



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Priscila Almeida Rodrigues

**OS IMPASSES NA CLÍNICA PSICANALÍTICA: a interpretação e os
corpos na contemporaneidade**

UBERLÂNDIA
2009

Priscila Almeida Rodrigues

**OS IMPASSES NA CLÍNICA PSICANALÍTICA: a interpretação e os
corpos na contemporaneidade**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a):
Profa Dra Maria Lúcia Castilho Romera

**UBERLÂNDIA
2009**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R696i Rodrigues, Priscila Almeida, 1977-
Os impasses na clínica psicanalítica: a interpretação e os corpos na contemporaneidade / Priscila Almeida Rodrigues. - 2009.

156 f.

Orientadora: Maria Lúcia Castilho Romera.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Aplicada.
Inclui bibliografia.

1. Psicanálise - Teses. 2. Cultura - Teses. 3. Corpo e mente - Teses.
I. Romera, Maria Lúcia Castilho. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós- Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.964.2

Priscila Almeida Rodrigues

Os impasses na clínica psicanalítica: a interpretação e os corpos na contemporaneidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Profa Dra Maria Lúcia Castilho Romera

Banca Examinadora:

Uberlândia, 13 de novembro de 2009.

Dr^a Maria Lúcia Castilho Romera (UFU) - Orientadora

Dr^a Leda Maria Codeço Barone (UNIFIEO) – Membro Titular

Dr Luiz Carlos Avelino da Silva (UFU) – Membro Titular

A meus pais, Natanael e Ana Maria.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pois por Ele e para Ele são todas as coisas.

Aos meus pais, Natanael e Ana Maria por sempre me apoiar e acreditar que eu poderia chegar até aqui. Aos meus irmãos Eliane, Lívio e Luci Ana pelo estímulo e carinho.

Aos primos José Humberto e Maria Abadia pelo incentivo, apoio e cuidado constante em minha vida.

À Profa Dra Maria Lúcia Castilho Romera, minha estimada orientadora, pela constante companhia nos anos que estamos juntas em confiança, respeito e amizade e por mais uma vez oportunizar um rico aprendizado.

Aos amigos do Certo – Centro Evangélico de Reabilitação e Trabalho Orientado pelos anos que estivemos juntos e pelas portas abertas para a realização do presente trabalho.

Aos profissionais e pacientes que se dispuseram a participar deste projeto, vocês são a razão de ser deste trabalho.

Aos professores Dr. João Luiz Paravidini e Dr. Caio César Souza Prochno pelas preciosas contribuições por ocasião do exame de qualificação.

Aos amigos José Alberto Roza Jr. e Juliana Maria Batistuta Teixeira Vale pela boa companhia e ajuda mútua nesses anos de mestrado.

Aos alunos de Psicopatologia Geral II que no ano de 2008 me possibilitaram um profícuo aprendizado por ocasião da disciplina Estágio em Docência.

À estimada Marineide, secretária do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Aplicada, pela disponibilidade constante em orientar sobre trâmites acadêmicos necessários a realização deste trabalho.

Às amigas Cérise Alvarenga, Marcela Maria Borges Leite e pela disponibilidade da leitura de meus escritos, pelo incentivo e companheirismo de todos esses anos.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo estudar sobre os impasses na clínica psicanalítica a partir da clínica com pacientes que apresentam dores corpóreas. Tal investigação se erigiu a partir dos impasses no atendimento a paciente diagnosticados do ponto de vista orgânico-fisiológico com Fibromialgia. Tal doença nos remete a pensar em um estranhamento sem representação ou num corpo em palavra. Esta toma a dimensão do corpo cujo reconhecimento advém tão somente das terríveis dores e amarguras. Sujeitos que circulam em função da dor e caminham de clínica em clínica, de profissionais a profissionais, de medicação a medicação numa tentativa de esgotamento de todas as possibilidades de restituição de algo que perderam. Um corpo em evidência que denuncia um sujeito em busca de sentidos. Uma dor que não encontra expressão verbal ou uma via que possa nomeá-la. Também são tomados em consideração os impasses vivenciados por diferentes autores como Freud, Melaine Klein, Lacan e Fábio Herrmann, dentre outros. Específicas formas de apreensão do corpo foram consideradas. O método balizador da presente pesquisa foi o método psicanalítico e o referencial teórico foi o da Teoria dos Campos. Esta considera que o mundo participa de cada pensamento do indivíduo e determina como o sujeito é constituído. Uma psique que não é de nossa fabricação pessoal, mas que é criada no real e desenvolve suas propriedades historicamente, sendo infundida no indivíduo por seu tempo e sua cultura. A questão deste trabalho diz respeito à articulação da estreiteza entre sujeito e mundo e como a clínica ou qual clínica pode responder a isso ou a essa demanda. Estaria a clínica padrão sendo colocada em crise pelo manifesto sem concessão de um corpo estilhaçado? Haveria possibilidade de uma clínica que tomasse em consideração tal estreitamento, ou seja, que pudesse ver o mundo nos interstícios do corpo doído ou doído? A clínica que responde a tais questões denominou-se clínica do real. O mundo se faz presente no corpo e o aprisiona. Denuncia-se ou anuncia-se a fragilidade humana exposta no corpo em dor. O mundo ou o pensamento do mundo atravessa o corpo e este o espelha de forma convexa e o escancara como se fora um disfarce.

Palavras-chave: Corpo, Psicanálise, Contemporaneidade, Dor.

ABSTRACT

This work has the objective to study the differences in the psychoanalytic clinic from the clinic of patients who present body aches. This investigation came up because of the questionings in the analysis of patients diagnosed with Fibromyalgia according to the organic-physiologic point of view. This disease makes us think on strangeness without representation or on a body without words. The former gives the dimension of the body which the knowledge comes only from the horrible pain e sadness. Subjects that roam around based on the pain go from clinic to clinic, from professional to professional, from medication to medication; in one attempt to wear out all the possible ways of getting back something they have lost. A body in evidence that clearly shows a person in search of senses. A pain that does not find a verbal expression or a way to name it. It is also taken under consideration the impasses of different authors like Freud, Melanie Klein, Lacan and Fabio Herrmann, among others. Specific forms of body apprehension were considered. The base method of the research was the psychoanalytic and the theoretic reference was the Campos Theory. This one considers that the world takes part in every individual thought and determines what the subject is made of. A psyche that is not our own, but that is created in the real world and historically develops its characteristics, being incrustated in the person on the right time and culture. The question of this work refers to the articulation of the shortness between the subject and the world and how the clinic and which clinic can solve this problem or this demand. Would the regular clinic be in crisis because of the manifesto without reason of a ripped body? Would it be possible to have a clinic that takes under consideration this narrowness, in other words, that could see the world through the eyes of a body in pain or in madness? The clinic that answers all these questions was named real clinic. The world becomes present in the body and locks it. The human fragility is announced or reported, exposed in the ache body. The world or the world thought gets through the body and this one reflects itself in a convex way shows it up as it was a disguise.

Keywords: Body, Psychoanalysis, Contemporaneity, Pain

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO - NASCEDOURO DA PESQUISA, A NASCENTE DO RIO.....	17
1 INTRODUÇÃO.....	25
2 O CAMINHO E SEUS IMPASSES – QUESTÃO DE MÉTODO?	35
3 OS IMPASSES PELA VIA HISTÓRICA: HÁ PEDRAS NO MEIO DO CAMINHO... ..	41
4 O CORPO	61
4.1 O corpo e a palavra (em ato)	61
4.2 O corpo em clínica, no mundo	68
5 O MUNDO	81
6 O CORPO E O MUNDO – UMA POSSIBILIDADE DE INTERPRETAÇÃO	91
6.1 Tessituras na e da clínica: As pacientes que atendi ou que me procuraram.....	91
6.1.1 Em grupo: uma saída ou uma entrada?.....	92
6.1.2 Em atendimento individual: impossibilidade do <i>ser</i>	108
6.2 Das possibilidades trazidas pela tessitura.....	113
6.2.1 Há resultados?	113
6.2.2 Esboço de uma clínica possível.....	117
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
8 REFERÊNCIAS	125
ANEXOS	131
ANEXO A – TENDER POINTS.....	133
ANEXO B – RELATOS CLÍNICOS	134
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	151

APRESENTAÇÃO - NASCEDOURO DA PESQUISA, A NASCENTE DO RIO...

Um pouco de história para dizer sobre o percurso de minha pesquisa...

(...) estrada não nos cabe
Conhecer ou ver o que virá
O fim dela ninguém sabe
Bem ao certo onde vai dar (...)

(Aquarela – Toquinho; Vinícius de Moraes; G Morra; M. Fabrício)

Quando menina, frequentemente, fazia passeios rurais com minha família. Geralmente, a convite de meu pai, saíamos de manhã cedo para passeios em direção ao rio, à cachoeira, ao pé de manga que ficava mais distante, ou pelo simples prazer de caminhar e ir descobrindo os pés de jambo, pisar no formigueiro ou cair no buraco do tatu...

E íamos nós nessa pequena e divertida aventura que, muitas vezes, durava o dia todo. Ora caminhávamos pela estrada, ora embrenhávamo-nos pelo cerrado. Nesses passeios, a conselho de meu pai, não costumávamos levar muita coisa para não carregar peso e correr o risco de cansar depressa e termos que voltar logo.

Precisávamos só tentar memorizar o caminho pra depois conseguirmos faze-lo de volta, pra voltar pra casa. Depois de um tempo, dávamos uma parada pra descansar um pouco, tomar água, comer alguma coisa... Aí costumávamos olhar pra trás e, assim, tínhamos a noção do quanto havíamos caminhado e as constatações eram as mais diversas.

Quando crescemos, deixamos pra trás as aventuras de criança para adentrarmos em aventuras de gente crescida. Remeto-me a tais aventuras e caminhos que trilhávamos, para pensar numa das aventuras que me encorajei a fazer depois de crescida: a presente dissertação. Aventura movida, inicialmente, por não saber o que fazer com minhas pacientes, bem como por curiosidade e pelo desejo da descoberta...

Nesta escrita, tento fazer o caminho de volta para contar a você, leitor, como se iniciou minha aventura, qual o caminho percorrido e quais foram as paradas de descobertas... Uma escrita/parada que me possibilita vislumbrar o caminho e as apreensões dele advindas.

Para iniciar essa aventura, como todo filho que cresce e esquece um pouco as orientações dos pais, desobedeci meu pai... Comecei minha caminhada/pesquisa com muita coisa na mão – explicações psicanalíticas clássicas, cuidado excessivo com a técnica psicanalítica, alta expectativa em relação à cura de minhas pacientes – o que não me permitia observar direito a paisagem, pois tinha que ficar vigiando aquilo que eu carregava para não cair no chão. Cuidado excessivo que não me deixava livre para aventurar-me.

Enquanto que eu só precisava da água – método psicanalítico – para caminhar... O resto o próprio caminho se incumbiria de alimentar...

Em 2005 fui contratada para trabalhar como psicóloga numa instituição que oferece atendimento em reabilitação física para pacientes deficientes físicos, pessoas com lesões encefálicas adquiridas – AVEs (Acidente Vascular Encefálico), aneurismas, traumatismos crânio-encefálicos –, com doenças musculares, crianças com necessidades especiais, entre outros. O trabalho era realizado por uma equipe interdisciplinar: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Equoterapia e Alfabetização Especial.

É um lugar onde o corpo está em evidência... seja pela doença e/ou deficiência que porta. Pessoas que trazem, em primeiro lugar, seu corpo para ser curado. Um corpo que, por motivos os mais variados, perde parcial ou totalmente suas capacidades e habilidades, sofre um abalo em sua funcionalidade.

Os pacientes eram encaminhados ao atendimento psicológico pelos profissionais da instituição, principalmente, pelas fisioterapeutas. Tal encaminhamento acontecia num

momento em que tais terapeutas esbarravam no não cumprimento de metas, ou seja, de não melhora das pacientes. Esbarravam num impasse de não alcançar resultados.

As queixas dos pacientes, de forma geral, eram semelhantes: angústia por não conseguir realizar as mesmas tarefas que fazia antes do evento que ocasionou alguma disfunção, necessidade de sair do trabalho devido à doença/deficiência e ociosidade atual, antes desfrutava de independência e agora, a contragosto, é dependente de familiares e pessoas para realizar tarefas simples como comer, tomar banho, entre outras. O corpo não funciona perfeitamente como antes... esbarra-se nas limitações, nas dores, na desfuncionalidade e aí, não se sabe quem é, o que faz ou como poderá viver daqui pra frente... Pessoas que portam o desejo de retomar suas atividades diárias, de readquirirem suas funções e vigor físico, seja para as tarefas de casa ou do trabalho.

Dentre tantas e significativas queixas, certa vez entrou em minha sala uma paciente acompanhada de uma fisioterapeuta com um pedido, quase um apelo, para que eu a atendesse. A paciente logo disse que precisava muito de ajuda e queria conversar. A fisioterapeuta, por sua vez, justificou tal pedido mediante o diagnóstico da paciente: Fibromialgia. Uma paciente que não tinha nenhuma deficiência física, mas que andava de modo encurvado, segurando o braço direito e a expressão corpórea era de muita dor.

O pedido/apelo foi tão doído que prontamente agendei nossa primeira conversa. Durante algumas semanas atendi a referida paciente. Que dor terrível aquela mulher dizia sentir! Ela quase não falava, mas gemia ao se referir sobre a constante dor física que sentia. Ela mal podia falar e eu mal podia ouvir sua voz, tamanha a dor que sentia no corpo.

Ela dizia sentir dores insuportáveis, falta de força nas mãos que a impedia, por exemplo, de executar tarefas simples como pegar um copo d'água. No atendimento, ela mal conseguia abrir os olhos e sempre permanecia com o corpo encolhido segurando o braço direito que, por sua vez, ela relatava que não mexia há alguns dias. A tentativa de trazer a

dimensão do sofrimento psíquico ou dos sentidos representacionais para essa paciente era impossível naquele momento, tamanha a urgência por alívio físico.

Na tentativa de desvendar o por quê e qual a origem das dores que a paciente sentia, ela já havia feito vários exames laboratoriais e de imagem e em nenhum deles foi detectado qualquer alteração neuro–muscular ou de estrutura óssea que justificasse suas dores. “Um médico me disse que não tenho nada, que isso é da minha cabeça... mas dói! Como pode ser da minha cabeça? Eu não estou inventando... a dor é de verdade” – disse ela.

Na Fibromialgia os exames não detectam nada, não há sinais ou lesões que justifiquem a sensação de dor, o que há é um sofrimento “sem nome” expresso pela dor.

Fui aluna do II Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica realizado no período de agosto/2005 a junho/2007 no Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Durante o referido curso, movida pelas minhas dúvidas e angústia, levei esse caso para discussão em um seminário clínico¹.

Na discussão relatei que durante os atendimentos eu ficava me perguntando “que dor é essa? De onde vem?”, e ao mesmo tempo ia colocando essas questões para minha sofrida paciente. Por ocasião do seminário clínico, apreendi importantes questões que modificaram o modo como vinha escutando e interpretando as dores de minha paciente. A tentativa de trazer a dimensão do sofrimento psíquico ou dos sentidos representacionais para ela, era algo impossível naquele momento, tamanha a urgência por alívio físico. Sendo assim, tornava-se importante que eu, como psicóloga, tivesse a capacidade de sensibilizar-me para perceber e enxergar o corpo físico da paciente imerso em dores, sem procurar tecer sentenças

¹ Agradeço ao psicanalista e médico psiquiatra Dr Fernando Góes Torrecillas que por ocasião da coordenação do seminário clínico, possibilitou, através de suas colocações, importantes apreensões do funcionamento psíquico de minha paciente.

explicativas da base inconsciente de tais dores. Haveria de *tomar em consideração*² a urgência por alívio físico naquele momento de crise.

Tais apreensões contribuíram para tomar em consideração o corpo da paciente e ir delineando junto com ela os pontos sensíveis de seu corpo, em que situações suas dores se intensificavam, entre outros. Essa “conversa corpórea” abriu caminho para pensar suas emoções.

Essa e outras pacientes diagnosticadas, do ponto de vista orgânico-fisiológico, com Fibromialgia, começaram a ser encaminhadas para mim pelas fisioterapeutas da instituição. Inicialmente, tais profissionais diziam: “essa paciente tem Fibromialgia e está deprimida, precisa de psicólogo” – resumidamente, era esse o encaminhamento. Quando as pacientes começavam a conversar demais e falar de suas intimidades e angústias, despertavam os profissionais para a necessidade de atendimento psicológico. Tal encaminhamento acontecia num momento em que os profissionais não estavam conseguindo os resultados esperados na fisioterapia ou terapia ocupacional. Havia um impasse ou impedimento no cumprimento das metas, como já apontado.

Comecei a receber tais pacientes sem entender ao certo de quem e do que se tratava. Muitas vezes, chegavam para o atendimento meio que trazidos ou conduzidos, sem saber ao certo a quem vieram. Ao começar a ouvir tais pacientes notei que sempre traziam uma queixa em comum: as dores físicas. Eu olhava para elas, para seus corpos e, aparentemente, não apresentavam nenhum comprometimento físico. Diferentemente de outros pacientes que apresentavam uma deficiência física visível pela cadeira de rodas que usavam, pela hemiplegia devido ao Acidente Vascular Encefálico (AVE), entre outros. Mas as fibromiálgicas nada tinham, aparentemente.

Suas dores físicas seriam verdadeiras? Comecei a me questionar...

² Grifo meu. Fábio Herrmann aponta tal consideração como um dos movimentos técnicos em direção ao método psicanalítico.

Como a doença física não era visível, as dores físicas eram apresentadas pela fala do paciente e pela sua fisionomia: expressão facial, o modo encurvado de andar ou sentar-se, pelo fato de segurarem um dos braços como se quisessem segurar sua dor. Assim, podia-se notar que algo não ia bem.

Ao mesmo tempo, a dor psíquica era intensa – o sofrimento diante da impossibilidade de realizar tarefas como, por exemplo, arrumar a casa ou trabalhar, em decorrência das dores físicas constantes. Associava-se a isso a incompreensão de pessoas (família, patrões e amigos), a desesperança diante da vida, o humor irritadiço, entre outros captados ou apreendidos na contratransferência. Estas pacientes imprimiam no outro algo da ordem da impotência e do descrédito.

Comecei a me indagar: Será que ao me conduzir dentro da perspectiva daquilo que denominei “conversas corpóreas” eu estaria efetivamente ajudando a paciente?

A clínica que busco praticar, aquela que leva em conta os sentidos humanos expressos nos atos e sintomas, estava sendo desvirtuada, por assim dizer? As fisioterapeutas e a terapeuta ocupacional encaminhavam para a psicologia por entenderem que algo para além do corpo físico estava obstruindo as respectivas terapêuticas ou possíveis efeitos terapêuticos. Mas... e a psicóloga para quem encaminhava?

Superado o pavor, embrenhei-me na função investigadora sabendo que haveria de adentrar mais pormenorizadamente em questões da ordem dos sentidos do corpo, da linguagem com poucos recursos simbólicos, da contemporaneidade com essa nova ordem de manifestação feminina e por fim do impasse na clínica e particularmente na interpretação. As questões que formulei foram:

Quem vem e a quem vem? Quem é o sujeito que se apresenta trazendo consigo seu disfarce, seu sofrimento, imprimindo a força de seu desamparo apreendidos através da

desconfiança de vir a ser verdadeiramente ouvido e ajudado? Como receber esses pacientes na clínica? Como escutar a dor trazida por eles?

Precisava compreender melhor e ampliar meu modo de apreensão a respeito dessas questões. E o presente estudo foi um modo de amadurecer e aprofundar o conhecimento de modo a auxiliar meu trabalho.

Os impasses vividos com minhas pacientes me possibilitaram novas descobertas. E o caminho pelo qual foi possível apreender a complexidade dessas questões, bem como, pensá-las foi o método interpretativo psicanalítico. Esta lente que aposta em cumprir o legado de desvendar os sentidos humanos.

Nesta investigação serão tomados especificamente os impasses surgidos no atendimento clínico de pacientes cuja dor corpórea é invisível aos olhos, ou seja, parafraseando Exupéry³, é essencial ou é a essência.

Descrevo o caminho que me foi possível trilhar em direção à construção de um saber particular. Com um dê-s-cuidado necessário, tentei apenas trazer comigo a água – o método psicanalítico – o resto o caminho incumbiu-se de me alimentar mesmo que em muitos momentos eu temesse pela fome. Uma aventura movida pelo desejo da descoberta e enfrentamento medroso dos riscos.

No texto, inicialmente, serão abordados a definição de Fibromialgia, dados da clínica médica referente a tal doença, as diversas modalidades de tratamento existentes e os impasses iniciais à pesquisa (*Introdução*). Será colocado, ainda, o caminho que foi possível trilhar, a questão do método utilizado (*O caminho e suas vicissitudes – questão de método?*). Em seguida serão destacados alguns autores que vivenciaram e tratam do impasse na clínica psicanalítica (*Os impasses pela via histórica*). A questão do corpo e a clínica também serão destacadas (*O corpo*), para em seguida tratar-se do corpo no mundo contemporâneo (*O*

³ O Pequeno Príncipe

mundo). A experiência clínica de atendimento junto às pacientes fibromiálgicas será descrita e analisada (*O mundo e a clínica- uma possibilidade de interpretação*) e, por último, serão tecidas algumas considerações finais (*Considerações Finais*) que não se pretendem a uma conclusão, mas às apreensões que foram possíveis ao final desse trabalho.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a clínica médica e psicológica tem recebido um número crescente de pacientes com queixas de dores no corpo. Cavalcante, Sauer, Chalot, Assumpção, Lage, Matsutani e Marques (2006) relatam a estimativa de que entre 14% e 20% dos atendimentos realizados na clínica reumatológica seja a pacientes diagnosticados com Fibromialgia. Pesquisas realizadas em diferentes países sobre a incidência de Fibromialgia apontam para uma porcentagem que varia entre 1,4% a 13,3% na população geral.

Cavalcante *et. al.* (2006) realizaram uma revisão da literatura na base de dados Medline, Lilacs, Embase e ISI, no período entre 1990 e 2005, com pesquisas sobre a prevalência da Fibromialgia e as agruparam em cinco categorias – na população em geral, no gênero feminino, em crianças e adolescentes, em populações especiais e prevalência de dor crônica e difusa de acordo com o Colégio Americano de Reumatologia (ACR).

Os autores acima citados, também encontraram registros de pesquisas feitas em diversos países: Espanha (a prevalência é de 1,4% na população geral), Inglaterra (prevalência de 11,2% de dor crônica difusa), Alemanha (prevalência de 62,3% no gênero feminino), Noruega (prevalência de 10,5% no gênero feminino), Suécia (prevalência de 2% no gênero feminino), Dinamarca (prevalência de 0,66% na população geral), Finlândia (prevalência de 1,57% na população geral), Turquia (prevalência de 3,6% no gênero feminino), Israel (prevalência de 26% em familiares consangüíneos de indivíduos fibromiálgicos e 19% dos maridos de mulheres fibromiálgicas), Rússia (prevalência de 13,3% de dor crônica difusa), Bangladesh (prevalência de 4,4% na população geral), Canadá (prevalência de 3,3% na população geral), Estados Unidos (prevalência média de 2% para a população em geral, sendo 3,4% mulheres e 0,5% homens), México (prevalência de 1,4% na população geral) e Brasil (foi a segunda desordem reumatológica mais freqüente com prevalência de 2,5% na população geral).

De acordo com estudos relatados pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (2004), a Fibromialgia é uma síndrome dolorosa presente em 2% na população. A proporção de mulheres para homens é de aproximadamente 6 a 10:1, sobretudo as do grupo que vai dos 30 aos 50 anos. De acordo com esses estudos a Fibromialgia pode ser definida como uma síndrome dolorosa crônica, não inflamatória, de etiologia desconhecida, que se manifesta no sistema músculo-esquelético, podendo apresentar sintomas em outros aparelhos e sistemas. Sua definição constitui motivo de controvérsia, basicamente pela ausência de substrato anatômico na sua fisiopatologia e por sintomas que se confundem com a depressão maior e a síndrome da fadiga crônica. A Medicina ainda desconhece a origem da doença, mas sabe que fatores emocionais, hormonais entre outros pode desencadeá-la.

Carvalho e Rego (1996) colocam que as primeiras considerações feitas sobre a Fibromialgia datam de aproximadamente 150 anos: “em 1850, Froriep relatou que pacientes com “reumatismo” apresentavam pontos endurecidos em seus músculos, os quais eram dolorosos à pressão.” (Carvalho e Rego, 1996, p.301). A doença foi, inicialmente, chamada de “fibrosite”, “manifestação de tensão” ou “reumatismo psicogênico” e, em meados da década de 70, o conceito da doença foi mais bem definido depois dos estudos de Smythe e Moldofsky. Estes “descreveram certas localizações anatômicas, cognominadas “tender points” (pontos sensíveis), mais dolorosas em portadores da enfermidade do que em controles” (Carvalho e Rego, 1996, p.301). Os “tender points” foram muito utilizados por médicos na década de 80 para diagnosticar a doença.

Em 1990 foi estabelecido pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR) os critérios para o diagnóstico da Fibromialgia. A doença é definida como “dor ampla pelo corpo definida como bilateral, acima e abaixo da linha da cintura, envolvendo também o esqueleto axial, onde existe dor em pelo menos 11 de 18 pontos especificados” (Carvalho e Rego, 1996, p.301) (Vide Figura em Anexo A).

Carvalho e Rego (1996) relatam algumas manifestações clínicas presentes em pacientes diagnosticados com Fibromialgia. A dor, inicialmente, é percebida como “queimação, peso, contusão ou “exaustão” da região afetada. A dor, que costuma ser ampla e difusa, frequentemente se inicia na nuca, pescoço e ombros” (Carvalho e Rego, 1996, p.303). Também pode ocorrer na parte anterior ao tórax o que leva muitos pacientes a procurarem um médico cardiologista suspeitando de doenças cardíacas.

Os autores também se referem a rigidez articular, como uma queixa comum entre os pacientes ocorrendo, principalmente, no período da manhã. Outra queixa é a fadiga física e psíquica, concomitante às queixas de “astenia, mal estar geral, ‘sensação de resfriado’, desinteresse por sexo e ‘fraqueza muscular’ ” (Carvalho e Rego, 1996, p.303), percebidas no período da manhã e fim de tarde. Outros sintomas relatados são: edemas, parestesias, cefaléia, zumbido e tonteira, depressão, ansiedade, constipação intestinal, cólon irritável, gastrite nervosa e hérnia de hiato. Os distúrbios do sono constituem-se, também, como uma queixa de quase a totalidade dos pacientes: insônia, sono leve ou não reparador.

O diagnóstico de Fibromialgia é, basicamente, clínico e não há exames complementares que auxiliem na sua definição. Não há sinais ou lesões que justifiquem a sensação de dor, nenhum exame é capaz de detectar a doença, o que torna a Fibromialgia motivo de descrédito por parte de alguns médicos que a desconhece. Os pacientes são considerados como se “nada” tivessem.

Nesse sentido, haveria alguma semelhança às histéricas atendidas na época de Freud? Podemos fazer referência ao modo como a histeria era abordada pelos médicos da época: pacientes tratadas como se “nada” tivessem, devido à ausência de lesões orgânicas que justificassem seus sintomas. Tal questão será mais especificamente tratada no decorrer do texto.

A Fibromialgia impele os profissionais da área de saúde, dentre eles médicos, psicólogos e fisioterapeutas, a se questionarem sobre quem são e o quê fazer com esses pacientes que estão, frequentemente, nos consultórios, prontos-socorros e centros de saúde queixando-se de dor.

Comumente os profissionais, principalmente médicos, associam a Fibromialgia com transtornos depressivos devido a gama de queixas de mal estar emocional apresentada pelos pacientes.

Pinheiro e Verztman (2003) apontam para a estimativa da Organização Mundial de Saúde de que, atualmente, os transtornos depressivos unipolares estão em quarto lugar de ônus gerados por doenças e em segundo lugar na faixa de 15 a 44 anos. Estima-se que em 2020 “a depressão subirá para 5,7% da carga total de doenças, tornando-se a segunda maior causa de incapacidade” (Pinheiro e Verztman, 2003, p.79).

Os autores colocam que, junto com tal avanço, a indústria farmacêutica avança na direção de produzir antidepressivos para sanar as doenças mentais. Dentre eles o mais conhecido é a fluoxetina, também chamada de Prozac que, ilusoriamente, promete ser a pílula da felicidade. Tal medicação serve, além da depressão, para inúmeras doenças como inibições, dores difusas, fibromialgia e mesmo para o emagrecimento.

Atualmente, existem diversos tratamentos com objetivo comum de tentar minimizar os sintomas da Fibromialgia – Eutonia, Talassoterapia e Balneoterapia, Ioga, Alongamento Muscular e Escola Inter-relacional de Fibromialgia (EIF), entre outros. Tais tratamentos serão descritos abaixo para melhor compreensão dos mesmos.

Maeda et. al. (2006) colocam que a Eutonia consiste numa “técnica de consciência corporal que tem como objetivo o autoconhecimento e o desenvolvimento do senso de percepção, através das possibilidades de conhecimento do funcionamento do corpo, (...) de

um centro de equilíbrio, para que o indivíduo possa ter a possibilidade de se relacionar melhor consigo mesmo e com o mundo” (Maeda et. al., 2006, p.06).

A proposta de tal técnica é que o paciente seja seu próprio curador pela via do auto-conhecimento. Utiliza-se de recursos como exercícios de toque na pele e nos ossos, vídeos educativos sobre funcionamento do corpo, atlas de anatomia, relaxamento, meditação, entre outros. Objetiva o controle de sintomas e comorbidades decorrentes. Os autores citam Turner e Romano que destacam as técnicas de relaxamento como “recurso para levar o paciente a desviar sua atenção da dor” (Maeda et. al., 2006, p.03). Exercícios para tirar o foco do paciente de sua dor em direção a esquecê-la e um corpo que fica apartado dos sentimentos e representações.

Uma técnica que busca restabelecer a consciência corporal, sugere um corpo que está apartado da alma, por assim dizer. Ou seja, a técnica parece indicar que as pessoas estão muito longe de si e de sua essência.

Mas, poder-se-ia argumentar: Como “esquecer” a dor se é ela que esta sendo a identidade do sujeito? Como livrar-se da dor sendo que é nela que está assentada a própria noção de existir?

Andrade et. al. (2008) colocam que a Talassoterapia e Balneoterapia são modalidades terapêuticas muito utilizadas na Europa e Oriente Médio para tratamento da Fibromialgia e doenças reumáticas.

A Talassoterapia “consiste de modalidade terapêutica que combina banho na água do mar, clima marinho e radiação solar” (Andrade et. al., 2008, p.03). A Balneoterapia “é definida como tratamento por meio de banhos de qualquer origem, podendo ser com a água do mar, não necessariamente inserido no ambiente marítimo, havendo controle do ambiente de tratamento e preservação dos potenciais princípios terapêuticos da água do mar” (Andrade et. al., 2008, p.03). Justificam, assim, a utilização de tal técnica como redutor da dor e outros

sintomas da Fibromialgia, como o enrijecimento muscular, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Seria uma tentativa de retorno ao contato do homem com a natureza? Um distanciamento teria sido provocado pelo volume de tecnologização imposto ao homem contemporâneo. Como coloca Herrmann (2003), o mundo tornou-se incompreensível “sem substância permanente e, sobretudo, sem substância natural. A natureza, até a natureza humana, converteu-se no mais ambicionado dos *sonhos de consumo*” (Herrmann, 2003, p.10).

Silva e Lage (2006) descrevem a Ioga como outro tipo de tratamento da Fibromialgia. Os autores colocam que “a prática avançada de ioga pode levar à inibição da atividade cerebral em áreas relacionadas à dor, tais como as áreas corticais somatosensoriais, havendo relato de praticantes que alegam não sentir dor durante a meditação. A longo prazo, modificações na atividade neurovegetativa e na condição muscular podem alterar o quadro de dor crônica difusa, característico da Fibromialgia” (Silva e Lage, 2006, p.04). Também auxiliam na redução dos níveis de ansiedade e depressão e apresenta potencial de analgesia que “pode auxiliar os pacientes a lidar com aspectos afetivos e emocionais da dor” (Silva e Lage, 2006, p.04).

Uma técnica que incita ao anestesiamiento ou ao dês-ligar-se da realidade para alcançar o alívio da dor. Desta forma vemos delinear-se uma espécie de denúncia indireta da existência de uma realidade inóspita da qual haveremos de nos proteger. E uma questão pode ser formulada: o anestesiamiento poderia auxiliar o paciente a lidar com aspectos afetivos e emocionais da dor?

Bressan et al. (2008) realizam pesquisa sobre os benefícios do Alongamento Muscular e condicionamento físico no tratamento da Fibromialgia. Os autores colocam que a fisioterapia dispõe de recursos como eletroterapia, massoterapia, hidroterapia, exercícios

aeróbios e alongamento muscular. Especialmente o alongamento muscular permite um resultado positivo, pois melhora o sono e a rigidez muscular.

Uns anestesiam outros flexibilizam e ficamos atônitos diante deste corpo tão manipulado, por assim dizer.

Souza et al. (2008) descrevem a Escola Inter-relacional de Fibromialgia (EIF) como alternativa para o tratamento da Fibromialgia. Tal escola tem um programa com duração de 11 semanas onde ocorrem 9 sessões com a presença de dois profissionais da saúde para interagir com o grupo de oito pacientes. Trata-se de um programa interdisciplinar para tratar grupos de pacientes com Fibromialgia e tem como meta ensinar-lhes técnicas de auto-tratamento. O programa foca a situação presente e o ponto crucial “a dor crônica e sua influência psicossocial” (Souza et al, 2008, p.07). Utiliza-se de estratégias como: acreditar na dor do paciente, estabelecer metas específicas e um plano de ação com o paciente, motivá-lo para o tratamento e prescrever atividades simples. O programa em questão fundamenta-se no modelo inter-relacional proposto pelas teorias da comunicação.

Poderíamos pensar, levando em conta a perspectiva do programa de intervenção anteriormente discutido, que há algo a ser comunicado que está expresso na forma de um lamento de dor, há um entrave na comunicação da palavra para o corpo, transformando o corpo em uma modalidade específica de palavra ou linguagem.

No contexto dos profissionais que se propõem a diagnosticar e tratar a Fibromialgia nota-se que há diversas técnicas de tratamento e um consenso entre elas: amenizar ou extinguir a dor do paciente, aumentar sua disposição física e mental em direção a uma melhor qualidade de vida e espera-se que essa melhora se mantenha por pelo menos um ano.

Há uma tendência oriunda de uma forma mais positivista de pensar que nos leva a acreditar na existência de duas faces aparentemente distintas: de um lado o orgânico e de

outro o psíquico. De maneira análoga, de um lado o indivíduo adoecido e de outro, a sociedade contemporânea.

A clínica tem recebido cada vez mais pacientes com sofrimento psíquico acompanhados de queixas de dores corpóreas desarticuladas de sua condição subjetiva. Presenciamos o corpo-objeto, coisificado, desprovido de significações que denuncia-se ou enuncia-se pelas marcas que traz impressa e pela dor imperiosa por alívio e amparo.

E o que a Psicanálise tem a ver com tudo isso? Poderia a Psicanálise contribuir com o tratamento de tais pacientes? A condição fibromiálgica ou doída é passível da interpretação psicanalítica?

Tomou-se em consideração, pela via do método psicanalítico, sujeitos com corpos doídos que portam uma condição de intenso sofrimento psíquico em busca de sentidos que possam nomear suas dores.

As indagações se referem ao corpo na contemporaneidade numa investigação a partir da clínica com pacientes que se queixam de alguma dor expressa pelo corpo.

A Fibromialgia como expressiva do mundo em que vivemos será tomada em consideração no presente trabalho, bem como a dor invisível essencial que o corpo passa a ser e o mundo real determinando a lógica de produção desta forma de expressividade.

Um corpo que é construído no e pelo mundo. Entretanto, tal corpo expressa um mundo ao contrário, já que nosso mundo hoje se caracteriza pelo muito fazer, pelas crescentes exigências de produção e competência. A dor coloca-se como via de expressão de um corpo em falência e falho diante das exigências do mundo contemporâneo.

Em direção a elevação de sua máxima potência, o corpo apresenta-se frágil e desalienado de algo que lhe dê sentido, apartado de uma cadeia simbólica que lhe possibilite a construção de um desejo singular. O corpo está posto diante de si mesmo, está ex-posto ou expõe o mundo em que vivemos.

Para a Teoria dos Campos, referência teórica deste trabalho, o mundo em que vivemos participa de cada pensamento do indivíduo, ele determina como o sujeito é constituído. “O pensamento vem do mundo e ao mundo se dirige: o mundo pensa-se através de mim, e o modo de meu pensar é o modo de ser deste mundo em que vivo.” (Herrmann, 2001, p.156).

Sujeitos que constroem e são constituídos pelo mundo em que vivem. Estão arraigados a seu tempo, sua cultura e suas implicações – carregam o mundo consigo. Indivíduo e sociedade são duas faces de uma mesma moeda.

Herrmann (2001) prossegue dizendo: “A psique (...) não é de nossa fabricação pessoal, cria-se no real, desenvolve suas propriedades historicamente e é infundida no indivíduo por seu tempo e sua cultura, moldando-o ao estilo presente de pensar.” (Herrmann, 2001, p.158).

A esse campo, com suas regras constitutivas próprias, o autor chama de Psique do Real. O homem vive no mundo e seu pensamento está nele arraigado. O mundo comparece em cada pensamento do indivíduo, o determina. O conjunto dos campos da vida social e individual organiza a topografia da psique, a qual não é individual ou social, mas inteiramente real.

O corpo doído, a Fibromialgia pode ser apreendido a partir de diferentes perspectivas, dentre elas podemos citar a Psicossomática. Tal perspectiva dá atenção para as manifestações do corpo somático que não alcançou representação. Ávila (2004) coloca que “em todas as escolas da medicina psicossomática coincidem na perspectiva de que as queixas mentais são um componente essencial (como sintomas ou causas) das doenças físicas” (Ávila, 2004, p.9) Considera-se a importância de tal perspectiva como um modo de apreensão das doenças atuais, no entanto, o presente trabalho não a adotou como eixo condutor.

A questão deste trabalho diz respeito à articulação da estreiteza entre sujeito e mundo e como a clínica ou qual clínica pode responder a isso ou a essa demanda. Estaria a clínica padrão sendo colocada em crise pelo manifesto sem concessão de um corpo estilhaçado?

O corpo e o mundo em que vivemos serão tomados em consideração em direção a se efetivar uma análise interpretativa do corpo no mundo tendo como base o referencial teórico da Teoria dos Campos e as experiências clínicas advindas do atendimento a pacientes com dores corpóreas.

2 O CAMINHO E SEUS IMPASSES – QUESTÃO DE MÉTODO?

A presente investigação trilhou um percurso clínico-teórico em que o método balizador foi o método interpretativo psicanalítico. A palavra Método, etimologicamente, vem do grego *méthodos* que significa caminho para um fim. Como coloca Herrmann (1999) este método pode ser considerado como uma forma de produção do conhecimento, um ponto de vista sobre o mundo. É um método que busca o conhecimento através da suspensão da redução consensual dos sentidos dados pela rotina, para acessar outros sentidos fora dela. Para o autor, o que dá esse sentido é o inconsciente relativo ou campo, ou seja, o que diz respeito a um determinado momento particular. Rompe-se com a rotina, com os limites consensuais e promove-se ruptura de campo para construírem-se outros campos da psique. A operatividade do método se dá na ruptura dos campos. Estes são entendidos como os inconscientes relativos das relações.

Herrmann (2004) retoma a história da psicanálise desde a época em que Freud expôs suas idéias psicanalíticas e que possibilitou a construção do edifício clínico/teórico desta teoria. Herrmann (2004) coloca que "O período freudiano da psicanálise (...) é a presença natural da essência das ocorrências." (Herrmann, 2004, p.52). Neste período, "o ato de criação do tratamento psicanalítico tinha o caráter de essência." (Herrmann, 2004, p.52). Criação que passou a ser mera repetição de uma técnica - associação livre, atenção flutuante, interpretação da transferência. Perdeu-se a essência da psicanálise? Se sim, onde encontrá-la ou retomá-la? Mais do que uma mera resposta com o objetivo de responder/fechar essa questão, mas sim ampliar a reflexão, Herrmann aponta para uma crise metodológica na psicanálise, pois a essência da psicanálise, para o autor, se traduz no método psicanalítico.

Na presente pesquisa procuramos balizar os movimentos de tensões sobre a ótica e ética reflexiva enfrentando os impasses na busca dos sentidos que os determinavam e que deles desdobravam.

A palavra impasse, etimologicamente, vem do francês *impasse* e significa "situação intrincada em que fica difícil uma boa saída." (Cunha, 1986). Uma situação de difícil saída configura uma encruzilhada que na perspectiva filosófica é entendida como uma peripécia.

Peripécia é uma palavra que vem do grego *peripetéia* que significa incidente. "Segundo Aristóteles é um dos elementos fundamentais da tragédia e precisamente, do enredo trágico. Consiste numa transformação imprevista de condições ou de fortuna que se deve produzir de maneira verossímil e necessária". (Abbagnano, 1962). "É um lance de narrativa, peça teatral, poema, etc. que altera a face das coisas" (Cunha, 1982). É um movimento que modifica a ação e situação de personagens.

Uma situação de transformação, de modificação, um lance que altera a face das coisas. Pensemos o impasse dentro dessa perspectiva, ou seja, uma encruzilhada que se faz necessária, e põe uma situação em movimento em direção a uma possível mudança.

Aponta-se um impasse na nossa caminhada com alguns desdobramentos: Como a Psicanálise, enquanto uma forma de produção de saber interpretativo pode ampliar os conhecimentos dos sentidos da Fibromialgia, das dores que não cessam e do entrelaçamento que isso tem com o mundo em que vivemos?

Neste sentido, entendemos que estamos em uma trilha contígua àquela colocada por Herrmann quando a partir de seus impasses que serão abordados adiante, parece ter colocado em questão: Como a psicanálise vem sendo pensada e praticada? Será que ela tem possibilitado/cumprido sua função de desveladora dos sentidos do sujeito e do funcionamento do psiquismo?

A idéia inicial que lhe acometeu "foi principalmente metodológica" (Herrmann, 2004, p.18). A Teoria dos Campos, nome dado ao conjunto de idéias inicialmente propostas por Fábio Herrmann, "começa por uma reflexão sobre o método psicanalítico criado por Freud" (Herrmann, 2004, p.19), método que aparece mais claramente no trabalho interpretativo do analista. A Teoria dos Campos constitui-se como uma análise cuidadosa da interpretação. A interpretação não apenas de um caso individual da clínica padrão, mas de fenômenos sociais, do mundo.

Portanto, foi utilizado o método psicanalítico na presente investigação que se realizou através de pesquisa bibliográfica e de campo.

A pesquisa bibliográfica pretendeu dar subsídios para circunscrever como a idéia de corpo foi se constituindo, cultural e historicamente, pelas diferentes disciplinas, como essas representações repercutem no homem contemporâneo e as manifestações na nova ordem psicopatológica.

A pesquisa de campo foi realizada a partir dos atendimentos clínicos realizados pela pesquisadora em uma Instituição na cidade de Uberlândia/MG no período de fevereiro/08 a dezembro/08. Para a pesquisa utilizou-se conteúdos clínicos provenientes de dois encontros de atendimento grupal, um caso individual e alguns aportes de conversas realizadas com os profissionais. Foram utilizados 4 casos clínicos de pacientes atendidas em atendimentos grupais e/ou individuais. Foram utilizados pseudônimos para nomear as pacientes, são eles: Lourdes, Olga, Fátima e Marta.

Lourdes tem 48 anos, é casada e tem três filhos. Reside com o marido, e todos os filhos são casados. É avó de 5 netos com os quais tem contato constante. Lourdes trabalha como cozinheira em uma instituição.

Olga tem 60 anos, é viúva, tem dois filhos. Reside com sua filha e é avó de 4 netos. Olga cuida dos afazeres da casa e é aposentada.

Fátima tem 47 anos, é casada e tem três filhos. Reside com o marido e é avó de 3 netos. Fátima cuida dos afazeres da casa e antes de consecutivos afastamentos médicos que gerou sua demissão, trabalhava como serviços gerais ou como atendente.

Marta tem 40 anos, é casada e tem 1 filho. Reside com o marido e o filho. Marta cuida dos afazeres da casa e está afastada do trabalho há cerca de 4 anos onde exercia a função de enfermeira.

As conversas com profissionais aconteceram dentro da instituição no momento em que os mesmos encaminhavam os pacientes para o atendimento psicológico e/ou em discussões de casos que aconteceram durante o período de trabalho.

O número de participantes foi definido ao longo da pesquisa, tendo-se em vista, que o critério de definição de tal necessidade veio do conhecimento produzido nas relações estruturadas durante as entrevistas.

Os participantes da pesquisa tanto dos atendimentos grupais quanto individual foram pacientes que expressam dores corpóreas, diagnosticados do ponto de vista orgânico-fisiológico com Fibromialgia. No momento em que as pacientes foram convidadas a participar da pesquisa foi lido junto com os mesmas o Termo de Consentimento (Vide Anexo III). Estando de acordo, o paciente passou a participar voluntariamente da pesquisa mediante assinatura do referido termo como previsto na Resolução 196/96. Todas as pacientes convidadas aceitaram participar da pesquisa.

Na instituição, esteve disponível à pesquisadora uma sala específica e adequada para a realização dos atendimentos. Tal infra-estrutura garantiu a privacidade, proteção e confidencialidade necessários.

Recebíamos as pacientes semanalmente, em horários determinados. Tanto na fisioterapia quanto na psicologia, as pacientes eram assíduas, principalmente, em dias de dores mais intensas.

A pesquisa teve duração de 12 meses a contar da data de aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. O projeto da presente pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia.

3 OS IMPASSES PELA VIA HISTÓRICA: HÁ PEDRAS NO MEIO DO CAMINHO...

No presente capítulo serão abordados artigos que trazem como temática o impasse na clínica e as conotações dadas pelos vários autores de impasse. Serão destacados dois autores: primeiramente, Freud com o caso Dora e suas formulações sobre a Transferência e Fábio Herrmann e seus impasses vividos no ofício por uma psicanálise crítica.

O nascimento da Psicanálise foi uma ruptura. Freud era um médico e “tinha naquela época um forte motivo para ajudar as pessoas que sofriam de afecções nervosas ou pelo menos para desejar compreender algo sobre o estado delas.” (Freud, 1915, p.18).

A histeria foi sua grande escola. Foi com as histéricas suas paralisias e afonias, antes tratadas com instrumentos elétricos, hipnose, com o método catártico ou simplesmente, consideradas como bruxas e feiticeiras, que Freud sentiu-se desafiado a tratar dessas doentes dos nervos.

A partir da leitura e estudo dos artigos de Freud em que ele expõe suas experiências e construções da Psicanálise, podemos perceber que suas experiências aconteceram em meio a tensões e impasses que antecederam e sucederam as construções psicanalíticas. Obstáculos que surgiam e iam sendo superados através do método psicanalítico. Este não era pré-determinado, mas estava engendrado na própria produção do conhecimento⁴.

Em seu texto *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895) podemos conhecer os caminhos percorridos e vermos quantos obstáculos e impasses Freud vivenciou. Tais impasses, posteriormente, tornaram-se descobertas e ampliações à caminho da construção da teoria psicanalítica.

⁴ Frayze-Pereira, em seu capítulo Psicanálise, Teoria dos Campos e Filosofia: a questão do método do livro *O psicanalista hoje e amanhã: o II Encontro Psicanalítico da Teoria dos Campos por escrito*, ao fazer uma retrospectiva de como surgiu o conceito de método na modernidade, lembra que na antiguidade com os gregos era possível o conhecimento ser engendrado no seu decorrer por um método próprio. Entendendo o método como trabalho reflexivo. O conhecimento dado pelo positivismo se realiza subordinado a um método que lhe é prévio.

O primeiro impasse foi com Ana O, paciente de Breuer. Com uma amnésia característica da histeria – com esquecimentos sobre uma parte da história, uma cena – "foi possível trazer à luz a compreensão de que a parte manifesta da mente do paciente não corresponde à totalidade da mesma, pois jazia por trás dela uma mente inconsciente". (Freud, 1893, p.23). Assim, Freud percebe que os processos não eram só conscientes.

Outro obstáculo que Freud relata em vários momentos é a dificuldade para aplicar a hipnose em suas pacientes e aos poucos vai abandonando suas tentativas. No caso Miss Lucy R., por exemplo, Freud fala que ela não entrou em sonambulismo quando ele tentou hipnotizá-la. Ele abriu mão do estado hipnótico e tentou conduzir a análise "num estado que, a rigor, tenha diferido muito pouco de um estado normal". (Freud, 1893, p.135)

Num estado considerado quase normal a paciente falava livremente. Tal circunstância provocou um abalo na forma hierarquizada da consulta médica caracterizada por um paciente que não sabe e espera pelo saber do especialista. Mais livre, o discurso ingressou-se na associação livre.

Outro obstáculo coloca-se: a resistência. Com a fala livre da sugestão hipnótica, começa a surgir a relutância por falar sobre certos conteúdos, em trazer de volta algumas lembranças. Optando pelo caminho das "associações livres", o caminho estava aberto para a análise dos sonhos e para o surgimento de outro recurso, considerado então por Freud, como um recurso técnico: a interpretação.

Em *Fragmento da análise de um caso de histeria* (1905 [1901]) Freud relata o caso Dora. Tal caso foi uma proposta de Freud para a fundamentação de suas teses sobre a patogênese dos sintomas histéricos e sobre os processos psíquicos que ocorrem na histeria. Apresenta esse caso em meio ao incômodo de publicar os resultados de suas investigações e ao embaraço em ter que expor ao juízo público, parte do material clínico e diz "Não deixarei de ser censurado por isso" (Freud, 1905, p.19).

Antes era censurado por não comunicar nada sobre o tratamento de seus pacientes, agora censurado por fornecer informações demais. E a isso responde:

Se a enfermidade das histéricas tem sua causa na intimidade da vida psicosssexual dos pacientes, e que os sintomas histéricos são a expressão de seus mais secretos desejos recalçados, a elucidação completa de um caso de histeria estará fadada a revelar essas intimidades e denunciar esses segredos (Freud, 1905, p.19).

Atualmente, podemos indagar o que será ou seria mais perigoso: a revelação da intimidade da paciente ou a revelação do método de construção ou delineamento da lógica do inconsciente, o avesso do rotineiramente esperado que fica impresso a partir, especificamente, da clínica? Outro impasse talvez não percebido à época, quando Freud só explicitou aquele relativo à revelação de intimidades da vida sexual da paciente?

A clínica é por assim dizer, o material empírico da Psicanálise: uma “con-versa” atravessada pela interpretação no campo transferencial.

Freud afirmava ter um compromisso com a ciência e em publicar os avanços da teoria psicanalítica para que pacientes com a mesma enfermidade dos casos relatados pudessem também ser tratados. Assim, defendia e argumentava sobre a ética e a importância da publicação de um relato tão minucioso.

Configura-se um impasse: Freud publica o caso em nome do compromisso à ciência e aos enfermos, ao mesmo tempo é alvo da crítica da sociedade médica pela quebra do sigilo médico; por outro lado, não publica o caso e priva a ciência de novos conhecimentos e permanece alvo da crítica da sociedade médica da época por não fornecer informações que sustentem a teoria psicanalítica, aproximando-o de um escritor fantasioso.

Freud optou por publicar o caso Dora: foi a primeira história clínica que ele conseguiu romper as limitações impostas pelo sigilo médico e relatar mais minuciosamente o desenvolvimento de um tratamento.

As idéias de Freud repercutiram de inúmeras formas na sociedade de sua época que foram desde aqueles que se interessaram em dialogar com ele sobre tais conceituações àqueles que, veementemente, a criticaram.

Com Dora, Freud vivenciou impasses que desvelaram o modo como considerava o corpo na histeria e seus sintomas e possibilitou apreender questões referentes a sexualidade infantil e ao campo transferencial.

Freud discutiu com Dora, abertamente e sem hesitar, sobre os aspectos sexuais, os órgãos e suas funções ditos com seus nomes exatos. Tal ousadia causou estranheza nos colegas da época, mas Freud coloca que esses assuntos são inevitáveis e o médico não deve se recriminar por falar sobre eles com seus pacientes.

O trabalho analítico auxiliou a desvendar os sintomas orgânicos de Dora que se relacionavam, dentre outras coisas, às leituras que ela fazia – Dora arranhou para si uma doença que lera na enciclopédia como forma de se punir por ler sobre tais assuntos. E aliando-se aos conhecimentos que Freud tinha do modelo infantil os sintomas iam sendo esclarecidos.

Freud nesse artigo antecipa a informação de que o tratamento com Dora foi interrompido antes que aspectos importantes tivessem sido abordados e outros esclarecimentos ficaram incompletos. Antes mesmo de relatar o caso antecipa que não obteve os resultados desejados e que se tivesse continuado teria alcançado o maior e mais completo esclarecimento possível.

Freud não esperava pela interrupção repentina de Dora e, pensando ter tempo de sobra, adiou revelar a ela aspectos que ele considerava importantes. Aspectos que tiveram participação na decisão da paciente em interromper o tratamento.

Ele percebe e relata isso no Posfácio onde faz considerações acerca da *transferência*. "Não consegui dominar a tempo a transferência". (Freud, 1905, p.113) Talvez voltado para a descrição e elucidação do determinismo dos sintomas histéricos e da vida anímica, Freud tomou em consideração *à posteriori* o jogo transferencial entre ele e sua paciente.

Graças a solicitude com que Dora punha à minha disposição no tratamento uma parte do material patogênico, esqueci a precaução de estar atento aos primeiros sinais de transferência que se preparava com outra parte do mesmo material, ainda ignorada por mim (Freud, 1905, p.113).

Preocupado com as sentenças interpretativas/explicativas e com a descrição dos fenômenos histéricos, a escuta de Freud não permitiu que ele atentasse para o lugar que, transferencialmente, Dora estava lhe conferindo e permaneceu neste lugar. Nessa posição, Freud ficou impossibilitado de analisar os outros sentidos balizadores dessa relação.

Freud teria se atentado somente para a descrição de sintomas expressos no corpo que o impossibilitou de analisar os sentidos oriundos do campo transferencial?

Aquilo que está dando solidez a um trabalho entra em crise - um abalo sísmico no solo onde assenta-se a cena analítica - a relação transferencial nela presente, seu discurso, sua narrativa - e que impele à transformação. É uma crise que antecede a mudança. Um impasse necessário que se configura como um momento de ultrapassar essa crise e tornar possível que outros sentidos apareçam.

Herrmann (1991) coloca que no campo transferencial, o analista “retira-se enquanto ser concreto, para que aí onde está aconteça o sentido do paciente” (Herrmann, 1991, p.99). O autor continua dizendo que nesse campo há um convite para a experimentação de uma gama de sentimentos que circulam entre analista e analisando e faz uma ressalva:

Mas a experimentá-los condicionalmente, isto é, devem estar os dois bastante impregnados para que haja verdade e eficácia, mas tem que permitir que a interpretação os abstraia em certa medida para não se tornar deles prisioneiro. Rompendo os campos emocionais ocorrentes, esta o obriga a um trânsito constante e ajuda assim a reduzir a pujança afetiva a um estado condicional, à condição de descoberta (Herrmann, 1991, p.100).

É no campo transferencial que torna-se possível interpretar o corpo?

A interpretação psicanalítica das figuras do pai de Dora e do Sr K nos momentos em que emergiam, como Freud reconhece, poderia ter trazido à questão seu relacionamento com Dora tendo como pano de fundo o relacionamento dela com seu pai e/ou com o Sr K. Dessa forma, a análise teria acessado novos materiais mnêmicos e poderia ter prosseguido.

Um impasse não percebido: o jogo transferencial entre Freud e Dora necessitava ser analisado e interpretado para que outros sentidos emergissem em direção ao desvelamento do desejo da paciente. Um momento crítico que carecia de uma ação interpretativa que possibilitasse que tal jogo fosse evidenciado e nomeado dando assim, significação à relação de Dora com seu pai e/ou com o Sr K.

Freud, no caso Dora, ao ser atravessado pela atitude de sua jovem paciente em abandonar o tratamento apreende o modo como o campo transferencial se configurava entre eles. Tal atravessamento e posterior elaboração permitiram a Freud abandonar sua concepção da transferência como obstáculo, para considerá-la como peça chave do processo analítico. O que era obstáculo passa a ser via de possibilidade de transformação/construção.

Os anos 1895-1905 foram marcados pelo doloroso e amargo isolamento de Freud. Em seu artigo *A história do Movimento Psicanalítico* de 1914, Freud relata que seus primeiros

anos da análise foram árduos e solitários. Teve que "dominar a técnica, os fenômenos clínicos e a terapêutica das neuroses, tudo ao mesmo tempo" (Freud, 1914, p.29-30).

Todas essas mudanças, ou seja, este novo posicionamento em relação a palavra e a postura do analista, possibilitou novas descobertas do "processo primário", da sexualidade, etc. Por outro lado, trouxe consigo outro obstáculo a "transferência" que mais tarde veio a "se transformar num instrumento fundamental da técnica analítica." (Freud, 1893, p.21).

Em constante construção, a Psicanálise foi formando seu corpo clínico/teórico e mostrando cada vez mais, seu potencial de ciência da psique humana. Nesse movimento, a Psicanálise foi ganhando adeptos – Jung, Klein, Lacan, entre tantos outros – que por sua vez, fizeram diferentes leituras das idéias psicanalíticas iniciais bem como, vivenciaram os mais diversos desafios. Dentre esses analistas, Klein e Lacan aqui serão tomados em consideração e os desafios particulares a cada um deles.

Quando entramos em contato com a história de Melaine Klein podemos pensar que os impasses vividos por ela já começam em sua vida pessoal marcada por perdas, depressão e melancolia. Petot (1992) relata que durante a trajetória de Klein na Psicanálise, ela sofreu perdas significativas como a morte de sua irmã e de seu irmão quando ainda eram muito jovens.

O contato de Klein com a Psicanálise inicia-se com a leitura da obra de Freud sobre os sonhos e em sua análise com Ferenczi. A análise de seu filho Erich de 5 anos lhe traz novas descobertas e oferece-lhe esclarecimentos sobre a curiosidade sexual ou intelectual das crianças. Porém, Klein percebe que mesmo tendo as respostas, a criança continua com perguntas e questões não verbalizadas que aparecem em forma de ansiedade. Klein apreende serem fantasias inconscientes que se expressam nas brincadeiras e nas diversas manifestações ansiogênicas.

A análise infantil vai trazendo revelações, por exemplo, a concepção do Complexo de Édipo e de um superego evidente em uma idade mais remota daquela que Freud havia afirmado. Klein também fez importantes considerações referentes a transferência no processo analítico e descobre em suas análises que a libido não evolui exatamente por etapas, como supunha Freud e Abraham, ou seja, "(...) todas as formas da libido coexistem simultaneamente." (Simon, 2005, p.24).

Como coloca Rossi (2005):

Freud se colocava como um observador cuidadoso do outro, M. Klein olhava o efeito do outro dentro de si mesma e em seguida voltava para ele. Do ponto de vista da teoria da técnica e da meta-psicologia aconteceu aqui um importante salto. A subjetividade do analista passou a entrar de forma intensa no trabalho com o paciente, o profissional passou a emprestar sua alma e a usá-la como ferramenta de trabalho (Rossi, 2005, p.4).

Nota-se com isso que Klein revela, por meio dos efeitos do outro, o que é feito deste outro em si mesma.

Klein revela-se analista de crianças baseada em suas postulações, observações e intuição. Desenvolveu uma nova ferramenta para a análise de crianças: a técnica do brinquito, especificamente, para alcançar as fantasias e fixações infantis.

No entanto, Klein sofreu oposições e questionamentos sobre suas formulações o que a forçou e "seus colaboradores a refinarem e apurarem mais suas concepções, resultando em vários trabalhos que foram sendo publicados" (Simon, 2005, p.28).

Rossi (2005) também aponta para essa questão:

É necessário dizer que Klein teve sérios problemas com as organizações psicanalíticas, pois essas, na época, consideravam que para crianças, era inadequado fazer interpretações profundas, transferenciais, principalmente se fossem de transferência negativa. Muito pior seria se isso acontecesse no início de um tratamento (Rossi, 2005, p.2).

Em oposição a teoria kleiniana, podemos mencionar Lacan. Lacan não foi um opositor exclusivo à Klein, mas ao caminho que os analistas da época deram à teoria psicanalítica. A Psicanálise e a disseminação das idéias de Freud não ficaram imunes de desvios.

Cesarotto e Leite (1985) colocam que Lacan pretendeu um retorno à Freud de maneira a ser coerente com os princípios de sua experiência analítica e se propôs a "representar a intransigência aos desvios da verdadeira Psicanálise" (Cesarotto e Leite, 1985, p.42-43). O retorno à Freud veio em meio a impasses encontrados na época percebidos pelas distorções à teoria freudiana, ao mesmo tempo, Lacan provocou rupturas no modo como a Psicanálise vinha sendo entendida e transmitida.

Lacan trouxe ao círculo psicanalítico da época a discussão sobre o que seria a verdadeira psicanálise freudiana. Discussões que resultaram em sua demissão da Sociedade Psicanalítica de Paris em 1953 e na fundação da Sociedade Francesa de Psicanálise.

Na leitura das trajetórias percorridas por esses pensadores pós-freudianos é possível detectar os impasses por eles vividos e as importantes construções psicanalíticas advindas dessas experiências. Autores dotados de uma ousadia e empreendedorismo na investigação dos fenômenos mentais permitiram ser atravessados pelas dissonâncias, pelos impasses numa postura de constante des-construção/construção da psique humana.

Autores psicanalíticos contemporâneos continuam suscetíveis aos impasses nos seus caminhos. Destacaremos Fábio Herrmann pela importância de seu pensamento particularmente, no resgate do método psicanalítico como essência da ciência Psicanálise⁵.

Os impasses em Fábio Herrmann podem ser pensados a partir de seu caminho dentro das instituições psicanalíticas e aqueles que foram exaustivamente analisados por ele, dentro do desenvolvimento de seu pensamento - a questão do método psicanalítico, da crise da psicanálise atual, entre outros.

Herrmann (2004) relata que a inserção de Fábio Herrmann na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP) não foi fácil. Por alguns anos ele teve que se manter em silêncio a respeito de suas idéias, como por exemplo, as contidas no trabalho “Andaimos do Real”. Em 1976 foi ameaçado de expulsão quando na época, tinha apenas dois ou três meses de membro da SBPSP. Foi impedido de exercer cargos e ensinar por, aproximadamente, cinco anos.

"A crise mais grave, porém estava por vir: a luta pela psicanálise brasileira." (Herrmann, 2004, p.13). Na segunda metade dos anos 80, esse projeto parecia viável. Havia condições concretas para isso, pois Herrmann ocupava a presidência da FEPAL e os brasileiros estavam conquistando os rodízios dos Congressos e presidência da IPA.

Herrmann (2004) conta-nos que as idéias de Fábio Herrmann, seus questionamentos e análise sobre a prática clínica psicanalítica o acompanharam desde o início de seu trabalho. Ele começou a pensar e se perguntar sobre o modo como os analistas interpretavam os conteúdos de seus pacientes seguindo um esquema interpretativo. Questionamentos que lhe acompanharam no estudo dos textos teóricos e/ou quando escutava os analistas, logo em seus primeiros anos de clínica.

Questões como:

⁵ O termo Psicanálise utilizado enquanto ciência; e psicanálise enquanto um modelo de tratamento.

Será possível que todas as nossas idéias, tão variadas como são, sejam mesmo criadas por uma dúzia de esquemas mentais bem conhecidos? Será possível que só por haver ouvido algumas frases sobre o medo de emudecer em público, alguém consiga inferir que aí se esconde o desejo de falar de sexo e a repressão do exibicionismo? (Herrmann, 2004, p.22).

Fábio Herrmann coloca que "pular da emoção ao inconsciente é um vistoso salto mortal." (Herrmann, 2004, p.23). O autor expressa aqui sua postura de sempre empreender uma análise cuidadosa dos componentes estruturais das idéias ou das emoções para depois encontrar suas correspondências inconscientes. Segue dizendo que esta investigação alimenta a produção de qualquer novo conhecimento sobre o psiquismo.

Ao ler essas formulações de Fábio Herrmann temos a impressão que ele nos convida a adotar uma constante postura, por assim dizer, indagativa/investigativa diante do fenômeno humano. E, encarnados desta postura, permanecer numa zona de desconforto potencialmente criativa. Ele nos incita a tomar em consideração os impasses e fazer dos momentos críticos potencializadores de novos sentidos.

Nesse sentido Taffarel (2005) coloca que esses momentos críticos e de ruptura são a condição do saber e do fazer psicanalíticos. Tal postura não contribuiu para tornar Herrmann o mais popular entre seus colegas:

. . .pois, a maioria dos analistas prefere ir fundo, sem perder muito tempo em questionar as análises de superfície de seus autores prediletos; parece ser mais simples imaginar que o inconsciente proposto por um autor respeitado é fruto de sua capacidade clínica e de sua intuição dos fenômenos psicanalíticos. Exigir atestado de

origem das teorias consagradas parece inoportuna arrogância (...) (Herrmann, 2004, p.24).

O contexto onde Herrmann inicia a tentativa de esclarecer o essencial de seu trabalho, no final da década de 60, se caracterizava pela predominância de uma formação - nas Sociedades de Psicanálise no Brasil - baseada no aprendizado de teorias e técnicas advindas das chamadas escolas psicanalíticas clássicas. Assim, Herrmann (2004) começa a pensar "que tipo de coisa estava a fazer no consultório, uma vez que não seguia qualquer das receitas psicanalíticas disponíveis" (Herrmann, 2004, p.17).

Herrmann propõe então, uma reflexão sobre o método psicanalítico de Freud e faz uma crítica diante do modo como a Psicanálise vinha sendo pensada e praticada pelas várias escolas psicanalíticas com suas doutrinas e técnicas definidas e sistematizadas. O autor discute a leitura específica que cada escola psicanalítica faz sobre aspectos que consideram ser relevantes para a teoria e prática psicanalíticas. Tais escolas privilegiam a seu modo, determinados mecanismos e impulsos, adotam uma linguagem e técnica próprias.

O autor coloca que "o estado presente da Psicanálise é um estado de crise." (Herrmann, 2001, p.14). Os sinais de crise, segundo ele, também podem ser percebidos nas pretensas reformulações dos conceitos psicanalíticos, provocando um esmiuçamento e esvaziamento desses conceitos, provocando uma "progressiva deterioração do conteúdo original." (Herrmann, 2001, p.15). Teorias que não alcançam uma síntese permanecem incapazes de acrescentar algo para a psicanálise e reduzem a psique humana a algumas teorias e mecanismos.

Herrmann (2001) coloca não haver:

. . . tarefa mais urgente que a de encontrar uma definição essencial da Psicanálise, definição que ordene a produção psicanalítica ao longo das linhas fundamentais e evite a incrível dispersão de esforços que representa o clima de sugestões pessoais (Herrmann, 2001, p.15).

A *solenidade psicanalítica*, como denomina Herrmann (2004), corre o risco de desaparecer. Ela vem sendo questionada "não tanto pelos críticos, mas pelas circunstâncias mesmas da vida atual." (Herrmann, 2004, p.17). Neste sentido, "o tratamento padrão, que conhecemos como *psicanálise*, está tornando-se excepcional e não mais a regra." (Herrmann, 2004, p.16). O autor traz a discussão da necessidade de dar continuidade na construção e transformação da ciência psicanalítica:

. . . teorizar com rigor a nova situação, para que os tratamentos hoje possíveis não sejam simplesmente uma redução do escopo original da análise, mas um desenvolvimento substancial, oferece desafios interessantes, como o de criar formas de intervenção ainda mais profundas que a costumeira dentro de uma moldura terapêutica um pouco diversa . . . em vez de simplificar nossa visão teórica e nossa clínica para melhor divulgá-las, avançar na transformação da Psicanálise em ciência geral da psique, capaz de sustentar uma gama mais ampla de práticas e um pensamento mais eficaz sobre o homem (Herrmann, 2004, p.17).

A crise da psicanálise se relaciona à crise da realidade cotidiana. Uma realidade homogeneizadora, repetitiva que produz uma adesão à padronização técnica. Produz uma psicanálise que se caracteriza por uma baixa produção teórica, repetição e restrição de

modelos considerados psicanalíticos, divisão em escolas assim como, uma prática clínica explicativa que projeta nos pacientes as teorias escolásticas.

Com relação a prática explicativa, Taffarel (2005) coloca a importante postura de Herrmann em que se faz necessário "descobrir o novo em cada paciente e não apenas reencontrar nele a teoria já existente" (Taffarel, 2005, p.12).

Taffarel (2005) ainda coloca:

Para a Teoria dos Campos, a psicanálise, tanto no plano teórico quanto no clínico, se faz por rupturas do estabelecido. É a ruptura que produz novos conhecimentos e que tem potência criativa. A ruptura vigente, em um dado momento, pode se dar, por exemplo, pela saturação de uma idéia ou de uma técnica, por novos desafios da clínica, pelo efeito da absorção de conhecimentos vindos de outras disciplinas (Taffarel, 2005, p.11-12).

A Teoria dos Campos na pessoa de Fábio Herrmann recuperou a perspectiva de criatividade na psicanálise onde a psique humana está em constante construção e aqueles que a ela se afinam deverão ter abertura para a busca e assim, construir novas formas, novos sentidos.

A tentativa de eleger Freud como critério final da essência da psicanálise, gera o impasse imediato. Freud não pretendeu esgotar o pensamento psicanalítico em si mesmo, pelo contrário, considerava a Psicanálise como uma ciência em construção.

Nessa concepção, Herrmann encaminha-se na construção de seu pensamento, a partir do método psicanalítico proposto por Freud, e traz significativas contribuições para o edifício teórico da psicanálise. No entanto, coloca que a definição de uma linha mestra da psicanálise não é tarefa simples.

Vejam os outros autores refletindo sobre os impasses na clínica. O critério inicial para a escolha dos artigos foi que estes tivessem como tema principal os impasses e que o explicitasse logo no título do artigo⁶.

Rinaldi (2003) faz considerações sobre o caso clínico de um neurótico obsessivo onde apresenta as dificuldades enfrentadas na condução desse tratamento e os impasses vividos no campo do desejo de sua paciente. A autora delinea os impasses a partir da dinâmica da estrutura de personalidade da paciente, a neurose obsessiva, no modo como os afetos, as representações, a demanda ao Outro operam e circulam na relação analítica. O campo transferencial foi o solo potencializador onde essa dinâmica emergiu bem como, os impasses dela decorrentes.

Para Laender (2005) o que caracteriza os impasses na clínica atual é a dificuldade de se definir o diagnóstico estrutural e categoria dos pacientes que chegam aos consultórios dos analistas, atualmente. Pacientes que, de acordo com a autora, expressam um esvaziamento de si e do mundo, sintomas cada vez mais corporais, ligações afetivas/sociais instáveis/infrequentes e que apresentam dificuldades de entrarem no trabalho analítico: “não associam livremente, sonham muito pouco e sua transferência varia do ‘posso te abandonar a qualquer momento’ ao ‘eu não posso viver sem você’, numa repetição dos laços afetivos e sociais” (Laender, 2005, p.2).

A autora faz referência a Flávio C. Ferraz (2002) que descreve um quadro clínico que pode exemplificar e caracterizar a estrutura psíquica dos pacientes atuais, quadro denominado normopatía. Tal quadro caracteriza-se pela supressão da vida fantasmática, um empobrecimento da capacidade de sonhar, fantasiar, baixa capacidade de introspecção, um

⁶ Os nomes dos artigos escolhidos são: "Teoria e prática: impasses contemporâneos"; "A dinâmica da neurose obsessiva e os impasses no campo do desejo: o trajeto de uma análise", "Impasses e reinvenções na clínica psicanalítica", "Psicanálise surto psicótico: considerações sobre aspectos técnicos" (onde no corpo deste texto há um subitem intitulado “Os impasses necessários”).

desinvestimento do mundo interno e a tendência a funcionar como um robô. Ferraz (2002) *apud* Laender (2005) considera esta estrutura como não-neurótica.

Para um bom andamento do trabalho analítico, um melhor manejo clínico, Laender (2005) dá especial importância ao diagnóstico estrutural. Neste sentido, considera a experiência com pacientes em que parece coadunar traços das várias estruturas, sintomas psicóticos e histéricos, dificultando e pondo a prova os analistas.

Diante disso, a autora coloca:

Como intervir? Qual a sua estrutura clínica? Como fazer para que consigamos causar alguma mudança, alguma diferença na dor que silencia, na palavra presa no interstício do significado, na auto-agressão de se ferir, na angústia emudecida pelos psicotrópicos? Seria possível abordá-las por qual vertente: neurótica? psicótica? perversa? normopata? psicossomática? Como diagnosticá-las? Seriam as categorias diagnósticas atuais insuficientes para responder ao que estamos encontrando em nossas clínicas? (Laender, 2005, p.8)

Revelar ou não o impasse? Em Freud, qual o segredo que seria revelado ao interpretar a transferência? Nos autores contemporâneos, por exemplo Laender, o impasse não é fazer o diagnóstico, mas sim como revelar o diagnóstico feito, uma vez que este deflagra um risco da psicanálise não servir ou não ter serventia para tratar o homem des-substancializado. Ou seja, há espaço para uma ciência que enfatiza o universo dos sentidos humanos numa cultura que abole a narrativa como constituinte do sujeito psíquico? Corre-se o risco de um sujeito mecânico numa psicanálise mecânica, ritualística.

E a psicanálise, por sua vez, como tem tomado em consideração a narrativa desse sujeito? Emoldurada por adereços que encobrem sua essência, a psicanálise corre o risco de ser um conjunto de sentenças explicativas preexistentes àquele que narra-dor.

Siqueira (2005) considera o impasse inesperado que acontece na situação analítica “como ponto de partida para a elaboração da criatividade” (Siqueira, 2005, p.1), devendo o analista assumir uma postura de tentar compreendê-lo e elaborá-lo.

A autora considera que é nesse contexto do inesperado onde surgem os impasses e, ao mesmo tempo, viabiliza as demandas de criatividade. Acrescenta que no processo de análise, momentos de intensa angústia podem ser prejudiciais ao processo quando não compreendidos e assim, tumultuar a cena analítica e até paralisar o processo. “Este impasse precisará ser compreendido como um momento difícil para o analisando expressar através da fala, sua angústia e seus conflitos.” (Siqueira, 2005, p.3). Fica na interface da angústia e na expressão através da fala.

A autora exemplifica uma situação de impasse expressa pelas faltas de sua paciente às sessões, a raiva em relação à analista, entre outros, que foram traduzidos e interpretados pela analista a partir da e na relação transferencial. A análise, de acordo com a autora, serve como espaço transicional, deve ser acolhedor, propiciar uma relação potencializadora da criatividade e de reconstrução dos impasses a fim de que eles possam ser pensados. Os impasses inerentes a essa situação não podem ser muito intensos, a ponto de impedir tal relação.

A autora considera o impasse no sentido de criatividade - não tem ato criativo sem angústia. A angústia deve ser tomada em consideração, ser compreendida e revelada de maneira que ela se desdobre em direção a uma apreensão possível. Assim também não se deve passar por cima do impasse, mas enfrentá-lo de frente, de modo que possibilite sua apreensão.

Cassorla (1998) traz a idéia de “impasses necessários”. A partir de um contexto de atendimento de pacientes psicóticos, o autor fala que há momentos que o impasse é inevitável e se torna necessário. Refere-se aos momentos em que as emoções (raiva, ódio, medo, etc), as

identificações projetivas, entre outros, ganham a dimensão de impedir o pensamento do analista e o prosseguimento da análise.

Nesse sentido, Cassorla (1998) coloca que "urge o auxílio de outras áreas do conhecimento que não a psicanálise" (Cassorla, 1998, p.730). A isso dá o nome de impasse necessário, ou seja, para não se instalar um "impasse estagnante", como fala o autor, recorre-se, por exemplo, a ajuda da psiquiatria ou a interrupção do processo analítico quando, por exemplo, as fantasias transferenciais e contratransferenciais se tornam perigosas.

Cita o exemplo de uma paciente melancólica onde, após uma análise cuidadosa de suas fantasias contratransferenciais, o analista propôs à paciente a interrupção do tratamento e a busca por auxílio psiquiátrico. A interrupção se concretizou, e tempos depois, graças a essa intervenção, foi possível retomar o processo analítico.

Esses autores são uma parcela dos muitos outros que têm refletido e escrito sobre a contemporaneidade e o momento da Psicanálise nesse contexto.

Um contexto onde estamos numa encruzilhada: para onde ir? Qual o caminho a seguir? Com quem ir? Onde buscar subsídios para enfrentar esse caminho e os percalços dele decorrentes? Podemos afirmar: faz-se necessário uma postura constante de indagação e reflexão sobre o modo como a Psicanálise e os analistas têm se posicionado diante dessa encruzilhada.

Poderíamos pensar os impasses apenas como impeditores, algo que deu errado no trabalho analítico e que precisam ser solucionados para que tal trabalho volte a ter consonância. No entanto, tal postura nos impede de considerar as possibilidades de transformação a partir dos impasses.

Faz-se necessária uma postura indagativa/investigativa diante do fenômeno humano onde permanecemos numa constante zona de desconforto potencialmente criativa. Numa

encruzilhada que se faz necessária, e põe uma situação em movimento em direção a uma possível mudança.

Os desafios se apresentam e se configuram constantemente em nosso ofício psicanalítico e nos impulsionam a debruçar sobre eles. Numa humanidade carente de sentidos e de referências sustentáveis, tentamos resgatar o lugar dos laços sociais e da narrativa pertencentes da ordem do humano. Resgatar um instrumental capaz de provocar rupturas.

A Psicanálise através de seu método que busca provocar movimentos disruptivos pela via da interpretação possibilita ao sujeito pensar-se no mundo em direção à escrita singular de seu desejo.

Um caminho onde surgem pedras que nos incitam a mudança de direção, a novos questionamentos e apreensões, que nos ajudam a construir a casa ficcional do fenômeno estudado. Impasses que nos impulsionam a um reposicionamento de apreensão do método psicanalítico, das teorias e conceitos psicanalíticos.

No presente trabalho, os impasses se circunscrevem mais especificamente, às inquietações-indagações surgidas no contato com as pacientes fibromiálgicas e as vicissitudes oriundas de tal atendimento. Torna-se necessário tomar em consideração um sujeito que se apresenta através de terríveis dores no corpo e parece não encontrar outra forma de existir senão pelo corpo.

4 O CORPO

Neste capítulo pretendo falar do corpo na sua dimensão de conceito histórico, a sua relação com a palavra, sua articulação com o mundo e com a clínica.

4.1 O corpo e a palavra (em ato)

A construção histórica do corpo e de um corpo histórico, suas representações, diferentes metodologias e referenciais teóricos que perpassam essa questão, nos possibilita problematizá-lo.

Figueiredo e Santi (2002), em uma visão crítica da história da Psicologia contemporânea, discutem o modo como, cientificamente, o homem foi compreendido nos diferentes momentos histórico-científicos. Diferenças que vão desde a visão de homem como uma unidade psicofísica em que corpo e mente não existem separados, como defendido por Wundt, a um sujeito concebido como um puro organismo, um sistema nervoso, na visão de Titchener.

Ávila (2004) ao pensar a relação entre o Eu e o corpo, faz referência ao discurso cartesiano, considerado como base para a ciência moderna. Nessa perspectiva, corpo e mente são definidos como distintos instaurando um abismo entre a matéria física (*res extensa*) e os aspectos mentais e espirituais (*res cogitans*): o físico “objetivo” e o psicológico, “subjetivo”. “Um corpo considerado pela medicina moderna como um corpo-coisa, separado de suas significações mentais e experiências subjetivas” (Ávila, 2004, p.28).

Birman (2003) coloca que se faz necessário distinguir os conceitos de organismo e corpo para evitar confusões, considerando o organismo de ordem estritamente biológica,

enquanto que o corpo é de ordem pulsional e sexual. O organismo funciona a partir de mecanismos de auto-regulação fisiológica, enquanto o corpo rompe com a natureza e funciona mediante a lógica pulsional, o que o autor chama de *corpo-sujeito*.

A abertura para tomar em consideração o corpo pulsional aconteceu em Freud com a ruptura do pensamento científico de seu tempo que se apoiava em critérios de realidade e racionalidade. Tal pensamento propunha o conhecimento científico possível somente a partir da neutralidade do cientista, de uma investigação em condições ideais (laboratório) onde a experiência deve ser quantificada, descrita e verificada para estabelecer-se proposições científicas. Tal modelo se mostrou insuficiente para a investigação e tratamento dos processos neuróticos e do sofrimento psíquico presentes na época.

O pensamento psicanalítico através de Freud abriu caminho para uma apreensão do corpo diferente da concepção cartesiana. Freud desconsiderou a concepção de um corpo puramente como organismo e tomou em consideração o psíquico que perpassa o corpo. Assim, depois de Freud não é mais possível considerar o corpo como puro organismo – isso se torna condição para interpretá-lo.

A apreensão freudiana foi possível pelo que se poderia chamar de postura indagativa/investigativa do autor. Freud estava sempre em movimento na direção de desvendar os segredos ou enigmas da vida psíquica - um caminho repleto de momentos críticos onde os sentidos e questionamentos circulavam - Freud foi tentando nomeá-los e solucioná-los.

Freud foi do biológico para o moral ou universo das representações. Em *Estudos sobre a histeria* (1893-1895) Freud ao se deparar com seus pacientes acometidos de sintomas como paralisias e anestésias, sem lesões orgânicas identificadas, ele não desconsiderou tal sofrimento. Freud apreendeu que a mente humana apresenta fenômenos que não se explicam somente em termos fisiológicos e/ou biológicos.

Freud trouxe à discussão a dimensão representativa dos sintomas de paralisia, anestésias, afonias, entre outros, sem lesões orgânicas, e os processos inconscientes a elas vinculados. Tais sintomas puderam ser investigados e desvendados através do novo método proposto por Freud: o método psicanalítico.

Freud compreendeu que a "lesão" de que se tratava na histeria não incidia sobre o nervo, mas sobre a idéia representativa de determinada parte do corpo. Assim, apreendeu a dimensão de um corpo entremeado/perpassado pelo universo representativo do sujeito, que inclui a cultura em que ele está inserido, o modo como se estabelecem suas relações e sua constituição enquanto sujeito.

A construção do conceito de corpo em Freud se deu ao longo de sua trajetória clínica. Lazzarini e Viana (2006) consideraram tal trajetória e a descreveram: (1893-1900) a cisão que opõe corpo biológico e corpo psicanalítico; (1905) passagem do corpo auto-erótico e fragmentado para o corpo unificado pelo narcisismo (1914); conceito de pulsão (1915); dualismo pulsional (1920) e o surgimento do eu corporal (1923).

Freud através das históricas apreende que sua fala expressava algo da sexualidade ou de uma cena sexual. Um corpo erógeno que está inserido na linguagem e na representação. Um disfarce em palavra que pronunciava a sexualidade, portanto de algo proveniente do corpo. Uma fala que afeta o corpo e ao mesmo tempo é afetada por ele.

A palavra na histeria mostrou a Freud um certo modo de organização da sexualidade, isto é, que esta cena que o paciente é levado a se lembrar, e que não lhe é indiferente, narra sempre uma cena sexual, uma experiência sexual. Mas não qualquer experiência e sim uma experiência precoce, na qual o sujeito é imaturo do ponto de vista sexual (Lazzarini e Viana, 2006, p.06).

Nesse sentido, podemos tomar em consideração a fibromialgia, a dor no corpo, e pensar que esta também articular-se-ia com a sexualidade? Provavelmente sim, mas também com o pensamento em ato puro. Expressa uma cisão entre corpo e representação de afetos – a dor não ascende à condição de sofrimento psíquico. As dores passam a ser uma identidade totalizadora produzindo efeito de impotência.

Como coloca Herrmann (2001):

. . . excluído da zona de eficácia real, o indivíduo sobrevive quase apenas sob a forma de protesto contra sua condição. Assim, sua afirmação coincide com a manifestação da contrariedade, isto é, o ato – que é a afirmação fundamental do indivíduo – combina com as tendências a realizar e a negar a individualidade (Herrmann, 2001, p. 205-206).

A construção do conceito freudiano de pulsão possibilitou apreender a noção de corpo libidinal e o tênue limite entre corpo e mente. Freud em seu texto “O instinto e suas vicissitudes” (1915) situa a pulsão (*Trieb*) na fronteira entre o mental e o somático e esta funciona como uma medida de exigência que incita a mente a trabalhar associada ao corpo. A pulsão é o lugar de encontro entre o psíquico e o somático.

Freud (1915) afirma que a pulsão caracteriza-se como uma força constante em busca de satisfação que se origina dentro do próprio organismo. O objeto de satisfação de uma pulsão é o que há de mais variável, podendo ser uma parte do próprio corpo e não necessariamente algo externo. O sujeito mantém-se imerso em suas necessidades pulsionais em busca de satisfazê-las perpassado pela cultura em que está inserido.

O sujeito constitui-se pelo conjunto de dispositivos pulsionais provenientes de seu próprio organismo circunscrito pelo de seus genitores. Uma trama que é tecida por esse jogo pulsional, entremeado pela cultura. Dessa trama pulsional assentada numa superfície corporal

constitui-se o eu. Tece-se uma trama corpo-mente emoldurada pela cultura cujo produto é o sujeito desejante.

Nesse sentido a cultura que perpassa o sujeito precisa ser tomada em consideração sob o risco de atribuir a constituição do sujeito desarraigado de seu tempo histórico-cultural. Faz-se necessário não apenas considerar a psicogênese infantil, mas também o universo cultural. Tal questão nos remete a pensar sobre a *psique do real*, extensamente estudada pela Teoria dos Campos. Como coloca Herrmann (2001) “é preciso mergulhar na psique do real para compreender como esta determina a interioridade do sujeito psíquico” (Herrmann, 2001, p.156)

Nessa perspectiva a dicotomia mundo interno mundo externo é suprimida considerando o funcionamento psíquico do sujeito como resultante de sua relação com o outro e este no mundo em que vivemos. A cultura perpassa cada pensamento individual e este, por sua vez, constitui-se o pensamento do mundo. Tais considerações serão o mais extensamente trabalhadas no próximo capítulo.

Lazzarini e Viana (2006) colocam:

O conceito de pulsão foi concebido como algo fundamental que ancora o psiquismo no corpo, isto é, o registro psíquico estaria imerso no corporal, não sendo, pois o psíquico apenas algo da ordem da idealidade, mas movido pelas pulsões. Desta forma, Freud pode transformar a concepção dualista vigente em sua época sobre as relações entre corpo e psiquismo, indicando que a pulsão seria o lugar onde se daria o encontro. Para tanto, ele teve que opor os registros do organismo e do corpo, pois o corpo pulsional não se identificaria com o conceito biológico do somático. É como corpo pulsional, que o corpo pode ser auto-erótico e narcísico. (Lazzarini e Viana, 2006, p. 09)

Um corpo narcísico que se constrói na relação com o outro a partir das primeiras satisfações sexuais auto-eróticas com finalidade de autopreservação. Para Freud (1914) os primeiros objetos sexuais de uma criança são as pessoas que lhe dispensam os cuidados básicos iniciais.

Como coloca Freud (1914):

. . . os primeiros objetos sexuais de uma criança são as pessoas que se preocupam com sua alimentação, cuidados e proteção, isto é, no primeiro caso, sua mãe ou quem quer que a substitua. (Freud, 1914, p.94)

Nesse cuidado o corpo da criança é investido libidinalmente e os órgãos ganham estatuto de fonte de prazer - boca, ânus, etc. Tal relação abre caminho para outro tipo de relação que adota o eu como objeto de amor. O eu passa a ser alvo de investimento pulsional.

Ainda com Freud (1914):

Dizemos que o ser humano tem dois objetos sexuais – ele próprio e a mulher que cuida dele e ao fazê-lo estamos postulando a existência de um narcisismo primário em todos, o qual, em alguns casos, pode manifestar-se de forma dominante em uma escolha objetal. (Freud, 1914, p. 94-95)

O primeiro objeto de amor da criança é a mãe ou aquele que cuida, que investe libidinalmente a criança. É aquele que, inicialmente, satisfaz as necessidades – fome, frio, etc – do bebê encerrado em sua própria fisiologia.

De acordo com Lazzarini e Viana:

No narcisismo o corpo começa a ser elevado à condição de si pela sua própria erotização (...) O auto-erotismo revela a dimensão do sexual centrada no indivíduo, ou seja, numa mesma região do corpo a fonte e o objeto da satisfação estariam presentes e se fundiriam. (Lazzarini e Viana, 2006, p.11)

No texto “O ego e o Id”, Freud (1923) coloca que “o eu é antes de tudo corporal; não é uma entidade de superfície, mas, é ele próprio, a projeção de uma superfície” (Freud, 1923, p.39) rompendo assim, com a concepção cientificista de um corpo puramente anatômico-biológico. O pensamento freudiano enuncia um corpo libidinal que se constitui na relação com o Outro em experiência de alteridade e um ego que se origina das sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo. Uma superfície corporal afetada pelo Outro.

Birman (2003) coloca "o corpo como um território ocupado do organismo, isto é, como um conjunto de marcas impressas sobre e no organismo pela inflexão promovida pelo Outro" (Birman, 2003, p.62). Assim o eu foi concebido como sendo corporal e como projeção de uma superfície.

Herrmann (2001) quando se refere à origem do psiquismo não a coloca como puramente individual ou social, mas seu sentido se faz no mundo humano. Um mundo que se apresenta à criança como necessidade fisiológica invertida.

De acordo com o autor, a criança é prisioneira do cerco de coisas materiais, da necessidade fisiológica que impulsiona à satisfação, no entanto, inicia um jogo de fome ao contrário, ou seja, “ela mente à mãe, indicando como sendo (fisiologicamente necessário) aquilo que não é” (Herrmann, 2001, p.115). Recusa o alimento quando tem fome, aceita-o quando não tem... E o autor continua: “Esta mentira, este efeito de *não ser*, podemos tomá-lo

como ponto de partida da construção do psiquismo individual, justamente por não ser um fato individual, mas, quase se diria, social”. (Herrmann, 2001, p.115)

A necessidade fisiológica bruta, perpassada pela cultura, é modulada e transforma-se em desejo, matriz das emoções. Tal necessidade passará a demandar uma satisfação mais elaborada, mas continuará obtendo tal satisfação somente de forma incompleta. Ambas se transformam mediante a complexa trama do real cultural humano.

A construção do psiquismo se dá através da trama de relações tecidas entre a criança e o outro. Tal construção, como vimos em Freud e outros autores, é uma trama complexa e está todo tempo perpassada pela cultura em que os sujeitos estão inseridos. Para uma apreensão do corpo faz-se necessário tomar em consideração a complexa relação sujeito mundo.

4.2 O corpo em clínica, no mundo

A clínica contemporânea traz desafios a todos que se propõem exercê-la. Traz consigo diversidades e a-diversidades que nos conduz em todo tempo, adotarmos uma postura indagativa e investigativa em busca de conhecimento/sentidos acerca do ser humano.

Mendes (2005), apoiada em autores como Ávila (2004) entre outros, fala sobre o perfil clínico dos pacientes que chegam aos consultórios dos analistas atualmente. Um perfil caracterizado, principalmente, por dores que se expressam no corpo, queixas que podem ser notadas nas depressões, por exemplo. Sintomas que não encontram expressão verbal ou uma via que possa nomeá-los.

Birman (2003) discorre e interroga sobre a problemática do corpo e seu lugar de importância na Psicanálise. Ele afirma que a intervenção da Psicanálise sobre o corpo foi excluída e assim, o corpo foi colonizado pela Medicina e o psiquismo desencarnado. Um

saber médico que concebe o corpo como um organismo de ordem estritamente biológica e que reflete no modo como as doenças no corpo são entendidas e tratadas pela Medicina.

A Psicanálise é convocada na medida em que a Medicina confronta-se com os limites de um corpo que, ilusoriamente, pode ser treinado, moldado e transformado através da farmacologia, da reeducação corporal, da manipulação física, de estímulos elétricos, das mais variadas modalidades de tratamentos, como anteriormente citados. Um corpo que mesmo recebendo todos esses cuidados, não cessa de sentir dor. Faz-se necessário considerar a palavra que perpassa esse corpo que dói sem, no entanto, prescindir de sua materialidade.

Como será possível então, cuidar do sujeito em meio a essa fragmentação a qual Birman (2003) se refere? Nesse sentido podemos nos lembrar do modo como as históricas na época de Freud foram tomadas em consideração. Num corpo perpassado pelo saber médico, onde as dimensões psíquica e física foram tratadas de maneira tão distinta e fragmentada.

Mendes (2005) tomando em consideração o contexto do mundo contemporâneo se refere à perda do lugar da palavra falada que antes assumia um lugar de destaque. O contato nas relações interpessoais era mais intenso, com um investimento de tempo maior, a possibilidade da conversa e conseqüente, reflexão sobre os acontecimentos da vida, era maior.

No tempo da pressa, o contato com o outro se tornou algo da ordem da perda: perder tempo, perder a individualidade... O compartilhar é algo que se tornou arriscado e dispensável – risco de estar com o outro, risco de perder-se no outro.

Na rotina da vida contemporânea, caracterizada pela virtualidade e imagem, o homem perdeu a capacidade de narrar – a palavra narrada parece ter perdido sua função expressiva e reflexiva da subjetividade e substancialidade do sujeito. De ser de linguagem, o homem contemporâneo passou a ser máquina.

A vida assume um *funcionamento maquinal*, como diz Herrmann (2001), ou seja, a ação vislumbra outra ação que provoca outra e assim sucessivamente.

O regime do ato puro vitima seu homem de outro modo. É a vida mesma que se concretiza, assumindo uma feição obrigada de um funcionamento maquinal. Ele a experimenta como se fora uma cadeia de etapas justapostas, uma espécie de carreira, em que cada conquista se resume a ser o instrumento da conquista seguinte . . . Encara-se o sujeito como instrumento dessa operação, pensa-se na terceira pessoa do singular, vale-se de expedientes inusuais para controlar ou estimular a máquina de viver. Pequenos rituais obsessivos, esquisitices autodisciplinares, cronogramas fantásticos, drogas por vezes. . . Posto que é máquina, seus sintomas são maquínicos. (Herrmann, 2001, 210-211)

Um encadeamento de ações impossibilitadas de serem pensadas fora dessa lógica da pura ação, do puro fazer. Impossibilitado do diálogo, a distância entre o pensamento e a ação diminui se tornando essa a única via possível de expressão. Reconheço-me por aquilo que faço e pelo que os outros percebem de minhas ações.

Nesse sentido, Herrmann (2003) nos traz a idéia de ato puro – “atos de concentrada e imediata eficácia, deslocados do lento processo de reflexão, atos não pensados.” (Herrmann, 2003, p.3). O sujeito permanece desprovido do pensamento criativo que dê sentido a sua existência.

Herrmann (2001) coloca:

na impossibilidade de sustentar suas razões e de partilhá-las pelo diálogo, vendo cortado o passo aos fatos e acontecimentos, por força da mentira autoritária e de sua difusão inelutável, é como se fosse necessário encurtar a distância entre pensamento e ação, segundo o princípio de oferecer constantemente a conexão entre razão e ato. A

forma mais branda desse fenômeno está representada por uma tendência ao imediatismo dos projetos e à rapidez da satisfação. A forma mais severa pelo ato-puro e pela conseqüente psicose de ação (Herrmann, 2001, p.206).

De acordo com Yázigi, Minerbo e Attux (2000) a noção de ato puro se diferencia do conceito de acting out no sentido de não ser um retorno do recalcado, ou de não ter um sentido simbólico. O ato puro, por sua vez

é sintomático da própria incapacidade de simbolização. Ele não está no lugar de outra coisa a não ser da representação de si mesmo. . . . Portanto nessas condições, a representação da identidade e da realidade se sustentam enquanto perdura o ato. Fora do ato, o sujeito corre o risco de des-personalização e des-realização. (Yázigi et. al., 2000, p.22-23)

Os autores colocam que o campo do ato puro “se desvincula de qualquer finalidade racionalmente escolhida e passam a ter a função de servir de representação à identidade do sujeito” (Yágizi et. al., 2000, p.23)

O sujeito sustenta-se mediante o ato puro sob o risco de não sobreviver, no entanto, desvincula-se de qualquer ato racional.

Diante dos vários estímulos vivenciados pelo homem contemporâneo, como os já citados acima, Mendes (2005) coloca que a “narrativa foi substituída pela ação.” (Mendes, 2005, p.47).

Ávila (2004) *apud* Mendes (2005) propõe:

a transformação desses sintomas por meio do diálogo terapêutico, para que desta forma o sintoma passe a assumir uma forma verbal, articulável com as outras cadeias de representação do sujeito. Assim, o diálogo pode dotar o paciente de novos recursos de conceituação, ou seja, de novas representações psíquicas para seus estados subjetivos. (Mendes, 2005, p.48)

Tal diálogo torna-se possível dentro do campo transferencial onde se propõe a suspensão dos sentidos consensuais para que outros sentidos emergjam. No entanto, o contato com o outro para o sujeito na contemporaneidade o coloca numa situação de risco, e nem sempre ele dispõe a arriscar-se...

O risco de entrar em contato com o outro, de perder-se, de descobrir-se diferente do já conhecido e cristalizado, de atentar-se para outro tempo que não só o tempo presente, de descobrir as marcas do tempo... No tempo da pressa torna-se arriscado parar para dialogar e pensar.

Pinheiro e Verztman (2003) colocam que “O mundo pós-moderno é o do tempo presente, da realização instantânea do desejo, do invólucro que vale mais que o conteúdo, do corpo que não pode mostrar as marcas do tempo”. (Pinheiro e Verztman, 2003, p.81)

E os autores prosseguem dizendo: “Fechado na exigência narcísica imposta pela sociedade de consumo, o sofrimento psíquico do homem contemporâneo parece preso ao corpo.” (Pinheiro e Verztman, 2003, p.81)

Ao tomarmos em consideração o sofrimento expresso pelas fibromiálgicas nos deparamos com uma dor que só encontra expressão pela via corpórea. O sofrimento psíquico ancora-se no sofrimento corpóreo, e em momento algum se desvincula do corpo.

Nesse sentido nos remetemos ao “eu faraônico” colocado por Herrmann (1999) no ensaio “O eu no fígado da pedra”. Poderíamos dizer que o corpo, na restrição do pensamento,

na expansão de uma forma peculiar do eu, torna-se a representação exclusiva e preponderante do sujeito. No entanto, a ilusão de tal representação exige um preço a pagar, pois devido ao volume de concentração que sofre o ego, ele, por sua vez, imobiliza-se, petrifica-se e torna-se objeto constante de contemplação.

Paga-se o preço em decorrência de uma representação total unificadora, que reduz a multiplicidade do eu à unidade de um corpo em dor.

O corpo doído é levado às últimas consequências pela imediatez. Sem um aparato simbólico que lhe dê sustentação o corpo se arremessa ao máximo da dor. O corpo torna-se a palavra do sujeito, torna-se corpo-palavra, única via de expressão do sujeito. Absolutiza-se um corpo em dor.

Birman (2003) traz a discussão os caminhos tomados pela psicanálise nos últimos anos e coloca que esta “deve repensar seus fundamentos para ficar sensível e ser potente no que tange ao mal estar na atualidade.” (Birman, 2003, p.26). Para o autor, um desses fundamentos é a Psicanálise continuar indagando sobre “as relações turbulentas do sujeito com seu desejo.” (Birman, 2003, p.26).

O autor coloca que a concepção de um sujeito desejante e singular foi se enfraquecendo e a psicanálise começou a produzir "um vasto contingente de individualidades homogêneas, que não se apresentam com marcas singularizantes e estilo próprio de existência" (Birman, 2003, p.33).

Herrmann (2001) faz uma re-configuração do conceito de desejo e afirma que “o desejo, o abismo interior que desconhecemos, faz parte do real, é como uma parcela do real seqüestrada no íntimo do indivíduo.” (Herrmann, 2001, p. 39)

Coloca-se ao analista a importância de uma capacidade de escuta para além da lógica da psicogênese infantil, numa escuta em direção ao corpo perpassado pela cultura. O impasse se configura em como estabelecer uma escuta que possibilite tal apreensão.

O impasse também se configura com pacientes com queixas corpóreas com grande dificuldade de expressar-se e de conversar para além do corpo. O corpo torna-se a palavra que pode ser dita.

Birman (2003) faz referência à crescente procura pelas terapias corporais, tratamentos farmacológicos, o consumo progressivo da literatura de auto-ajuda. Estas possibilidades, segundo o referido autor

. . . fascinam as pessoas e as distanciam da psicanálise. Além do mais a questão do longo tempo de duração de uma análise é critério fundamental para a clientela, pois esta busca cada vez mais as terapias breves, isto é, as que prometem resultados palpáveis em contraposição ao tempo e o dinheiro investidos numa psicanálise. (Birman, 2003, p.34)

Birman (2003) se refere ao modo como a psicanálise foi sendo pensada e praticada pelos analistas ao longo de sua história, desde Freud. O autor coloca, por exemplo, o desinvestimento da psicanálise pelo corpo do sujeito e a exclusão da problemática do corpo.

As conseqüências disso podem ser percebidas sobre os analisandos: “o discurso vazio, as depressões severas, o freqüente recurso aos psicotrópicos e até a busca por tratamentos corporais” (Birman, 2003, p.57).

É um conflito convidativo em direção a repensar-se a problemática do corpo.

Sujeitos que buscam diversos tratamentos para um corpo doído. Uma busca em direção à cura que se traga um bem-estar físico. No entanto, tratamentos que mantêm o corpo apartado da alma.

Parece pertinente refletir sobre o modo como o corpo é atravessado pela cultura e, conseqüentemente, pela ciência que diz sobre o corpo. Refletir sobre os reflexos dessa fragmentação no modo de concebê-lo, e por sua vez, no sujeito imerso nessa cultura.

Herrmann (2004) coloca que há uma crise de insegurança sobre a continuidade de nossa espécie e cultura e isso pode ser notado na relação do homem com seu próprio corpo.

. . . é difícil reconhecer outro período histórico em que fosse tão problemática e tão declaradamente artificial a relação com o corpo próprio. O homem, hoje, está literalmente posto diante de seu corpo e não dentro dele ou num estado imanente e condicionado a autocomtemplação. Ademais, mesmo dentro desse condicionamento, o corpo passou de objeto estético a massa de modelagem. (Herrmann, 2004, p.03)

Para o estudo das novas subjetividades no mundo contemporâneo Pinheiro e Verztman (2003) se propuseram a estudar o campo emergente dessas novas subjetividades dando ênfase “a explicitação de um modelo narcísico-melancólico diverso do modelo da histeria e sua afinidade como uma noção específica de corpo e sofrimento corporal em que se sobressaem as diversas formas de somatização”. (Pinheiro e Verztman, 2003, p.82)

Tomando em consideração a melancolia, podemos inicialmente, nos referir ao artigo “Luto e Melancolia” (1917) de Freud onde o autor traz o problema da definição de melancolia uma vez que a mesma assume várias formas clínicas. Freud (1917) assim define a melancolia:

Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando

numa expectativa delirante de punição. Esse quadro torna-se um pouco mais inteligível quando consideramos que, com uma única exceção, os mesmos traços são encontrados no luto. A perturbação da auto-estima está ausente no luto; afora isso, porém, as características são as mesmas. (Freud, 1917, p.250)

Freud (1917) traz a concepção de que na melancolia há algo da ordem de uma perda, trata-se de algo que foi perdido. Sendo assim, a vida do melancólico gira em torno de algo que se perdeu e a esperança de encontrar o objeto que possibilite a completude.

Nos reportando às pacientes fibromiálgicas estas pareciam vivenciar algo da ordem da perda, contínuas perdas.... Sujeitos doídos que circulam em função da dor e caminham de clínica em clínica, de profissionais a profissionais numa tentativa de esgotamento de todas as possibilidades de restituição de algo que perderam.

E o que se está perdendo? O que está sendo vivido como perda? Perdas da funcionalidade, da potência... e a fragilidade humana fica exposta num corpo que parece portar uma condição de perda. Ao mesmo tempo apresentavam perdas em torno de si mesmas, parecem não saber onde e nem como procurar o objeto perdido. Restava-lhes apenas a estagnação... recolhidas em si mesmas, em seus corpos em dor. Um luto pela perda de si mesmas.

Retomando o pensamento de Pinheiro e Verztman (2003) o modelo da histeria em que a castração é o eixo determinante torna-se insuficiente para dar conta da patologia melancólica. O melancólico estabelece uma relação especial com o tempo: seu tempo é o presente. Desarraigado de seu passado e desalienado do futuro, o melancólico vive no presente.

Como coloca Pinheiro e Verztman (2003): “Nada lembram do passado assim como não lembram dos sonhos, não tem fantasias, nem fazem lapsos como os das histéricas”.

(Pinheiro e Verztman, 2003, p.82) “É como se vivessem somente no presente, não considerando que o presente é de alguma maneira a consequência de uma história passada. Não há referência maior sobre o passado, como se dele nada lembrassem” (Pinheiro e Verztman, 2003, p. 86)

Nesse sentido os autores também colocam que se retira qualquer marca de singularidade, de peculiaridade, de ambigüidade ou polissemia. No discurso melancólico há um sujeito indeterminado, diferentemente da histeria onde ocorre a fantasia histórica em direção a operar um desejo singular.

Ao contrário da clínica da histeria onde se trabalha com a ilusão, a clínica da melancolia remete ao insuportável da castração e falta-lhes um modo de produção fantasmática.

O discurso com que nos deparamos é ora um texto imagético que nos impede completamente de manter atenção flutuante, ora um texto lúcido sobre a condição humana que pressupõe a ausência de ambigüidade e dúvida, o que parece barrar qualquer tipo de interpretação (Pinheiro e Verztman, 2003, p.87).

O recalque nesse sentido parece inexistente e o simbólico por sua vez não está presente em suas propriedades de velar e revelar o sentido. A oscilação de si e do mundo pode encontrar certa estabilidade em uma ação corporal específica. “Tais sujeitos são capazes de usar o corpo para construir uma outrora impossível sensação de existir.” (Pinheiro e Verztman, 2003, p.88)

Em determinados momentos o corpo em sofrimento ou algum órgão desse corpo pode representar ou constituir-se como o único representante do eu. O órgão sofrente se mostra, mesmo que temporariamente, como a totalidade do ser. “O corpo delimita um espaço de

unidade que pode ser aplicada a qualquer parte de sua superfície, o que permite a um só órgão conter todo o eu em determinado momento.” (Pinheiro e Verztman, 2003, p.91)

Nesse sentido, poderíamos afirmar que a fibromialgia se assentaria no campo da melancolia? Partindo do modelo proposto por Pinheiro e Verztman (2003) há algumas características da melancolia que nos possibilitam pensar tal questão.

Num primeiro momento, a clínica da fibromialgia pensada no campo da histeria, poderia apontar algumas características em direção a definir as fibromiálgicas como histéricas. Isso poderia ser notado por apresentarem sintomas como: paralisias, queixas constantes, dores difusas no corpo e possíveis traumas ligados ao infantil. No entanto, há algo nas fibromiálgicas que nos fazem pensar na sua inserção no campo da melancolia, pois parece faltar às fibromiálgicas a ambigüidade ou uma fantasmática em direção a um desejo singular. Assim também, apresentam uma queixa acoplada ao corpo e o sujeito não encontra outra via de expressão – o sujeito é a dor. Uma dor sem representação.

Nessa direção, a dor toma a totalidade do ser e se torna a garantia de sobrevivência do sujeito.

Pinheiro e Verztman (2003) apresentam três momentos paradigmáticos na concepção freudiana de corpo. O corpo na histeria, no narcisismo e o corpo superfície de “O eu e o isso” (1923) e enfatizam a questão da sexualidade que perpassa todos esses momentos. Na histeria Freud articula recalque e o corpo. O corpo, por sua vez, está associado à sexualidade e ligado à genitalidade. Há uma sobredeterminação em que o corpo é matéria para o sofrimento psíquico. Ao mesmo tempo, o corpo é a materialidade para a sexualidade. Sexualidade passa a ser o vínculo entre corpo e alma. “Ela é tanto anímica quanto superfície do prazer.” (Pinheiro e Verztman, 2003, p.90)

Nesse sentido torna possível a produção de infinitos sentidos, pela via interpretativa, para as posições que o corpo ocupa na relação com o outro. Posteriormente, o corpo ocupa a posição de articulador da unidade egóica.

Em 1923 constrói-se o terceiro paradigma do corpo na obra freudiana, como elemento que instaura a noção de alteridade. “A noção de alteridade é alcançada pela representação de uma unidade corporal. O eu passa a ser fruto dessa noção de alteridade, bem como do investimento das figuras parentais sobre a imagem corporal”. (Pinheiro e Verztman, 2003, p.91)

Indica-se então, três funções do corpo correlacionadas, pela via do modelo da histeria: corpo como sexualidade, corpo como unidade e corpo como relação com a alteridade.

Não está presente só na histeria, mas potencialmente em qualquer indivíduo. “O mecanismo que está em jogo é o mesmo que opera nos lapsos de linguagem assim como o lapso indica uma idéia que não pode ser falada, a materialização indica, no corpo, o que escapou da cadeia simbólica” (Pinheiro e Verztman, 2003, p.92).

Com a fragmentação do eu, a ausência de substancialidade, o corpo se funde ao mais concreto, ao real, ao sensório, à apreensão direta sem mediação simbólica.

Se na histeria o sintoma histérico assenta-se na sexualidade perpassado pela sobredeterminação em direção a construção de novos sentidos, no sintoma melancólico parece que a sexualidade como articulador ou mediador está em falta. Por isso não há mediação, indo direto ao órgão ou diluído pela fragmentação ao corpo que é partes.

O corpo também é sede de uma história que pode ser contada somente por meio de fatos corporais, mas uma história sem muitas versões, e sobretudo na qual o corpo parece ter passado ao largo da noção de prazer. A sexualidade não articula nada. O

corpo é o único reduto de um texto quase unívoco de uma história que não podia ser contada. (Pinheiro e Verztman, 2003, p.94)

O corpo torna-se corpo palavra, única via possível de construção de um texto escrito somente no tempo presente. Texto por vezes, difícil de ser decifrado, pois nem sempre permite interpretações. Um corpo presente disponível a contemplação ou autocontemplação apenas.

No corpo doído da fibromiálgica parece que a totalidade do ser está concentrada num único órgão, no órgão da dor. Tal concentração expressa-se pela dor relatada pelas pacientes que não podem ou não conseguem pensar para além da dor sentida. A dor perpassa o corpo transformando-se em corpo-palavra que se impõe e funciona numa espécie de blindagem da condição humana.

O corpo palavra está posto diante de si mesmo, o corpo está ex-posto. Um corpo que expressa o regime de pensamento do mundo em que vivemos?

5 O MUNDO

Estamos inseridos num contexto sócio-econômico-cultural caracterizado pelas crescentes exigências de produtividade, funcionalidade e constante apelo ao consumismo que configuram um regime de pensamento na atualidade. Tal regime traz consigo a idéia de que para ser livre é necessário produzir, consumir e aparecer ou parecer pelo que se produziu e consumiu.

Herrmann (2001) coloca que “a psicanálise do cotidiano precisa tomar em consideração o regime de pensamento do mundo em que vivemos, sob pena de fazer ciência abstrata e, pior, desarraigar o sujeito individual, eliminando o próprio objeto de estudo.” (Herrmann, 2001, p.158)

Em tempos de uma materialidade cada vez mais virtual, tudo pode ser produzido e consumido: desde roupas de grife, automóveis até felicidade, beleza, habilidades pessoais, saúde... No hipermercado da contemporaneidade não há limite de compra, pelo contrário, diante de uma hiperprodução impera-se o hiperconsumo – tudo pode ser produzido e deve ser consumido. E o resultado é a materialidade virtual do aparecer.

Masagão em seu filme “1,99 – um supermercado que vende palavras”⁷ apresenta três personagens principais: o desejo, a angústia e a compulsão que temos pelo ato de comprar. A sociedade de consumo é expressa por um supermercado onde as pessoas compram sua sobrevivência no mundo. Compram auto-estima, eficácia, liberdade, prazer, pensamento, identidade, corpo...

O consumidor é exposto ao produto e consome sem hesitar. Seu êxito está em consumir. Tal êxito sem muita significação não raro resvala para a ação compulsiva de ter e descartar. A ordem é consumir, comprar sua sobrevivência. Consome mais que um simples

⁷ 1,99 – um supermercado que vende palavras é um filme sob direção de Marcelo Masagão, produzido no Brasil pela Produtora Agência Observatório e Bits Produções, 2004.

produto, um jeito de pensar e viver. Consomem o mundo e são consumidos por ele. O homem se confunde com o produto a ser consumido... Aqueles que não consomem permanecem excluídos.

Lipovetsky (2004) coloca que vivemos numa sociedade de consumo que se mostra sob o signo do excesso. Vivemos em meio aos hipermercados, *shoppings centers* que se caracterizam pela ordem do excesso, “sem limites” de produtos a serem consumidos. Assim também, a tecnologia, o corpo e o hiper-realismo pornô, a televisão com seus hiper-espetáculos, a internet com suas infinitas combinações.

Ainda segundo o referido autor, até os comportamentos individuais se circunscrevem sob o signo do extremo: consumismo, esportes radicais, obesidade, anorexias, compulsões, entre outros. E acrescenta: “De um lado, os indivíduos, mais do que nunca, cuidam do corpo, são fanáticos por higiene e saúde, obedecem às determinações médicas e sanitárias. De outro lado, proliferam as patologias individuais, o consumo anônimo, a anarquia comportamental” (Lipovetsky, 2004, p.55).

Vivemos em meio ao crescimento e consumo das tecnologias da informática, da virtualidade, da mídia, da medicina, entre outras, que agem na formação da consciência do indivíduo. Uma ordem imperiosa constituinte da subjetividade do homem contemporâneo.

Barone (1999) situa o mundo em que vivemos como caótico e fragmentado. Presenciamos os avanços tecnológicos nas várias áreas, concomitante à crise nos valores, nos relacionamentos, nas relações de trabalho. A autora relata alguns exemplos de situações do cotidiano e considera: “Cada vez mais nos procuram pacientes com queixas psicossomáticas. Ou que expressam a fragmentação, a impossibilidade de organização identitária e da realidade minimamente confiáveis. A falta de sentido da vida” (Barone, 1999, p.170).

Em meio aos avanços tecnológicos, o indivíduo é impelido a avançar numa direção que ele mesmo não sabe ao certo qual é. Mas não tem outra escolha senão ajustar-se, sob o

risco de ficar para trás. Um indivíduo que avança mediante a lógica produção-consumo e o esforço em direção ao aparentar torna-se um modo de sobrevivência no mundo em que vivemos.

Herrmann (2003) nos traz um alerta:

O homem sente que está rapidamente perdendo seu emprego na economia do mundo e tal percepção o leva a reações exacerbadas de insegurança existencial – desespero de sobrevivência, ainda quando a existência não esteja imediatamente ameaçada, consumo desesperado, que se estende do consumo de bens ao consumo de drogas, além de um notório acréscimo de atos de violência pessoal nos grandes centros. (Herrmann, 2003, p.9)

Como coloca Lipovetsky (2004): “Na hipermodernidade, não há escolha, não há alternativa, senão evoluir, acelerar para não ser ultrapassado pela ‘evolução’. . . mais rentabilidade, mais desempenho, mais flexibilidade, mais inovação” (Lipovetsky, 2004, p.57).

Um tempo presente que se caracteriza pelo excesso de bens, de imagens, de pressa. Vivemos sob o reinado da urgência...e Lipovetsky (2004) afirma:

Sempre mais exigências de resultados a curto prazo, fazer mais no menor tempo possível, agir sem demora: a corrida da competição faz priorizar o urgente à custa do importante, a ação imediata à custa do importante, a ação imediata à custa de reflexão, o acessório à custa do essencial. (Lipovetsky, 2004, p.77)

Um presente onde os dias parecem mais curtos, o volume de compromissos e trabalho tem crescido, a competitividade é crescente, onde não ter tempo é fonte de aflição, mas também de conforto por sentir-se ajustado a rotina da vida contemporânea.

Podemos aqui retomar o pensamento de Pinheiro e Verztman (2003) no sentido de que o mundo é do tempo presente, da realização instantânea. Tudo precisa ser rápido e o mais prático possível.

Neste sentido, Romera (2006) coloca: “a imediatez ganha espaço privilegiado e segue a nova ordem da temporalidade momentânea do “tudo deve ser para ontem!” (Romera, 2006, p.11). As comidas *fast*, as dietas devem ser rápidas e eficazes, o sexo prazeroso e casual, as relações descompromissadas.

Estamos inseridos neste contexto bem como, os pacientes que chegam para tratamento. Almejam soluções rápidas, indolores, que tragam alívio para suas angústias, mas que não exija grandes mudanças no modo como têm vivido. “Parece que a indagação, a reflexão e a dúvida perderam o espaço para a resolutividade imediatista a qualquer preço.” (Romera e Torrecillas, 1998, p.339).

Estes autores também discorrem sobre a solidão como uma condição psíquica do homem atual, onde os vínculos se escasseiam e impera-se a idéia do homem dono absoluto de si mesmo. Uma solidão que não lhe permite dobrar-se ou refletir sobre si mesmo e o mantém protegido de sua condição de fragilidade e precariedade.

O impasse se configura com pessoas com urgência de soluções imediatas, ao mesmo tempo, impossibilitadas de refletirem sobre si mesmas. Trazem consigo a ausência de uma substancialidade capaz de lhes conferirem o sentido da vida, alienados de sua condição identitária e desejante.

Um sujeito dê-sperado que busca potência e rapidez a todo custo, pois não pode esperar mais. A pressa se apresenta como garantia de sobrevivência no mundo atual. No

entanto, mantém o sujeito desarticulado de seu tempo histórico-identitário vivendo um presente que não se articula com o passado e o futuro, mas sim com o aparecer. Tal apreensão conflui com aquela de Herrmann (2003):

. . . o indivíduo e a sociedade vem sofrendo de uma progressiva e acelerada crise de desrealização. O mundo cotidiano parece incrível – quer dizer, difícil de acreditar, incompreensível, sem substância permanente e, sobretudo, sem substância natural. A natureza, até a natureza humana, converteu-se no mais ambicionado dos sonhos de consumo. (Herrmann, 2003, p. 10)

Herrmann (2001) coloca que o sujeito contemporâneo é fruto de uma identificação circular. O sujeito tenta imitar a sociedade construída a imagem dele mesmo, mas encontra alguns obstáculos. Exige-se que o sujeito seja determinado, eficaz, bem como, destacar-se e aparecer entre seus semelhantes. Ao mesmo tempo para poder *ser*, o sujeito deve submeter-se ao anonimato social. Tal contradição dilacera o ego.

Para Herrmann (2001) o mundo em que vivemos participa de cada pensamento do indivíduo, ele determina como o sujeito é constituído. “O pensamento vem do mundo e ao mundo se dirige: o mundo pensa-se através de mim, e o modo de meu pensar é o modo de ser deste mundo em que vivo.” (Herrmann, 2001, p.156).

Sujeitos que constroem e são constituídos pelo mundo em que vivem. Estão arraigados a seu tempo, sua cultura e suas implicações – carregam o mundo consigo. Indivíduo e sociedade são duas faces de uma mesma moeda.

E prossegue dizendo: “A psique . . . não é de nossa fabricação pessoal, cria-se no real, desenvolve suas propriedades historicamente e é infundida no indivíduo por seu tempo e sua cultura, moldando-o ao estilo presente de pensar.” (Herrmann, 2001, p.158).

A esse campo, com suas regras constitutivas próprias, o autor chama de Psique do Real. O homem vive no mundo e seu pensamento está nele arraigado. O mundo comparece em cada pensamento do indivíduo, o determina. O conjunto dos campos da vida social e individual organiza a topografia da psique, a qual não é individual ou social, mas inteiramente real. A psique é um dos estratos do real humano.

Nessa perspectiva real e realidade opõem-se. Por realidade compreende-se “a representação aparential do mundo, compartilhada pelos homens, a face do real que se pode mostrar e que frequentemente nos ilude e desilude.” (Herrmann, 2001, p.161). O real “é a profundidade produtora que possui o vício de esconder-se por trás de seus produtos: identidade e realidade.” (Herrmann, 2001, p.161).

Cada condição humana constrói de maneira peculiar seu real particular. O indivíduo está submetido às regras idênticas que constroem seu real, está imerso nessas regras e por isso não as nota e nem as estranha. Transita de campo a campo com seu real e se ilude com a crença de que esses vários reais são os mesmos. A essa ilusão de *aparência homogênea* Herrmann (1999) chama de realidade.

As ideologias, o pensamento dominante e o consenso são expressões da realidade. Nela o homem encontra um comum que lhe possibilita relacionar-se com o outro, mas, ao mesmo tempo, o ilude. No cotidiano estabelecem-se as relações humanas e cada uma, por sua vez, constitui-se em um campo do real com seu inconsciente. Tal inconsciente não se restringe apenas aos participantes de tal relação, mas é fruto de todos os inconscientes de que participam. Herrmann (2001) coloca “e é assim que o real age dentro de nós medularmente: participando de relações, somos criados por seus inconscientes relativos.” (Herrmann, 2001, p.162).

A realidade é o mundo em que vivemos. Familiarizado com a realidade consensual é possível ao sujeito habitá-la. “Tal familiarização reduz a estranheza do mundo.” (Herrmann, 2001, p. 176)

A realidade das dores traz o mundo para nós...

Quais seriam as marcas identitárias das fibromiálgicas? A identidade fibromiálgica apresenta-se mediante a impotência de um corpo falho que enuncia sua fragilidade e ao mesmo tempo sua incompetência de manter-se potente o tempo todo. Manifesta-se sob a égide da denúncia de sua falibilidade. Ao mesmo tempo articula-se uma manobra ardilosa que registra ou imprime no outro, ou no mundo que as constrói a impotência. A marca apresenta-se num corpo sofrente, mas que também imprime o sofrimento no outro.

No avesso da realidade a psique age como campo produtor. Age “insuspeitada, durante a permanência do homem no mesmo campo do real; absurda, se percebida, numa discórdia entre real e seu homem” (Herrmann, 1999, p. 114).

A psique cria-se no real, constrói-o e é por ele construída. A psique não é individual nem social, mas real.

Em meio à realidade constrói-se a moralidade autoritária, um regime que impõe a todo custo a opacificação do pensamento no mundo, tornando-o como diz Herrmann (2001) “num panorama monótono, numa planície sem fim.” (Herrmann, 2001, p.168)

E assim, continua Herrmann (2001):

. . . tudo se torna demasiado visível, simples e explicável, tudo se torna natural outra vez, como se o cerco das coisas voltasse a se fechar – só que não são as coisas da fisiologia que retornam, mas as coisas culturais, uma espécie de fisiologia extensa do ser humano adulto. Esse estado instituído do mundo é regido, portanto, pela

moralidade: a moralidade é responsável pela manutenção da identidade do cotidiano.
(Herrmann, 2001, p.177)

No regime da moralidade constrói-se uma *aparência de conformidade perfeita* que mantém o casamento perfeito entre homem e o mundo. O sujeito está imerso no campo de seu real e é convidado a permanecer nele, sob o risco de não sobreviver... Assim, não há espaço para a dúvida, para questionar ou refletir sobre si mesmo.

Pois bem, sob a égide do regime da moralidade absolutiza-se o pensamento que o consenso criou. As idéias são fabricadas pelos meios de comunicação de massa, construindo uma idéia conveniente.

O processo autoritário elege uma verdade conveniente. Uma mentira autoritária que torna-se o pensamento do mundo. O autoritarismo, a mentira final, reedita o cerco das coisas, que agora está constituído por idéias reificadas, fechando o circuito da liberdade de pensamento que uma mentira inaugurara. Dessa construção surge um mundo idealizado, um mundo de idéias-coisas que já se não pode romper (Herrmann, 2001, p.169).

O processo autoritário tende a coagir as pessoas a um pensamento absoluto e a se conformarem com a moralidade autoritária, ao invés de construir pensamentos ou razões particulares. O regime da moralidade alicerça-se na realidade, “na representação convencional do mundo” (Herrmann, 2001, p.164).

Vivemos um tempo onde o binômio saúde-doença tem-se transformado a cada dia. Somos perpassados por um saber médico que define a forma como devemos cuidar de nosso corpo. Um saber dominante que torna-se uma verdade/lei que dita as normas de como bem viver.

Como coloca Lipovetsky (2004)

A medicina não mais se contenta em tratar os doentes: ela intervém antes do aparecimento dos sintomas, informa sobre os riscos em que se incorre, estimula o monitoramento da saúde, os exames clínicos, a vigilância higienista, a modificação dos estilos de vida. Encerrou-se um capítulo: a moral do aqui- agora cedeu lugar ao culto da saúde, à ideologia da prevenção, à medicalização da existência. (Lipovetsky, 2004, p.73)

As medidas preventivas e de proteção às doenças: surgimento de novos tratamentos, de novas medicações, de novas combinações alimentares... padrões de comportamento para não adoecer, vão cerceando e moldando a forma de pensar e o comportamento das pessoas. Constrói-se uma “verdade fantástica” que emoldura o pensamento do indivíduo. Uma verdade totalizante que abarca ou cerceia a vida do indivíduo.

Os pacientes são perpassados pelo saber médico, por uma verdade fantástica... As pacientes fibromiálgicas estavam sempre atentas aos meios de comunicação de massa e um de seus passatempos preferidos é assistir o programa global “Fantástico” transmitido na televisão nos domingos à noite. Um discurso que torna-se uma verdade/lei, uma verdade fantástica inquestionável. Tal discurso será melhor articulado no próximo capítulo levando-se em conta a particularidade do presente estudo.

Não há espaço para a dúvida, o sujeito apenas crê nas evidências que o consenso criou. Funda-se um campo dominante que torna-se o único mundo possível para o sujeito perpassado por uma verdade conveniente que dita suas predileções e rejeições. Nesse sentido, podemos pensar na impossibilidade da autonomia. O campo dominante é “criador da realidade absoluta.” (Herrmann, 2001, p.163)

O homem do processo autoritário sente-se impotente para agir. Torna-se novamente prisioneiro do cerco das coisas. O homem da farsa sente-se impotente para pensar, vivendo em meio a um roteiro já montado restando-lhe apenas segui-lo ou reproduzi-lo.

Como coloca Próchno e Romera (2007)

Vivemos numa espécie de regime da farsa (aparentar), do atentado (esperando o próximo assalto) e de uma ordem opinativa (cada um opina com base na propina). Estamos no mundo da ação total (ou global) e da pobreza ou do empobrecimento do pensamento, da ausência de substancialidade. (Prochno e Romera, 2007, p.200)

Vivemos num tempo onde o pensamento tornou-se pensamento em ação, como coloca Herrmann (2001), um pensamento em ato, acompanhado da morte de sentimentos, em que o homem não sabe viver fora de tal pensamento. O ato não se resume a um só homem, mas parece ser um modo de sobrevivência do homem contemporâneo.

6 O CORPO E O MUNDO – UMA POSSIBILIDADE DE INTERPRETAÇÃO

*“não me toquem nessa dor
ela é tudo que me sobra
sofrer, vai ser minha última obra”
(Paulo Leminski)*

6.1 Tessituras na e da clínica: As pacientes que atendi ou que me procuraram...

Foi possível circunscrever ou delinear algumas características de minhas pacientes a partir dos atendimentos realizados. Tal formulação não se propõe à quantificação ou generalização, mas fomentar a reflexão sobre as particularidades que possivelmente tocarão sobre pontos do universo feminino do mundo contemporâneo.

As pacientes, em sua totalidade, foram mulheres com idade entre 35 e 60 anos. No aspecto sócio-familiar, a maioria era casada e viviam com esposo e filhos, algumas já avós, ajudavam a cuidar de seus netos. Os amigos restringiam-se a ex-colegas de trabalho ou vizinhos, para algumas somente os filhos eram seus amigos. No aspecto profissional, a maioria eram donas de casa, mas todas já haviam exercido alguma função em empresas ou casas particulares. Tal função, geralmente, era de serviços gerais e atendentes. Algumas se mantinham em seus empregos, mas constantemente faltavam ao trabalho devido às crises de dores. No aspecto sócio-econômico as pacientes são de baixa renda, e aquelas que não tinham atividade remunerada justificavam pelo constante e limitador mal-estar físico.

Parece se configurar um universo em restrição para mulheres que já haviam passado por uma fase mais francamente produtiva em suas vidas, com mais amigos para além da família, com alguma remuneração própria para seu trabalho. Seu universo agora é o da casa e das instituições de reabilitação e seu uni(co)-verso é o da queixa das dores e das fantásticas soluções que nunca se efetivam.

As pacientes chegavam diagnosticadas, do ponto de vista orgânico-fisiológico, com Fibromialgia, com terríveis e constantes dores no corpo. Geralmente, vinham encaminhadas à instituição, por médicos – clínicos geral, ortopedistas ou reumatologistas – com indicação apenas para tratamento fisioterápico.

O tratamento psicológico não era considerado nos encaminhamentos médicos iniciais, sendo estes realizados, posteriormente, pelos profissionais da instituição. Ao longo do tratamento fisioterápico os profissionais notavam a demanda para atendimento psicológico e as encaminhavam para tal atendimento.

A intervenção psicológica acontecia individualmente, em sua maioria. No entanto, no início de 2008 surgiu o convite de uma fisioterapeuta para formarmos um grupo com pacientes fibromiálgicas. Algumas pacientes já estavam em atendimento individual tanto na fisioterapia quanto na psicologia e outras chamaríamos através da lista de inscrições feitas no Departamento de Serviço Social.

6.1.1 Em grupo: uma saída ou uma entrada?

Propusemo-nos ao atendimento fisioterápico e psicológico em grupo. Tal convite emergiu em meio a angústia de tratar pacientes com queixas tão intensas e difíceis. O impasse inicial era da equipe que atendia tais pacientes, momento em que solicitou-se o auxílio da psicologia. Tal impasse configurava-se frente a pacientes que, durante o atendimento fisioterápico, mantinham um quadro de dor e falavam de suas angústias e do mal estar diante da vida deslocando para seus terapeutas uma terrível sensação de mal estar.

Assim, a colega fisioterapeuta propôs o atendimento grupal para tentar sanar as angústias das pacientes, acreditando que no grupo isso pudesse acontecer, pois haveria a possibilidade de trocas de experiências e ajuda mútua. Poderíamos pensar também que seria uma tentativa de sanar as angústias da própria fisioterapeuta diante da impotência que vivia

frente às lamentações intensas e repetitivas das pacientes. Os profissionais percebiam mais que limites, as limitações e sinalizavam: “isso é caso para psicólogo”...

No grupo a proposta era criar dois momentos: inicialmente, as pacientes seriam atendidas na psicologia num espaço de escuta e conversa sobre as angústias vivenciadas pelas pacientes em direção a apreender os sentidos emergentes. Após o atendimento psicológico, seria oferecido o atendimento fisioterápico com exercícios aeróbicos, alongamentos e acupuntura. O trabalho realizado com as pacientes era contínuo, ou seja, semanalmente, em horários determinados as recebíamos. Tanto na fisioterapia quanto na psicologia, as pacientes eram assíduas, principalmente, em dias de dores mais intensas.

Todas as pacientes convidadas aceitaram participar do grupo. Iniciamos os encontros e as queixas corpóreas tornaram-se uma constante. Tal dor parecia adentrar no grupo antes mesmo que as próprias pacientes. A dor impunha-se e a tentativa inicial de trazer a dimensão dos sentidos de tais dores era impossível, tamanha a urgência por alívio físico.

Curiosamente, ao longo dos encontros, notou-se que no atendimento fisioterápico as pacientes durante os exercícios físicos falavam de suas angústias e ao estarem com a psicóloga queixavam de dores no corpo... Parecia existir uma inversão de lugares... a fala se dirigia diferentemente às profissionais, num impasse que se edificou em como tratar as pacientes. Saberíamos realmente, cuidar de nossas pacientes? Tal inversão engendrou em nós profissionais a impotência em cuidar do outro, demarcando um campo de impotência. Armara-se um jogo ardiloso, uma espécie de manobra engendrada através da dor corpórea de nossas pacientes.

Tal jogo pode ser apreendido também pelas inúmeras idas e vindas a profissionais das várias áreas e a busca por diversos tipos de tratamentos. Comumente, as pacientes já haviam procurado auxílio em dois ou mais profissionais médicos, se submetido a diferentes tipos de tratamentos, realizado inúmeros exames, desde hemograma, Raios-X até ressonância

magnética do crânio, bem como, experimentado diferentes medicações – analgésicos, relaxantes musculares e/ou antidepressivos.

Uma busca sem sucesso, pois a dúvida do que fazer e onde procurar ajuda se mantinha, assim também suas dores. Imprimia-se no outro, seja nos médicos, nos exames ou tratamentos disponíveis a incapacidade de desvendar ou aplacar as dores.

Em muitos casos, até definir o diagnóstico de Fibromialgia, houve a suspeita de outros diagnósticos como reumatismo, LER/DORT (Lesão por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomoleculares Relacionados ao Trabalho), entre outros. Associada à Fibromialgia alguns pacientes apresentavam hérnia de disco, inflamação no nervo ciático, tendinites, entre outros.

Em todos esses quadros, a dor e o mal-estar físico eram presentes. A dor era o primeiro e constante sintoma da(s) doença(s). Dor tal, inicialmente, “indefinida”, era alvo dos mais variados meios para sondá-la e nomeá-la.

A rotina diária das pacientes se circunscrevia pelo cuidado e alívio de suas dores. Logo ao acordar pela manhã, notavam os músculos enrijecidos e iniciavam pequenos rituais de espreguiçarem-se, alongamentos, bolsas de água quente... O corpo acordava paralisado, anestesiado... Em situação de dores mais intensas, as pacientes medicavam-se por conta própria. A medicação mais comumente utilizada era Paracetamol – medicação com propriedades analgésicas e com custo mais baixo.

Caso essas medidas não resolvessem, procuravam por atendimento médico em pronto-socorros da rede pública de saúde. Algumas pacientes relatavam que recorriam semanalmente a tal atendimento ou pelo menos, uma vez a cada quinze dias. Nessa rotina, as pacientes acabavam tornando-se conhecidas da equipe de saúde. A equipe, por sua vez, executava a conduta de rotina para amenizar as dores: injeção de Voltaren. Tal injeção vinha sempre acompanhada da frase “Se não melhorar a senhora volta” – um consolo ou uma certeza...!?! E

assim, a crise de dor era sanada naquele momento para dali algumas horas as dores retornarem e obrigarem as pacientes a voltarem ao pronto-socorro.

Novamente erigia-se o campo da impotência – instrumentos e técnicas também se mostravam impotentes para delinear ou circunscrever o sofrimento das pacientes. A dor impunha-se a tudo e a todos.

Depois de passarem por várias modalidades de tratamentos, os pacientes chegam ao psicólogo. Eles chegam meio cansados e desesperançados por ainda não saberem que nome dar e o que fazer com suas persistentes dores. Procuram nos profissionais e na ciência, representativa de cada área, um nome e um saber que dêem conta de nomear sua dor. Um sujeito que sofre e está expropriado de si.

Uma das pacientes certa vez disse: *“eu não faço mais nada na minha vida a não ser sentir dor”* e continua: *“ e o médico ainda me diz que eu não tenho nada. Que isso que eu sinto é da minha cabeça...”*. Não é do seu corpo, é da sua cabeça, diz o médico. Um discurso que fragmenta dimensões tão interligadas e desconsidera o campo das representações, do sujeito psíquico.

Os exames não detectam nada, não há lesões, o que há é um sofrimento “sem nome” expresso pela dor.

Esta é uma clínica desafiadora numa sociedade que está carente de sentidos e referenciais estruturantes. Uma clínica que recebe o sujeito, portador de um corpo que parece reconhecer como seu, a partir de terríveis dores e sofrimento. Um corpo em evidência que denuncia um sujeito em busca de sentidos que possam nomeá-lo.

Entretanto, pudemos observar que na clínica com tais pacientes é convidativo atuarmos a partir do modelo médico – pergunta-resposta, dor-medicação – tamanha a urgência por alívio físico que se impõe. A abertura e a tentativa de assumir uma postura diferenciada do modelo médico foram possíveis mediante as leituras que vinha fazendo, principalmente do

livro “Clínica psicanalítica: a arte da interpretação” de Fábio Herrmann, bem como, das supervisões com minha orientadora.

Fui abrindo caminho para uma disponibilidade de ouvir minhas pacientes sem entrar no jogo pergunta-resposta, queixa-orientação, mas assumir uma postura de, a partir do campo transferencial onde opera-se o método psicanalítico, deixar emergir e tomar em consideração. Disponibilidade de ouvi-las e tentar delinear a lógica das emoções presentes. Uma tentativa de ouvir o além-da-dor.

Uma tentativa de ouvir mais livremente fora do modelo médico onde a regra doença-receita é peça inerente ao jogo. Se não respondo no mesmo consenso em que fui inquirida corro o risco de ser vista como “mal-educada” por não satisfazer a necessidade imperiosa de minhas pacientes.

Num dos grupos, duas alunas da disciplina Psicopatologia Geral II do Curso de Psicologia/UFU se dispuseram a conhecer o grupo e observar como era feito nosso trabalho. Tal observação foi possível no período em que cursei a disciplina Estágio em Docência para cumprir créditos do Programa de Mestrado, e me dispus a ensinar as alunas através da observação. Tal concessão foi feita em meio ao incômodo de conseguir ou não ensinar, ser ou não ser mestre.

Perguntei às pacientes se elas permitiam a entrada das alunas na sala para observação, o que prontamente as pacientes concordaram. Nesse dia estavam presentes Lourdes e Fátima. Cumprimentaram-se (alunas e pacientes) e as alunas se sentaram no canto da sala. Lourdes, uma das pacientes, arrastou sua cadeira de modo a não dar as costas para as alunas. Seria um movimento de abertura ou uma reação ao incômodo de ter alguém “ouvindo pelas costas”?

Naquele momento, envolvida que estava com aquela situação não me dei muito conta de algo que pude vislumbrar depois: as pacientes e eu nos sentimos em risco com a

possibilidade de abalo nos lugares que rotineiramente ocupávamos. E agora posso garantir: não era apenas o lugar das cadeiras.

Se sentiam em risco? Sentindo que teriam outras pessoas ouvindo e com isso o lugar comum delas estava abalado.

Dar as costas para alguém é falta de educação, já dizia minha avó, o certo é conversar com a pessoa olhando pra ela... Do mesmo modo, é muito indelicado falar de alguém pelas costas, é covardia, ela dizia...

E o paciente no divã?... De costas para o analista a conversa se desenrola, numa “falta de educação” necessária que possibilite o desenrolar de sentidos. Na condição de um paciente no divã ou na condição de homem psicanalítico dentro do campo transferencial, onde o sujeito é colocado em questão. Como coloca Herrmann (1991) “o homem psicanalítico é uma identidade em crise” (Herrmann, 1991, p.69)

Nesse encontro estava disposta a “ouvir de costas” e propor como diz Herrmann (1991) “um espaço de mentira, o campo transferencial, onde está suspenso provisoriamente o império da materialidade fisiológica.” (Herrmann, 1991, p.25)

Não sabia se ia dar certo... não sabia se minhas pacientes conseguiriam suspender suas demandas de satisfação fisiológica e aceitarem o convite de inventarem outra linguagem e assim, abrir caminho para a humanização.

A partir disso, questões referentes ao campo transferencial e a construção do homem psicanalítico foram apreendidas. Em um campo relacional onde a possibilidade de vinculação parecia esvair-se, a aproximação emocional em direção à construção de um vínculo terapêutico parecia atrito, era ínfima. Parecia haver quase um pedido “olhe para meu corpo, contemple meu sofrimento, mas não me toque”. Tocá-las para além-da-dor em direção a reflexão e possíveis interpretações, poderia colocar em risco sujeitos que se sustentavam pela dor. Colocar em crise aquilo que as sustentava seria insuportável.

Nesse sentido, a dor é aquilo em que o sujeito se sustenta e a possibilidade de neutralizá-la parece ser um caminho quase impossível. Configura-se um impasse no campo transferencial.

As queixas que mais comumente ouvia de minhas pacientes eram: “estou sentindo muita dor” ou “essa semana quase não dormi direito, pois senti muitas dores”. Apreendo que tão freqüentes eram suas queixas, assim também, eram minhas respostas e questões dirigidas a elas, ou seja, “você tomou sua medicação antes de dormir?” “seguiu as orientações de seu médico sobre a medicação; tomou o analgésico?” Por várias vezes me vi respondendo no mesmo consenso em que fui inquirida.

Tal campo transferencial estabeleceu-se tendo por sombra o circuito necessidade-satisfação que por sua vez, nos convida a entrar no jogo pergunta-resposta, queixa-orientação, doença-receita, dor-analgesia e assim, manter opacificado e anestesiado o próprio desejo. O circuito necessidade-satisfação levado às últimas conseqüências gerando um estrangulamento da própria subjetividade.

Herrmann (1991) coloca que “o paciente chega imerso na satisfação de suas necessidades.” (Herrmann, 1991, p.23). Por outro lado,

. . . o terapeuta propõe então, um espaço de mentira, o campo transferencial, onde está suspenso provisoriamente o império da materialidade fisiológica. Aqui, o paciente aprenderá a comunicar-se por força, inventando uma linguagem apropriada aos setores de seu ser que estão mudos, que não se humanizaram. (Herrmann, 1991, p.25)

Nesse grupo em específico quando as alunas estavam presentes, tentei operar de modo a deixar livre o caminho para as associações e me coloquei disponível para construir com as

pacientes os sentidos possíveis. Uma disponibilidade de tentar ouvir as demandas e não responder a partir da necessidade fisiológica que geme o tempo todo.

Nesse grupo, Fátima iniciou dizendo que estava bem, bem mesmo. Estava sem dor e havia dormido muito bem à noite. Deitou-se por volta de 23h e acordou às 9h do dia seguinte.

Fiquei surpresa, pois isso não acontecia há meses – tanto ficar sem dor quanto dormir tão bem. Expressei minha surpresa “Puxa!” “É, agora estou muito bem. Olha só, eu não estou mancando, dormi um sono bom, até estranhei!” disse Fátima e continuou: “As injeções que tomei e agora os comprimidos que comecei a tomar estão fazendo efeito. Estou tomando uma fórmula que o médico me passou e está sendo muito bom pra mim. Depois que ele descobriu o que eu tenho, ficou melhor. Mas enquanto eu não consultei com o médico particular não achou o que eu tinha; foi ele quem viu a hérnia de disco, o problema na coluna, e ele disse que não tenho só fibromialgia”.

E continua: “Mas eu ainda sinto é um pouco de dor aqui no coração. É uma dor estranha, é lá no fundo. Eu já tive isso uns tempos atrás e era uns nódulos. Fiz cirurgia e retirei. Agora é uma dor diferente, profunda... é lá dentro”, disse Fátima.

“É uma dor que não sai com cirurgia, não é?” coloquei a ela. Parece ser uma profunda dor de dentro, nós que não saem com cirurgia.

“É... Essa dor é diferente, fico com medo de ter algum problema de coração. Meu marido não está bem. Está com problema sério de coração. Foi ao médico que receitou remédio pra ele tomar e vai ter que fazer exame, não sei o nome...” – ela disse.

Num ínfimo instante Fátima deu abertura para apreender outros sentidos para suas dores, deu abertura para outra representação de coração e dor, para logo em seguida voltar-se estritamente à dimensão corpórea deslocando-se para a posição do marido.

Por ocasião de outro atendimento e em meio às suas dores e as das colegas do grupo, das idas e vindas a médicos, medicação e mal-estar, Olga, outra paciente, coloca: “nossa...

como o ser humano é frágil!”, dá uma pausa e continua: “nossa... é uma dor que paralisa a gente... a gente não consegue fazer mais nada, nem se quiser, tem que parar tudo e tomar remédio, deitar” “A gente melhora um pouco, mas depois volta a ficar mal. O corpo da gente é muito frágil”.

A dor que paralisa, parece escancarar a impotência... Um movimento dis-ruptivo, se abriu, um espaço de abalo onde algo diferente da repetição emergiu. Por alguns momentos foi possível refletir sobre a condição de sofrimento em que se encontravam as pacientes e conversar para além do corpo. Tal movimento foi um pequeno instante de reflexão para logo em seguida voltarem às suas queixas.

São pequenos movimentos de abertura que apresentam-se quase como lapso para logo em seguida recompor-se mediante o corpo. O impasse se configura pelos ínfimos momentos em que tal abertura se deu no campo transferencial e eu pude acenar com uma linguagem de outra ordem.

Em conversa com as alunas, pudemos apreender que o analista fica a espera de uma possibilidade de abertura que nem sempre advém. A fala de minhas pacientes era tão acoplada ao corpo e continha uma espécie de imã que nos atrai o tempo todo a atentar somente para o corpo doído. As alunas expressaram sua angústia diante de pessoas que somente conseguem apresentar sua dor. Apresentar aqui também toma o sentido de somente mostrar, sem a possibilidade de pensar. Uma espécie de vitrine a ser contemplada – olhem para minha dor, contemplem meu sofrimento.

Estaria aí, uma forma de satisfação através da autocontemplação e/ou contemplação do outro?

As “conversas corpóreas” podem ser entendidas como uma espécie de repetição em acorde ou em acordo a essa representação do real com a esperança de que a partir dela e só por ela uma irrupção se faça.

Em vários momentos dos atendimentos, as pacientes fizeram menção à informações do programa global “Fantástico”. Atendimentos que se assemelhavam à uma tela da televisão em que o programa era apresentado pelas próprias pacientes. Por exemplo, Lourdes vislumbrava-se com as notícias de tal programa e com a quantidade de informações apresentadas, principalmente, nos quadros sobre saúde humana. As imagens computadorizadas quase reais do funcionamento do corpo humano, o detalhamento de nomes de órgãos e suas funções acompanhadas da descrição das patologias que os acomete, eram fonte de fascínio.

Um discurso que parece ter se tornado o discurso fantástico onde o binômio saúde/doença está o tempo todo presente, por exemplo: óleo de soja reutilizado faz, fantasticamente, mal para a saúde; comer tomate faz, fantasticamente, bem para a saúde. Tal verdade é fantasticamente engolida pelas pacientes. Um discurso aliançado, por assim dizer, a uma verdade fantástica, que impunha uma impossibilidade para o pensar ou refletir, mas apenas reproduzir ou caminhar em direção ao proposto por tal verdade.

Num outro encontro o tema da morte e perdas surgiu muito intensamente. Estávamos próximo ao feriado de Finados e Lourdes iniciou dizendo sobre seu sofrimento pela morte da mãe ocorrida há quase um ano. Identificada com a colega, Fátima também relatou seu sofrimento pela morte de sua mãe há trinta e um anos atrás.

Lourdes relata que vai ao cemitério quase todos os dias para descansar, conversar um pouco e para aliviar seu sofrimento. “Sempre saio de lá mais leve”, ela diz. “Lá eu converso, eu choro, eu rezo e não tem ninguém pra me criticar e dizer que eu tenho que parar de chorar. Lá eu esqueço o relógio, me desligo de tudo. As pessoas que trabalham lá já me conhecem e me vê chorando, conversando e já sabem que é pra me deixar no meu canto...” ela completa.

Lourdes estabelece uma espécie de ritual em que é possível ficar perto somente dos mortos. Um momento em que não lhe é retirada a oportunidade de expressar-se, sendo-lhe garantida a ausência de julgamento. O cemitério torna-se o melhor lugar para aliviar as

angústias configurando-se como garantia de satisfação. Amenizar a dor parece ser possível próximo à morte.

“Todo dia que eu posso eu vou lá. Parece que no dia em que eu não vou, fica faltando alguma coisa. Hoje em dia nem comento mais com meus filhos que vou ao cemitério, pois eles não entendem, dizem que eu penso mais nas pessoas mortas do que nas que estão vivas. Que eu preciso é cuidar dos netos, ficar com eles, e deixar em paz quem já morreu. Mas as coisas perderam a graça pra mim. O cemitério é um lugar que eu me sinto bem.” disse Lourdes.

Parece ser mais fácil ficar perto da morte, da doença e do sofrimento do que de pessoas e de uma vida com saúde. Como é difícil ser mãe, ser avó, ser esposa e estar com os vivos. Como é difícil ser... vivo!

Nessa mesma sessão Lourdes continua: “O túmulo da minha mãe, nós juntou todos os filhos e cada um deu um pouco de dinheiro pra colocar a pedra.” “No túmulo da sua mãe vocês colocou aquela foto de porcelana?” Lourdes pergunta a Fátima.

Retorna aqui a satisfação pela via da autocontemplação, uma espécie de eternização da vida pela morte.

E Fátima responde a Lourdes: “Não, não tivemos dinheiro... nem sei quanto custa...”

“Aquela foto eles fazem do jeitinho que você quer, fica a coisa mais linda. Ela custa R\$300,00. A gente fez. Do lado do túmulo da mamãe tem uma dessas com a foto de uma mulher, ficou tão bonito!” disse Lourdes. “Eu já vi um que tem uma caixinha de vidro e dentro tem um carrinho e uma motinha. Um dia, não agüentei, pois sou curiosa demais, perguntei pra mulher que estava lá, por que tinha aqueles brinquedinhos ali. A mulher respondeu que o menino que morreu tinha seis anos e o que ele mais gostava era de moto e carro, não podia ver moto ou carro que queria subir, passear. Achei aquilo tão interessante”, disse Fátima.

Podemos perceber a identificação de Fátima com a situação de levar as coisas que gostava para o túmulo. Aquilo que o menino não tivera tido acesso em vida, é colocado como uma espécie de fruição em morte. A vida de Fátima sofre, de maneira correlata, de várias restrições. Sua vida restrita acaba por colocá-la em situações de uma paralisia mortífera. Mas a morte pode trazer vida. Talvez suas dores sejam a manifestação de uma vida possibilitada pela repetição das queixas e lamúrias.

“Tem uns túmulo que é a coisa mais linda, você fica boba de ver” disse Lourdes.

“Lá em Tupaciguara que é impressionante, tem um que parece uma casa com vaso de flor, um sofá chique, um tapete vermelho, cortina. É de uma pessoa rica de lá. O povo faz fila pra ir ver essa casa de tão bonita que ela é. Eles gastaram muito dinheiro pra fazer aquilo lá” - disse Fátima.

Depois de morto ou na condição de morto é que pode se ficar bonito, envolto a porcelana. Uma mistura de tristeza e fascínio diante da morte. É onde se pode ter prazer!

A morte parece ter uma beleza... Mas para ver a beleza é necessário estar morto. A morte parece ser o único momento que tampona a dor no corpo e o sofrimento. É o momento em que as pacientes param de falar diretamente das dores físicas para falar de outro corpo.

“Tem uns túmulos que as pessoas visitam mais, aqueles de pessoas importantes, que fazem milagre. O do João Relojoeiro quase não dá pra chegar perto de tanta gente.” disse Fátima.

“João Relojoeiro? Quem é ele?” eu pergunto.

“Você não sabe quem é o João Relojoeiro?” elas me respondem quase juntas.

Contam a triste história do João Relojoeiro que morreu torturado na década de 50 em Uberlândia/MG. Era um homem simples que consertava relógios. Certa noite um comerciante da cidade forjou um crime em sua relojoaria para receber o seguro. Incriminaram João Relojoeiro pelo roubo. No entanto, na noite do roubo, João estava numa fazenda velando o

corpo de uma prima que morrera afogada. Mesmo na evidência de sua presença no velório, João foi levado preso e torturado para confessar o crime. Foi torturado até a morte com a conivência de autoridades civis e militares da cidade.

Foi torturado até a morte e até hoje quem cometeu o crime não foi punido. Atualmente, muitas pessoas visitam o túmulo dele para pedir bênçãos e cura, pois se tem relatos de pessoas que foram curadas por ele. Outras pessoas rezam por seu espírito para que descanse em paz.

“A fila no dia de finados é enorme no túmulo dele, quase não dá pra chegar perto.” disse Fátima.

Todas se identificam com o injustiçado que só por isso pode ser reconhecido. O corpo torturado ou em estado de tortura destas mulheres parece corresponder ao que elas expressam do corpo do João Relojoeiro. Que crime elas teriam que confessar e pelo qual não são responsáveis? Parece que elas tem que confessar quão maltratados são os corpos que sobrevivem forjando um crime: suas dores são disfarces onde suas identidades encontram uma espécie de exílio. Os corpos dóidos denunciam um crime forjado: nesta condição de martírio encontra-se ou almeja-se um seguro ou uma segurança. A sobrevivência fica garantida no limite de vida e morte.

Nesse sentido, as dores que carregam presentificariam uma inconformidade com o fim. Parece que elas sentem-se injustiçadas pela vida. Não é à toa que reivindicam tanto e quase o impossível para todos do entorno. A vida eterna prometida pelas propagandas de eterna juventude é enganosa. Assim, antes que a ilusão se esvaeça, elas acabam com ela: ilusão e vida. Essa vida de propaganda que somos eternos, para elas acaba. Sentindo-se injustiçadas começam a ficar chatas. Estão indignadas com a interrupção e com as perdas.

Através das dores é possível recolher em si mesmas, uma espécie de retração da libido dos objetos em direção ao eu. Um processo regressivo que se assemelha à retração narcísica, num movimento de retirada da libido ao próprio eu.

Como coloca Pinheiro e Verztman (2003) “A morte não é apenas teorizada – sob o ângulo da questão existencial – ou metaforizada, mas vista em seu aspecto mais cru e brutal” (Pinheiro e Verztman, 2003, p.82).

Para os autores, os pacientes melancólicos expressam dificuldade com questões básicas, por exemplo, a noção temporal – passado, presente, futuro – nascimento, vida e morte lhes são estranhas. Pacientes que não conseguem inserir a questão da morte na dimensão temporal.

A morte no sentido de perda, toma a dimensão de perda do objeto vivida como a perda de si mesmo. Nessa direção, podemos retomar a concepção freudiana de melancolia que traduz-se pela perda irreparável do objeto que se transforma numa perda do ego.

Na melancolia, as ocasiões que dão margem à doença vão, em sua maior parte, além do caso nítido de uma perda por morte, incluindo as situações de desconsideração, desprezo ou desapontamento, que podem trazer para a relação sentimentos opostos de amor e ódio, ou reforçar uma ambivalência já existente. Esse conflito devido à ambivalência, que por vezes surge mais de experiências reais, por vezes mais de fatores constitucionais, não deve ser desprezado entre as precondições da melancolia. Se o amor pelo objeto - um amor que não pode ser renunciado, embora o próprio objeto o seja - se refugiar na identificação narcísica, então o ódio entra em ação nesse objeto substitutivo, dele abusando, degradando-o, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica de seu sofrimento (Freud, 1917, p.256).

O sofrimento vivido mediante as perdas parece retornar contra si mesmas em forma de adoecimento. Indignadas que estão com o mundo re-agem numa espécie de violência contida de grande magnitude. Violentadas, re-agem com violência contra tudo e todos. Seu protesto expressa-se num corpo-palavra, na violência de seus corpos em dor incapazes de outra forma de expressão. Ao mesmo tempo, a despeito de toda carga destrutiva mantém uma ínfima possibilidade de vinculação tecida na própria relação querelante.

No grupo, as pacientes expressavam uma forma de lidar com a morte atribuindo-a a causas místicas. Lourdes conta que sua família sempre foi muito festeira e que sempre comemoram os aniversários, casamentos, batizados, etc. A última festa que sua mãe participou foi no aniversário da nora de Lourdes. A mãe ficou alegre até o fim da festa. Dois dias depois Lourdes estava na casa da mãe, as duas estavam conversando deitadas na cama quando ouviram uma coruja cantar/grunhir em cima do telhado. A coruja cantou por duas vezes e se foi. A mãe disse à filha, Lourdes, que não gostava daquele bicho, pois avisava ou trazia maus presságios, avisava que alguém iria morrer ou algo de ruim iria acontecer...

Três dias depois a mãe falece como já avisara a coruja...

“Três pessoas que eu conheço, dois deles inclusive eram da minha família, a coruja cantou em cima do telhado, morreram três ou dois dias depois. Meus filhos e outras pessoas acham que isso é bobagem, que é coisa de gente antiga, mas acontece mesmo, portanto quando a coruja canta em cima da casa, é morte na certa” disse Lourdes.

“Esse povo de hoje não acredita nessas coisas, falam que é lenda. Mas a gente cresce desde menina ouvindo essas histórias e a gente acaba acreditando. O povo antigo tinha tanto dessas coisas, né? Têm umas que parece exagero, mas têm outras que eu acho que é verdade” disse Fátima.

“Quando eu era menina às vezes aparecia uma coan (uma ave típica do cerrado) na porta de casa. Ela aparecia no fim da tarde na porta da cozinha e cantava um canto triste e

doído.... minha mãe logo mandava algum de nós colocar na porta um par de sapatos deitados pra baixo pra fazer a coan ir embora. Quando eu era menina minha mãe falava isso. O povo antigo tinha umas coisas... mas dava certo, era só colocar o sapato virado que a coan ia embora. Minha mãe dizia que tinha que mandar a coan embora, pois na casa onde ela cantava na porta, dali uns dias a gente ficava sabendo que algo ruim tinha acontecido” disse Fátima.

Do mesmo modo que o pouso e o canto da coruja trás maus presságios assim, é a visita e o canto da coan. Ela tem um triste e doído canto com o aviso da morte ou de algo ruim que acontecerá nos próximos dias. A coruja parece ser a própria angústia que as acompanham todo tempo... uma penumbra de morte que sobrevoa suas mentes e seus corpos...

A morte apresenta-se tão temida e justificada com causas sobrenaturais. Num corpo que sobrevive mediante as dores, encontra no limiar entre vida e morte um modo de existência. Um corpo mortificado sobrevivendo em meio às dores...

Num dos encontros do grupo, dentre as pacientes presentes, destacou-se a fala de Lourdes. A paciente relatou que sente dor na língua e coloca: “as outras eu até entendo, mas essa na língua... não vi ninguém até hoje que tenha isso. Não posso ficar sem o remédio... se atrasar um dia ou o horário de tomar, a língua começa a doer.” Lourdes possui uma dor que nenhuma outra paciente tem e parece se espantar ou satisfazer-se com isso. Possui uma dor original, na língua – que ninguém tem – a originalidade está na localização da dor. A dor é aquilo que, originalmente, me faz reconhecido.

Outra paciente, Fátima, chegou dizendo que não dormiu à noite e que naquele dia quase deixou de vir ao atendimento. Diz que está sofrendo muito com dores no dente, já colocou vários remédios e não adiantou. O dentista assustou com o tamanho da infecção e dor sentida pela paciente. Fátima disse que teve vontade de morrer tamanha a dor. Morrendo aliviaria seu sofrimento. “Não agüento mais”.

Na semana seguinte, Fátima queixou-se de dor nos ombros e na cabeça. “Minha cabeça parece que vai arrebentar de tanta dor...” Diz que foi a UAI (Unidade Integrada de Saúde) e precisou ficar internada, estava com a pressão muito alta e “não abaixava por nada”, ela disse. Tomou muita medicação, mas demorou a melhorar. Diz que seus problemas não acabam. Os filhos tentam protegê-la.

E Fátima finaliza: “Tudo que é eu dói!!”

As dores parecem andar... ora está no dente, ora na cabeça, ora no pescoço, ora no cabelo, ora nos pés, ora nas mãos, nos cotovelos, nos olhos, na língua... A dor circula pelo corpo...

Ao mesmo tempo, podemos pensar que a dor é aquilo ou é isso que eu me reconheço ainda sobre mim mesmo. A dor é isso que me faz reconhecido. Por Isso entende-se o Inconsciente que, à luz da Teoria dos Campos, é “um processo lógico que delimita nossos pensamentos, emoções e atos. (...) dá contorno a cada um de nós pelo limite do repertório de idéias e emoções (...) o lugar de onde provêm tais regras limitantes.” (Herrmann, 1999, p.45). Nesse sentido, a dor é isso que me dá contorno.

A dor é isso que dá contorno a minha identidade. Uma identidade circunscrita por um corpo que denuncia sua impotência e fragilidade. Revela-se o absurdo da condição do sujeito na contemporaneidade que porta o mundo pela via do corpo doído.

6.1.2 Em atendimento individual: impossibilidade do *ser*

Marta, uma paciente atendida individualmente, mostra-se tomada pela iminência de morte. Adoecida há mais de 4 anos, a paciente parece recusar-se ou estar impedida de vislumbrar qualquer possibilidade de sobrevivência que não seja suas intensas dores. Marta é casada e tem um filho adotivo de 11 anos. Com um casamento em crise, o marido até hoje, tem dificuldades de aceitar a criança, oscilando ora pelo cuidado ora pelo descuido do filho.

Tal situação é fonte de insatisfação de Marta, pois ela queria que o marido cuidasse melhor do filho, mesmo que ela não esteja, também, podendo fazê-lo.

Um filho que parece não ser filho. Apesar de tantos anos, é uma criança ainda em processo de adoção afetiva numa casa em que cuidar/adotar o outro é algo penoso e ao mesmo tempo um pedido de cada um. Um filho que não é filho, pois ele é quem cuida da mãe, quem briga com o pai para que não brigue com ela e para que sustente financeiramente a casa. Um filho que parece não saber qual lugar ocupa dentro dessa casa. E Marta parece não poder cuidar do filho. Uma maternidade que parece lhe ser impossível...

Assim também, a profissão parece lhe ser impossível... Marta é enfermeira e antes do adoecimento trabalhava na maternidade de um hospital da cidade. Relata que não suporta ou não pode ficar perto de bebês, pois o choro deles lhe faria matá-los. Algo do infantil fica insustentável. Os impulsos agressivos se voltam contra ela mesma e paralisam os momentos potencializadores da vivência infantil criativa e transformadora. Uma paralização que não permite Marta nem ir pra frente nem pra traz.

As tentativas de falar sobre suas experiências como enfermeira resultaram em queixas de que seu corpo passava a doer mais. As dores e a angústia se intensificavam e logo mudava de assunto. Permanecia imersa ou paralisada em suas queixas de dores do corpo, da incompreensão das pessoas, da medicação que não resolve seus problemas, da dúvida sobre o que realmente tem.

Diz que sua memória é falha, mas ao longo dos atendimentos vai se lembrando de episódios acontecidos. Médicos que se envolvem amorosamente com secretárias e enfermeiras, a alta incidência de negligência médica e conseqüentemente casos de crianças que sofreram lesões, principalmente neurológicas. Marta diz que sempre procurou desenvolver seu trabalho da melhor forma possível e às vezes até desobedecia as ordens médicas para melhor atender as crianças.

Parece não poder transitar, fazer parcerias e domesticar, por assim dizer, sua porção animal-instintiva e para atender um é preciso romper com o outro.

Diz que hoje não suporta lembrar ou imaginar viver novamente tais situações, “não tenho mais cabeça pra isso, apaguei da minha cabeça”. Sem cabeça, ela só tem um corpo doído e doído.

Ao mesmo tempo, são questões dela própria: “O que eu tenho? O que eu faço? Será que vou melhorar? Eu não consigo, mas estou tentando melhorar. As pessoas não entendem. Eu tomo os remédios para a dor. Eu não sei. Eu esqueci. Minha cabeça está ruim. Pra que viver, desse jeito é melhor morrer”. E assim, volta a falar das dores, dos inchaços e da vontade de não viver mais.

Por que apesar de se aniquilar ela não morre? Parece ser esta questão que fica no ar ou nas suas entranhas.

Marta diz que pensa constantemente na morte como a solução para seus problemas e cessação de seu sofrimento. Com um corpo que arde em dores e queima intensamente num sofrimento de alma.

Há um constante questionamento: “o que eu tenho?” acompanhado de uma resposta “Eu não tenho nada. Tenho sofrimento, esquecimento, dores e um corpo que não funciona. Que se prostra ou almeja parar de funcionar.”

Morrer... dormir... mais nada. Busca constante pela morte...

Poderíamos pensar que sinais de sofrimento em um caminho de morte constituem-se em ínfimo clamor de vida. No entanto precisa ser aplacado para enfim, chegar a ser morte.

Que morra a carne... e assim morram-se os pecados e as dores dela provenientes.

A dor física incrustada diminui a possibilidade da conversa deixar de ser carnal para ser verbo. A carne está em evidência e impossibilitada de tornar-se verbo. Um corpo esquartejado pela dor torna-se corpo-palavra.

Marta nos remete a tragédia shakesperiana. O príncipe Hamlet após a morte de seu pai, toma como centro de sua existência a descoberta do responsável pela morte do pai. Hamlet é acometido de períodos de intensa angústia mediante a dúvida que pairava sobre tal morte e sobre o desejo de vingar seu pai. Diante da intensa angústia Hamlet coloca:

Ser ou não ser... Eis a questão. Que é mais nobre para a alma: suportar os dardos e arremessos do fado sempre adverso, ou armar-se contra o mar de desventuras e dar-lhes fim tentando resistir-lhes? Morrer... dormir...mais nada... Imaginar que um sono põe remate aos sofrimentos do coração e aos golpes infinitos que constituem a natural herança da carne, é solução para almejar-se. Morrer... dormir... dormir... Talvez sonhar... É aí que bate o ponto. O não sabermos que sonhos poderá trazer o sono da morte, quando alfim desenrolarmos toda a meada mortal, nos põe suspensos. É essa idéia que torna verdadeira calamidade a vida assim tão longa! Pois quem suportaria o escárnio e os golpes do mundo, as injustiças dos mais fortes, os maus-tratos dos tolos, a agonia do amor não retribuído, as leis amorosas, a implicância dos chefes e o desprezo da inépcia contra o mérito paciente, se estivesse em suas mãos obter sossego com um punhal? Que fardos levaria nesta vida cansada, a suar, gemendo, se não por temer algo após a morte – terra desconhecida de cujo âmbito jamais ninguém voltou – que nos inibe a vontade, fazendo que aceitemos os males conhecidos, sem buscarmos refúgio noutros males ignorados? De todos faz covardes a consciência.

(Shakespeare, p.64-65, 2000).

A partir do lamento de Hamlet podemos esboçar também o lamento de Marta:

Ser ou não ser... eis a questão (Hamlet)

O que eu sou ou não sou? O que eu tenho ou não tenho?

O que eu sou e não sou? O que eu tenho e não tenho?

Ser ou não ser... eis a questão!

Ser ou não ser louco

Ser ou não ser mulher

Ser ou não ser mãe

Ser ou não ser amante

Ser ou não ser humano

Ter ou não ter... eis a questão!

Ter ou não ter corpo

Ter ou não ter dor

Ter ou não ter dinheiro

Ter ou não ter solução

Ter ou não ter nome

Ter ou não ter filho

Ter ou ter esposo

Ter ou não ter família

O que eu sou? O que eu tenho?

Sou só sofrimento... tenho só dores...

Não sou nada... não tenho nada...

Sou eu... Só..

Eu

Na sociedade que vivemos atualmente, a abertura é para uma mulher produtiva em direção ao sucesso profissional e ao mesmo tempo distante de uma abertura para a

maternidade. Mas Marta não pode cuidar do filho. A maternidade lhe é impossível... indignada ela destrói sua potência criativa e se trancafia no eu doloroso.

É como se através da dor ela pudesse suplantar (superar) o anestesiamento que lhe acomete ou como se tivesse que sentir-se quase morta para que um eco de vida pudesse advir de seus gemidos de dor.

Ela é. Inviabiliza a condição de não ser potencializadora da criatividade. É mãe sem ser... É esposa sem ser... é tudo sem SER.

Tais questões puderam ser pensadas ao longo dos atendimentos com Marta.

6.2 Das possibilidades trazidas pela tessitura

6.2.1 Há resultados?

Ao receber as pacientes não sabíamos ao certo com o que nos depararíamos naquele atendimento. De antemão, parece que sempre havia a esperança, de nós profissionais, de um relato de melhora dos sintomas. Em conversa com as colegas profissionais arriscávamos afirmativas de melhoras levando-se em conta o tempo de tratamento já realizado.

No período inicial dos atendimentos algumas até esboçavam um leve bem-estar, mas... logo em seguida iniciavam suas queixas. Seria um engano ter uma expectativa de melhora ou de um bem estar mais duradouro?

Nós, como profissionais, desejamos que nossos pacientes melhorem que “respondam” ao tratamento que lhes oferecemos. Pelo modelo da relação de troca... eu te ofereço o tratamento, me dedico a você da melhor maneira possível e você, por favor, corresponda ao meu esforço. Seja educado, melhore de sua doença e reconheça meu trabalho. Assim, ficamos quites... eu não te devo e nem você me deve nada.

Mas e quando o paciente não melhora? Quando nossos pacientes são dê-educados?

Um momento no contato com minhas pacientes tive certa dês-crença... pois meus esforços pareciam esvair-se. Minhas pacientes não melhoravam... Como querer pegar no vento ou segurar a ventania com meu próprio corpo. Descobri-me frágil e impotente... parecia não sair do lugar, pelo contrário, parecia entrar cada vez mais no buraco ou nos aproximarmos dele, buraco perto do fim do mundo, do fim do poço... Uma ventania que eu também era arrastada...

Em conversa com a colega fisioterapeuta que também atendia as pacientes, estranhamente, a ouvia dizer que do ponto de vista físico, as pacientes haviam melhorado muito. Como poderiam então, continuar se queixando tanto?

Tantas queixas que se aproximava de uma fala-ação, uma enxurrada de palavras, de histórias que não se ligavam umas às outras. Histórias estilhaçadas de corpos estilhaçados... Uma hemorragia de palavras... Um corpo palavra – dor... Um corpo em hemorragia, hemorragia de dores.

Ao fim dos onze meses estipulados para o trabalho de atendimento grupal com Lourdes, Fátima, Cláudia e Olga, promovemos uma sessão conjunta – fisioterapia e psicologia – para encerrarmos nosso grupo e obtermos retorno das pacientes sobre o tempo em que estivemos juntas. Em conversa com a colega fisioterapeuta, nossa expectativa era das conversas veicularem os indícios das melhoras. Sabíamos pelo quadro da doença e pelo desenvolvimento de nossas pacientes durante o grupo que não era possível o relato de cura, mas esperávamos ao menos que elas expressassem indícios de melhora ou de bem estar pelo tempo que passamos juntas. Afinal o trabalho foi árduo!

Quão grande foi nosso engano!!!

Ao dar oportunidade para cada uma falar de si, as pacientes retornaram o discurso de dores, mal estar físico, mal estar diante da vida... Não se reportaram em nenhum momento ao tratamento realizado, às conversas estabelecidas, aos exercícios e orientações repassadas...

Nossa sensação inicial foi de frustração. Ainda tentamos convidar as pacientes para que além das queixas ainda existentes pudessem dizer sobre alguma melhora que haviam notado. Mas elas mal podiam nos ouvir, pois insistiam em relatar suas queixas umas às outras, talvez nos mantendo como espectadoras de seus relatos...

Éramos testemunhas vivas de um espetáculo. Assistíamos atônitas a um violento protesto em forma de dor.

A posteriori, foi possível apreender que o último encontro parecia ser a última chance das pacientes de colocarem suas queixas, de exporem sua denúncia. Nesse encontro não podiam perder a oportunidade de continuar protestando, pois corriam o risco de não terem outro espaço para fazê-lo ou espectadores para assisti-las. Não teriam alguém para testemunhar o absurdo de sua existência.

Ao fim do tempo estabelecido para o tratamento – prática usual em instituições públicas que necessitam oportunizar espaço para que outros pacientes tenham acesso ao tratamento – o paciente relata que não melhorou, pelo contrário, mantém as queixas de dores, mal-estar diante de sua vida...

Nesta situação não se quita a dívida... pelo contrário, a sensação é de traição e ingratidão... após onze meses de dedicação o paciente não é capaz de relatar nenhuma melhora...!?!

Mas de quem é a traição? De quem é a dívida? Do profissional que não soube ou não utilizou a técnica correta para o paciente ou do paciente que foi resistente a tais intervenções e não se deixou envolver, ser penetrado pela ajuda profissional???

Após onze meses foi retirado das pacientes seu espaço de protesto... Espaço onde desfrutavam de testemunhas para seus corpos-palavra em denúncia. As pacientes foram traídas? Apreende-se que o tratamento oferecido a elas constituiu-se como um espaço em que puderam expor seu desconforto diante da vida, através de suas queixas corpóreas, um espaço

de denúncia onde as espectadoras (psicóloga e fisioterapeuta) assistiam a tudo atônitas. E depois de onze meses esse espaço lhes foi tirado. Tais pacientes não puderam se calar frente a isso, pois elas precisavam continuar denunciando o mal-estar diante da vida, suas dores no e diante do mundo.

Diante da morte do grupo, as pacientes mantiveram suas queixas. A morte como descanso é a própria denúncia de que o corpo não pode parar e que elas não podem parar de denunciar o mal-estar diante do mundo em que vivemos. Não há descanso para o corpo.

Também foi possível apreender nosso desejo enquanto profissionais-espectadores de reconstruir um casamento em crise. O desejo de reconstruir o casamento de nossas pacientes com o mundo. Ao assistir atônitas ao espetáculo da dor, nos envolvemos e construímos um pedido constante ao corpo de nossas pacientes: “Por favor, pare de doer”.

Nos descobrimos operando sob égide do regime da moralidade que constrói uma aparência de conformidade perfeita que incita o sujeito a ser um só com o mundo, como forma de sobrevivência. Desejávamos ouvir de nossas pacientes a respeito da melhora de suas dores, bem como, das queixas diante da vida. Assim, desejávamos que elas retomassem seu casamento com o mundo para continuarem sobrevivendo como qualquer mortal. No entanto, elas insistiam em manter-se na denúncia de uma crise, de um corpo que falha, subvertendo a ordem da potência a todo custo.

O tratamento que oferecemos nesses meses foi o melhor possível, dentro das modalidades terapêuticas na instituição: fisioterapia, acupuntura e atendimento psicológico. No entanto, não foi suficiente para fazer sanar as dores.

Mas... o que sana as dores psíquicas?

Mediante a frustração do último atendimento, em conversa com a fisioterapeuta, cogitamos as razões que teriam levado nossas pacientes a continuarem se queixando e não termos alcançado uma melhora efetiva. A fisioterapeuta cogitou que o auxílio psiquiátrico não

foi buscado por nenhuma das pacientes e sem medicação antidepressiva o resultado foi insatisfatório. Por alguns momentos, acreditamos que a medicação sanaria as dores, no entanto tal aspecto se mostrou insuficiente, pois que garantia os antidepressivos dariam? Ao afirmar que os antidepressivos reduziriam as queixas estaríamos apreendendo tal questão a partir de modelo médico, de doença-cura, queixa-resposta.

Nossas pacientes mantiveram-se descontentes, mantiveram-se no lugar de denúncia – o mundo continua doído, o corpo continua massacrado e exigido para além do seu limite... o corpo não cessa de queixar-se de dor.

6.2.2 Esboço de uma clínica possível

Herrmann (1999) coloca que o objeto de estudo psicanalítico é a psique. Entende como psique aquilo que produz sentido nas coisas humanas, sendo assim, as coisas concretas do mundo ganham seu sentido por ela. A Psicanálise considera que o real envolve uma dimensão psíquica e então se propõe a investigá-lo, o homem coletivo/individual e a sociedade. Tendo por base esse raciocínio, parece haver uma porção do real que se expressa nos corpos em dor: doídos e doidos.

Um corpo em evidência, um corpo em palavra que denuncia a falta de substancialidade de sujeitos. A palavra toma a dimensão do corpo cujo reconhecimento advém tão somente das terríveis dores e amarguras.

O corpo-palavra nos reporta ao conceito de ato puro de Herrmann (2001), em direção a uma impossibilidade de existir fora da lógica da pura ação, do puro fazer, ou por assim dizer, da pura dor. A palavra narrada parece ter perdido sua função expressiva e reflexiva da subjetividade e substancialidade do sujeito. O corpo-palavra expressa uma impossibilidade para a criação de sentidos desdobrados do existir do sujeito.

Sujeitos que são a-traídos pela morte e sob a égide do corpo doído constroem uma peculiar forma de identidade e sobrevivência no mundo em que vivemos.

Na direção de tentar apreender os corpos em dor, podemos pensar também que a sexualidade sofre uma restrição que parece beirar aquilo que Herrmann (1999) chama de perversão. “A perversão é só uma versão restritiva da sexualidade, a realidade onde se cumpre, restrita, será o de uma *perversão da realidade*.” (Herrmann, 1999, p.111)

Constrói-se uma espécie de corpo fetichizado – o corpo encerra-se na dor. A dor é ao mesmo tempo, doença e cura. É sintoma e expressão de um conflito. O sujeito é a dor, é o corpo em dor.

Sujeitos que usam o corpo de forma tal que restringe toda a sua potência nas dores. Restringe às dores toda sua potência criativa. Não conseguem conversar com os vivos, não conseguem nem dar à luz... Consomem, vendem, emprestam as dores...

Além da perversão anteriormente apontada, poderíamos pensar, também, que essa condição psíquica com tão poucos recursos simbólicos estaria nos interstícios da histeria e da melancolia, no sentido de que torna-se uma queixa acoplada ao corpo. Uma configuração paradoxal?

A fibromialgia faz-nos pensar num modo particular de funcionamento mental que não se restringe à categorizações. Sujeitos que vivenciam significativas perdas e parecem perdidos em torno de si mesmos, parecem não saber pra onde ir e nem o que procurar. Como colocamos anteriormente neste trabalho, resta a tais sujeitos apenas a estagnação, recolhidas em si mesmas, em seus corpos em dor. Um luto pela perda de si mesmas. A perda é de um corpo na condição de abstração. Não há mediação simbólica possível para tal. O corpo é, por assim dizer, pranchado e passa a ser tomado por suas partes, em franca dês-conexão.

Ao reconstruir o processo de formação de um quadro de melancolia a partir de uma espécie de destroçamento de uma relação objetual, Freud (1917) no texto “Luto e Melancolia”

argumenta que a libido livre não segue o mesmo caminho que comumente faz naquelas ocasiões nas quais se estrutura um estado de luto. A libido é retirada para o próprio ego e nele não é empregada de maneira não especificada, mas serve para estabelecer uma identificação do ego com o objeto abandonado. E acrescenta: “Assim a sombra do objeto caiu sobre o ego, e este pode, daí por diante ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado” (Freud, 1917, p.281)

A imediatez do corpo escancara o real. Escancara o estancamento no presente - tudo é agora. Tal imediatez é levada às últimas conseqüências através da dor e da imobilidade levando a um estrangulamento da própria subjetividade. O mundo se faz presente no corpo e o aprisiona. O mundo ou o pensamento do mundo atravessa o corpo e este o espelha de forma convexa e o escancara como se fora um disfarce.

Em direção à articulação da estreiteza entre sujeito e mundo e à clínica que pode responder a isso ou a essa demanda, poderíamos chamar de clínica do real. Configura-se uma espécie de corpo que porta um estado ou uma condição, carrega o real que nele se concretiza. O mundo pensa-se através do corpo. O corpo porta/circula o mundo

Trata-se de um corpo desumanizado escorado em ações melancólicas para além da condição da histérica. O sujeito é dor, já que seu sofrimento é difícil de ser acessado, sua palavra é o corpo e seu absurdo, a fragilidade. É esta a condição desafiadora para a nossa clínica psicanalítica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de uma postura indagativa/investigativa, a clínica com pacientes que se queixam de alguma dor com expressividade corpórea foi tomada em consideração. O atendimento a tais pacientes conduziu-me ao campo da dor, revelou alguns impasses constitutivos e a potencialidade da construção de conhecimento acerca do humano.

Os impasses se revelaram no campo transferencial estabelecido onde as dores de minhas pacientes se impuseram de tal forma que despertaram em mim o desejo inicial de solucionar seus problemas. Eu me encaminhava no desejo de encontrar um caminho para fazer calar suas dores e curá-las. Ao longo da experiência apreendi quão grande e impossível era essa missão. Dispus-me a tentar apreender os impasses que se mostravam e construir algo que me auxiliasse a pensar a condição psíquica de minhas pacientes. Deparei-me com diversas pacientes fibromiálgicas e dentre elas escolhi algumas para ilustrar e nos ajudar a apreender a difícil condição em que se encontram os sujeitos em dor.

Nesse sentido, a clínica que sustentou minhas apreensões sobre o corpo na e da contemporaneidade compôs-se de: um grupo de fibromialgia ou mulheres atraídas pela morte e pelos riscos de se perderem ou a incapacidade de sentirem pela via do coração e morrerem por isso; uma paciente em atendimento individual, Marta que de uma condição de não achar serviço algum ruim, de ser tudo, ela passa a não ser por inteiro praticamente nada: nem esposa, nem mãe, nem morta... um pavor de estar com gente, uma desumanização foi sendo lentamente tecida; alguns aportes de conversas com profissionais da instituição de reabilitação, telas passíveis de projeções das inquietações limites em impotências supostas nas fibromiálgicas.

Recebi pacientes com intenso sofrimento psíquico e físico, desarticulados de sua condição subjetiva. Presencia-se o corpo-objeto, coisificado, desprovido de significações que se denuncia ou enuncia-se pelas marcas que traz impressa pela dor imperiosa por alívio e amparo

As apreensões foram possíveis dentro de um campo transferencial e dos impasses surgidos a partir dele, balizado pelo método psicanalítico. Na experiência transferencial com as pacientes fibromiálgicas apreende-se uma ínfima possibilidade de vinculação emocional promotora de um diálogo reflexivo. A possibilidade erigida foi de conversas corpóreas com pequenos momentos dis-ruptivos que nos levaram para além-da-dor. Parece não existir espaço entre a palavra e o corpo impedindo a abertura para o pensar ou refletir. Nesse sentido, pudemos pensar que entre as pacientes e o mundo o espaço é ocupado pelo corpo.

Uma apreensão sobre o corpo, a clínica, o mundo e alguns impasses no entrecruzamento dessas três instâncias foi se impondo no transcorrer da investigação. O impasse nodal dizia respeito à interpretação: qual é a potência da interpretação psicanalítica em uma clínica onde o corpo em ato, espelha o mundo no seu negativo? Como interpretar o corpo, a clínica e o mundo nos dias atuais? A apreensão foi feita a partir do corpo em dor, que se queixa, se fecha em si e não faz dobras. Um corpo “pranchado” em dor que reflete e denuncia a expropriação das particularidades dos sujeitos simbólicos.

Assim, configura-se uma subjetividade estrangulada que parece não encontrar outra via senão o corpo em dor. Há, por assim dizer, um funcionamento psíquico restritivo que impede o sujeito de vislumbrar outro modo de existir. O corpo é levado às últimas conseqüências na dor.

O corpo toma a totalidade do ser. Eu sou meu corpo... e se parte de meu corpo não funciona, parte de mim também não. Se parte do corpo está paralisado, parte de mim também está, se sente dores, a dor sou EU... Há um descompasso entre as partes e o todo.

Depreendemo-nos com uma dor que se faz corpo de uma vida-morte. Parece que tal dor esquarteja, estilhaça em partes doloridas o corpo em dor e a consciência do eu fica prejudicada. É um corpo em dor que se impõe como representação exclusiva e preponderante e que funciona como uma blindagem, por assim dizer das vicissitudes da condição humana. Trata-se de um corpo desumanizado escorado em ações melancólicas muito mais do que histéricas.

Parece faltar às fibromiálgicas estudadas a ambigüidade ou uma fantasmática em direção a um desejo singular. Uma queixa que se apresenta acoplada ao corpo e não encontram outra via de expressão – o sujeito é a dor. Uma dor sem representação e que toma a totalidade do ser. Não lhes é possível refletir sobre si mesmo, apenas apresentarem seus corpos doídos.

Entretanto, tais corpos em dor parecem veicular uma forma de denúncia. Denunciam um mundo onde impera a potência e a infalibilidade humana. O corpo em dor apresenta o mundo ao contrário nas suas incapacidades e falibilidade. Impotentes, denunciam ou apontam a impotência do outro deixando entrever o absurdo de sua constituição.

As fibromiálgicas fazem uma espécie de laço ou vínculo onde o outro experimenta a impotência e a incapacidade, haja vista as fisioterapeutas ou terapeuta ocupacional que encaminhavam para o Departamento de Psicologia quando não conseguiam alcançar seus objetivos terapêuticos. As pacientes delegam para o outro não tanto a responsabilidade de curá-las e resolverem seus problemas, mas delegam ou transferem, por assim dizer, sua impotência, suas dores desalojadas do sofrimento e im-postas ao corpo do outro, determinando uma espécie de ação em cadeia.

E ainda... as terapêuticas em geral se direcionam para uma ampliação da consciência ou auto-conhecimento abordando mais a alienação ou a cisão entre corpo e representação. No entanto, as pacientes parecem transbordar uma representação do corpo-real encoberto pela

realidade-funcionalidade e a própria denúncia da falibilidade desta condição de corpo maquínico passível de consertos e arranjos que não cessam de repetir o funcionamento esperado é, também, uma reificação deste corpo expropriado.

O campo transferencial parece ter se erigido como um palco teatral para apresentação de uma tragédia grega. Um palco onde corpos-palavra-tragédia apresentaram-se através de pacientes-personagens diante de terapeutas-espectadores que assistiam a tudo atônitas. Num enredo trágico com uma narrativa: o corpo-palavra que sofre no mundo em que vivemos.

Uma tragédia que, por vezes, penetrou nos corpos-terapeutas-espectadores imprimindo um sofrimento que por vezes nos fizeram entrar em cena nessa tragédia. Um *em cena* que nos aproximaram de forma violenta do corpo sofrente de nossas pacientes. Tal movimento, ou seja, surpreender-se *em cena* e em seguida a tentativa de retorno à platéia, provocou um intenso sofrimento nas terapeutas-espectadoras. Um movimento que, *a posteriori*, tornou-se disruptivo ao deparar-se, por alguns momentos, na mesma condição de intenso sofrimento em que ancorava-se as pacientes-personagens.

O corpo está encurralado... é um vazio, um obscuro imobilizado pela dor. A imobilidade como saída no mundo da pressa. O corpo alcança seu limite pela dor e esta torna-se um modo de sobrevivência no mundo. Resta o corpo na sua imediatez na tentativa de criar algum sentido para a existência do sujeito.

Pacientes que expressam o regime de pensamento do mundo em que vivemos. Mas a expressividade ultrapassa o limite que possibilitaria a manutenção do disfarce e tal excedente acaba denunciando o mundo que a constrói. A criação desmascara a criatura. Há um excesso de dor para o qual a verdade fantástica não corresponde. Ou seja, não há receita exata para um corpo humano. A falência de tal verdade é denunciada pelo corpo em excesso de dor. Desfaz-se o disfarce. Denunciam o mundo que as constrói.

8 REFERÊNCIAS

Abbagnano, N. (1962) *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Editora Mestre Jou.

Andrade, S. C., Carvalho, R. F. P.P., Soares, A S., Vilar, M. J. (2008) Benefícios da talassoterapia e balneoterapia na fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, vol.48 n°2, Mar./Abril. Acessado em 20/02/09 from Scielo Brasil.

Ávila. L.A. (2004) *O eu e o corpo*. São Paulo: Escuta.

Barone, L M.C. (1999). O homem sofre e a realidade está doente. E o que a Psicanálise tem com isso? *Jornal de Psicanálise*, 32 (58/59), nov, pp. 163-176.

Birman, J. (2003) O corpo, o afeto e a intensidade em Psicanálise. In Birman, J. *Mal-estar na atualidade*. 4 ed. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira.

Bressan LR; Matsutani LA; Assumpção A; Marques AP; Cabral CMN (2008) Efeitos do alongamento muscular e condicionamento físico no tratamento fisioterápico de pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, vol.12 n°2, Mar./Abr. Acessado em 20/02/09 from Scielo Brasil.

Cassorla, R.M.S. (1998) Psicanálise surto psicótico: considerações sobre aspectos técnicos. *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol 32, n.4, p.721-746.

Cavalcante A B., Sauer J. F., Chalot, S. D., Assumpção A, Lage, L. V., Matsutani L. A, et al. (2006). A prevalência de fibromialgia: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*, vol.46, nº1, Jan./Fev. Acessado em 20/02/09 From Scielo Brasil

Cesarotto, O, Leite, M.P.S. (1985) *O que é Psicanálise?* São Paulo: Ed. Brasiliense.

Cunha, A. G. (1982) *Dicionário etimológico: nova fronteira da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Figueiredo, L.C.M., Santi, P.L.R. (2002) *Psicologia, uma (nova) introdução: uma visão histórica da psicologia como ciência*. 2 ed. São Paulo: EDUC.

Freud, S. (1893) Estudos sobre a Histeria. In Freud, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, vol II..

Freud, S. (1905) Fragmento da análise de um caso de histeria. In Freud, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, vol VII, pp.15-116.

Freud, S. (1914) Sobre o narcisismo: uma introdução. In Freud, S. Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, vol XIV, pp.77-108.

Freud, S. (1914) A história do movimento psicanalítico. In Freud, S. Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, vol XIV, pp.15-73.

Freud, S. (1917) Luto e melancolia. In Freud, S. Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, vol XIV, pp.245-266.

Freud, S. (1923) O ego e o id. In Freud, S. Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, vol XIX, pp.23-76.

Herrmann, F. (1991) *Clínica Psicanalítica: a arte da interpretação*. São Paulo: Brasiliense.

Herrmann, F. (1999) A psicanálise, a psicanálise e as demais terapias em face do absurdo. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 32 (58/59): 93-132.

Herrmann, F. (1999) *O que é psicanálise: para iniciantes ou não...* São Paulo: Hepsyque, 1999.

Herrmann, F. (2001) *Andaimes do Real: Psicanálise do cotidiano*. (3ª ed). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Herrmann, F. (2003) Psicanálise Política no mundo em que vivemos. *Revista Trieb da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro*, vol II, nº 2, p.235-263.

Herrmann, F. (2004) *Introdução à Teoria dos Campos*. (2ª ed). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Herrmann, F. (2004) Apesar dos pesares. Texto inédito apresentado como conferência na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo em abril.

- Herrmann, L. A F. (2004) *Andaimos do real a construção de um pensamento*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica)-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 300p.
- Laender, N.R. (2005) Teoria e prática: impasses contemporâneos. *Revista Estudos de Psicanálise*, n.28, set.
- Lazzarini, E. R., Viana, T. C. (2006) O corpo em psicanálise. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol.22 no.2, Mai/Ago. Acessado em 01/07/09.
- Lipovetsky, G., Charles, S. (2004) *Os tempos hipermodernos*. Tradução de Mário Vilela. São Paulo: Editora Barcarolla.
- Maeda, C., Martinez J. E., Neder, M.. (2006) Efeito da eutonia no tratamento da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, vol.46 n°1, Jan./Fev. Acessado em 20/02/09 from Scielo Brasil
- Mendes. E.D. (2005) *Os significantes da escuta psicanalítica na clínica contemporânea*. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Aplicada)-Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Moreira, C., Rego, Rodrigues, R.. (1996) Fibromialgia. In Moreira, C., Carvalho, M. A P. (coord) *Noções práticas de reumatologia*. Belo Horizonte: Livraria e Editora Health, Vol 1, p. 301-314.

Petot, J.M. (1992) *Melaine Klein II – o ego e o bom objeto 1932-1960*. (1ª edição). São Paulo: Editora Perspectiva.

Pinheiro, T. e Verztman, J.S. (2003) As novas subjetividades, a melancolia e as doenças auto-imunes. In Pinheiro, T.(org) *Psicanálise e formas de subjetivação contemporâneas*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

Prochno, C.S.C., Romera, M.L.C. (2007) O corpo e a clínica: hospedaria de possibilidades no mundo contemporâneo. *Jornal de Psicanálise*. São Paulo, 40 (73): 191-204.

Rinaldi, D. (2003) A dinâmica da neurose obsessiva e os impasses no campo do desejo: o trajeto de uma análise. *Revista Psyché*, vol VII, n.12, dez, p.65-79.

Romera, M.L.C. e Torrecillas, F.G. (1998) Bloco da solidão: a angústia no desamparo. *Alter-Jornal de Estudos Psicodinâmicos*, vol XIX, n.2., p.337-343.

Rossi, C. (2005) A ruptura de campo em Melaine Klein. Trabalho apresentado no XX Congresso Brasileiro de Psicanálise. Brasília/DF.

Shakespeare, W. (2000) A tragédia de Hamlet, Príncipe da Dinamarca. Coleção Ridendo Castigat Mores. Acessado em 01/03/2008 from Virtualbooks.

Silva, G. D., Lage, L.V. (2006) Ioga e fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, vol.46 nº 1, Jan./Fev. Acessado em 20/02/09 from Scielo Brasil

Simon, R. (2005) Admirável mundo ambivalente. *Revista Viver Mente e Cérebro*, Coleção Memória da Psicanálise, n.03.

Siqueira, E. (2005) Impasses e reinvenções na clínica psicanalítica. *Revista Estudos de Psicanálise*, n.28, set.

Sociedade Brasileira de Reumatologia (2004). Fibromialgia. Acessado em 22/08/09. From www.unifesp.br/grupos/fibromialgia/

Souza, J. B., Bourgault, P., Charest, J., Marchand, S. (2008) Escola inter-relacional de fibromialgia: aprendendo a lidar com a dor - estudo clínico randomizado. *Revista Brasileira de Reumatologia*. Vol. 48, nº4, Jul/Ago. Acessado em 20/02/09 from Scielo Brasil

Taffarel, M. (2005) *O método psicanalítico: sua identificação na história da Psicanálise e sua relação com o método das ciências*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Yázigi, L., Minerbo, M., Attux, C. (2000) Patologias do milênio: o Ato Puro e a Psicose de Ação. *Revista Mudanças Psicoterapêuticas e Estudos Psicossociais*. Volume 8, n. 14, jul/dez, 13-33. Acessado em 22/08/09. From http://editora.metodista.br/textos_disponiveis/muda14cap1.pdf

ANEXOS

ANEXO A – TENDER POINTS

ANEXO 1 TENDER POINTS

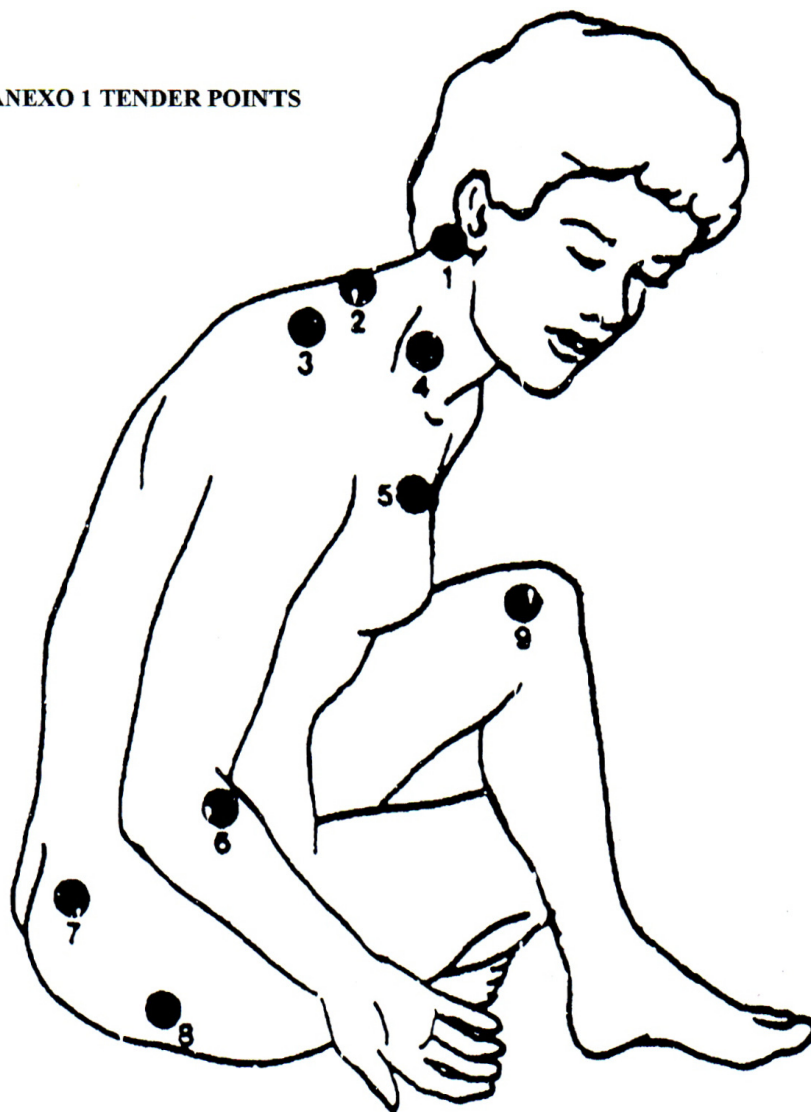


FIGURA 1

"Tender points" utilizados para o diagnóstico de fibromialgia, segundo o Colégio Americano de Reumatologia (1990).

1. inserção do músculo sub-occipital 2. borda superior do trapézio – porção média 3. origem do músculo supra-espinhoso superiormente à borda medial da escápula 4. vista anterior dos espaços intertransversos de C5-C7 5. 2ª junção costocondral 6. epicôndilo lateral 7. quadrante superior externo das nádegas 8. grande trocanter – uniões musculares adjacentes 9. almofada gordurosa medial do joelho, próximo à linha articular. Kelley, 1992.

ANEXO B – RELATOS CLÍNICOS

Relato sessão 28/08/08 – Grupo de Fibromialgia

Vieram para o grupo duas pacientes: Lourdes e Fátima. Entramos na sala e Vera perguntou sobre Olga que não apareceu mais no grupo, “acho que ela desistiu...” disse Fátima. Comentamos que ela não retornou após o recesso de julho passado e não tivemos mais notícias dela.

Sentiram falta de alguém, num grupo que nem sempre aponta ou dirige seu olhar para o outro; nem sempre conseguem descolar de sua dor para olhar a do outro. Ao mesmo tempo, poderíamos pensar se também as pacientes presentes não estavam em risco de não se sentirem existidas...

Em seguida comentei com as pacientes que as alunas do Curso de Psicologia da UFU estavam na instituição e gostariam de conhecer o grupo e observar como é feito nosso trabalho. Perguntei às pacientes se elas permitiam a entrada das alunas na sala para observação, o que prontamente as pacientes concordaram e, em seguida, as alunas entraram.

Cumprimentaram-se (alunas e pacientes) e as alunas se sentaram no canto da sala. Joana arrastou sua cadeira de modo a não dar as costas para as alunas.

Fátima disse que estava bem, bem mesmo. Estava sem dor e havia dormido muito bem à noite. Deitou-se por volta de 23h e acordou às 9h do dia seguinte.

Fiquei surpresa, pois isso não acontecia há meses – tanto ficar sem dor quanto dormir tão bem. Expressei minha surpresa “Puxa!” “É, agora estou muito bem. Olha só, eu não estou mancando, dormi um sono bom, até estranhei!” disse Fátima e continuou: “As injeções que tomei e agora os comprimidos que comecei a tomar estão fazendo efeito. Estou tomando uma fórmula que o médico me passou e está sendo muito bom pra mim. Depois que ele descobriu o que eu tenho, ficou melhor. Mas enquanto eu não consultei com o médico particular não

achou o que eu tinha; foi ele quem viu a hérnia de disco, o problema na coluna, e ele disse que não tenho só fibromialgia”.

“Mas eu ainda sinto é um pouco de dor aqui no coração. É uma dor estranha, é lá no fundo. Eu já tive isso uns tempos atrás e era uns nódulos. Fiz cirurgia e retirei. Agora é uma dor diferente, profunda... é lá dentro”, disse Fátima.

“É uma dor que não sai com cirurgia, não é?” coloquei a ela. É uma profunda dor de dentro, nós que não saem com cirurgia.

“É. Essa dor é diferente, fico com medo de ter algum problema de coração. Meu marido não está bem. Está com problema sério de coração. Foi ao médico que receitou remédio pra ele tomar e vai ter que fazer exame, não sei o nome...” – ela disse.

“Cateterismo” – disse Lourdes. “Minha mãe teve que fazer, mas já era tarde demais. Os médico disse que se tivesse corrido atrás antes, talvez tinha dado tempo de tratar” – ela continuou.

“Ele reclama de dor no peito” – disse Fátima. “Ele falou que esses dias teve que parar o caminhão porque o braço começou a adormecer e o peito também...” “Ele tem que fazer um exame... aquele que passa um fio por dentro”.

“Cateterismo” – responde novamente Lourdes; “ou é angioplastia? Angioplastia é aquele que coloca uma molinha lá na veia pro sangue correr. Minha mãe tinha que ter feito isso, mas não deu tempo, morreu antes de fazer. Nos últimos dias da mamãe ela foi ficando roxa. No dia que ela morreu, meus irmão fala que ela ficou preta. Eu não tive coragem de ir ver ela no hospital. Os médico chamou a gente pra ver, mas eu não tive coragem. Vi só os pé preto, roxinho e a testa, estava tudo roxinho. Era problema de coração igual ao do seu marido. Da mamãe começou igual você está falando” – continuou Lourdes.

“Fico preocupada dele passar mal... ele sente dores no peito...” – disse Fátima sobre o marido.

“Você acha que quem tem o pé quebrado pode ficar sem gesso?” - pergunta Lourdes dirigindo-se a mim. Levei um susto, repentinamente surge essa fala que, aparentemente, não tinha nenhuma conexão com nossa conversa. Olhei pra Lourdes e pensei: o que é mesmo que ela está falando? Quebrou o quê? Estávamos falando de dor no peito, no coração e houve uma quebra...!?!

“Peraí Lourdes que agora quem quebrou a conversa foi você...” eu disse. Ela riu meio sem graça... “É o pé do meu marido que quebrou... Está com o pé roxinho...”

Assim como o marido de Fátima, o seu também não estava bem. As duas tinham algo em comum naquele momento, os maridos. Um ponto de convergência.

“Tá com o pé quebrado. É uma dificuldade. Hoje deixei ele lá com o pé pra cima. Foi no médico e o médico tirou o gesso dele. Está sem nada no pé. Achei estranho... o osso vai colar desse jeito? Mas o pé tá feio... tá uma bola... Se não fosse eu pra ajudar também... lá na cidade onde ele tava trabalhando, ele estava ficando sem por o pé no chão, mas ficava com o pé pra baixo e daqui uns dias ia dar é uma trombose... Essas minhas veias eu tô cuidando porque os médico fala que pode subir pra cabeça, o sangue pára e sobe pra cabeça... e estoura a cabeça...O pé do meu marido parecia que ia estourar de tão inchado. Quando tiraram o gesso tava a coisa mais feia... em baixo do pé tava amarelo e em cima, na canela, roxinho...” - Lourdes continuou: “Eu saí de casa e deixei ele lá deitado. Disse pra ele ficar quietinho até eu chegar. O pé dele tá muito feio. Agora está um pouco melhor, mas do jeito que tava... O médico disse que se ele não cuidar, vai perder o pé. Tem gente que abre ferida e não sara e perde o pé” – disse Lourdes.

Ela estoura a cabeça e ele perde o pé.

O marido de Lourdes é marceneiro e há 30 dias atrás sofreu um acidente no trabalho que ele coordenava numa cidade vizinha à Uberlândia. Um andaime saiu do lugar e caiu em cima do pé dele, desde então, ele não pode por o pé no chão. Como ele não estava seguindo as

recomendações médicas, Lourdes o trouxe de volta para casa. Ele precisa ficar com o pé para cima o dia todo, mas como não fazia isso, o pé foi ficando roxo...

“O Sebastião (marido de Fátima) esses dias quase morreu. O caminhão que ele estava deu problema. Ele tava com um colega e numa descida avistou um terreno de areia e disse que faria uma manobra pro caminhão parar ali. O colega não acreditou que ele fosse conseguir e pulou pra fora do caminhão. Meu marido conseguiu parar, mas disse que ficou sentindo dores por muitos dias” – disse Fátima.

“A empresa não sabe que ele está com problema de coração, senão eles não teriam aceitado ele ou já teria mandado ele embora. E agora que ele conseguiu um emprego e deixou de fazer só bicos...” – continuou Fátima.

Ouvindo tudo isso, fiquei pensando que hoje elas estavam se sentindo bem e foi possível descolar de suas dores para falar das dores dos maridos. Inverteram-se os papéis. Apontaram as dores dos maridos, o pé quebrado, o coração doído. Um movimento de deslocamento ou descolamento de suas próprias dores e queixas. Algo, mesmo que infimamente, entrou em movimento.

Coloquei para elas a direção que deram para a conversa de hoje falando dos maridos... elas riram. Em seguida, Fátima disse que precisa ligar para o marido pra lembrá-lo da medicação, senão ele esquece de beber o remédio. Lourdes também disse que se não fosse ela ter buscado o marido na cidade onde ele estava trabalhando, hoje ele ou o pé estariam muito piores. “Ele já teria perdido esse pé” – Lourdes disse.

“Eles não conseguem. Vejo isso no meu pai. Quando minha mãe morreu as fia teve que ir ajudar porque era minha mãe que fazia as coisa pra ele. E ele sem minha mãe ficou sem saber o que fazer. Foi um casamento de muitos anos”. – continuou Lourdes.

“Fico preocupada com ele, porque ele viaja e eu não sei se ele tá tomando o remédio direito, se ele tá comendo... Aí come qualquer coisa. Essas coisas gordurosa que a gente não

sabe como a pessoa preparou aquela comida. Eu vi no Fantástico que o óleo de cozinha na segunda vez que ele é esquentado já produz uma substância que causa câncer” – disse Fátima. Lourdes concordou e disse que também assistiu isso: “Eu vi mesmo, e muita gente tá morrendo por causa disso” – ela completou.

“Os maridos de vocês estão precisando de vocês...” – eu disse.

“É, e aí eles vê o que a gente passa” – disse Lourdes...

Relato sessão – Grupo Fibromialgia (30/10/08)

Nos encontramos mais uma vez para nossa conversa semanal. Estavam presentes Lourdes e Fátima.

Quando sentei para iniciar a conversa Lourdes já esboçava uma feição de choro e logo começou a falar: “Pode passar 20 anos, mas a gente não esquece. É como se o tempo não passasse e o sofrimento é o mesmo do dia que perdi minha mãe”. Percebi um movimento e olhei para Fátima, ela também já estava com os olhos marejados de lágrimas começando a esboçar lembranças de sua falecida mãe...

Puxa! Respirei fundo... Dois minutos de conversa e já estavam conosco a morte, a perda, o sofrimento e um pedido: “eu quero minha mãe”. Dispus-me a ouvir, minimamente, as pacientes e oferecer acolhimento a elas.

Lourdes em meio a lágrimas foi falando de sua mãe. Dia 20 de novembro de 2008 faz um ano que a mãe faleceu. Chora e sofre, diz ela, como se fosse hoje que perdera sua mãe. Sempre tão boa, diz que não se conforma e nunca se conformará com a morte dela.

Fátima, em meio a lágrimas, diz que sabe o que Lourdes sente, pois já passou por isso. “É uma dor que não acaba”. Perdeu sua mãe há 31 anos e ainda sente falta dela. Também perdeu seu pai, um tio, mas o sofrimento pela perda da mãe é maior. “Mãe é mãe”, ela diz.

Lourdes conta que sua família sempre foi muito festeira e que sempre comemoram os aniversários, casamentos, batizados, etc. A última festa que sua mãe participou foi no aniversário da nora de Lourdes. A mãe ficou alegre até o fim da festa. Dois dias depois Lourdes estava na casa da mãe, as duas estavam conversando deitadas na cama quando ouviram uma coruja cantar/grunhir em cima do telhado. A coruja cantou por duas vezes e se foi. A mãe disse à filha Lourdes que não gostava daquele bicho, pois avisava ou trazia maus presságios, avisava que alguém iria morrer ou algo de ruim iria acontecer...

Três dias depois a mãe falece como já avisara a coruja...

“Três pessoas que eu conheço, dois deles inclusive eram da minha família, a coruja cantou em cima do telhado, morreram três ou dois dias depois. Meus filhos e outras pessoas acham que isso é bobagem, que é coisa de gente antiga, mas acontece mesmo, portanto quando a coruja canta em cima da casa, é morte na certa” disse Lourdes.

“Esse povo de hoje não acredita nessas coisas, falam que é lenda. Mas a gente cresce desde menina ouvindo essas histórias e a gente acaba acreditando. O povo antigo tinha tanto dessas coisas, né? Têm umas que parece exagero, mas têm outras que eu acho que é verdade” disse Fátima.

“Quando eu era menina às vezes aparecia uma coan (uma ave típica do cerrado) na porta de casa. Ela aparecia no fim da tarde na porta da cozinha e cantava um canto triste e doído.... minha mãe logo mandava algum de nós colocar na porta um par de sapatos deitados pra baixo pra fazer a coan ir embora. Quando eu era menina minha mãe falava isso. O povo antigo tinha umas coisas... mas dava certo, era só colocar o sapato virado que a coan ia embora. Minha mãe dizia que tinha que mandar a coan embora, pois na casa onde ela cantava na porta, dali uns dias a gente ficava sabendo que algo ruim tinha acontecido” disse Fátima.

Do mesmo modo que o pouso e o canto da coruja trás maus presságios assim, é a visita e o canto da coan. Ela tem um triste e doído canto com o aviso da morte ou de algo ruim que acontecerá nos próximos dias.

Lourdes, novamente, disse como foi a morte de sua mãe e sua dificuldade de aceitar esse fato. Sempre vai ao cemitério para visitá-la, chorar e conversar com ela. Diz que sempre teve o costume de ir ao cemitério. Não teve muitas mortes em sua família somente a mãe, um tio, uma tia e uma cunhada, e mesmo antes de ter parentes enterrados no cemitério, Lourdes diz que gosta de ir nesse lugar para espairecer a cabeça e descansar um pouco. “Sempre saio de lá mais leve”, ela diz. “Lá eu converso, eu choro, eu rezo e não tem ninguém pra me criticar e dizer que eu tenho que parar de chorar. Lá eu esqueço o relógio, me desligo de tudo. As pessoas que trabalham lá já me conhecem e me vê chorando, conversando e já sabem que é pra me deixar no meu canto...” ela completa.

“Todo dia que eu posso eu vou lá. Parece que no dia em que eu não vou, fica faltando alguma coisa. Hoje em dia nem comento mais com meus filhos que vou ao cemitério, pois eles não entendem, dizem que eu penso mais nas pessoas mortas do que nas que estão vivas. Que eu preciso é cuidar dos netos, ficar com eles, e deixar em paz quem já morreu. Mas as coisas perderam a graça pra mim. O cemitério é um lugar que eu me sinto bem.” disse Lourdes.

“Eu não tenho muito costume de ir ao cemitério não. Até hoje não consegui arrumar o túmulo da minha mãe direito. Do meu sogro, o Sebastião (esposo de Fátima), vai ter que esperar pra arrumar, pois gastou muito dinheiro com velório, coroa. Nossa é tanta coisa...” disse Fátima.

“O túmulo da minha mãe, nós ajuntou todos os filhos e cada deu um pouco de dinheiro pra colocar a pedra. No túmulo da sua mãe vocês colocou aquela foto de porcelana?” disse Lourdes.

“Não, não tivemos dinheiro... nem sei quanto custa...” disse Fátima.

“Aquele foto eles fazem do jeitinho que você quer, fica a coisa mais linda. Ela custa R\$300,00. A gente fez. Do lado do túmulo da mamãe tem uma dessas com a foto de uma mulher, ficou tão bonito!” disse Lourdes.

“Eu já vi um que tem uma caixinha de vidro e dentro tem um carrinho e uma motinha. Um dia, não agüentei, pois sou curiosa demais, perguntei pra mulher que estava lá, por que tinha aqueles brinquedinhos ali. A mulher respondeu que o menino que morreu tinha seis anos e o que ele mais gostava era de moto e carro, não podia ver moto ou carro que queria subir, passear. Achei aquilo tão interessante”, disse Fátima.

“Tem uns túmulo que é a coisa mais linda, você fica boba de ver” disse Lourdes.

“Lá em Tupaciguara que é impressionante, tem um que parece uma casa com vaso de flor, um sofá chique, um tapete vermelho, cortina. É de uma pessoa rica de lá. O povo faz fila pra ir ver essa casa de tão bonita que ela é. Eles gastaram muito dinheiro pra fazer aquilo lá. Do meu sogro ainda está no bloco de cimento e não sei quando vai dar pra arrumar. O Sebastião gastou dinheiro demais com o velório do pai dele, com funerária, teve que pagar um dinheiro pra arrumar o corpo e tirar daquele lugar que o corpo fica guardado. Eles colocam um produto pra pessoa durar mais tempo no velório e depois pra tirar o corpo do hospital a gente teve que pagar R\$100,00 pro cara lá. Aí, o médico que escreveu a certidão de óbito colocou que a causa da morte do meu sogro foi falência múltipla dos órgãos, e um colega do Sebastião disse que não podia deixar assim, pois na verdade meu sogro foi atropelado e se deixasse falência múltipla ele não ia receber o seguro. Nossa... foi uma confusão! E o tempo passando, até que chegou no velório meu sogro já tava tudo inchado e teve que enterrar depressa.” disse Fátima.

“Da mamãe a gente pagou R\$600,00 pra eles preparem o corpo. Ficou perfeito. Eles abrem uma veia e deixa sair todo o líquido de dentro da pessoa e depois eles injetam um

líquido pra conservar o corpo por dois dias se quiser. Pode ficar dois dias no velório que fica perfeitoinho” disse Lourdes.

“Do meu sogro acho que eles não fizeram direito e ele foi só inchando e a blusa dele ficou molhadinha. Esse líquido aí que você falou que sai, do meu sogro acabou de sair dentro do caixão. E tem um mal cheiro que a gente teve que enterrar mais rápido. Nem deu tempo ainda de pensar em arrumar o túmulo, colocar o mármore. Com o tempo vamos ver se a gente faz isso” disse Fátima.

“Esses dias fiquei sabendo que uma mulher foi lavar o túmulo do parente dela, e a pedra quebrou e ela caiu dentro da cova. Diz que ela machucou tudo, coitada” disse Fátima.

“Nossa!” exclamamos quase em uníssono ao ouvir isso. “Coitada da mulher...”. “E como ela conseguiu sair de lá? Ela estava com alguém?” perguntei quase que de ímpeto imaginando o cemitério enorme, uma mulher sozinha e “como ela poderia ser resgatada de dentro da cova do marido?”. Fátima respondeu: “Juntou umas pessoas que estavam lá na hora e tiraram ela com muito custo”.

Nessa hora dei uma risada ao imaginar a cena. A risada foi até pra respirar um pouco diante de tanta morte e admiração por ela. Lourdes e Fátima também esboçaram um sorriso quase imperceptível, afinal morte é uma coisa muito sagrada pra se rir dela. E voltaram a contar com seriedade e fascínio suas histórias de mortos.

Parecem estar numa cova e não conseguem ser resgatadas...

“A pedra deve ter envelhecido, essas coisas tomam sol, chuva. O povo também pisa em cima e vai estragando. Tem uns túmulos que as pessoas visitam mais, aqueles de pessoas importantes, que fazem milagre. O do João Relojoeiro quase não dá pra chegar perto de tanta gente.” disse Fátima.

“João Relojoeiro? Quem é ele?” eu pergunto.

“Você não sabe quem é o João Relojoeiro?” elas me respondem quase juntas.

Contam a triste história do João Relojoeiro que morreu torturado na década de 50 em Uberlândia/MG. Era um homem simples que consertava relógios. Certa noite um comerciante da cidade forjou um crime em sua relojoaria para receber o seguro. Incriminaram João Relojoeiro pelo roubo. No entanto, na noite do roubo, João estava numa fazenda velando o corpo de uma prima que morrera afogada. Mesmo na evidência de sua presença no velório, João foi levado preso e torturado para confessar o crime. Foi torturado até a morte com a conivência de autoridades civis e militares da cidade.

Foi torturado até a morte e até hoje quem cometeu o crime não foi punido. Hoje, muitas pessoas visitam o túmulo dele para pedir bênçãos e cura, pois se tem relatos de pessoas que foram curadas por ele. Outras pessoas rezam por seu espírito para que descanse em paz.

“A fila no dia de finados é enorme no túmulo dele, quase não dá pra chegar perto.” disse Fátima.

“Eu não lembro de ir ao cemitério só no finados, vou sempre lá. Tem gente que só lembra nesse dia. Eu vou lá domingo bem cedinho e já avisei pro Francisco (marido de Lourdes) que não tenho hora pra voltar pra casa.” disse Lourdes. “os crente não reza pra quem já morreu, mas a gente tem que rezar, pois ele não tem como mais fazer isso, então a gente tem que fazer por eles” completa ela.

“Domingo eu vou pra Tupaciguara com o Sebastião visitar o túmulo do meu sogro. Ele era tão bom pra gente que a gente se sente na obrigação de ir. Não é que eu sou obrigada a ir, mas vou por consideração a ele, também ao Sebastião. É difícil, mas a gente tem que ir” disse Fátima.

“É... eu sei que não é fácil” encerra Lourdes.

Caso Marta

Chamarei minha paciente de Marta. Há quase dois anos, Marta e eu nos encontramos para nossas conversas semanais. Conversas muitas vezes, áridas onde tento buscar com ela um fio de vida que ainda lhe resta. E ela tenta sobreviver com esse resto de vida, de corpo, de um ínfimo desejo...

Marta tem 37 anos, está casada há 15 anos e tem um filho adotivo de 11 anos, do qual falarei mais adiante. Procurou a instituição no final de 2005 queixando-se de dores constantes no corpo. No atendimento de triagem a assistente social percebeu a “depressão” e a encaminhou para mim com a seguinte justificativa: “É uma paciente que precisa mais de psicóloga que de fisioterapia. Está muito deprimida.”

Em nossas primeiras conversas, Marta chora copiosamente durante todo o tempo de conversa, quase não lhe é possível falar. Em meio ao choro ela vai contando que faz acompanhamento médico: neurologista, psiquiatra e ortopedista. Foi diagnosticada com: fibromialgia e depressão, de acordo com o neurologista, e artrose nos joelhos, de acordo com o ortopedista. Também está acima do peso (obesidade aparente) e é diabética. Sente incessantes dores físicas e não consegue andar normalmente, devido a artrose. Os joelhos travam e não consegue sair de onde está – não vai nem pra frente nem pra trás.

E em nossas conversas muitas vezes tenho a impressão de que isso também acontece nos atendimentos que parecem não ir nem pra frente nem pra traz.

Toma medicação para as dores físicas (analgésicos) e para as dores psíquicas (antidepressivos e tranqüilizantes). Está sob efeito de medicação 24h/dia. Em alguns dias mal consegue falar devido a medicação que ingere pouco antes de nossos encontros. No entanto, ainda assim, queixa-se de dores, inchaços e nódulos, principalmente, nas costas e braços.

A fisionomia constante é de alguém muito triste e com muitas dores.

Sente-se infeliz no casamento. Há anos a relação com o marido não vai bem. A convivência é restrita aos finais de semana, pois o marido é motorista de caminhão e viaja durante a semana. Marta diz que ele não compreende suas dores e ele se queixa que ela não é a mesma: antes de adoecer cuidava da casa, cozinhava muito bem, tinha disposição, era alegre, mas agora só consegue falar de suas dores e tristezas. Ela desconfia que o marido esteja se encontrando com outra mulher e as brigas conjugais acontecem relacionadas a isso, bem como, devido às dificuldades financeiras da família e à educação do filho...

Filho...

Sem marido, a companhia de Marta é seu filho de 11 anos.

Marta tinha um desejo de ser mãe e engravidou por três vezes, mas sofreu três abortos espontâneos. Os fetos eram gerados nas trompas e morriam, eram abortados depois de determinado tempo de gestação. Os médicos disseram que ela não poderia engravidar mais, pois essa situação sempre se repetiria devido a uma dificuldade orgânica.

Marta lembra-se de que nesses abortos precisava ficar hospitalizada por alguns dias e o marido nunca a acompanhava. Ela sempre ficava sozinha nessas ocasiões e mesmo quando retornava para casa o marido não era presente no sentido de cuidar e auxiliá-la.

Marta resolveu então, que adotaria uma criança. O marido não compartilhava desse interesse, mas concordou mediante os pedidos de Marta. Até hoje, o marido tem dificuldades de aceitar a criança, oscilando ora pelo cuidado ora pelo descuido do filho. Tal situação é fonte de insatisfação de Marta, pois ela queria que o marido cuidasse melhor do filho.

Um filho que parece não ser filho. Apesar de tantos anos nessa casa, é uma criança ainda em processo de adoção afetiva numa casa em que cuidar/adotar o outro é algo penoso e ao mesmo tempo um pedido de cada um.

Do jeito que pode, o filho é quem cuida de Marta: administra a medicação (qual remédio tomar, os horários e a quantidade), os dias de consulta médica e de atendimento psicológico. No período da tarde, Marta fica sozinha em casa, pois o filho estuda nesse horário. Ele liga da escola algumas vezes durante esse período para saber como a mãe está e para lembrá-la de tomar o remédio ou de vir para o atendimento psicológico.

O filho falta constantemente às aulas, pois em ocasiões de consultas médicas ou mal-estar intenso da mãe é ele quem a acompanha. Marta diz que tem a cabeça muito ruim e esquece de tudo e o filho é quem lembra e cuida das coisas para ela.

Um filho que não é filho, pois ele é quem cuida da mãe, quem briga com o pai para que não brigue com ela e para que sustente financeiramente a casa. A que serve essa criança que foi adotada? Um filho que parece não saber qual lugar ocupa dentro dessa casa.

É ele quem vai ao supermercado, às vezes prepara a comida e arruma a casa, pois há dias que Marta não consegue “fazer nada”. Ela diz que sente muita pena do filho, pois ele tem responsabilidades que não são para a idade dele. Ao mesmo tempo, depende dele.

As pessoas, principalmente os vizinhos e a família, dizem que ela precisa educá-lo melhor, corrigi-lo quando ele lhe desobedece ou faz bagunça, mas ela coloca que sente muita pena porque ele já é tão responsável e sofre com a situação em casa e sendo assim, não dá para corrigir. Marta diz que não sabe corrigir e não sabe medir sua força, pois se pega-lo para bater, ela o mata.

E Marta parece não poder cuidar do filho. Uma maternidade que parece lhe ser impossível... Assim também, a profissão parece lhe ser impossível...

Hospital...

Relata também que não suporta ou não pode ficar perto de bebês, pois o choro deles lhe faria mata-los. Marta é enfermeira e quando trabalhava no hospital ficava no setor de

pediatria e atualmente, ao pensar nesse lugar, nas crianças que cuidava e no choro delas sente vontade de matá-las.

Algo do infantil fica insustentável. Os impulsos agressivos se voltam contra ela mesma e paralisam os momentos potencializadores da vivência infantil criativa e transformadora. Uma paralização que não permite Marta nem ir pra frente nem pra traz.

Marta diz que não consegue trabalhar. Está afastada do trabalho há mais ou menos quatro anos – é uma data da qual não se lembra com exatidão - e pensar em voltar ao hospital é algo inconcebível e terrorífico. É fonte de mal-estar: “Só de pensar meu corpo começa a inchar e doer” diz ela. Evita passar na porta do hospital, pois começa a sentir-se mal e sempre pede para o marido e ao filho que façam um caminho que não seja necessário ver esse hospital.

As tentativas de falar sobre suas experiências como enfermeira resultaram em queixas de que seu corpo passava a doer mais. As dores e a angústia se intensificavam e logo mudava de assunto. Permanecia imersa ou paralisada em suas queixas de dores do corpo, da incompreensão das pessoas, da medicação que não resolve seus problemas, da dúvida sobre o que realmente tem.

Diz que sua memória é falha, mas ao longo dos atendimentos vai se lembrando de episódios acontecidos. Médicos que se envolvem amorosamente com secretárias e enfermeiras, negligência médica e casos de crianças que sofreram lesões, principalmente neurológicas, em decorrência disso. Marta diz que sempre procurou desenvolver seu trabalho da melhor forma possível e às vezes até desobedecia as ordens médicas para melhor atender as crianças.

Trabalhava em regime de plantões e a rotina era agitada. Às vezes ficava responsável por até seis crianças no berçário ou nas incubadoras. Um trabalho que exigia cuidado e atenção, pois qualquer descuido poderia ser fatal. Sente-se tranqüila ao pensar que nos anos

em que ficou no hospital nenhum paciente que estava sob seus cuidados morreu. Por outro lado, presenciou muitas prescrições e condutas erradas de colegas seus e pacientes que morreram em decorrência disso.

Diz que hoje não suporta lembrar ou imaginar viver novamente tais situações, “não tenho mais cabeça pra isso, apaguei da minha cabeça”. Sem cabeça, ela só tem um corpo doído e doído.

Antes de adoecer, Marta diz que chegava do trabalho cansada e ainda tinha disposição para cuidar da casa e do filho. Mas vieram a tristeza e a doença, a vida deixou de ter sentido e passou a ser penosa e dolorida. De um corpo potente, infalível que livrava as pessoas da morte passa a um corpo impotente, incapaz de se sustentar e próximo da morte.

Atualmente, sua vontade é ficar quietinha, sem barulho ou movimento, sem conversar com ninguém ou sequer sair de casa. Em dias de sofrimento mais intenso, a luz do sol é penosa e sequer abre as janelas de casa. Há dias que não consegue levantar da cama, fazer o almoço ou “lavar um garfo”. Devido o mal-estar físico perde a força nos braços e mãos e tudo que tenta pegar ou segurar cai de suas mãos.

Queixa-se que as pessoas não a compreendem e questionam seu sofrimento. As pessoas (vizinhos, família, amigos) perguntam o que ela tem de fato, dizem que ela precisa reagir ao sofrimento e não entendem porque está demorando tanto para melhorar. Tal situação angustia Marta, pois não sabe responder a essas perguntas.

Ao mesmo tempo, são questões dela própria: “O que eu tenho? O que eu faço? Será que vou melhorar? Eu não consigo, mas estou tentando melhorar. As pessoas não entendem. Eu tomo os remédios para a dor. Eu não sei. Eu esqueci. Minha cabeça está ruim. Pra que viver, desse jeito é melhor morrer”. E assim, volta a falar das dores, dos inchaços e da vontade de não viver mais.

Marta diz que pensa constantemente na morte como a solução para seus problemas e cessação de seu sofrimento. Pensa em por fim à sua vida, no entanto há algo que não lhe permite fazê-lo. Ela denomina ser cristã e de acordo com ela, nos ensinamentos cristãos as pessoas que cometem suicídio vão direto para o inferno e ali ardem no fogo, eternamente. Para essas pessoas não há perdão ou misericórdia divina. Com o suicídio assinam com o próprio punho uma sentença de morte eterna. “Se com o suicídio eu morresse morresse aí seria solução, mas não é assim. Eu acabo com minha vida, mas meu sofrimento vai é aumentar no inferno e aí não tem mais jeito. Isso não quero pra mim.”

Sessão Marta - 11/08/08

Hoje Marta chegou conseguindo conversar um pouco mais. Talvez esse “conversar um pouco mais” é no sentido de poder ouvi-la melhor. Nesse dia ela parecia não estar sob efeito da medicação como de costume. Marta então, começou a dizer sobre suas sensações naquele momento:

Marta - “a sensação que eu tenho é que meu corpo está inchado. Meu corpo está inchando. Nem minha aliança (de casamento) consigo usar. Meu cabelo está diferente... parece que até meu cabelo está inchado... Meu estômago está inchado e olha que eu como tão pouco, uma colherzinha de arroz, feijão e verdura, carne eu nem como, pois não gosto. Minha barriga está inchada, meus pés e minha perna”.

A Janete (vizinha) que tem me olhado. Vai lá em casa pra ver como eu tô. Arruma a casa pra mim, às vezes vai no supermercado. Se não fosse assim, eu nem comia...”

“Minha casa está um lixo. A roupa não consigo lavar, não tenho forças no braço. Ultimamente, coloco tudo na máquina, mas agora minha máquina estragou”.

Priscila - “Ultimamente, as máquinas andam falhando, né Marta, a de lavar roupa, seu corpo...” (lhe coloquei)

Marta: “e eu que quando trabalhava no hospital, se precisasse, ajudava até na lavanderia, limpar o chão. Não tinha serviço ruim pra mim, o que precisasse eu fazia mesmo não sendo minha obrigação.”

Uma frase dita todas as sessões: “eu tento, eu tento. Tudo que vocês me falam pra fazer eu faço... Mas eu não dô conta de ficar perto de muita gente, me dá pânico, sabe o que é pânico? Me dá sudorese, meu corpo dói tudo, eu passo mal e se eu não sair de perto das pessoas eu passo mal. Pode perguntar pro Marcos (filho), eu tô falando a verdade. Eu ando de moto táxi porque eu não consigo ficar perto das pessoas no ônibus, eu tenho medo delas perguntarem o que eu tenho e elas não acreditam em mim.”

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - modelo para o participante - **Paciente em tratamento**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Os impasses na clínica psicanalítica: a interpretação e os corpos na contemporaneidade”, sob responsabilidade dos pesquisadores: Priscila Almeida Rodrigues (aluna do Programa de Pós-graduação em Psicologia Aplicada-Mestrado do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia) e Profa Dra Maria Lúcia Castilho Romera (orientadora da aluna e professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia).

Nesta pesquisa estamos buscando compreender as pessoas que sentem dores que se expressam no corpo e quais são os sentidos dessas dores para essas pessoas.

Sua participação será através dos atendimentos clínicos realizados com você pela psicóloga Priscila Almeida Rodrigues, autorizando a utilização dos dados obtidos nesses atendimentos. A pesquisa não alterará a rotina dos dias e horários em que seus atendimentos já acontecem.

Esse estudo não oferece risco à sua saúde e que você poderá se beneficiar dele com a oportunidade de ter um espaço onde possa conversar sobre suas experiências referentes ao tema desse estudo.

Você participará voluntariamente da pesquisa e não terá nenhum ônus ou ganho financeiro por participar da pesquisa.

Você poderá deixar de participar do estudo, a qualquer momento, se você desejar, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo e sem que sofra qualquer tipo de represália tanto por parte da pesquisadora quanto da instituição onde você é atendido.

Asseguro a você que suas informações serão utilizadas somente para fins de pesquisa e eventuais publicações científicas, cujos resultados serão sempre divulgados de forma a não lhe identificar.

As transcrições resultantes dos atendimentos realizados constituirão um banco de dados que será utilizado para a análise na presente pesquisa, sempre garantindo a não-identificação dos participantes.

Você poderá pedir esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer momento, bem como poderá entrar em contato com a pesquisadora Priscila Almeida Rodrigues (*) com Profa Dra Maria Lúcia Castilho Romera (**) ou com o Comitê de Ética (***) para tratar de qualquer situação relacionada à sua participação nesse estudo, caso você julgue necessário.

Uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o(a) senhor(a).

Uberlândia, ____ de _____ de 200__.

Pesquisador: _____ Assinatura: _____

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante: _____ Assinatura: _____

* Pesquisadora: Priscila Almeida Rodrigues - Instituto de Psicologia da UFU – Av. Pará 1720, Campus Umuarama, Bloco 2C, cep. 38405-320, Fone: 3218-2701.

**Orientadora: Profa Dra Maria Lúcia Castilho Romera – Instituto de Psicologia da UFU – Av. Pará 1720, Campus Umuarama, Bloco 2C, cep. 38405-320, Fone: 3218-2701.

***Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia – Av. João Naves de Ávila 2121, Bloco J, Campus Santa Mônica, Uberlândia/MG, cep. 38408-100, Fone: 3239-4531.

Termo de Esclarecimento e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - modelo para o participante – **Profissionais**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Os impasses na clínica psicanalítica: a interpretação e os corpos na contemporaneidade”, sob responsabilidade dos pesquisadores: Priscila Almeida Rodrigues (aluna do Programa de Pós-graduação em Psicologia Aplicada-Mestrado do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia) e Profa Dra Maria Lúcia Castilho Romera (orientadora da aluna e professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia).

Nesta pesquisa estamos buscando compreender as pessoas que sentem dores que se expressam no corpo e quais são os sentidos dessas dores para essas pessoas. O estudo será feito através dos atendimentos clínicos realizados pela pesquisadora em consultório particular e em uma instituição na cidade de Uberlândia/MG, bem como, através de conversas informais com os profissionais que atendem esses pacientes. Os atendimentos serão realizados com pacientes que já estão em tratamento e os dados serão colhidos nesses atendimentos o que não alterará a rotina dos dias e horários que eles já acontecem.

Sua participação será através de conversas informais que acontecerão dentro da instituição no momento em que você encaminha os pacientes para o atendimento psicológico e/ou em momentos de discussões de casos que acontecem durante o período de trabalho. Não pretende-se realizar entrevistas estruturadas ou semi-estruturadas, mas colher as informações a partir do contato profissional diário que a pesquisadora mantém com você.

Esse estudo não oferece risco à sua saúde e que você poderá se beneficiar dele com a oportunidade de ter um espaço onde possa conversar sobre suas experiências e apreensões referentes ao tema desse estudo.

Você participará voluntariamente da pesquisa e não terá nenhum ônus ou ganho financeiro por participar da pesquisa.

Você poderá deixar de participar do estudo, a qualquer momento, se você desejar, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo e sem que sofra qualquer tipo de represália tanto por parte da pesquisadora quanto da instituição onde você desenvolve seu trabalho.

Asseguro a você que suas informações serão utilizadas somente para fins de pesquisa e eventuais publicações científicas, cujos resultados serão sempre divulgados de forma a não lhe identificar.

As transcrições resultantes das conversas realizadas constituirão um banco de dados que será utilizado para a análise na presente pesquisa, sempre garantindo a não-identificação dos participantes.

Você poderá pedir esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer momento, bem como poderá entrar em contato com a pesquisadora Priscila Almeida Rodrigues (*) com Profa Dra Maria Lúcia Castilho Romera (**) ou com o Comitê de Ética (***) para tratar de qualquer situação relacionada à sua participação nesse estudo, caso você julgue necessário.

Uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o(a) senhor(a).

Uberlândia, ____ de _____ de 200__.

Pesquisador: _____ Assinatura: _____

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante: _____ *Assinatura:* _____

* Pesquisadora: Priscila Almeida Rodrigues - Instituto de Psicologia da UFU – Av. Pará 1720, Campus Umuarama, Bloco 2C, cep. 38405-320, Fone: 3218-2701.

**Orientadora: Profa Dra Maria Lúcia Castilho Romera – Instituto de Psicologia da UFU – Av. Pará 1720, Campus Umuarama, Bloco 2C, cep. 38405-320, Fone: 3218-2701.

***Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia – Av. João Naves de Ávila 2121, Bloco J, Campus Santa Mônica, Uberlândia/MG, cep. 38408-100, Fone: 3239-4531.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - modelo para o participante - **Pacientes já atendidos pela pesquisadora e com tratamento encerrado**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Os impasses na clínica psicanalítica: a interpretação e os corpos na contemporaneidade”, sob responsabilidade dos pesquisadores: Priscila Almeida Rodrigues (aluna do Programa de Pós-graduação em Psicologia Aplicada-Mestrado do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia) e Profa Dra Maria Lúcia Castilho Romera (Professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia).

Nesta pesquisa estamos buscando compreender as pessoas que sentem dores que se expressam no corpo e quais são os sentidos dessas dores para essas pessoas.

Sua participação será através dos atendimentos clínicos que você já realizou juntamente com a psicóloga Priscila Almeida Rodrigues, autorizando a utilização dos dados obtidos nesses atendimentos através do seu prontuário arquivado na instituição onde você foi atendido.

Esse estudo não oferece risco à sua saúde e que você poderá se beneficiar dele com a oportunidade de ter um espaço onde possa conversar sobre suas experiências referentes ao tema desse estudo.

Você participará voluntariamente da pesquisa e não terá nenhum ônus ou ganho financeiro por participar da pesquisa.

Você poderá deixar de participar do estudo, a qualquer momento, se você desejar, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo e sem que sofra qualquer tipo de represália tanto por parte da pesquisadora quanto da instituição onde você foi atendido;

Asseguro a você que suas informações serão utilizadas somente para fins de pesquisa e eventuais publicações científicas, cujos resultados serão sempre divulgados de forma a não lhe identificar.

As transcrições resultantes dos atendimentos realizados constituirão um banco de dados que será utilizado para a análise na presente pesquisa, sempre garantindo a não-identificação dos participantes.

Você poderá pedir esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer momento, bem como poderá entrar em contato com a pesquisadora Priscila Almeida Rodrigues (*) com Profa Dra Maria Lúcia Castilho Romera (**) ou com o Comitê de Ética (***) para tratar de qualquer situação relacionada à sua participação nesse estudo, caso você julgue necessário.

Uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o(a) senhor(a).

Uberlândia, ____ de _____ de 200__.

Pesquisador: _____ Assinatura: _____

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante: _____ Assinatura: _____

* Pesquisadora: Priscila Almeida Rodrigues - Instituto de Psicologia da UFU – Av. Pará 1720, Campus Umuarama, Bloco 2C, cep. 38405-320, Fone: 3218-2701.

**Orientadora: Profa Dra Maria Lúcia Castilho Romera – Instituto de Psicologia da UFU – Av. Pará 1720, Campus Umuarama, Bloco 2C, cep. 38405-320, Fone: 3218-2701.

***Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia – Av. João Naves de Ávila 2121, Bloco J, Campus Santa Mônica, Uberlândia/MG, cep. 38408-100, Fone: 3239-4531.