



Revista Affectio Societatis
Departamento de Psicoanálisis
Universidad de Antioquia
revistaaffectiosocietatis@udea.edu.co
ISSN (versión electrónica): 0123-8884
Colombia

Tipo de documento: Artículo de investigación

2018

Pauleska Asevedo Nobrega & Edilene Freire de Queiroz

FIBROMIALGIA E DORES CRÔNICAS: UMA ESCUTA ANALÍTICA POSSÍVEL

Revista Affectio Societatis, Vol. 15, N.º 29, julio-diciembre de 2018

Art. # 2 (pp. 34-54)

Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia

Medellín, Colombia

FIBROMIALGIA E DORES CRÔNICAS: UMA ESCUTA ANALÍTICA POSSÍVEL?¹

Pauleska Asevedo Nobrega²

Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Brasil

pauleskanobrega@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-9048-5301

Edilene Freire de Queiroz³

Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Brasil

edilenefreiredequeiroz@gmail.com

ORCID: 0000-0001-9782-3254

DOI: 10.17533/udea.affs.v15n29a02

Resumo

Este artigo teórico é fruto da investigação de mestrado intitulada “Como escutar o corpo que dói? Reflexões sobre acontecimento de corpo e transferência”, no qual problematizamos a escuta analítica da dor a partir da

- 1 Este artigo é fruto da investigação intitulada “Como escutar o corpo que dói? Reflexões sobre acontecimento de corpo e transferência”, inserida no campo de pesquisa da Psicopatologia Fundamental e Psicanálise do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), realizado no período de 2012 à 2014.
- 2 Doutoranda e mestra em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), na linha de pesquisa Psicopatologia Fundamental e Psicanálise. Especialista em Saúde Mental pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP). Graduação (Bacharelado e Licenciatura) em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), com ênfase na Clínica Psicanalítica. Foi professora da Especialização em Saúde Mental pela Fundação de Ensino Superior de Olinda (FUNESO), atualmente é professora visitante da Especialização em Saúde Mental na Zenith – Clínica, Cursos e Consultoria pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM). Foi Psicóloga Clínica das Faculdades de Ciências Médicas (FCM). Atua em consultório particular (Psicanálise) desde 2010.
- 3 Pós-doutora (Laboratoire de Psychopathologie Clinique, Université de Aix-Marseille I), doutora em Psicologia Clínica (PUC SP), professora titular e membro do

nossa experiência na clínica de sujeitos com diagnóstico de fibromialgia e/ou dores crônicas.

Palavras chaves: dor, corpo, gozo, transferência.

FIBROMIALGIA Y DOLORES CRÓNICOS: ¿UNA ESCUCHA ANALÍTICA POSIBLE?

Resumen

Este artículo teórico es fruto de la investigación de maestría titulada “¿Cómo escuchar el cuerpo que duele? Reflexiones sobre acontecimiento del cuerpo y transferencia”, en la cual problematizamos la escucha analítica del dolor a partir de nuestra

experiencia en la clínica de sujetos con diagnóstico de fibromialgia y/o dolores crónicos.

Palabras clave: dolor, cuerpo, goce, transferencia.

FIBROMYALGIA AND CHRONIC PAIN: A POSSIBLE ANALYTIC LISTENING?

Abstract

This theoretical paper is a result of the master's degree research named “How to Listen to the Body That Hurts? Reflections on Body Event and Transference”, in which the analytic listening of pain is discussed

from the experience in the clinic of subjects with a diagnosis of fibromyalgia and/or chronic pain.

Keywords: pain, body, *jouissance*, transference.

Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Coordenadora do Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise (UNICAP), psicanalista, membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Membro do Grupo de Trabalho “Psicopatologia e Psicanálise” da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), Brasil.

FIBROMYALGIE ET DOULEURS CHRONIQUES : UNE ÉCOUTE ANALYTIQUE POSSIBLE ?

Résumé

Cet article théorique est le résultat du mémoire de master intitulé « Comment écouter le corps qui fait mal ? Des réflexions sur l'événement de corps et le transfert », dans lequel on s'interroge sur l'écoute analytique de la douleur basés sur notre

expérience en clinique de sujets avec des diagnostics de fibromyalgie et/ou souffrant des douleurs chroniques.

Mots-clés : douleur, corps, jouissance, transfert.

Recibido: 17/4/2017 • Aprobado: 10/10/2017

Introdução

É primordial nos questionarmos sobre a possibilidade de conversibilidade do saber do corpo vivo refletido no acontecimento de corpo da dor crônica ou da dor na fibromialgia, numa provocação subjetiva que desloque a alteridade do corpo para a palavra. Este artigo teórico é fruto do trabalho de mestrado intitulado “Como escutar o corpo que dói? Reflexões sobre acontecimento de corpo e transferência”, no qual questionamos se é possível tratar analiticamente a dor em sujeitos com diagnóstico de fibromialgia e/ou dores crônicas. Quando as palavras não ressoam segundo a variação da cadeia significativa, quer dizer, quando a transferência é problemática nesses termos, trata-se de escutar o corpo que dói, considerando o contexto da primazia dos corpos na nova ordem simbólica, levando em conta o gozo não simbolizável e a possibilidade de seu tratamento, na medida em que é endereçado.

“Deixemos o sintoma ao que ele é: um acontecimento de corpo”, nos diz Lacan (1975/2003, p.565). Devemos levar em consideração o corpo na sua relação com a linguagem que o permeia e o permite gozar, nos limites do simbólico. Os acontecimentos de corpo presentificam hoje “(...) Aquilo do dizer que esburacou o real, (S1) (...)” (Alvarez, 2013, s/p). A linguagem como aparelho humanizante, cada vez mais fragmentada, sucumbe ao corpo, que recolhe de forma inédita a proliferação de significantes fabricados pelo maquinário social contemporâneo, incorporando-os, a saber, para gozar disso de modo genérico, coletivo. Daí porque os corpos se agitam, também atuantes em meio às nomenclaturas com as quais se identificam imaginariamente, numa instabilidade que acompanha a ditadura da inclusão social.

Podemos pensar no sentido de que há uma desordem instaurada desde que a palavra está em crise, na era das grandes intensidades, como observa Ram Mandil (s/d). A ordem de um universo sem fronteiras, da virtualização, onde a fugacidade dos eventos e objetos favorece a criação de novos mercados, insere o corpo tanto na cadeia produtiva como na cadeia consumidora, como corpo-objeto. O distanciamento salutar entre o sujeito e seus instintos mais primitivos, em nome da civilização, dá lugar a um acesso inédito ao mundo dos sentidos com o que nele existe de mais orgânico, de literal. Num tra-

balho de rejeição do senso metafórico próprio da linguagem, é pela via do real – muito mais que do simbólico – que há um fascínio por viver como máquina, na crença do homem “liberado” pela ciência (Laurent, 2010/2012); “a ciência faz existir no mundo, coisas que não existiam de modo algum” (Laia, 2013, s/p).

Essas reflexões surgiram a partir de atendimentos ambulatoriais⁴ de sujeitos com diagnóstico de fibromialgia e/ou dor crônica que nos foram encaminhados por profissionais de saúde, médicos e fisioterapeutas. Percebíamos a dificuldade de adesão desses sujeitos ao tratamento analítico, os quais se retiravam deliberadamente do serviço, de modo a deixar-nos a interrogação sobre o que se passava nesses casos, conduzindo-nos a uma investigação de mestrado. Escolhemos quatro casos atendidos e já encerrados, emblemáticos de uma transferência problemática, almejando os seguintes objetivos: problematizar a escuta analítica dos sintomas corporais da dor e o seu tratamento, refletindo os impasses da relação transferencial na clínica das fibromialgias e dores crônicas num contexto institucional.

Através dos atendimentos observamos que a utilização do discurso científico era muito comum para legitimar a inviabilidade de um tratamento possível, tanto na perspectiva subjetiva como na vertente do sintoma corporal: “não é psicológico”; “é crônico”; “não tem cura”; “tenho que aceitar conviver com a dor”; “não posso fazer mais nada”, “preciso me aposentar”. A ênfase no corpo que doía acusava a precariedade de uma elaboração subjetiva desses sujeitos e isso modificava o modo de tratar essa dor, já que sobre ela não havia nada a interpretar, nada a saber. Nesse sentido, não só nos perguntamos sobre a tendência para uma relação transferencial de resistência, como nos perguntamos também, se, nesses casos, podíamos falar da presença de uma transferência voltada para a psicóloga, questionando se haveria uma estrutura de saber, ou melhor, do sujeito suposto saber, mantenedora da situação analítica. Lacan (1964/1988) leu a transfe-

4 Os atendimentos ambulatoriais foram realizados no Setor de Psicologia de uma Instituição de Saúde na cidade de Campina Grande, Paraíba – Brasil, entre os anos de 2011 e 2013. Essa Instituição embora fosse privada, oferecia serviços públicos pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

rência como um dos princípios fundamentais da psicanálise, postulando-a como o sujeito suposto saber. Sustentou que “desde que haja em algum lugar o sujeito suposto saber [...] há transferência” (p. 220). Esse seria o pivô sobre o qual repousam todos os fenômenos da transferência, incluindo suas problemáticas, portanto, um “fundamento transfenomênico dos fenômenos da transferência” segundo Miller (1979/2002, p.58), produto do discurso analítico e que interrogamos a partir dessa específica experiência na clínica da dor.

Recursos metodológicos

Enquanto pesquisa psicanalítica nosso trabalho teve como produto da situação psicanalítica de pesquisa o texto metapsicológico, cujo campo e objeto são psíquicos, abordados do ponto de vista dinâmico, tópico e econômico. No texto metapsicológico, a transferência é a via de acesso ao singular e ao paradigmático da experiência analítica, possibilitando uma interpretação, portanto, analítica, como indica Caon (1994).

Com Freud (1912/2006, pp. 111-112), tomamos a transferência como “reimpressões” de uma “catexia libidinal parcialmente insatisfeita, pronta por antecipação e que se dirige ao analista, incluindo-o numa das séries psíquicas que o paciente já formou”. Nesse caso a satisfação que anseia por realizar-se é índice da relação transferencial ou empuxo para fazer laço, a partir de uma impressão psíquica prévia, que se atualiza na relação com o analista. Para ele, a transferência como repetição se correlaciona com a resistência comum à estrutura do desejo, que é atualizada no *setting* e que tende a silenciar o paciente.

Com Lacan (1958/1998), endossamos a transferência enquanto uma incidência do real que se articula na experiência analítica através do lugar do analista; uma manifestação do inconsciente mesmo em sua recusa, a qual revela a incidência do campo do Outro no circuito pulsional como a sua própria causa.

A partir dos indicativos sobre a transferência pensados por Miller (1979/2002), a seguir, analisamos a relação estabelecida transferencialmente em cada caso construído:

- a) **Transferência-repetição:** Tem como base a primeira concepção freudiana da transferência como uma das formações do inconsciente. Ou seja, um dos disfarces do desejo que se apodera de significantes esvaziados de significação. Na psicanálise o desejo do paciente se disfarça ao fazer uso do significante do analista, tomando forma numa das séries já existentes psiquicamente. Interior e exterior se confundem: “Digamos que o analista como significante, faz parte da economia psíquica. Esse é o descobrimento da transferência [...] Eu me atreveria a dizer [...] o analista é uma formação do inconsciente” (Miller, 1979/2002, pp. 60-61). Nesse sentido, Freud reconhece uma descontinuidade dada a emergência da transferência, como um núcleo patogênico que deriva da situação analítica. Denominou de neurose de transferência o mecanismo próprio ao inconsciente afeito à inserção do analista na economia libidinal do paciente e que vem a substituir a patologia inicial.
- b) **Transferência-resistência:** Quando a transferência aparece como obstáculo para a cura, obstruindo a abertura do inconsciente e impedindo as associações livres. É uma das faces inevitáveis da transferência, pois as ditas associações livres são regidas por leis específicas reveladas em uma análise. A ambiguidade da transferência se localiza aí, no tempo de fechamento do inconsciente, comum à entrada do analista na economia libidinal do paciente. Ao ofertar a sua posição de ouvinte, o analista pressiona o inconsciente, tomando a fala como causa. Nesse aspecto, “a transferência assinala que o inconsciente foi atingido e imediatamente se manifesta através de uma infração à regra fundamental da psicanálise, através de um silêncio do paciente que evita o pensamento acerca do terapeuta” (Miller, 1979/2002, p. 64).
- c) **Transferência-sugestão:** O poder de influência que se dá através da transferência decorre da possibilidade de ressignificar os sintomas do paciente. A cura analítica é o percurso que o sintoma faz ao dirigir-se ao Outro, permitindo que o analista incida sobre os significantes do paciente, do lugar da transferência. Esse momento se refere à análise das resistências, pois requer uma adesão à proposição analítica de que qualquer coisa que se fale, não é mero acaso. A transmissão de que a fala porta uma causalidade

depende do consentimento do paciente em ultrapassar a pessoa do analista e estabelecer um discurso, a saber, analítico.

- d) Sujeito suposto saber: Lacan formulou a teoria do sujeito suposto saber, situando a transferência como consequência imediata do discurso analítico. Essa estrutura de saber se instaura desde a entrega do paciente à associação livre, sob a responsabilidade da função de intérprete do analista. É a esta entrega que Miller chama de abertura à transferência, máxima aproximação da estrutura mais fundamental que é a do campo da linguagem. “Coloca-se na posição de buscar a verdade sobre si mesmo [...] no limite de sua palavra, e o limite de sua palavra está no analista enquanto grande Outro, ouvinte fundamental que decide a significação – e é por isso que seu silêncio é tão essencial [...]” (p. 73).

Utilizamos o banco de dados já existentes a partir dos registros em prontuários da Instituição para construir os casos clínicos selecionados, após a autorização dos sujeitos dos casos através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os casos clínicos se dividiram em dois tipos: aqueles cujos pacientes compareceram a um total de três sessões e aqueles cujos pacientes compareceram a mais de três sessões, mas não deram continuidade ao tratamento. Todos frequentaram, em geral, uma sessão semanal, com a duração de aproximados trinta minutos. Os sujeitos eram do sexo feminino entre 25 e 53 anos de idade, como todos os demais que chegamos a atender, corroborando com as estatísticas das ciências médicas que afirmam que o índice de portadores de fibromialgia, em sua maioria, é do sexo feminino e dentro dessa faixa etária (Sanches, 2009).

Ao longo da construção desses casos clínicos buscamos por invariáveis no campo do sujeito do inconsciente, a partir da escuta e da posição analítica do psicanalista. Bem como o que não era integrável no discurso e aparecia no corpo com certa insistência, levando-nos a questionar se não seria uma expressão corpórea de um ponto de gozo não simbolizável e, também, por fazer questão à teoria. Neste artigo, não nos reportaremos a cada caso especificamente, mas adentraremos à discussão teórica que os casos propiciaram e compartilharemos os caminhos acessados para tangenciar a clínica da dor e os impasses analíticos a ela inerentes.

O *status* científico da fibromialgia

Para o discurso da ciência, a dor, outrora vista como um mero sinal denunciativo de que algo fisiologicamente ia mal, com os avanços nos conhecimentos dos mecanismos neurológicos, a dor, sobretudo a dor crônica, passa a ser considerada a própria doença. A fibromialgia é um dos nomes para essa dor (Besset, Gaspard, Doucet, Veras & Cohen, 2010). É considerada doença reumática de alta incidência, polisintomática e, por isso, tida como uma síndrome, devido à presença de sintomas tais como “fadiga, distúrbio do sono, disfunção cognitiva e episódios depressivos” (Brasil, 2012). Essa doença atinge 8% da população geral, cuja frequência varia de 2,5% a 10,5% em mulheres e aproximadamente 4% em homens, com predominância em mulheres acima de 35 anos (Sanches, 2009).

É recente a pesquisa médica sobre essa patologia, datando de apenas três décadas, apesar de há muito ser reconhecida. “Sua principal característica clínica é a hipersensibilidade para a dor que os pacientes apresentam ao receber um estímulo em qualquer parte do sistema músculo-esquelético, e que tem determinado a construção dos critérios clínicos atuais para o diagnóstico desta enfermidade” (Collado, 2008, p. 517).

Alguns autores vão divergir quanto ao diagnóstico diferencial, inclusive quanto a considerar a fibromialgia uma patologia comprovável ou não. Ainda pouco se sabe sobre sua etiologia e patogênese ou tratamentos que sejam recomendáveis por sua eficácia. Em geral, por não existirem lesões identificáveis, o diagnóstico é exclusivamente clínico (Heymann et al., 2010). A história clínica do paciente e o exame físico minucioso são as bases para a definição diagnóstica dessa patologia. As síndromes somatoformes e de cunho psicossocial estão comumente associadas a ela (Braga & Sequeira, 2013).

Anteriormente chamada de neurastenia, reumatismo muscular, fibrositis, a síndrome da fibromialgia foi um termo cunhado apenas em 1990 pelo *American College of Rheumatology* (ACR), quando foram publicados os primeiros critérios diagnósticos oficiais. Novamente, em 2010, a partir de um estudo multicêntrico com 829 pacientes, a ACR validou novos critérios, chamados de preliminares, para definição do

diagnóstico da fibromialgia (ACR, 1990; 2010). Na décima revisão do Código Internacional de Doenças (CID-10) (2010), produzida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010), a fibromialgia (CID-M 79.7) foi descrita como a manifestação de dor músculo-esquelética generalizada crônica, onde inexistem processos inflamatórios articulares ou musculares.

Logo, ao assumir uma categoria nosográfica, os médicos foram chamados a responder com um saber-fazer sobre a dor de tais pacientes, levando-os a confrontar-se com seus limites, o que culminou com a convocação do Conselho Federal de Medicina (CFM) para formar uma maior quantidade de médicos aptos para combater essa doença. Nesse ínterim, a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), realizou uma busca ampla e sistemática na literatura médica por diretrizes (*guidelines*) e elaborou em consenso o tratamento da doença (Heymann et al., 2010).

Contudo, o Consenso Brasileiro de Fibromialgia 2010 não foi conclusivo, apesar dos esforços, como demonstrado na definição da fibromialgia elaborada enquanto “um estado de saúde complexo e heterogêneo no qual há um distúrbio no processamento da dor associado a outras características secundárias” (p. 59). Essa notificação, por sua vez, desemboca no consenso de que a fibromialgia não justifica afastamento do trabalho.

Pois bem, longe de se atingir uma explicação comum à causa da fibromialgia ou mesmo de defini-la, parece ser de comum acordo para a medicina que ela representa uma lacuna para o saber médico-científico ao assumir que o tratamento deve ser particularizado, com o objetivo de controlar a dor, não de eliminá-la. De todo modo, não existem critérios de remissão da doença, então não se evade ao indicar tratamentos outros, além do medicamentoso, como a psicoterapia, conjecturando as comorbidades de cunho psiquiátrico, como os transtornos de ansiedade e depressão, muito frequentes nesses casos (Heymann et al., 2010). Um dos pesquisadores da OMS, Ehrlich (2003, p. 672), também destaca que fatores psicológicos são muito mais importantes em pessoas acometidas por essa doença, para os quais é preciso atentar.

Na revisão da quarta versão do mais conhecido guia de diagnósticos de disfunções mentais, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV) de 1990, esse que mantinha a fibromialgia na série das síndromes somatoformes, ocorre uma mudança desanimadora para aqueles que lutaram pelo reconhecimento de uma causa fisiológica para a doença. Segundo a *American Psychiatric Association* (APA) (2013a), no DSM V (2013), a patologia é retirada do rol de classificações no sentido de não ser especificamente enunciada. Contudo, para enquadrar-se como um distúrbio somático agora, é necessário que o sintoma em questão seja causa de estresse ou resulte em ruptura das funções diárias, que se apresentem pensamentos, sentimentos e comportamentos excessivos e inapropriados em torno do sintoma, além da condição de que haja uma persistência do mesmo, por no mínimo, seis meses. E isso também se aplica aos sintomas dolorosos, conforme APA (2013b).

De nosso ponto de vista, tal omissão classificatória no DSM V (2013) reflete o modo das ciências médicas pensarem aquilo que lhes escapa quando o parâmetro é seguir indicadores objetivos para o *pathos*. Independente dos sistemas classificatórios que a comportam, é fato que a demanda de tratamento da fibromialgia é crescente, desafiadora para todos, pacientes e profissionais da saúde. Nossa mobilização é a constatação de que precisamos refletir sobre a melhor maneira de trabalhar em conjunto, haja vista que diante da inoperância no combate a esse mal, o psicanalista é requisitado a interceder (Nobrega, 2012).

Dor e gozo

Com a legitimação da fibromialgia como doença para a medicina, a dor dos fibromiálgicos teve aporte na ciência e o sofredor passou a se utilizar dos recursos a ele oferecidos, sustentado num saber, que, contudo, satisfaz a própria resistência, sob os auspícios do furor de curar o sintoma da doença, sem, no entanto, questioná-lo. Distante do furor de curar, ao afirmar que “por nossa posição de sujeito, somos sempre responsáveis”, Lacan (1966/2001, p. 856) reconhece que onde há dor, há gozo e quanto mais a medicina se utiliza dos objetos da ciência

para responder à demanda do paciente, mais se cronifica a doença. O gozo é, pois, isso que retorna do que é banido pelo saber médico, ao desconhecer que no corpo coexistem prazer, dor e gozo. Apesar de não considerarmos uma equivalência entre dor e gozo, com Queiroz (2012), pensamos que há uma convergência nos casos de dores crônicas ou fibromiálgicas, dores caracterizadas por uma constância da qual se faz usufruto.

O prazer é a excitação mínima, aquilo que faz desaparecer a tensão, tempera-a ao máximo, ou seja, então, que é aquilo que nos faz parar, necessariamente, a uma distância regulamentar do gozo. Porque aquilo que chamo gozo, no sentido em que o corpo se experimenta, é sempre da ordem da tensão, do forçamento, do gasto e até mesmo da proeza. Há incontestavelmente gozo no nível em que começa a aparecer a dor e nós sabemos que é somente neste nível da dor que pode se experimentar toda uma dimensão do organismo que de outra forma fica velada. (Lacan, 1966/2001, p. 12).

Para Freud (1925-1926/2006), a economia da dor que se acha concentrada na parte danificada do corpo, tem as mesmas condições econômicas que a intensa economia de anseio que está concentrada no objeto do qual se sente falta ou que está perdido. Sobre a dor física, dirá: “A dor é assim a reação real à perda de objeto” (p. 165). Daí um paradoxo se coloca:

[...] se, por um lado, a dor advém de uma perda adjacente, por outro, a dor é uma tentativa de fazer reaver essa perda. Freud relaciona a reação do corpo que dói com a busca de uma satisfação, cuja pretensão presentifica uma fenda, uma falha do sentido. Freud antecipava algo de um rochedo na experiência analítica, que subsistia a qualquer interpretação, reconhecendo o real, o heterogêneo do sintoma, o fora de sentido a que a dimensão de satisfação do sintoma submete o sujeito. (Nobrega, 2012, p. 172).

A dimensão corporal do sintoma é, assim, assimilada por Lacan, através do conceito de gozo, índice de um saber no corpo, de ordem sexual, sobre o real da não relação (Lacan, 1968-1969/2008). Sobremaneira, a dor revela o corpo como o *locus* de gozo, na sua capacidade de fazer usufruto do irremediável lugar de perda inscrito no corpo.

Isto é, “a dor é testemunho da presença da pulsão no corpo e a pulsão, por sua vez é um vestígio da linguagem que modifica a necessidade” (Queiroz, 2012, s/p).

A linguagem contingente de cada um rege o movimento que promove o circuito pulsional, ou, aparelha o corpo enquanto montagem de gozo. A depender do modo como a linguagem está sendo levada a cabo para dar conta do real na montagem de gozo, a partir do contexto histórico-social, o repertório cultural vai influenciar em como tais aparelhagens de gozo se dão. Assim, os sintomas corporais vão se modificando, também de acordo com o repertório cultural de cada tempo, de modo que a dor crônica hoje denuncia a relação do simbólico com o real da atualidade.

Lacan funda o gozo a partir de uma referência ao *Das Ding* freudiano, ou seja, numa situação anterior a todo significante. Diz ele: o gozo está na coisa enquanto que o desejo está do lado do Outro. O gozo não passa pelo Outro, não passa pela linguagem. O gozo está para além da dor, justamente porque há uma cisão entre aquele que goza e o Outro. Se dor e gozo, do ponto de vista quantitativo, dizem respeito à ultrapassagem do limite de suportabilidade de excitação, do ponto de vista qualitativo a dor indica a qualidade do desprazer quando este limite é ultrapassado e se endereça a Outrem, já o gozo se relaciona ao não limite entre o sujeito e o Outro: ou porque ocorreu uma colagem ou porque o Outro foi excluído (gozo autístico). (Queiroz, 2012, s/p).

O que resiste?

Nesse contexto, lemos a fibromialgia como uma patologia atual, que se distancia da natureza enquanto faltosa, mas se aproxima do excesso que configura esse funcionamento efetivado pela via do desmedido. Dessa forma, pensamos que os significantes produtos do discurso científico (“crônico”, “tender points”, “distúrbio do sono”), imprimem uma normatização nosográfica nesses corpos doloridos. Se esse consenso é fruto de um comitê de ética médica, também é produto da nova ordem simbólica, pois o corpo desestabilizado pela dor, sem se saber por que, aponta que “isso falha”.

Com o reconhecimento social da fibromialgia, a dor dos fibromiálgicos tem aporte num corpo biológico, cujo empirismo médico está autorizado a antecipar uma conclusão que ultrapassa o enigmático do corpo que fala através da dor. O sujeito desbussolado é convidado a aderir a esse S1 “fibromialgia”, sob os auspícios do furor médico de sanar o sintoma da doença diante do obscurantismo de sua causa. O objeto *a* no lugar de agente do discurso da ciência, é causa de gozo desse S1 (Um-sozinho) e não de um saber do sujeito sobre a sua dor.

Ora, a ciência é responsável por um vasto repertório de significantes vazios de alteridade, que nomeiam esses corpos desinibidos e performáticos em resposta à contemporaneidade. Esses significantes são vazios porque os sistemas classificatórios ordenam-se segundo o imperativo do corpo vivo, biologicamente fundamentado, para o qual não há mediação da linguagem, isto é, de outrem na história desses corpos. É o ponto autístico do gozo que é atingido e propagado. Esse rechaço do campo do humano por parte da ciência passa a modelar o circuito pulsional, provocando uma verdadeira mutação da pulsão, ao fazer consistir, cada vez mais, a fragmentação e a precariedade da palavra como ponto de estofa para cingir os corpos da atualidade. Desse lugar, os corpos reagem, “in-corporando” esses significantes que não se associam a um saber do lado do sujeito, mas respondem ao saber já pronto, ofertado pela ciência. Engancham-se e fixam-se corporeamente, pela dificuldade de deslizarem: S1-S2⁵, já que, para a ciência, essa é a verdade.

Lacan afirma que “as pulsões são no corpo, o eco do fato que há um dizer” (1975-1976/2003, p.218). Compreendemos que a dor é, antes, reconhecer que há um corpo que dói porque há uma linguagem em jogo. Podemos proferir, nesse sentido, que o corpo fala, sem perder de vista que assim o é, porque a fala atravessa esse corpo, afetando-o, demonstrando o seu ponto de falha no acontecimento de corpo. Com a queda dos significantes-mestres que faziam velar a falha constitutiva do simbólico, observamos a dor corporal na fibromialgia, como um mais-de-gozar que revela uma ferida aberta à catástrofe da

5 S2 equivale a um saber derivado do significante mestre ou S1, construção da cadeia significante: S1, S2, S3, Sn.

ordem simbólica, cujas consequências são transparentes à clínica psicanalítica (Nobrega, 2012, p. 174).

Nesse sentido, é possível afirmar que acontecimento de corpo e trauma dialetizam, pois demarcam onde a insegurança atinge e se referem a uma ruptura, uma descontinuidade, quer dizer, ao rompimento agudo da cadeia significante; quando os registros simbólico e imaginário mostram-se insuficientes, como um piso que cede dando lugar a uma fenda que aponta para o sem sentido da experiência.

Por sua vez, o tratamento atual para esse corpo sofredor da fibromialgia perpassa o saber científico que difere da proposição freudiana da cura pela palavra, pois vende a cura sem possibilitar que o sujeito atente para um saber de si; nada faz enigma de saber do lado do sujeito, que permanece refém da sua patologia corporal. Como observa Assad (2009), eis que a suposição de saber está de fora e o corpo está em cena no lugar do sentido.

Segundo Laurent (2013, s/p), em seus comentários sobre o DSM V (2013), há um empuxo a certa homogeneização dos diagnósticos, uma rivalidade narcísica entre especialistas, uma diminuição da tolerância para a excentricidade, tendência à medicalização da diferença. O estilo de vida globalizado provoca um mal-estar particular que empurra a nomeação envaidecida – nascimento do conceito foucaultiano da biopolítica – e a reação dos sujeitos é distorcer essas categorias, numa performance desses corpos.

A dor corporal na fibromialgia chama atenção para os psicanalistas contemporâneos que tentam refletir sobre a atuação desses corpos em suas clínicas. Dentre eles, Serles (2013, s/p) dirá que o corpo na fibromialgia escreve uma ficção como anteparo frente ao real. Em sua experiência com uma paciente fibromiálgica, observou que a dor se tornou uma possibilidade do sintoma fazer laço social. Besset e Júnior Brandão (2012, p.445), num dentre muitos de seus trabalhos sobre a fibromialgia, a aproxima da histeria, mas não a restringe a essa estrutura clínica, pois se preocupa em investigar a função da dor na estruturação psíquica de cada sujeito, grifando que pode se dar “tanto como sintoma a decifrar, na neurose, quanto como nome para

localizar um *falasser*⁶ na relação com o Outro, na psicose”. Afirma que a dor pode “‘fazer um corpo’ para o *falasser* que não dispõe de uma imagem corporal que sustente a ilusão de ‘se ter um corpo’” (p. 440). Já Goldenberg (2013) fala da dor corporal como sendo de difícil localização na fibromialgia, por ser difusa e crônica, e, que se caracteriza por uma mudez atravessada pelo não reconhecimento do inconsciente por parte da ciência:

Trata-se desse saber que se encontra disjunto, que localizamos no inconsciente, um saber que é estranho à ciência. Se ele realmente se impõe é porque não diz bobagens, por mais bobo que seja; responde ao discurso do inconsciente e a ciência deve aceitá-lo como um fato [...]. Lacan nos adverte para não nos deixarmos apanhar na tentativa de unificação do discurso da ciência com o inconsciente (Goldenberg, 2013, p. 160).

No V ENAPOL e VI Encontro Americano de Psicanálise de Orientação Lacaniana, em uma mesa simultânea de trabalhos sobre o tema da fibromialgia, se corroborou a dor da fibromialgia como uma dor muda, até que se instaure a presença do analista. Observamos que a transferência, no caso apresentado por Strozzi (2013, s/p), deu-se pela via da escuta oferecida pelo psicanalista, de uma dor antes, nunca escutada, e desde que escutada, oportunizou uma fala. No caso trabalhado por Rosenberg (2013, s/p), a inserção do analista se deu quando ele se prestou a partilhar, junto com a paciente, dos ruídos que o seu corpo fazia e, que, no contexto eram sons soltos, que foram elevados à categoria de um significante.

Considerações: da transferência como resistência à escuta analítica

O estado limítrofe provocado pela sintomatologia dolorosa é algo recorrente na escuta da dor, como os casos atendidos em ambulatório

6 Tradução em português do termo *parlêtre*, cunhado por Lacan, para designar o homem como um ser falante. Refere-se à dimensão de gozo que ele comporta, desde que recortado pela linguagem.

nos ensinaram. Contudo, subjacente às queixas corporais, as questões psicológicas de fazer-se dependente para o outro ou ser dependente do outro, estiveram presentes como duas facetas da mesma moeda, sinalizando a situação limítrofe do ponto de vista da posição subjetiva do sujeito na relação com o Outro.

Na nossa investigação, a dependência foi evocada para ilustrar o lugar do Outro indivisível em suas vidas, apontando uma dificuldade de separação. Ou seja, uma dificuldade de lidar com a perda fundamental, indicativo transferencial que reconfigura a impessoalidade e a neutralidade do psicólogo de acordo com as experiências de cada sujeito. Se eu é o Outro, a suposição de saber como manifestação do inconsciente se mostrava problemática por parte do sujeito.

Besset et al. (2010) interpõe que a fibromialgia intervém na economia psíquica do sujeito de diferentes formas, exercendo:

[...] função de apelo, no contexto de uma lógica de dependência do outro, impasse ou falha do trabalho de separação vis-à-vis [sic] das imagos parentais; ou de proteção vis-à-vis [sic] de uma onipresença do Outro, que seja familiar, profissional etc.; mas também como mecanismo defensivo, em relação a um conflito inconsciente, dando origem à culpabilidade. Ela pode servir também de resposta débil e primeira frente ao inassimilável de uma invasão traumática, a uma ruptura no quadro fantasmático neurótico, a um mal-estar existencial ou a uma mudança radical de vida que mobiliza os recursos sublimatórios do sujeito (p. 1261).

Além do enfrentamento de conflitos pessoais, o rechaço aos fatores emocionais, nos apontou para uma clara participação dos profissionais de saúde nesse tipo de visão que foi construída, nos lançando à pergunta sobre como é entendido o que é tido como “emocional” para esse sujeito, para a medicina e demais campos da saúde.

Do lado da escuta analítica, não se trata de atender a demanda do sujeito, como se fosse necessidade; pois não há como crer que sejam suprimidos, além dos sintomas, mal-estares e angústias do sujeito, quer dizer, o gozo inerente ao corpo vivo. É preciso fazer

diferente do que prega o discurso da ciência que por tomar o real pela verdade, foraclui a singularidade como traço diferencial do ser falante, trazendo como consequências o retorno sobre o corpo de um gozo onde a única medida possível fica reduzida a ele próprio (Besset et al., 2010).

Ao não atender a demanda inicial, dá-se lugar ao sujeito suposto saber do inconsciente, cujo trabalho pode se instaurar no sentido de provocar a produção de saber produzido aparte do significante “fibromialgia”, com sua série de significados advindos de um sistema classificatório fechado, que não faz, senão, alçar ao mais-de-gozar do adoecimento. Do contrário, legitima-se uma abertura no circuito pulsional para uma simbolização contingente, interrompendo aquela série, ou seja, permitindo uma elaboração singular do paciente sobre a sua dor. Fazer vacilar as certezas que não trabalham para a divisão do sujeito, senão para uma conformação, ou seja, para uma incorporação daquilo que, da linguagem os atravessa, como no caso da fibromialgia e todas as controvérsias diagnósticas em torno dessa patologia; ora inserindo-a num rol classificatório das ciências médicas, ora não. “Assim, não se trata de enfatizar a ‘cura a todo preço’, mas ao contrário, considerar a eventual função da fibromialgia na estruturação psíquica como solução subjetiva” (Besset et al., 2010).

Se há saber no real do corpo é um saber sobre o gozo, uma vez que o gozo do corpo do Outro não é signo de amor. Na fibromialgia, a dor vem no lugar da palavra que falta, em lugar do significante que falta no Outro: $\$(A)$, quando o corpo é o ultimíssimo recurso. Contudo, a primazia de Um significante não implica na sua significação. O analista também está aí como parceiro de cura com seu corpo, aliado a verdade do inconsciente enquanto saber manifesto, pois está corpo-a-corpo dado a existência da não-relação sexual (Miller, 1999). No que incita a falar sob a presença de dois, para fazer existir, não a relação sexual, mas a articulação significante (S1-S2). Socializar o gozo via semântica é um caminho para discernir o sintoma do real que funciona, uma vez que o sintoma é sintoma da não-relação sexual. Dado que a sexualidade faz furo no real que não cessa de não se inscrever como vazio para abordar a causa do desejo na sua contingência corporal – somente as palavras fazem amor, para não dizer nada.

Referências Bibliográficas

- Alvarez, P. (2013, novembro). *Falar com o corpo*. Conferência apresentada no VI ENAPOL, VI Encuentro Americano de Psicoanálisis de la Orientación Lacaniana.
- American College Rheumatology. (1990). *Classification Criteria for Rheumatic Diseases*. Fibromyalgia – Excerpt. Recuperado de: https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/1990_Criteria_for_Classification_Fibro.pdf
- American College Rheumatology (2010). *Classification Criteria for Rheumatic Diseases*. Fibromyalgia Diagnostic Criteria – Excerpt. Recuperado de: https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/2010%20Fibromyalgia%20Diagnostic%20Criteria_Excerpt.pdf
- American Psychiatric Association (APA) (2013a). Somatic Symptom Disorder. *American Psychiatric Publishing*. Recuperado de: <http://www.dsm5.org/Documents/Somatic%20Symptom%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>.
- American Psychiatric Association (APA) (2013b). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V)* (5ª. ed.). Arlington, VA.
- Assad, Samyra. (2009). O lugar da psicanálise na medicina. *A demanda na psicanálise e na medicina*. Recuperado de: <https://pt.scribd.com/document/153910245/ASSAD-S-O-lugar-da-psicanalise-na-medicina-a-demanda-na-psicanalise-e-na-medicina-digitado>
- Besset, V. & Brandão Júnior, P. M. C. (2012). Quando a dor faz corpo. *Revista Borromeo*, 3, 433-449.
- Besset, V. L., Gaspard, J.-L., Doucet, C., Veras, M. A. S., Cohen, R. H. (2010). Um nome para a dor: fibromialgia. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 10(4), 1245-1269. Recuperado de: <http://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/4968/3976>.
- Braga, Beatriz Pavão & Sequeira, Cristina Fidalgo. (2013). Fibromialgia, o desafio do diagnóstico. In: *Dor*, 21(3), 11-18.
- Brasil. (2012). Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. *Protocolo clínico de diretrizes terapêuticas dor crônica*. Brasília, DF: Autor. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1083_02_10_2012.html.
- Caon José, L. (1994). O Pesquisador Psicanalítico e a Situação Psicanalítica da Pesquisa [Porto Alegre,]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 7(2), 145-174.
- Collado, A. (2008). Fibromialgia: Una enfermedad más visible. In. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 8, 517-520.
- Ehrlich, G. E. (2003). Low back pain. *Bulletin of the World Health Organization*, 9(81), 671-676.

- Freud, S. (1912/2006). A dinâmica da transferência. In. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad., Vol. XII). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Freud, S. (1925-1926/2006). Inibições, sintomas e ansiedade. In. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad., Vol. III). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Goldenberg, M. (2013). A fibromialgia, uma dor “muda”. *Textos do V ENAPOL, VI Encontro Americano de Psicanálise de Orientação Lacaniana*. Recuperado de: <http://www.enapol.com/pt/Textos.pdf>.
- Heymann, R. E., Santos Paiva, E. dos., Helfenstein Junior, M., Pollak, D. F., Martinez, J. E., Provenza, J. R. et al. (2010). Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Rev. Brasileira de Reumatologia*, 1(50), 56-66. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v50n1/v50n1a06.pdf>.
- Lacan, J. (1958/1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Escritos*. (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro, Brasil: Zahar Ed.
- Lacan, J. (1964/1988). *O seminário. Livro 11. Os quatro conceitos da psicanálise*. (M.D. Magno, Trad.). Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar Ed.
- Lacan, J. (1966/2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, 8(32), 8-14.
- Lacan, J. (1968-1969/2008). *O seminário, livro 16: De um Outro ao outro*. (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar Ed.
- Lacan, J. (1975-1976/2003). *O seminário. Livro 23: Mais ainda*. (S. Laia, Trad.). Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar Ed.
- Lacan, J. (1975/2003). Joyce, o sintoma. In. *Outros escritos*. (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro, Brasil: Zahar Ed.
- Laia, S. (2013, novembro). *Hablar com el cuerpo*. Conferência apresentada no VI ENAPOL. VI Encuentro Americano de Psicoanálisis de la Orientación Lacaniana.
- Laurent, E. (2010/2012). A ordem simbólica no século XXI. Consequências para a cura. (pp.33-41). *Boletín Electrónico del Comité de Acción de la Escuela Una - Scilicet Versión, Papers*, (1). VIII Congreso Asociación Mundial de Psicoanálisis. Recuperado de: <http://2012.congresoamp.com/Papers/Papers-001.pdf>
- Laurent, E. (2013, novembro). *La agitación de las normas clínicas y su consecuencia real*. Conferência apresentada no VI ENAPOL. VI Encuentro Americano de Psicoanálisis de la Orientación. Lacaniana.
- Mandil, R. (2010). Amor e gozo nos limites do simbólico. *Atividade Preparatória ao VIII Congresso da AMP*. A ordem simbólica no século XXI. Não é mais o que era. Que conseqüências para a cura? Escola Brasileira de Psicanálise -Delegação Paraíba.

- Miller, J. (1979/2002). *Percurso de Lacan: uma introdução*. Rio de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar Ed.
- Miller, J. (1999). O corpo e a vida. In: *Elementos de biologia lacaniana*. (Y. Vilela, Trad.). Belo Horizonte, Brasil: Escola Brasileira de Psicanálise -MG.
- Nobrega, P. (2012). "As velhas dores de sempre": um corpo para gozar. In. *Falasser. Rev. Da Delegação Paraíba – Escola Brasileira de Psicanálise*, 6, pp. 171-175.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2010). Chapter XIII. Other Soft Tissue Disorders (M70-M79). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (CD-10)*. Recuperado de: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/M70-M79>
- Queiroz, E. F. (2012). Dor e gozo: de Freud a Lacan. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(4), 851-866. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142012000400008&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Rosenberg, N. (2013, novembro). *Cuerpo-dolor*. Trabalho apresentado em Mesas Simultâneas sobre Fibromialgia no VI ENAPOL. VI Encuentro Americano de la Psicoanálisis de la Orientación Lacaniana.
- Sanches, M. L. (2009). Fibromialgia e disfunção temporomandibular: Patologia única ou comorbidade. Simpósio brasileiro e encontro internacional sobre dor. *Simbidor – Arquivos do 9º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre dor* (pp. 103-104). São Paulo, Brasil: Office Editora.
- Serles, C. (2013, novembro). *Fora de órbita*. Trabalho apresentado nas Mesas simultâneas sobre corpo e dor no VI ENAPOL. VI Encuentro Americano de Psicoanálisis de la Orientación Lacaniana.
- Strozzi, S. (2013, novembro). *Impromptu en dos tempos y a propósito de dos silencios*. Trabalho apresentado nas Mesas simultâneas sobre Fibromialgia no VI ENAPOL. VI Encuentro Americano de Psicoanálisis de la Orientación Lacaniana.