo em que concebemos relações dos sujeitos com o seu corpotanto pela via do adoecimento – somático ou psíquico –, como pela via dos usos deste mesmo corpo inseridos na cultura.

As abordagens da Psicossomática Psicanalítica tem tido grande impacto no entendimento e no tratamento da dor crônica, especificamente, na dor crônica fibromiálgica, objeto deste estudo. Os estudos sobre dores crônicas apresentam outras dores não referidas como dores fibromiálgicas: dor do nervo trigêmeo, endometriose, dores lombares, dor ciática, enxaquecas, síndrome do cólon irritável, dor pélvica, dor no pescoço, neuropatia periférica. A fibromialgia, como uma dor crônica é considerada por Jeffrey Rome (2007) como uma dor marcante pela maneira como ela se expande no corpo associada a várias sintomatologias: astenia, fadiga crônica, insônia, irritabilidade, ou seja, sintomas que impedem o portador de ser produtivo. Foi isso que alertou o Ministério da Saúde a tomar uma providência.

O nosso estudo realça a dor crônica, quando ela se apresenta como uma dor fibromiálgica, pois encontramos nela vestígios de uma constituição melancólica de base, mesmo que outros autores, já citados, tenham outras concepções a respeito do substrato prevalente.

### **2.3 Aproximações entre a melancolia e as dores crônicas pela psicossomática**

Aproximar a melancolia das dores crônicas significa pensar em duas formas de expressões psíquicas com uma tonalidade “cinza”. O que isso quer dizer? Ambas nos ensinam sobre a possibilidade do sujeito se deixar ser enredado pelas dores, configurando um sujeito aprisionado, voltado para dentro de si. Essa forma de se expressar e de existir nos faz pensar que há um retraimento libidinal em direção ao

próprio ego, deixando os vínculos com o mundo externo, empobrecidos. Nos sujeitos que sofrem com dores fibromiálgicas, como nos fragmentos clínicos apresentados, também outros casos de colegas psicanalistas, chama-nos atenção o fato deles apresentarem sofrimentos extravagantes e a presença de marcas indelévels nas suas histórias, que carimbam os seus corpos com dores contínuas e repetitivas.

O desânimo, a falta de prazer na vida, os sentimentos de vazio e de inutilidade estão entre os sintomas mais frequentes. Freud(1917[1915]), em Luto e a Melancolia, destacou que a principal diferença entre a dor melancólica e a do luto normal está no sentimento de baixa autoestima. No luto patológico (melancolia) ocorre uma perda significativa da capacidade de amar, a ponto de encontrar expressão em autorecriminação e auto envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição. No luto normal, Freud diz-nos que é o mundo que se torna empobrecido e na melancolia é o próprio eu que se torna esvaziado. Ambas as condições são reações à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar desta pessoa amada como o país, a liberdade, o ideal de alguém, a paixão amorosa, etc.

Em algumas pessoas as mesmas condições de influências poderão produzir melancolia ao invés de luto; por conseguinte suspeitamos de uma predisposição patológica. Esta é a condição do melancólico, vive um luto que não termina, colocando o sujeito numa obscura dor sem limites. Pensamos que esta base que destacamos da melancolia, nos pacientes com dores crônicas sofrendo de fibromialgias, poderá ser tomada, para que possamos afirmar que as dores crônicas se apresentam, também, como uma profunda e obscurador sem limites, daí a importante relação feita por Rocha (2009), da dor-esfinge, já falada anteriormente, que implica na necessidade de outro para traduzi-la, ou seja, “descola-la”<sup>6</sup>senão ela devora.

Sempre que estamos trabalhando precisamos definir não somente o método que utilizamos, como também, o nosso campo de investigação. O método psicanalítico requer um mergulho na situação clínica, plena de movimentos transferenciais e contratransferências. O instrumento analítico, próprio do analista,

---

<sup>6</sup> Destaque nosso. Neologismo criado para reforçar o manejo clínico com paciente que sofre de dor, conforme nos mostrou Rocha (2009): a dor é comparável à esfinge, é preciso do outro para que se possa traduzi-la ou decifrá-la.

trata de observar os fenômenos inconscientes através das ressonâncias afetivas e, o campo de investigação inclui as experiências do paciente, levando em conta as contratransferências do analista expressas na sessão analítica. O objetivo é trabalhar para chegar às ideias inconscientes.

Freud (1912 [1915]), em “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, estabelecia com clareza as condições em que conduzia seu trabalho:

As regras técnicas que estou apresentando aqui as alcancei por minha própria experiência no decurso de muitos anos, após resultados pouco afortunados me haverem levado a abandonar outros métodos... Devo, contudo, tornar claro que o que estou asseverando é que esta técnica é a única apropriada à minha individualidade: não me arrisco a negar que um médico constituído de modo inteiramente diferente possa ver-se levado a adotar atitude diferente em relação a seus pacientes e à tarefa que se lhes apresenta.

Ele nos dá uma visão do quanto o método que adota decorre de sua própria experiência com a clínica que ele trabalhava na época, outros poderão tomar direções diferentes, com novas descobertas e novas formas de sintomatologia psicopatológica apresentadas em contextos sociais diversos. Também, a corrente da psicossomática psicanalítica empresta-nos um modelo, com um método e uma técnica apropriada para uma abordagem das estruturas mais regredidas e que são acometidas por somatizações. Isso significa pensarmos que num enquadre terapêutico ativo, a regressão deverá ser favorecida e animada por um intenso movimento contratransferencial, que parece ser reparador das falhas do objeto primário. O analista na função materna primária vive uma experiência de um trabalho árduo e exigente! Utilizando-nos, mais uma vez, da contribuição de Horn (2013)<sup>7</sup>, ao citar Ferenczi, quando este último diz: “os limites não estão no limiar, mas sim, no centro: eles não se forçam, nem se contornam. É com aquilo que falta, tanto no analista quanto no analisando, que o trabalho se efetua” (FERENCZI *apud* HORN, 2013).

Claude Smadja(2013), a partir do modelo freudiano, diz que:

---

<sup>7</sup> Retirado de um resumo apresentado por Admar Horn, quando em 07 e 08 de junho apresentou no V Simpósio de Psicossomática Psicanalítica em São Paulo, ocorrido na Escola Paulista de Medicina. Teve como tema “Enquadre terapêutico: dos limites dos dispositivos às situações Limites”.

Freud fez na sua época, uma série de observações psicanalíticas que têm um valor essencial para a pesquisa psicossomática [...] todas essas observações são ilustrações do princípio de uma energia comum entre os campos psíquicos e somáticos. Mas o modelo teórico que faz com que esse dinamismo psicossomático se torne inteligível é a teoria da libido e de sua economia própria.<sup>8</sup>

Observa-se na questão posta por Smadja a importância da noção de comunidade energética, estando ligado ao ponto de vista econômico. Assim, como prevalece nos estudos da dor, prioritariamente, a economia de energia psíquica. Este autor utiliza este termo, comunidade energética, para realçar a indivisibilidade entre mente e corpo, diferentemente, do modelo positivista. Esta comunidade energética é comum nos dois campos de estudo, psíquico e somático, indissociáveis na sua essência. Em torno de Marty - fundador do IPSO (Instituto de Psicossomática de Paris), outros autores postularam a existência de uma energia comum para as expressões psíquicas e somáticas. Smadja referindo-se aos fundadores do IPSO, Marty, depois Muzan, Michel Fain, mostra-nos que, “essa energia só é comum em seu fundamento, pulsional; pois o que eles observam, são as transformações qualitativas dessa energia pulsional que levam a toda a variedade das manifestações clínicas, do psíquico ao somático”(SMADJA, 2013,p.3).

Farei um breve passeio histórico do movimento da psicossomática psicanalítica retirado do livro de Fernandes, *Corpo*, (2002, p.21, 22), quando ela traça uma direção no sentido de compreendermos que o corpo, não é somente o corpo da biologia, que adoece. Esse é também, o corpo da psicanálise, pois dentro ou fora, nas bordas ou nas extremidades laterais ou frontais, não importa, estamos tratando de um corpo que é constantemente, atravessado pela linguagem e a sua expressividade vai sofrer as influências de fatores, biopsíquicosociais.

Fernandes (2002) nos lembra do interesse dos psicanalistas pelos fatores subjetivos no processo de adoecimento do corpo, esclarecendo-nos que isto é marcado desde os primórdios do movimento psicanalítico, com os trabalhos de Felix Deutsch, Groddeck, Reich e Ferenczi. O interesse dentro desse movimento vai ganhando forma a partir da década de 40, com os trabalhos de Balint, conhecidos pelos seus grupos de inspiração psicossomática. Surgem a seguir duas grandes

---

<sup>8</sup> Palestra proferida por Claude Smadja, diretor da Ipsso, ocorrida no Rio de Janeiro, em 2013, num simpósio de Psicossomática Psicanalítica, no dia 08 de março na UFRJ, ligado a SPRJ com os membros da IPSO de Paris.

escolas, inicialmente, é fundada a Escola de Chicago e, só posteriormente a de Paris. No entanto, o movimento consolidou-se somente em meados deste século, através das contribuições pioneiras de Franz Alexander e da Escola de Chicago. Contudo, as dúvidas referentes à relação mente corpo continuam expressas na própria denominação “psicossomática” e ainda continua a ser usada por muitos estudiosos destes fenômenos.

Para Alexander, o termo psicossomático “deve ser usado apenas para indicar um método de abordagem, tanto em pesquisa quanto em terapia, ou seja, o uso simultâneo e coordenado de métodos e conceitos somáticos - de um lado e métodos e conceitos psicológicos por outro lado” (ALEXANDER, 1989, p.42).

O termo psicossomático, após tempo longo de estruturação, surgiu no século passado, através de Heinroth, com a criação das expressões psicossomática (1918) e somatopsíquica (1928) (MELLO FILHO, 1992).

O termo psico-somático, com hífen separando *psique de soma*, após longo tempo de estruturação, surgiu no século passado, através de Heinroth, um psiquiatra alemão, com a criação das expressões psicossomática, após longo tempo de estruturação, (1818). Existiram outras vozes e muitas discordâncias naquela época, um autor na ocasião, denominado William Mottley (1818) concordava com a psicossomática foi ele que disse aquela célebre frase muito conhecida na psicossomática, até hoje: “Quando o sofrimento não pode chorar pelo pranto ele faz chorarem outros órgãos”. Esse autor há mais de 200 anos escreveu a fisiologia da mente.

Zimmermann (2001) traz-nos com propriedade, uma breve história do movimento de construção da psicossomática, ao apontar-nos uma evolução na década 40, em que o termo psicossomático passa a ter uma grafia unificadora sem mais separação e o seu uso é empregado como substantivo para designar, no campo analítico, a decisiva influência dos fatores psicológicos na determinação das doenças orgânicas, embora já admitindo uma entre elas (p. 341). Diz-nos Zimerman, a seguir: “Freud também estudou os fenômenos psicossomáticos. Em 1981, em um trabalho sobre as *Afásias* e em 1905, no famoso *Caso Dora*, empregou a expressão complacência somática para referir que pode existir algumas áreas orgânicas de extrema sensibilidade, que condicionam, facilitam, descarregam e cenarizam

determinados estados emocionais. Em 1910, apareceu seu artigo ‘*Uma Alteração Psicogênica da Visão*’, onde transparece o modelada conversão histérica (p. 341). Além de tudo que foi dito, Freud descreveu também, as manifestações somáticas presentes na neurose Atual, postulou a concepção de que “o ego é antes de tudo um ego corporal”, além de outras contribuições indiretas. Seguindo-se a Freud, tivemos a Escola de Chicago Franz Alexander, já falado, anteriormente, que antecedeu a Ipso, o instituto psicossomático de Paris, com os enfoques originais, por nós já apontados, em outro momento desta dissertação, com a construção conceitual do pensamento operatório.

Vários outros autores se debruçaram no estudo dos fenômenos da psicossomática através de distintas abordagens, buscaram, sempre, correlacioná-los as primeiras etapas do desenvolvimento emocional primitivo. Vale realçar que esta é uma importante questão, que em todo o trabalho tentamos deixar claro, tanto em relação ao manejo clínico com esses pacientes, muito regredidos, como propusemos o modelo teórico de autores diversos, que contemplam este estudo e que sustenta a clínica dos pacientes limites. Consideramos os pacientes psicossomáticos, limítrofes. Quando os identificamos por *boderleines*, estávamos nos referindo muito mais, a um modo de trabalhar com eles, que a nosso ver se assemelha apenas, no sentido da função que teremos que nos emprestar com um modelo de maternagem, *holding*, mãe que dá a sustentação, conforme Winnicott (1976[1983]) São pacientes que exigem de nós um tipo de manejo de trabalho diferente dos pacientes neuróticos. Vale deixar claro que os pacientes psicossomáticos não tem uma estrutura *boderleins*, já que estes últimos sofrem de uma incapacidade de socializarem-se, enquanto que os psicossomáticos que sofrem de dores crônicas fibromiálgicas são na sua grande maioria, extremamente sociáveis considerados por McDougall (1978) de normopatas. Termo cunhado por ela para dizer do anti-analisando ou analisando robô que se expressa no mundo como um autômato. É importante que eu possa ter deixado claro esta distinção para não pensarmos que exista uma confusão e distorção ao falar de pacientes *boderleins*, trata-se apenas, no tipo de manobra clínica do paciente no limite.

A propósito dessa investigação sobre o paciente psicossomático, encontramos nos nossos estudos, traços melancólicos nestes pacientes que sofrem

de dores crônicas fibromiálgicas. Também, algumas verossimilhanças que nos despertaram a pesquisar tais relações: Eles têm pouca suportabilidade às perdas, se frustram com facilidade, sofrem de baixa auto-estima e são de difícil acesso. No trabalho de Horn (2003), ele cita Marilia Aisenstein que nos dizia: “com pacientes difíceis, entre os quais ela incluía os pacientes psicossomáticos, é preciso navegar o tempo todo entre a megalomania e a melancolia para que um trabalho analítico possa ser realizado, pois tanto podemos ter um êxito terapêutico, quanto podemos “Matar”o paciente” (p. 1). Esta afirmação, carregada de uma dose intensa de reflexão nos estimula a pensar mais sobre a Dor, tanto do paciente quanto do analista.

## CAPÍTULO 3

### DOR FIBROMIÁLGICA E MELANCOLIA

Para a discussão deste último capítulo utilizaremos autores como, Khel (2009), Ruffino (2001), Delouya(2001), entre outros, em alguns momentos, cujas interlocuções com os textos fundamentais de Freud, em especial “Luto e Melancolia” de (1917[1915]), nos ajudarão na direção do que pretendemos com este trabalho, ou seja, o de refletir sobre a relação das dores crônicas com a melancolia, estabelecendo uma diferença entre ela e a depressão e mostrar o quanto de melancolia há nas dores crônicas fibromiálgicas.

Os destaques a seguir serviram-nos como aportes teóricos para abriremos os estudos sobre as dores crônicas, a melancolia e a depressão. São fragmentos atuais e interessantes que nos ajudarão a fundamentar nossos questionamentos sobre melancolia e depressão.

Será que o imperativo moderno de felicidade, ao imprimir uma intolerância à tristeza e ao fracasso, leva a crença de que a depressão é a doença do século e, que, deve ser combatida com vigor? De que forma a investigação em torno da melancolia enquanto modo de constituição de um sujeito permitiria ressituar os fundamentos desse debate?<sup>9</sup>

De saída, podemos afirmar que, hoje, o termo “depressão” serve para designar os mais variados quadros clínicos. Sofrer é algo muito pouco permitido pela cultura e, como se sabe, os laboratórios farmacêuticos não se cansam de criar drogas que evite qualquer sofrimento. O culto à felicidade, a beleza dos corpos sarados, a rapidez no desempenho profissional, a crença no triunfo da ciência sobre os males psíquicos, levam os sujeitos a pautarem suas vidas numa ideologia imediatista e isolacionista. Logo, pensamos que para situar esse estudo sobre as depressões, é preciso contextualizá-la. Ponderamos, também, que é necessário definir a pertinência ou não de um estatuto para a depressão no interior da psicanálise.

---

<sup>9</sup> Esta questão foi retirada da quarta capa do livro “A clínica da melancolia e as depressões”, junho de (2001), nº 20. (APPOA)-Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Esta revista despertou nosso interesse justamente por se propor a estudar a melancolia. Fundamentalmente o artigo de Rodolfo Ruffino, “A melancolia no texto freudiano”.

### 3.1 Depressão e melancolia

Em psicanálise, a depressão, diz respeito a expressões sintomáticas, sinas da relação do sujeito com o Outro. Já a melancolia diz respeito a um modo de constituição do sujeito. Considerada uma patologia limite, a melancolia, da mesma forma que a anorexia, a bulimia, algumas toxicomanias e os distúrbios psicossomáticos, questionam a problemática dos laços primordiais de um sujeito. As patologias melancólicas são muito primárias e narcísicas. O luto do objeto perdido se torna para os sujeitos com essa constituição, difícil de ser realizado; *a priori*, o melancólico não quer se desligar do objeto que perdeu, ele o ama como se amasse a si próprio e seu ego se torna sombreado com o objeto perdido, semelhante ao estado da paixão. Não é, portanto, com o objeto que ele se relaciona, como acontece com o sujeito num estado depressivo, em que o Outro existe como objeto externo e interno, havendo uma prevalência da alteridade. Na melancolia, o sujeito aprisiona o objeto, amando-o egoisticamente, num modelo de amor narcísico.

“Navegar entre a megalomania e a melancolia é preciso”, observa Horn (2003). Esta afirmativa se torna clara quando remetemos à teoria freudiana da melancolia ao buscar uma explicação alternativa para o conjunto de manifestações do sofrimento mental em Kraepelin.<sup>10</sup> A esse conjunto de patologias ele deu o nome de psicose maníaco-depressiva. Freud se viu obrigado a incluir a mania como parte do complexo melancólico: Diz-nos Freud (1917 [1915], p 287), em “Luto e Melancolia”.

A impressão comunicada por diversos observadores psicanalíticos é de que, o conteúdo da mania é idêntico ao da melancolia. Ambas as afecções lutariam com o mesmo “complexo”, o qual subjugaria o eu na melancolia, e ficaria submetido ou apartado pelo eu na mania.

A mania seria o triunfo passageiro sobre a melancolia; a luta inconsciente entre ego e superego, com vitórias parciais de um lado e de outro, há um campo de batalha que faz dos estados maníacos e melancólicos duas faces indissociáveis de

---

<sup>10</sup> **Emil Kraepelin** (5 de Fevereiro de 1856 – 7 de Outubro de 1926) foi um psiquiatra alemão e é comumente citado como o criador da moderna psiquiatria, psicofarmacologia e genética psiquiátrica. Kraepelin defendia que as doenças psiquiátricas são principalmente causadas por desordens genéticas e biológicas. Após demonstrar a inadequação dos métodos antigos, Kraepelin desenvolveu um novo sistema diagnóstico. Suas teorias psiquiátricas dominaram o campo da psiquiatria no início do século XX e a base dessas teorias continua sendo utilizada até os dias de hoje.

uma estrutura psíquica similar. Kehl procura falar dessa operação, diferenciando o significante “melancolia”, da “psicose maníaco-depressiva”, nos diz:

Esta operação foi produzida como efeito colateral à privatização do conceito de melancolia, cujos vetores teóricos se deslocaram para o plano das relações mais precoces e mais íntimas da vida psíquica, em consonância com outras tendências de privatização da vida e autonomização da família, características das sociedades liberais burguesas (KEHL, 2009, p.49).

É possível que dessa forma, a melancolia, depois de Freud, veio a perder seu antigo atributo de simbolizar uma qualidade romântica, humores tristes, como veremos mais adiante. E, continua Kehl: Que sintomas hoje, podem ser entendidos como formas contemporâneas do mal estar? Responde ela mostrando-nos que esse laço social representado desde a antiguidade pela(s) melancolias deslocou-se, hoje, para o campo das depressões. Depressão é o nome dado aos sofrimentos decorrentes da perda do lugar dos sujeitos, junto à versão imaginária do Outro, faz parte do mal-estar contemporâneo, de uma sociedade que nas primeiras décadas do século XX, isolou os sujeitos num tipo de apresentação narcisista, onde o público, perdeu o lugar para o privado.

Diante dessas mudanças é possível que haja novas apresentações psicopatológicas com outras expressividades comunicadas, predominantemente, através de uma linguagem corporal. Numa sociedade que torna o sujeito invisível, os portadores de fibromialgia podem ser uma das possibilidades expressivas de sair da invisibilidade.

Maria Rita Kehl (2009), em “O tempo e o cão” (2009, p.39) se interroga: “o que a teoria freudiana pode ensinar ao psicanalista sobre a clínica das depressões[...]?”.

Responde a autora:

Muito pouco ou quase nada, no entanto, nos debates que tenho participado recentemente em torno deste tema, assim como em texto de diversos autores sobre o assunto, não é incomum encontrar certa confusão, entre as características dos quadros depressivos e melancólicos e que chegam a ser abordados indiscriminadamente, como se fossem a mesma coisa. Não são (KEHL, 2009, p. 39).

Concordamos com Kehl, que Freud não fez uma abordagem estrutural da depressão como fez com a melancolia, concordamos, também, que melancolia

edepressão são duas entidades diferentes, vamos procurar esclarecer demonstrando às diversas características descritas em ambas as expressões de afetos. As vinhetas clínicas das Marias, portadoras de fibromialgia e de constituição melancólica serão inseridas dentro do contexto que iremos desenvolver. A clínica é sempre uma companhia neste trabalho, a grande via propiciadora das construções teóricas que pretendemos expor.

### 3.2 A melancolia

Melancolia é o termo mais antigo para a patologia dos humores tristes. Entretanto, ela nem sempre esteve sob o domínio do campo psiquiátrico, psicanalítico e filosófico. O termo e suas diferentes formas de uso estão relacionados com sua história: é muito antigo, anterior ao advento das ciências modernas. Suas origens remontam à Grécia antiga, alguns séculos antes de Cristo, época em que arte, tragédia e filosofia se encontravam: nas obras de arte, nos escritos literários trágicos, nos textos da antiga filosofia de Aristóteles e nos textos da pré-história médica, daquele que é considerado o pai da medicina – Hipócrates. Também, na Bíblia encontramos a presença da melancolia, a velha imortal que resistiu aos tempos, arrolou-se pelos séculos, habitou os velhos mosteiros, vagou errante pelas terras medievais, presenciou o nascimento das grandes cidades, sucedeu à terrível peste negra, adentrou o renascimento, foi musa do romantismo e resistiu forte até meados do século XIX, período em que foi substituída pela depressão (SCLIAR, 2003 *apud* TEIXEIRA, 2007).

Com o autor acima, viajamos de volta no tempo pela Oriente Médio, Israel. Nós encontramos a melancolia nos textos da Bíblia, do Antigo Testamento, cerca de 900 A.C. Ela aparece de maneira mais notável em Saul, o “melancólico” rei de Israel, nomeado ao trono por Samuel. Porém, Scliar (2003, p.64, *apud* TEIXEIRA, 2007) nos adverte: “Melancólico é o adjetivo que mais comumente se aplica a ele (não, porém no texto bíblico: o termo só surgiria séculos depois)”. Isto quer dizer que, nesta referência, a melancolia se apresenta como estado, não como termo. O rei Saul, após desobedecer a algumas determinações de Samuel (seu antecessor e simbólica figura paterna de proteção e orientação divina), é acometido por um “mau espírito” – que depois seria comumente conhecido como a “melancolia do rei”. Nesta, seu estado de ânimo fica abalado e a culpa pela transgressão às ordens de Samuel o castiga. Saul acaba se suicidando.

O melancólico tal qual o depressivo, expressa sua dor através da tristeza. Tanto numa afecção quanto na outra, há um sentimento de negativismo, fantasias autodestrutivas, distúrbios somáticos, entre outras manifestações de dores psíquicas, físicas e crônicas. O melancólico mostra um traço, já citado ao fazermos a diferenciação do luto, que poderia ser tomado de empréstimo para, também, ajudar-nos como marca distintiva, entre o melancólico e o depressivo. Neste primeiro, há um predomínio do sentimento de baixa autoestima, não que também, não haja no depressivo, mas, pensamos que por haver contato com o objeto externo, este fato, o favorece na recuperação (elaboração) da perda sofrida. Assim, como algumas crises da histérica e algumas construções do pensamento dos obsessivos delirantes que nunca poderão ser confundidas com os sintomas dos psicóticos, a semelhança fenomenológica entre a tristeza e o abatimento dos melancólicos e dos depressivos, também não são manifestações da mesma estrutura psíquica.

Segundo Kehl (2009), Freud, “resgata um estudo exclusivo da psiquiatria e, da história da cultura ocidental, desde Aristóteles em que este tema era carregado de signos de sensibilidade, originalidade, nobreza de espírito e outras qualidades que caracterizam o gênio criador.” Podemos, então, afirmar que Freud aportou em terras nunca antes desbravadas. A teoria freudiana da melancolia, de 1915, contribuiu com duas mudanças significativas:

- a) no plano clínico, trouxe a melancolia do campo da psiquiatria para o da clínica psicanalítica;
- b) no plano da história das ideias, favoreceu a um distanciamento da melancolia da longa tradição pré-moderna das representações, consideradas sublimes, atribuídas aos homens de caráter melancólicos, desde a antiguidade grega.

No plano clínico, vamos priorizar a relevância da definição dada por Freud sobre melancolia, como um modo de constituição do sujeito trazendo contribuições decisivas e inovadoras para a clínica com esses pacientes regredidos. Diferentemente da depressão, a qual Freud não dedicou nenhum trabalho específico, já havia incluído a melancolia foi incluída entre as neuroses narcísicas. Hoje, a clínica da melancolia ganhou importância pela diversidade de apresentações

psicopatológicas, nas quais há um predomínio de um modo de subjetividade voltado para o individualismo – as chamadas patologias narcísicas –, onde o corpo é palco e cenário de suas representações, de dores, como também, de amores; Isso significa que Tânatos e Eros caminham lado a lado, conforme sugeriu Freud, na segunda tópica da teoria das pulsões (1920). Lembremos que Freud considerou a teoria das pulsões sua mitologia e a chamou de “Metapsicologia da Feiticeira”, para aludir que não se tem respostas para tudo. “Temos de chamar a Feiticeira em nosso auxílio, afinal de contas, sem especulação e teorização metapsicológica – quase disse ‘fantasiar’ - não daríamos outro passo à frente [...] o que a Feiticeira nos revela não é muito claro nem muito minucioso” (FREUD, 1969 [1937], p. 257) O que Freud queria dizer é que é preciso inventar e, de vez em quando, deixar-se voar nas asas da imaginação para poder "compreender" o que a "pura teoria" não daria conta.

### **3.3 O substrato melancólico na dor crônica**

Freud no seu importante texto, “Luto e Melancolia” (1915[1917]), que tomamos como base e fonte de inspiração para esta dissertação, postulou a ideia de ligar o enigma da dor psíquica à dor física. Ele descreve assim: “Mas aqui convém ainda uma vez mais dar uma parada e adiar o seguimento da elucidação da mania, até que nós tenhamos adquirido um pouco mais de conhecimento sobre a natureza econômica inicialmente da dor corporal, e depois da dor anímica que lhe é análoga”. (Freud, 1917[1915], p.291).

“A característica mais notável da melancolia, e aquela que mais precisa de explicação, é sua tendência a se transformar em mania - estado que é o oposto dela em seus sintomas” (FREUD, 1917, p. 286). Sofrer é algo muito pouco permitido pela cultura e, como se sabe, os laboratórios farmacêuticos não se cansam de criar drogas para evitar qualquer sofrimento. O culto à felicidade, a beleza dos corpos sarados, a rapidez no desempenho profissional, a crença no triunfo da ciência sobre os males psíquicos, levam os sujeitos a pautarem suas vidas numa ideologia imediatista e isolacionista.

O trabalho sobre a melancolia o convenceu que havia uma ligação profunda entre as variações depressivas e maníacas de um lado, e por outro lado, o

sentimento doloroso e o sofrimento narcísico que se segue quando cessa a dor. A dor corporal crônica tem um refúgio no ego, significa dizer que há uma retração dos investimentos libidinais em relação ao mundo dos objetos, que poder-se-ia comparar à dor moral encontrada nos sujeitos melancólicos. Neste sentido, Freud concebeu a dor como um buraco no psiquismo que esvazia o ego dos seus investimentos, empobrecendo-o. Este “buraco”, ou ferida determina um contra- investimento muito elevado da parte do ego.

Lembremos as palavras de Horn (2003.): “é preciso pensar um pouco mais sobre a dor”. A dor conota um discurso para dar sentido ao existir, há um apelo que exige uma função também, dolorosa do analista para ajudar a decifrar os enigmas que estão por trás de cada estado de dor. A cronicidade dessa dor leva-nos a refletir, que estamos tratando de um dilema diante do conceito limite da psicanálise e a misteriosa função que ela preenche. E, continua [...] “experiência subjetiva, o fenômeno doloroso articula de muitas maneiras o psíquico o somático e se constitui então num fato psicossomático” (HORN, 2003, p.286).

Isso leva-nos a pensar na importância de se pesquisar sobre a dor e, o quanto ela tem uma natureza mista, neurótica, somática, resultante de uma desorganização psíquica. Pensamos, portanto, que a dor poderá ocupar dois espaços claramente identificados nestes estudos, quais sejam: de um lado ela tem uma função desorganizadora, resultante de um ego ainda frágil, no sentido de não saber lidar com traumas e perdas, como também ocorre na melancolia, e, de outro lado, podemos pensar numa função organizadora do aparelho mental na medida em que ela funciona como um alerta para o sujeito. O fato psicossomático apontado por Horn (2003) nos diz que os sujeitos que sofrem de dores crônicas fibromiálgicas pedem para ser olhados. Nesse sentido a não dor, seria o sujeito anestesiado, logo, desorganizado psiquicamente. Ao referir-se ao paciente com este tipo de apresentação (Horn, 2003, p.3) está aludindo ao paciente que sofre da Depressão Essencial e que tem um tipo de pensamento denominado de operatório. São pacientes que têm uma inexpressividade afetiva, segundo o modelo de estrutura descrito por PierryMarty. Neste mesmo texto, Horn explicita a questão da não dor, ampliando a ideia do conceito, vejamos a seguir: [...] segundo vários autores, cada um com a sua concepção, a não dor é atribuída a mecanismos específicos

deimobilização, de desorganização, de congelamento, de repressão ou desupressão dos representantes psíquicos da pulsão. Assim sendo, o enigma danão-dor na depressão essencial é ligado à esta marca de frigidez afetiva, que é uma característica significativa deste tipo de depressão [...] a tendência à inexpressividade dolorosa, no deprimido essencial, está ligada aparentemente a uma falta de histeria no funcionamento psíquico.

Neste sentido, poderemos marcar uma outra posição quanto a importância do nosso estudo, em que dor fibromialgica tem relevância nesta sociedade em que o sujeito é apenas mais um, sofre de uma dor da invisibilidade se não atende aos ditames ditatoriais exigidos por essa sociedade do imediatismo. Sentir dor, ou a dor como enigma a ser decifrado é algo que grita, faz barulho e instiga a presença do outro, logo, conclama a uma posição de alteridade. O não sentir ou a não dor seria a troca do positivo em negativo, onde o enigma sendo trocado, como decifrar o silêncio ou o abandono do outro, em que a sociedade contemporânea vem fabricando e que dizemos dos sujeitos robotizados. Penso, não pareceriam com os deprimidos essenciais, os que hoje recebemos com mais frequência nos nossos consultórios?

Freud, no texto “Luto e Melancolia” postulou a ideia de ligar o enigma da dor psíquica à dor física. Ele descreve assim:

Mas aqui convém ainda uma vez mais dar uma parada e adiar o seguimento da elucidação da mania, até que nos tenhamos adquirido um pouco mais de conhecimento sobre a natureza econômica inicialmente da dor corporal, e depois da dor anímica que lhe é análoga (FREUD, 1917 [1915], p. 291).

A dor pode ser definida como um conceito no limite e do limite (HORN, 2003), desta maneira, poderemos ver uma semelhança na sua origem, ao conceito de pulsão, que faz a ponte entre o psíquico e o somático, um conceito limite na psicanálise. A barreira que liga é a que faz a ponte para o que era inicialmente corpóreo, lembremos que o ego é antes de tudo um ego corporal (FREUD, 1923). Freud ([1916]) define a pulsão como sendo um conceito situado entre o psíquico e o somático, como o representante psíquico dos estímulos originários no corpo – dentro do organismo – que alcança o psiquismo, como uma medida de exigência feita à este, no sentido de trabalhar considerando sua ligação com o corpo. Sabemos que a pulsão nasce no corpo e repercute no psíquico. Os aspectos subjetivos encontram-

se apoiados sobre uma estrutura somática, sendo o somático a condição de possibilidade de existência do psíquico. A função protetora do somático é o psíquico, portanto são lugares indissociáveis.

Ambas as situações ocorrem na presença de outro, que ampara a experiência de satisfação na relação com o objeto e cria o desejo; este vai alimentar o aparelho psíquico, retirando o sujeito da exclusividade da satisfação nas manifestações corpóreas. A angústia aparece no bebê nas experiências somáticas desagradáveis relacionadas, basicamente, com a pouca produção de pensamento. Considera-se traumático qualquer estímulo que supere as possibilidades do aparelho psíquico fazer o seu trabalho de elaboração. É possível que o desprazer a que estamos nos referindo tenha no sofrimento e na dor, a base econômica fundamental sobre a qual o aparelho psíquico é estruturado. Mesmo sabendo que a força psíquica determinante é a do prazer, a sua satisfação não instiga atividade mental, apenas a sua falta a provoca. Esta busca é conduzida pelo desprazer associado à própria tensão gerada pelos investimentos pulsionais, os mesmos cujas descargas produzem o prazer. Ao falar de uma estrutura psíquica mais complexa é necessário haver a tensão e desprazer, estes são motores que favorecem a atribuição de significados mentais aos investimentos, ou seja, as catexias libidinais, colocando-os no campo da experiência emocional. O destaque que estamos dando à formação do aparelho psíquico servirá para aproximarmos-nos, de uma compreensão do que significa uma estrutura mais regredida, mais bruta, da de outra mais elaborada e complexa. Prevalencia no estudo feito por Freud, em Projeto (1895), o modelo de descarga direta, onde a dor está a serviço de um tipo de funcionamento em que ela tem que ser eliminada, diante da grande irrupção de tensão.

Vejamos um outro recorte, que também, favoreceu refletirmos na questão por nós realçada, na qual ajudou-nos a compreender o substrato melancólico nas dores crônicas.

A melancolia é uma obscura dor sem limites... Um olhar perdido no espaço... um mutismo que diz mais que mil palavras... dor incomensurável, dor do nada, sem causa aparente, que se reporta ao vazio que clama em vão por uma palavra que possa simbolizá-la.”  
(AZEVEDO, 2003, p.1)

Neste destaque apresentado, a autora esclarece-nos da dificuldade em deciframos o enigma da melancolia e salienta adifícil tarefa que é fazer este

trabalho com o paciente que insiste em não sair de sua dor. Dor, tristeza, pesar, desinteresse são características de quem perdeu algo. Acontece que alguns sujeitos ao sofrerem perdas significativas, reconhecem que o objeto não mais existe, e, para outros, parece um trabalho impossível à crença no desaparecimento do objeto de amor, negam por não saberem exatamente o que perderam. E continua Beatriz Azevedo (2003, p. 1), “caem num mundo obscuro e enigmático da melancolia”.

Ao tomar a melancolia como o mais importante modelo de impasse narcísico, Freud deu um salto em direção ao trabalho com esses pacientes favorecendo as análises de estados mentais narcísicos e identitários. Outros autores, como Roussillon (2010), com base no pensamento de Winnicott, também buscam desconstruir essa forma de defesa do melancólico, emprestando o seu conhecimento, tanto teórico como clínico, em direção ao despregamento desse sombreamento do objeto perdido no ego. Da perspectiva aberta por Winnicott, que ampliou os comentários de Freud a respeito da sombra do objeto, o que retiramos de importante é o incremento de uma nova possibilidade, de uma mudança de postura na clínica desses pacientes regredidos, que a meu ver representa um acréscimo na teoria freudiana.

Para Winnicott, segundo Roussillon (2010, p.160): “O indivíduo espera que o objeto primário seja um espelho emocional que ofereça uma representação do *self*”. Com esta contribuição, ele continua e renova o pensamento freudiano com uma consequência clínica concreta. O empréstimo feito através de um espelhamento por outra pessoa leva a restaurar traços de memória perdidos, decorrente da confusão ante a colagem sofrida pelo ego com a sombra do objeto. A ideia é que esse espelho funciona como um espelho primário do objeto. Ele restaura o paradoxo de uma identidade construída através da internalização do espelhamento enviado por outra pessoa. A identidade é o precipitado das identificações narcísicas primárias, aquelas que incorporaram um objeto que é o espelho e o duplo do *self*.

Desta forma, Winnicott amplia a possibilidade do trabalho de Freud, sobre a melancolia, oferecendo possibilidades de uma clínica expandida, não somente com os pacientes melancólicos, também, com outros pacientes de estruturas mais regredidas, dentre os quais destacamos os psicossomáticos. Vejamos uma das consequências deste modelo proposto por Winnicott:

O analista é mensageiro e porta-voz de uma nova identificação, que somado aos precipitados das identificações maternas primárias provoca uma espécie de descolamento pulsional que sombreia o ego e, nesse processo de inclusão por identificação com o outro, faz brotar o modelo de Alteridade. Isso se dá por meio do espelhamento feito, não somente pelo trabalho transferencial, bem como pelo espelhamento já existente, através das identificações com os seus objetos primários (ROUSSILLON, 2012, p. 160).

E, continua Roussillon:

Tentar restaurar psicanaliticamente esse aspecto de 'alteridade' e desconstruir o postulado narcísico solipsista da autoidentidade significa tornar possível ou restaurar a função objetizante da pulsão. Isso permite redescobrir no ego, traços do objeto perdido e representa a sombra que foi assimilada. (ROUSSILLON, 2012 p. 160-161)

Vimos nestes dois parágrafos destacados de Roussillon, onde ele também cita Winnicott, modelos que nos emprestam para melhor compreendermos o paciente melancólico e regredido. A desconstrução do postulado narcísico solipsista é visto por nós, como um acréscimo na clínica psicanalítica com os pacientes regredidos, que predominam na atualidade. O analista no lugar de mensageiro e ao mesmo tempo, porta-voz de novas identificações, favorece a inclusão de outro modelo e desloca com isso a sombra que recai sobre o ego do paciente. Pensando assim, ele (analista) ajuda o paciente a deslocar a força pulsional das identificações maternas primárias, deixadas sobre o ego e de empréstimo, leva ao seu paciente um novo modelo que será a semente de alteridade.

Outros autores valiosos, que muito contribuíram para o trabalho com pacientes regredidos, cito neste momento, o trabalho em homenagem a Green, denominado, "O Conceito de "limite" para André Green "(1988) – um modelo metapsicológico para pacientes fronteiros. "(JOSÉ NETO, 2013), oferece-nos uma contribuição valiosa ao demonstrar na sua introdução a riqueza teórica e de muita utilidade à psicanálise com o trabalho desenvolvido por Green, sobre a problemática dos casos limites (*boderlines*)". Green contribui de forma grandiosa explorando os limites da psique e, com este trabalho enriquece a clínica com um novo pensamento e reflexão necessária para constituir uma metapsicologia dos limites e esclarecer muitos aspectos do funcionamento psíquico e do trabalho psicanalítico com esses pacientes. Assim como a noção freudiana de clivagem, e ideias de Winnicott e

Bion somadas deram origem a essa metapsicologia. São alguns dos autores já citados por nós durante este trabalho de dissertação com o objetivo primordial de compreendermos a clínica dos pacientes muito regredidos, os quais podemos falar de uma certa expressividade primária cuja expressão de seus comportamentos, estão mais calcados na ação do que na elaboração. Os pacientes com dores crônicas fibromialgicas, com um predomínio psicossomático poderiam ser enquadrados neste campo de ação.

As angústias de perda e de intrusão marcam a relação transferencial-contratransferencial com esses indivíduos. O desenvolvimento dos chamados “processos terciários” durante o tratamento aparece como muito importante na tentativa de aumentar o campo psíquico da representação. Já falamos que o fluxo pulsional destes pacientes fica preso ao corpo marcando pontos de dor. Como se o corpo fosse o lugar da representação do que psiquicamente não pode ser elaborado. O corpo que referimos é o corpo da linguagem, como falamos num outro momento, mas nunca o bastante, pois esse é o corpo da psicanálise, o corpo erógeno.

O psicanalista francês André Green apresentou contribuição teórica muito útil à Psicanálise com sua reflexão ao longo de décadas sobre a problemática dos chamados casos limite (“borderlines”). No presente artigo, o autor se propõe a transmitir a construção do pensamento de Green sobre os limites da psique, reflexão necessária para constituir uma metapsicologia dos limites e esclarecer muitos aspectos do funcionamento psíquico e do trabalho psicanalítico com esses pacientes. A noção freudiana de clivagem, assim como muitas ideias de Winnicott e Bion são articuladas de maneira muito consistente para dar origem a essa metapsicologia. As angústias de perda e de intrusão marcam a relação transferencial-contratransferencial com esses indivíduos. O desenvolvimento dos chamados “processos terciários” durante o tratamento aparece como muito importante na tentativa de aumentar o campo psíquico da representação. Por fim, o autor retoma a reflexão desenvolvida por Green sobre o pensamento em Psicanálise a partir dessa clínica.

O que estou propondo a partir das ideias de Roussillon é que o modelo da intersubjetividade da vida pulsional, alarga o escopo do que o analista poderá compreender, ampliando o pensamento clínico do que é necessário para dar conta

dos pacientes muito regredidos, os psicicamente primários cujas estruturas estamos nos debruçando nesta dissertação, os melancólicos, os psicossomáticos e que apresentam os modelos psicopatológicos de incidência de adoecimentos nos seus corpos.

### **3.4 Refletindo a dor fibromiálgica e a sua relação com a melancolia**

À exceção da dor generalizada nada é consensual na fibromialgia (FM). Nem a sua definição, nem o conceito ou a sua etiologia, como já tivemos oportunidade de ver nos capítulos precedentes. Basta ponderar os critérios de diagnóstico do ACM (*American College of Rheumatology*) para a fibromialgia, baseados, exclusivamente, na dor disseminada e na existência de certo número de pontos dolorosos, omitindo, a nosso ver, uma parte sintomatológica importante: síndromes funcionais como cefaleias, parestesias, entre outros. Mesmo não sendo nosso objetivo desprezar o componente biológico da doença, pretendemos apresentar outra vertente dessa patologia que envolve uma multiplicidade de fatores na sua etiologia. Ou seja, a vertente psicológica, para mostrar que nessa dor há um substrato melancólico.

O denominador comum entre as dores fibromiálgicas e a melancolia é que em ambas há uma retração libidinal de caráter tanático, na qual a libido fica reclusa num movimento pulsional empobrecido. Na melancolia essa retração libidinal se dá em direção ao próprio ego, sombreando-o e nas dores fibromiálgicas estas dores se encravam no corpo, marcando pontos (*os tenders points*) em partes do corpo mantendo um nível crônico e contínuo de dor. Nesse sentido podemos pensar que ambas as situações estão inseridas no quadro das patologias narcísicas. A tentativa de compararmos aos transtornos *boderlaines*, como já destacadas anteriormente, faz-nos pensar que as duas situações exigem um manejo clínico parecido por se tratarem de pacientes com uma certa asfixia pulsional, ou seja, há um predomínio de uma pulsão tanática, a pulsão de morte sobrepujando à pulsão de vida. A dor crônica da fibromialgia se fixa no corpo por um tempo maior que outras dores, gerando desagradáveis sensações de algo interminável. A melancolia, também, pois fixa o objeto perdido no próprio ego, a dor do que se perdeu permanece

interminavelmente. Em ambas as afecções, a pulsão se fixa, no ego ou no corpo, sem fluidez.

Rocha (2011) ao falar sobre dor corpórea e dor psíquica articula duas formas de excitação: a externa e a pulsional. Ele diz que, “aparentemente, nem a dor física tem algo a ver com a perda do objeto, nem a dor psíquica com as excitações periféricas, mas relembra Freud, quando afirma que a linguagem criou o conceito de dor psíquica” [...] esta, apesar de distinta da dor física, pode com ela interagir na mesma medida em que o corpo e o psiquismo interagem e mutuamente se influenciam. O corpo da psicanálise é o corpo erógeno o qual se inscreve a dor física, o corpo que, ao ser investido pela libido do ego, torna-se um eu-corpo. Rocha (2011) cita Pontalis, ao dizer-nos: “é pela mediação da dor, que o corpo se torna psiquismo e o psiquismo se torna corpo”. A maleabilidade e flexibilidade das fronteiras entre corpo e psiquismo torna possível o escoamento da angústia não significada, no corpo, causando dores generalizadas. Entendemos que os *tenders points* da fibromialgia são lugares que não foram investidos primariamente, numa fase em que o corpo deveria ter sido erogeneizado.

Nesse sentido, as dores poderão ser interpretadas como necessárias, fazendo falar o que antes estava calado e não estava representado psiquicamente. Para amenizá-las, convém tentar restaurar traços de memória perdidos, devido à colagem do ego com a sombra do objeto. Assim, tanto no melancólico como nos fibromiálgicos, podemos supor ter havido uma falha básica nessa identidade primária, que diante de uma perda significativa sofrida por esses sujeitos, estes passam a mergulhar numa solidão dolorosa e patológica acometendo o corpo e a alma, tornando-os reféns de uma dor que parece nunca ter fim.

Collette Rabenou (*apud* HORN, 2003, p. 5), num artigo sobre *Mère de Douleur*, descreve um desses pacientes que procura análise com uma demanda paradoxal, com dupla mensagem contraditória: “Ajude-me a suprimir a dor que me faz sofrer, mas a deixe comigo para que eu possa existir”. Demanda igualmente contraditória ouvimos de Maria das Dores, já citada anteriormente, ao pedir que tirássemos suas dores, que eram insuportáveis, mais que não afastássemos a sombra que a recobria: a do filho morto a ela colado. A análise que fizemos dessa demanda é a de se tratar de uma dor primitivamente, narcísica, na qual o morto (filho) se funde a

Maria, sua mãe, que não o deixa sair, morrem juntos, ilusoriamente, e assim essa mãe investe toda a libido que foi retirada do objeto perdido, no seu próprio ego. Semelhante ao que acontece na paixão, também denominada de estado do enamoramento, em que se ama não o outro, mas, a si mesmo, o outro é espelho de si mesmo. Segundo Horn (2002, p.3), “o sujeito luta pela sua revivescência, para reanimar o objeto perdido do qual ele tem necessidade para sobreviver tanto no plano físico quanto psiquicamente”. Este tipo de luto denota uma incapacidade de lidar com a perda decorrente de uma insuficiência materna nos primórdios da vida do bebê. Sabemos que os primeiros investimentos e cuidados maternos, como toques, canções de ninar, cheiros, alimentos, são investimentos libidinais necessários para um bom desenvolvimento psicofísico. Tais cuidados, *holdings*, na linguagem de Winnicott, transformam partes do corpo, em lugares erogenizados. Se há ausência da função materna nessa primeira fase, de formação do ego ideal, herdeiro direto do narcisismo primário, há também, possibilidades de que a dor, posteriormente, surja como forma de expressão de uma falta primária, como um tipo de dor narcísica.

Na psicossomática encontramos semelhança na compreensão acerca dos pacientes regredidos, conforme é mostrado por Marty e pensadores de sua escola, ao nos ensinar sobre o conceito de depressão essencial. A Depressão Essencial (DE) se estabelece quando acontecimentos traumáticos desorganizam certo número de funções psíquicas, cujas capacidades de elaboração transbordam. Leila Bastos Goulart da Silva, (2009) na sua dissertação de mestrado citando o livro *L'ordre psychosomatique* de Marty (1980) retoma a discussão referente ao “operatório” em função de novas considerações sobre a evolução do aparelho psíquico e de seu funcionamento. O autor, diz-nos Silva, passa a referir-se ao pensamento operatório pela expressão “vida operatória”, que vai evoluir nos pacientes psicossomáticos para um quadro que Marty chamou de depressão essencial. A depressão essencial foi descrita por Marty (ibidem) como depressão sem objeto, em que o paciente não apresenta queixas ao analista nem elaborações e questões subjetivas junto a este. Caracteriza-se por um rebaixamento do tônus libidinal, fadigacrônica, ausência de conteúdos manifestos através da simbolização. Esses pacientes perdem o interesse por tudo que os rodeiam, são desprovidos de

culpa ehá um sentimento de desvalorização pessoal. O discurso desses pacientes é ligado às experiências baseadas nos fatos concretos, deixando de lado o aspecto subjetivo. As respostas geralmente são curtas e objetivas, sem demonstrar afeto.

Essa dificuldade de nomear e manifestar afeto nas relações interpessoais foi enfatizada por Marty como “relação branca” ou de pacientes “isto é tudo”, podendo ser observada inclusive na relação transferencial com o analista.

Marty compara o fenômeno da depressão essencial à morte. Para o autor “o instinto de Morte é o Senhor da Depressão essencial” (MARTY, 1993, p.19). Em lugar de instinto de morte (termo empregado por Marty), podemos entender pulsão de morte, conceito apresentado por Freud (1920) em seu artigo intitulado “Além do princípio do prazer”. Esse conceito faz parte das bases teóricas deixadas por Freud para os estudos da psicossomática. Cabe ressaltar que Freud dedicou-se a estudar o sintoma neurótico, não se lançou no campo de estudo da psicossomática, de maneira a sistematizar o estudo como o fez com as neuroses, psicoses e as perversões. Mas, de sua doutrina, retiramos o estudo da psicossomática desde o projeto, das neuroses traumáticas, até a sua segunda tópica a partir de 1920, no seu texto, Além do Princípio do Prazer.

Os pacientes psicossomáticos tem um nível mais comprometedor de comportamento, muito regredidos, primário, pensamento operatório, modo de funcionamento calcado em ação ao invés de elaboração e com uma pobreza na capacidade de fantasiar. Comumente, sofrem com distúrbios de sono, motricidade e há uma prevalência maior de viver a necessidade imediata, sem a mediação do desejo. São pessoas muito concretas, levadas a agir no lugar de pensar. Superinvestem libidinalmente, tudo que há de concreto, como e principalmente os seus sintomas corporais, como que fazendo um curto circuito direto entre a angústia e o sintoma corporal sem passar pelo pensamento. Esses são os pacientes com o pensamento operatório, expressão cunhada pela Escola de Psicossomática de Paris, já falada anteriormente. Apresentam uma organização psíquica ou um tipo de estrutura psicopatológica, distinta das estruturas descritas por Freud em neurótico e do psicótico e o perverso. Neste trabalho busco me deter nas duas formas de estrutura, psicossomática e melancólica. Na melancolia tento fazer uma distinção da

depressão essencial de Marty pois há algo que se assemelha e se diferencia, veremos adiante como essas duas formas foram compreendidas por nos. Se a dor reclamação, queixa e pedido dirigido a outro semelhante, constata-se que nos pacientes operatórios e deprimidos essenciais, esta transmissão falha num grau mais ou menos importante. Deste modo, para o psicanalista psicossomático, o enigma troca de sinal e torna-se aquele da não dor (psíquica). É o muito pouco que faz reaparecer a questão. O muito pouco significa que há uma vida psíquica pobre, logo, há pouco ou quase nada, de traços representativos nestes pacientes operatórios e depressivos essenciais, para que possamos fazer com eles um trabalho elaborativo. O realce a não dor significa a pobreza da vida pulsional, de qualquer forma, a dor positiviza um afeto desagradável, como já falamos em outro momento, é uma comunicação expressiva de afeto no corpo ou na alma. Vejamos um pouco das palavras de Volich(1998, p.XV) sobre estas questões: As dinâmicas afetivas destes pacientes foram conceitualizadas por Marty (1993) por Depressão Essencial. Esta, diferentemente, da depressão neurótica do teor da melancolia, a depressão essencial não demonstra nenhum trabalho de elaboração. Ela se apresenta como uma depressão sem objeto, constituindo-se mesmo como a essência desta depressão. Caracterizada por um rebaixamento do tônus libidinal e por um desamparo profundo, frequentemente desconhecido do próprio sujeito. Este não apresenta nenhuma queixa, quando muito uma fadiga profunda e a perda de interesse por tudo que o rodeia. A Depressão essencial é frequentemente precedida por angustias difusas. A vida operatória (Marty, 1993) visa obter um equilíbrio frágil por meio de atividades utilitárias frágeis. Entretanto estas condutas podem tornar o paciente sujeito a doenças somáticas ou sofrerem riscos de acidentes pela incapacidade de encontrar vias mentais para lidar com o fluxo das excitações. Segundo os estudos pesquisados, acerca da depressão essencial, conceito cunhado por Marty, este fala de uma extrema pobreza do pensamento, neste sentido, vale ressaltar que são pacientes diferentes dos portadores de dores fibromiálgicas. Recapitulando: O paciente que sofre de dores no seu corpo, ele solicita que o seu grito, a sua dor, sejam decifrados, ou seja, há um pedido de um outro que possa ser o decifra(dor) ou o desata(dor), portanto é uma expressão de psicossomática expressiva no corpo que é possível pensa-la como uma dor positivada. Na

Depressão Essencial há uma não dor, conforme vimos através do trabalho de Horn (2003), quando ele diz que há uma troca de sinal do enigma que solicita a sua decifração sendo trocado, neste caso, para o negativo. Na Depressão essencial há uma desafetação, uma predominância do pensamento operatório. Aqui, cabe a nós também, buscarmos diferenciar a Depressão Essencial da melancolia. Inicialmente, proponho deixar claro, que o nosso interesse para esta dissertação é dar o realce as dores fibromiálgicas tendo o substrato melancólico como pano de fundo. O fato de tomarmos alguns conceitos das teorias da psicossomática deveu-se a nossa preocupação em podermos mostrar segmentos outros que caracterizam o paciente psicossomático, com o objetivo de enriquecer os nossos estudos. O enigma da tendência a uma inexpressividade dolorosa, própria da depressão essencial pode tornar-se mais claro, confrontando-se as elaborações freudianas metapsicológicas com as observações psicanalíticas contemporâneas no campo da psicossomática.

A dor crônica fibromiálgica, como um grito que insiste em não sair, tem tal qual o movimento do melancólico, uma forma em se manter colada no corpo, sendo estas expressões seguidas de fortes regressões. Esse movimento regressivo pressupõe, fundamentalmente, uma falha na função materna primária. É importante deixar claro que, ao referir-me à melancolia, vista por Freud (1915[1917]) ele fala de uma forma de patologia narcísica da teoria e clínica psicanalíticas freudianas. A depressão essencial nunca foi citada por Freud, como se sabe, é uma construção de Pierry Marty como vimos. Poderíamos fazer uma relação possível entre a melancolia e a depressão essencial, na tentativa de pensarmos que ambas as apresentações, pressupõem uma forte fixação e regressão e como todas as patologias limites, estão no campo em o trabalho clínico exige um analista capaz de se emprestar, na tentativa de descolar, decodificar e alimentar novas representações a esses tipos de pacientes que se apresentam uma certa paralização no tempo, a nível de vinculações e afetividades dirigida ao outro. Analistas capazes de fazer brotar induzindo uma alteridade.

Ora, desde o início venho sustentando a hipótese de que é a função materna, através do seu acolhimento e suficiência (*holding*), que é capaz de gerar e construir um corpo erógeno e ensinar ao seu bebê o caminho em direção à simbolização. Logo, é ela, a mãe, num tempo que antecede ao auto-erotismo que realiza o

trabalho de simbolização pelo bebê. Fernandes (2006, p.64) nos ensina que: “o aparelho psíquico, sem esse tempo, fica exposto à precocidade do trauma. Sem simbolização não há possibilidade de recalçamento. O que entra em cena é a compulsão à repetição e os mecanismos de recusa e de clivagem”. Logo, insisto na proposição de que as patologias narcísicas, as estruturas *boderlines*, tais como os portadores de transtornos alimentares, os distúrbios psicossomáticos, que já destacamos, também, os de constituição melancólica nos apontam para uma etapa, em que sofreram perdas significativas em seus primeiros tempos de vida e tornaram-se prisioneiros deste tempo. Sujeitos que carregam ao longo de suas vidas, uma história de dor, de uma ferida que não cicatriza, em busca de um Outro que possa acolhê-lo emprestando-lhes novas significações. Neste caminho o melancólico insiste em apontar, retraído no seu porto, que a sua dor é sinônimo de sua morte, morte que é de outro, porém confunde-se com ele, o outro morreu e ele o aprisionou no seu ego encobrindo-o.

O trabalho sobre a Melancolia convenceu Freud que existia uma ligação profunda, mais do que analógica, não somente no plano de descrição fenomenológica, mas também no plano dos processos psíquicos subjacentes, entre as variações depressivas e maníacas de um lado, e de outro lado, o sofrimento doloroso e o sofrimento narcísico que se segue quando cessa a dor. O caráter de refúgio no Ego, de retração em relação ao mundo dos objetos próprio à dor corporal é, com efeito, comparável à dor moral do sujeito melancólico. Sobre este aspecto, Freud sempre conservou a concepção segundo a qual a dor constituiria um “buraco” no psiquismo que esvazia o Ego dos seus investimentos e conseqüentemente o empobrece. Este “buraco”, ou esta ferida determina, e este é um ponto capital, um contra investimento, extraordinariamente elevado da parte do Ego. A representação de objeto fortemente investida pela necessidade, representa o papel do local do corpo investido pelo aumento da excitação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo decorreu de questionamentos surgidos da minha experiência clínica, que mais recentemente, se destacava por uma demanda recorrente de pacientes com dores crônicas fibromiálgicas. A partir de então, iniciei uma pesquisa curiosa e informal sobre essas dores, especificamente, a relevância delas na população feminina, pois, todas sem exceção, eram mulheres. Ao longo do acompanhamento de três pacientes que as denominode Marias, já citadas anteriormente – algumas em análise e outras em psicoterapia –, identificamos a existência de histórias de perdas significativas nas suas vidas e pude constatar um aprisionamento das Marias ao objeto perdido, impedindo-as, em maior ou menor grau, de saírem desse sombreamento egóico, um luto mal resolvido.

Minha primeira reflexão foi relacionar as dores crônicas fibromiálgicas no corpo às dores na alma, como sendo um mesmo movimento que insiste em ficar. Qual seria o grito de dor dessas Marias?

Já há algum tempo, que eu venho trabalhando com a psicossomática psicanalítica e tenho notado que as diversas sintomatologias que incidem no corpo são expressões emodos de ganhar visibilidade num tipo de sociedade em que o sujeito se torna quase invisível.

Por outro lado,tenho escutado dores de pacientes que nos pareciamprisioneiros de traços melancólicos, impedindo-os muitas vezes, de expandirem os seus investimentos libidinais. Eles ora estavam voltados para o corpo queixando-se das dores, ora havia uma forte intensidade de hemorragia psíquica por onde fluía à sombra do objeto perdido, recobrando o ego. Joyce McDougall (1991) demonstrou nos seus estudos, que existe uma linha tênue que liga a saúde psíquica à saúde corporal de forma expressiva. Esta autora não economizaem oferecer tratamento psicanalítico às patologias de doenças diversas, que vão do câncer à AIDS, passando por aquelas, classicamente, denominadas psicossomáticas (úlceragástrica, reto-colite ulcerativa, neurodermatoses, asma brônquica, artrite reumatoide, tiroxítose, hipertensão arterial); ela chega a fazer uma identificação de expressões somáticas intermediárias entre a neurose, a psicose, e a psicossomatose.

Com o propósito de verificar a relação das dores crônicas fibromiálgicas com a melancolia, primeiramente tivemos a necessidade de caracterizar e contextualizar as dores crônicas e fibromialgias.

Em seguida aprofundamos o debate sobre as dores crônicas pelo viés da psicossomática psicanalítica a partir de estudo da escola Psicanalítica de Paris (IPSO), especialmente de PierryMarty, fundador desta escola, que nos emprestou o conceito de depressão essencial e pensamento operatório. Também nos utilizamos de conceitos fundamentais de seus seguidores como; Gerard Swezec, Claude Smadja, Diana Tabacof. Dessa mesma escola, nos utilizamos das ideias fecundas de Admar Horn, Rubens Volich e Maria Helena Fernandes.

Impossível não citar os importantes trabalhos de MACDougall sobre a psicossomática. Os trabalhos anteriores, desenvolvidos no Laboratório de Psicopathologia Fundamental da UNICAP, sobre a fibromialgia também contribuíram para este estudo. Estamos nos referindo aos trabalhos de Edilene Queiroz, orientadora deste projeto, as dissertações de Mestrado de Marcos Ceder, Renata Soraya, e Socorro Formiga. Comungamos com muitas de suas ideias e chegamos a conclusões, que o sujeito da contemporaneidade, apresenta certa incapacidade psíquica para fazer construções mais complexas no plano das representações, devido às necessidades de respostas rápidas. Por não saberem esperar, trocam de movimentos, ou seja - a ação substitui a elaboração, sendo esta última considerada uma operação mais madura.

Por último, ponho em destaque, o trabalho de Zeferino Rocha, que muito nos ajudou a pensar na dor como metáfora do Mito da Esfinge, ao falar: “Decifra-me ou Devoro-te”, que com ela chegamos à mesma conclusão, a dor necessita de Outro para que possa decifrá-la e livrar o paciente daquele suplicio. Finalmente refletimos sobre a melancolia ao considerar que muitos pacientes que sofrem e se queixam de dores crônicas fibromiálgicas, apresentam traços melancólicos o que nos leva a supor que há um substrato desta ordem, nesse tipo de dor.

Identificamos que, para alguns autores da literatura atual, a melancolia está situada no quadro das patologias limítrofes, pelo seu extremo caráter regredido e fixo. A dor, como um grito que insiste em não sair, tem, tal qual o movimento do melancólico, uma forma impregnante de se manter colada no corpo, sendo estas

expressões seguidas de fortes regressões. Esse movimento regressivo pressupõe, fundamentalmente, uma falha na função materna primária. É importante deixar claro que, ao referir-me à melancolia, vista por Freud (1915[1917]) ele fala de uma forma de patologia narcísica.

Vimos no capítulo sobre as dores físicas que elas promovem representações em partes do corpo seja num tipo de dor aguda, esta decorrente de cortes, pancadas, picadas de várias possibilidades e que são tratadas geralmente pelo profissional médico. Por outro lado, temos as dores crônicas que são apresentadas no corpo pelo longo tempo de duração, fala-se que para considera-las, temos que ter pelo menos três meses, aproximadamente, de permanência no corpo. Para atender o objetivo deste trabalho elegemos, conforme apresentamos, as dores crônicas fibromiálgicas por elas ocuparem diversos espaços no campo da saúde. Enfim, tratando-se da psicossomática psicanalítica, buscamos oferecer subsídios de leitura e compreensão, do modo como esta dor é apresentada e oferecemos um manejo técnico, semelhante aos cuidados primários, que o bebê deveria receber de uma mãe nos primeiros tempos de sua vida. Logo, pensamos serem sujeitos que de alguma forma, sofreram perdas significativas nas suas histórias ou num tempo remoto nos cuidados maternos primários, ou ao longo da história com outras perdas, que se somado passaram a sofrer de dores que insistem em ficar. Portanto, a dor é uma das experiências que estão no bojo mesmo da vivência do humano e, nesse sentido, ela poderá ser compreendida como um tipo de expressão afetiva que nos tira do desamparo, clamando para ser traduzida pelo Outro e deslocada da dor/grito, pelo sofrimento propiciador de criação imaginativa.

Outros tipos de afetos que ocorrem no humano são também expressados em forma de angústia, depressão e melancolia, sendo essas, também, expressões de sofrimento que falam de perdas significativas ao longo das histórias de vida do sujeito. Buscamos discutir as dores crônicas fibromiálgicas a partir de uma lógica psicanalítica, que abrange tanto as noções de narcisismo e ego ideal, quanto a noção de alteridade, de um outro cuida(dor), sem o qual a existência estaria fadada ao fracasso. É nessa relação do eu com o outro, no que tange à identificação, à redução do outro ao mesmo, no singular, que reside a grande questão da neurose narcísica. O narcisismo, como se sabe, encontra-se no cerne da análise freudiana

sobre a afecção melancólica. O que o trabalho de Freud, "*Luto e a melancolia*" (1915[1917]) ensina sobre a teoria do narcisismo elaborada um ano antes, em 1914, início da primeira guerra mundial. Pensamos que o narcisismo é uma teoria que comporta uma construção acerca da identificação.

Vários foram os momentos em que Freud escreveu sobre a melancolia, desde o manuscrito G, 1897, em que trata pela primeira vez da analogia entre luto e melancolia. Depois, em 1895, que fala sobre a pungente dor da perda do pai, Jacob. A partir de então Freud cria a psicanálise como também insere a melancolia no eixo do Complexo de Édipo, este é o manuscrito N (1897). A partir de então, o Complexo de Édipo será o eixo estruturante de toda a concepção freudiana do humano. Somente um longo trabalho poderia mostrar-nos os desenvolvimentos necessários para compreendermos a concepção freudiana de melancolia. Sabemos que ela surge fundamentalmente sobre a tríade: **parricídio culpa e punição**. Mas, o texto de referência foi "*Luto e a Melancolia*", (1917[1915]) o qual nos deu o embasamento necessário para defendermos nossa hipótese da existência do substrato melancólico nas bases das dores crônicas.

Vários trabalhos atuais contribuem para enriquecer o estudo da melancolia. Alguns nos auxiliaram no retorno à Freud. Realço o trabalho de Rodolpho Rufinno (2001), que nos ofereceu uma selecionada bibliografia de Freud, na qual constam 55 textos que tratam da melancolia. Para dar conta da reflexão sobre as dores crônicas fibromiálgicas, buscamos o referencial da psicossomática psicanalítica sem deixar de fazer referência de como a área médica as concebe.

Refletir sobre a melancolia no capítulo três instigou-nos a aprender um modo particular de constituição do sujeito, pondo em questão, a problemática dos laços primordiais. Observamos na clínica que é sob a égide da tristeza que ambas - a depressão e a melancolia - se manifestam. Estabelecemos, então, suas diferenças e semelhanças. Se ambas dizem respeito a um estado de tristeza, na melancolia, diferente da depressão, o sujeito permanece preso ao objeto perdido. Trata-se, portanto, de uma fixidez pulsional. Na depressão, o objeto perdido não se fixa e novos laços poderão ser reatados promovendo vida ao sujeito.

As pesquisas levantadas, os trabalhos que foram lidos, os estudos desenvolvidos e, principalmente, os casos clínicos das nossas Marias, nos deram

contribuições valiosas para a compreensão dessas dores. Tais sujeitos clamam por uma palavra, ante o vazio de sua existência, para que possa dar sentido à sua vida. Este tem sido o nosso trabalho como psicanalistas e psicossomatistas, cuida (dores), de uma dor bruta que chega e insiste em ficar. Diante destes quadros psicopatológicos e regredidos da contemporaneidade, nas patologias narcísicas, o analista terá a difícil tarefa de ser um lapida (dor)! Transformar uma linguagem presa no corpo (dores fibromialgicas) ou no ego (melancolia), num movimento em direção ao Outro, emprestando-lhe como espelho para o caminho em direção à simbolização das representações perdidas.

Para finalizar gostaríamos de deixar marcado, que o nosso interesse foi contribuir com a clínica de pacientes doloridos, tanto no âmbito da clínica psicanalítica privada como na assistência pública. Podemos nos assegurar que este estudo nos deu subsídios suficientes, para afirmar que as dores crônicas fibromiálgicas não devem ser somente associadas à histeria, uma espécie de “histeria atual”, mas elas devem ser pensadas, também, como decorrendo do sombreamento do objeto no ego, indicando que nelas há um substrato da melancolia. Deixo aqui em aberto, pois sabemos que nada, enquanto vida é concluído, esperando fazer novos caminhos com outras construções.

## REFERÊNCIAS

- ANTÔNIO, S.F. Fibromialgia. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v.58, n.12, 2001.
- ANZIEU, D. **O Eu-Pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- ASSOUN, Paul L. **Cuerpo y Sintoma**. Tradução Horácio Pons. Buenos Aires: Nueva Visión, 1998.
- AULAGNIER, P. **Intérprete em busca de sentido**. São Paulo: Escuta, 1990, v.1, v.2.
- ÁVILA, L. A. **Doenças do corpo e doenças alma**. São Paulo: Editora Escuta Ltda., 2002.
- AZEVEDO, Beatriz. **Uma obscura dor sem limites – melancolia**. Postado em: 2003. <<http://www.escutaanalitica.com.br/melancolia.htm>>. Acesso em: fev. 2012.
- BALLONE J. G.; PEREIRA NETO, E.; ORTOLONI, I. V. **Da emoção à lesão**. São Paulo: Manole, 2002.
- BERLINCK, M. T. **Psicopatologia fundamental**. São Paulo: Escuta, 2008.
- BERNARDINO, SLOMPO E MARQUES (2006) Retirado do trabalho: **Um nome para a dor: fibromialgia**-Rev. Mal-Estar e subjetividade. vol.10 no.4 Fortaleza dez. 2010- Vera Lopes Besset<sup>I</sup>; Jean-Luc Gaspard<sup>II</sup>; Caroline Doucet<sup>III</sup>; Marcelo Veras<sup>IV</sup>; Ruth Helena P. Cohen.
- BESSET, Vera Lopes et al . Um nome para a dor: fibromialgia. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 1245-1269, dez. 2010.
- BIRMAN, J. **Mal estar na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1946.
- BOLLAS, C. **Hysteria**. São Paulo: Escuta 2000.
- CAIN J. **O corpo psicossomático**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.
- CARVALHO, Margarida M. J. **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.
- CASSETTO, Sidnei José. Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. **Psyche (Sao Paulo)**, São Paulo, v. 10, n. 17, jun. 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo>>.

Phpscript=sci\_arttext&pid=S1415-11382006000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: mar. 2012.

CHEMAMA, R. **Depressão, a grande neurose contemporânea**. Porto Alegre: Editora CMC, 2007.

COSTA J. F. **Violência e psicanálise**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

\_\_\_\_\_. **Psicanálise e contexto cultural**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

\_\_\_\_\_. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

\_\_\_\_\_. **O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo**. Rio de Janeiro: Garamont, 2004.

COSTA, Renata Soraya Coutinho da. **As dores corporias na fibromialgia: reflexões psicanalíticas**. 2009. 105 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria Acadêmica. Coordenação Geral de Pós-graduação. Mestrado em Psicologia Clínica, 2009.

DELOUYA D. **Depressão**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

FAISAL-CURY, Alexandre; VOLICH, Rubens M. **Segredos da mulher: diálogos entre um psicanalista e um ginecologista**. Ed. Atheneu, 2013.

FAISAL.A, MALIN; LITTLE JOHN, 2012

FÉDIDA, P. **Depressão**. São Paulo: Escuta, 1999.

FERNANDES, M. H. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

\_\_\_\_\_. **Transtornos alimentares**: Casa do Psicólogo, 2006.

FERRARI, M. D. **Paisagens da psicanálise contemporânea**. São Paulo: Ed. Memnon, 1999.

FERREIRA, L. G. **Humana, demasiado humano**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

FORMIGA, Maria do Socorro G. **Dor crônica ou um corpo definido?** Reflexões sobre as dimensões psicológicas da corporal na contemporaneidade. 2010. 221 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2010.

FRANZ, A. Escola de Psicossomática de Chicago-1989.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica. In: \_\_\_\_\_. **Obras completas**. [Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud]. Rio de Janeiro: Imago, 1969[1895a]. 1 v.

\_\_\_\_\_. Estudos sobre a histeria. In: \_\_\_\_\_. **Obras completas**. [Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud]. Rio de Janeiro: Imago, 1969[1895b]. 2 v.

\_\_\_\_\_. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: \_\_\_\_\_. **Obras completas**: [Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud]. Rio de Janeiro: Imago, 1969 [1905]. p. 163-195.

\_\_\_\_\_. Totem e tabu. In: \_\_\_\_\_. **Obras completas**. [Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud]. Rio de Janeiro: Imago, 1969[1913]. 13 v.

\_\_\_\_\_. Narcisismo. In: \_\_\_\_\_. **Obras completas**. [Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud]. Rio de Janeiro: Imago, 1969[1914].

\_\_\_\_\_. Os instintos e suas vicissitudes. In: \_\_\_\_\_. **Obras completas**. [Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud]. Rio de Janeiro: Imago, 1969 [1915]. p. 115-144.

\_\_\_\_\_. Repressão. In: \_\_\_\_\_. **Obras completas**. [Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud] A história do movimento Psicanalítico. Rio de Janeiro: Imago, 1969 [1915]. p. 145-162.

\_\_\_\_\_. Luto e melancolia. In: \_\_\_\_\_. **Obras completas**. [Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud] A história do movimento Psicanalítico. Rio de Janeiro: Imago, 1969 [1917].

\_\_\_\_\_. Uma criança é espancada. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas**. [Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud]. A história do movimento Psicanalítico. Rio de Janeiro: Imago, 1969[1919].

\_\_\_\_\_. Além do principio do prazer. In: \_\_\_\_\_. **Obras Completas**. [Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud] A história do movimento Psicanalítico. Rio de Janeiro: Imago, 1969[1920].

\_\_\_\_\_. Inibição, sintoma e angústia. In: \_\_\_\_\_. **Obras completas**. [Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud]. Rio de Janeiro: Imago, 1969[1926].

\_\_\_\_\_. O Ego e o Id. In: \_\_\_\_\_. **Obras completas**. [Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud]. Rio de Janeiro: Imago, 1969[1923].

\_\_\_\_\_. O mal-estar da civilização. In: \_\_\_\_\_. **Obras completas**. [Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud]. Rio de Janeiro: Imago, 1969[1930].

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Acaso e repetição em psicanálise**: uma introdução à teoria das pulsões. 7. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

GREEN, A.. **O trabalho do negativo**. Porto Alegre: Artmed, 1988.

GUS, Mauro. *Acting, enactment* e a realidade psíquica "em cena" no tratamento analítico das estruturas borderline. **Rev. bras. psicanál**, São Paulo, v. 41, n. 2, jun. 2007.

HORN, Admar. Reflexão sobre a dor. Anais do II Encontro Mundial dos Estados Gerais da Psicanálise; 2003; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro; 2003. Disponível em:  
<[http://www.estadosgerais.org/mundial\\_rj/download/5c\\_Horn\\_106141003\\_port.pdf](http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/5c_Horn_106141003_port.pdf)>. Acesso em: ago. 2011.

\_\_\_\_\_. O somático e as experiências corporais. **Rev. bras. psicanál**, São Paulo, v. 41, n. 1, mar. 2007. Disponível em:<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486-641X2007000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2007000100011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: nov. 2012.

HORNSTEIN, L. **As depressões**: afetos e humores do viver. São Paulo: Via Lettera/Centro de Estudo Psicanalítico, 2008.

ISRAËL, Lucien. **A histérica, o sexo e o médico**. São Paulo: Editora Escuta 1995.

JUNQUEIRA FILHO. L. C.U. (Org.).**Corpo mente**: uma fronteira móvel. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

KEHL, M. R. **O tempo e o cão**: a atualidade das depressões. São Paulo: Biotempo,2009.

KOURY, Mauro G.P. **Amor e dor**. Recife: Edições Bagaço, 2005.

LEÃO, Marcos Creder de Souza. **A Dor como metáfora da unidade**: o diálogo analítico entre o corpo e a psique. 2002. 108 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco-UNICAP. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação-PROPESP. Departamento de Psicologia. Curso de Mestrado em Psicologia Clínica, 2002.

LEITE, Adriana C. C.; PEREIRA, Mario E. C. Sofrimento e dor no feminino. Fibromialgia: uma síndrome dolorosa. **Revista Psiquê**. São Paulo: Universidade São Marcos, v. 7, n. 12, p. 97-106, dez. 2003.

MARTY, Pierre. **Mentalização e psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1976.

\_\_\_\_\_. **A psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1978.

MELLO, JULIO, F. **Concepção psicossomática: Uma visão atual**: Artes Médicas, Porto Alegre, 1992.

MCDUGALL, J. **Conferências brasileiras**. Rio de Janeiro: XENON, 1987.

\_\_\_\_\_. **Teatros do corpo**: o psicossoma em análise. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

\_\_\_\_\_. **Em defesa de uma certa anormalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas. (1991)  
]

\_\_\_\_\_. **As múltiplas faces de Eros**: uma exploração psicanalítica da sexualidade humana. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

NASIO, J. D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1997.

\_\_\_\_\_. **A dor de amar**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 2007.

NETO, JOSE. M.C-**TEMPORALIDADES**. Revista Brasileira de Psicanálise. Vol47,n.3.2013-FEBRAPSI-

PERES, R. S. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções de Pierre Marty e Joyce McDougall. **Rev. Psic. Clínica**, v. 18, n. 1, p. 165-177, 2006.

PONTALIS, J. B. **Entre o sonho e a dor**. São Paulo: Idéas e Letras, 2005.

QUEIROZ, E. F. **A clínica da perversão**. São Paulo: Escuta 2004.

\_\_\_\_\_. O inconsciente é psicossomático. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 8, n. 4, dez. 2008.

\_\_\_\_\_. O social e as patologias do corpo: problematizando a dor e o gozo. **Relatório de Pesquisa**. Recife: Universidade Católica de Pernambuco, 2009.

\_\_\_\_\_. Dor e gozo: de Freud a Lacan. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 851-867, dez. 2012.

QUEIROZ, E.; RODRIGUES, Antônio R. S. (Orgs.). **Pesquisa em psicopatologia fundamental**. São Paulo: Escuta, 2002.

REVISTA Brasileira de Psicanálise. Órgão oficial da Associação Brasileira de Psicanálise, São Paulo, v.33, n. 3: Sonhar, sentir e sofrer, 1999.

ROCHA, Nelson José Nazaré. *Enactment*: modelo para pensar o processo psicanalítico. **Rev. bras. psicanálise**, São Paulo, v. 43, n. 2, jun. 2009.

ROCHA, Zeferino. **Freud: aproximações**. Recife: Editora Universitária UFPE, 1993. 344 p.

\_\_\_\_\_. **Palavras para o silêncio**. Recife: Editora Universitária UFPE, 1997. 269 p.1998

\_\_\_\_\_. **Os destinos da angústia na psicanálise freudiana**. São Paulo: Escuta, 2000.

\_\_\_\_\_. **A morte de Sócrates**. Monólogo filosófico. São Paulo: Escuta, 2001.

\_\_\_\_\_. **Freud entre Apolo e Dionísio**: recortes filosóficos, ressonâncias psicanalíticas. Recife: Universidade Católica de Pernambuco; São Paulo: Loyola, [2010]. 199 p.

\_\_\_\_\_. A dor física e psíquica na metapsicologia freudiana. **Revista Mal-estar e subjetividade**. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 591-621, jun. 2011a.

\_\_\_\_\_. **O desejo na Grécia Antiga**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2011b.p. 164

ROCHA, Zeferino de J.B. E KARLA Daniele de Sá. Dois discursos de Freud sobre a religião- Dois discursos de Freud sobre a religião-Rev. Mal-Estar Subj. v.8 n.3 Fortaleza set. 2008.

ROME, Jeffrey. **Guia da Clínica Mayo sobre dor crônica**: conselhos práticos para se viver uma vida mais ativa. Rio de Janeiro: Anima, 2007.

ROUSSILON, René. A desconstrução do narcisismo primário: Livro anual de Psicanálise. In: GARELLA, Alessandro. **Psicossomática, final de análise, psicoterapia e outros estudos**. São Paulo: Escuta, p. 159-172, 2012. Tomo XXVI.

RUFFINO, R. A. Melancolia no texto freudiano. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **A clínica da melancolia e das depressões**. Porto Alegre: Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2001.

SCLIAR, M. **UMA VIDA ENTRE A LITERATURA E A MEDICINA**, 2003. Entrevista retirada do Google (2013)

SILVA, ÁLVARO, M.L. **Aspecto psicossomático em fibromialgia**. janus, lorena, ano 2, nº 2, 1º semestre de 2005

SILVA, Leila B. G. **A depressão essencial e o gozo específico**. 2009. 77 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade) - Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, Saúde e Sociedade da Universidade Veiga de Almeida da Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro, 2009.

SMADJA, C. SEMINÁRIO SOBRE A PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA. Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro (SPRJ). Rio de Janeiro:URFJ, 2013.

STERN, Adolph. <[http://pt.wikipedia.org/wiki/transtorno de personalidade lim%\*c\*3%\*A\*dtrfe](http://pt.wikipedia.org/wiki/transtorno_de_personalidade_lim%C3%ADtrfe)>. Acesso em: mar. 2013>. Acesso em: mar. 2013

TABACOF, Trabalho apresentado no segundo encontro de Psicossomática psicanalítica nos dias 08 e 09 de março de 2013. SPP-SBPRJ. RIO/PARIS. Realiza dona UFRJ.

TRANSTORNO de personalidade limítrofe. Wikipédia, a enciclopédia livre. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Transtorno de personalidade lim%\*C\*3%\*A\*Dtrofe](http://pt.wikipedia.org/wiki/Transtorno_de_personalidade_lim%C3%ADtrofe)>. Acesso em: mar. 2013.

## S

SZWEC, G. Seminário sobre a psicossomática psicanalítica, URFJ, Rio de Janeiro 2013, da (SPRJ) Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro.

TEIXEIRA, Marco Antônio Rotta. **A concepção Freudiana de melancolia: elementos para uma metapsicologia dos estados da mente melancólicos**. 2007. 186 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista, Assis, 2007.

VOLICH, M. **Psicossomática: clínica psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

WINNICOTT, D.W. **Individuação**. Porto Alegre: Artes Médicas, (1976[1983])

WOLFE F, Smythe H. A. et al. O Colégio Americano de Reumatologia 1990. Critérios para a classificação da fibromialgia. Relatório do Comitê Critérios de Multicenter. *ArthritisRheum*.1990,v. 33, p. 160-172.

ZIMMERMAN, David E. **Vocabulário contemporâneo de psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2001.