

Um nome para a dor: fibromialgia

Vera Lopes Besset

Doutora em Psicologia (Paris V); Professora da Pós-Graduação em Psicologia-IP-UFRJ; Coordenadora do Grupo de Pesquisas CLINP (Clínica Psicanalítica)-UFRJ/CNPq; Pesquisadora da AUPPF; Psicanalista. Membro da EBP-ECF e da AMP.

End.: Trav. Euricles de Matos, 28. Laranjeiras. Rio de Janeiro-R.J. CEP: 22240-010.

E-mail: besset@terra.com.br

Jean-Luc Gaspard

Psychologue clinicien, Maître de Conférences en Psychopathologie. Directeur du Laboratoire Recherches en psychopathologie clinique : champs et pratiques spécifiques.

End.: EA 4050, Université Rennes 2, Place Recteur le Moal, 35043 Rennes Cedex, France.

E-mail : jean-luc.gaspard@uhb.fr

Caroline Doucet

Psychologue clinicien, Maître de Conférences en Psychopathologie. Laboratoire Recherches en psychopathologie clinique : champs et pratiques.

End. : EA 4050, Université Rennes 2. Place Recteur le Moal, 35043 Rennes Cedex, France.

E-mail : caroline.doucet@uhb.fr

Marcelo Veras

Médico. Doutor em Psicologia (UFRJ). Diretor executivo da FAPEX. Pesquisador do Grupo de Pesquisas CLINP (Clínica Psicanalítica)-UFRJ/CNPq; Psicanalista. Membro da EBP-ECF e da AMP.

End.: R. Caetano Moura, 140. Federação. 40210-340. Salvador. Bahia.

E-mail: marceloveras@fapex.org.br

Ruth Helena P. Cohen

Doutora em Psicologia (UFRJ). Professora da Pós-Graduação em Psicologia-IP-UFRJ; Pesquisadora do Grupo de Pesquisas CLINP (Clínica Psicanalítica)-UFRJ/CNPq; Psicanalista Membro da EBP-ECF e da AMP.

End.: Rua Afrânio de Melo Franco 141/sala 212. Leblon. Rio de Janeiro-RJ .

E-mail: ruthcohen@uol.com.br

Resumo

Este texto aborda o estudo da fibromialgia, síndrome cujas dores crônicas sem causalidade orgânica constatável são fonte de sofrimento para pacientes e desafio para os clínicos. Situada na fronteira entre a reumatologia e a patologia psicossomática, com seu cortejo de transtornos, conduz a uma degradação da qualidade de vida no plano profissional, social e/ou familiar. Dados epidemiológicos apontam uma maior incidência dessa entidade clínica controversa em mulheres jovens. A falta de evidências na materialidade do corpo e a presença de fatores psicopatológicos problematizam seu diagnóstico e tratamento. Face à diversidade e dos fatores envolvidos nessa síndrome, a indicação de uma abordagem multidisciplinar para seu tratamento vem se firmando como consenso. Por outro lado, o caráter subjetivo da experiência de dor contribui para a reticência das autoridades médicas e governamentais em afirmar plenamente o estatuto de doença da síndrome. Nesse contexto, ao mesmo tempo em que buscam uma

cura para suas dores, os pacientes clamam pela legitimação do reconhecimento da fibromialgia como doença. Nossa proposta é considerar a eventual função da fibromialgia na estruturação psíquica como solução subjetiva. Para tanto, o referencial teórico-clínico da psicanálise de orientação lacaniana fornece elementos para reflexões sobre a dor no corpo e seu lugar na economia psíquica. Dados da clínica sugerem algumas especificidades dos usos da dor em função da estruturação psíquica de cada sujeito. A partir do estado atual das pesquisas sobre o tema e considerando a escassez de estudos no campo da psicanálise, interessa-nos contribuir para uma abordagem da fibromialgia que sustente o particular da enunciação no relato da experiência de dor. Sem pretender reduzir a fibromialgia a qualquer quadro psicopatológico, como a histeria ou a depressão, interessa-nos sublinhar a relevância da posição subjetiva daquele que sofre em seu corpo para o diagnóstico e tratamento da fibromialgia.

Palavras-chave: Fibromialgia. Posição subjetiva. Psicanálise. Dores crônicas. Corpo.

Abstract

This text concerns the study of fibromyalgia, syndrome whose chronic pains without detectable organic causality is source of suffering to patients and challenge to doctors. Located in the border between rheumatology and psychosomatic pathology, with its following symptoms, the syndrome leads to a degradation of quality of life in the professional, social and family's spheres. Epidemiologic data indicate a greater incidence of this controversial clinical entity in young females. The lack of evidences in body's materiality and the presence of psychopathological factors problematize its diagnosis and treatment. Considering the diversity of factors involved in this syndrome, the indication of a multidisciplinary treatment has been established as a consensus. On the other hand, the subjective character of the experience of pain contributes to the reticence by medical and governmental authorities in determining the status of disease to this syndrome. In this context, the patients, while search for the cure to their pain, clamor for the legitimation of fibromyalgia as a disease. Our proposal is to consider the eventual function

of fibromyalgia in psychic structuration as a subjective solution. Aiming this, the clinical and theoretical references of Lacanian psychoanalysis provide elements to reflections about the body's pain and its place in psychic economy. Clinical data suggest some specificity in the uses of pain in the psychic structuration of each subject. From the current status of researches in this matter and considering the scarcity of studies in psychoanalysis' field, we look forward to contributing to an approach to fibromyalgia which sustains the particularities of enunciation in the report of the experience of pain. Without intending to reduce fibromyalgia to any psychopathological profile, as hysteria or depression, we aim to underline the relevance of the subjective position of the one who suffers in body to the diagnosis and treatment of fibromyalgia.

Keywords: Fibromyalgia. Subjective position. Psychoanalysis. Chronic pain. Body.

Fibromialgia: uma doença

A existência de estados dolorosos crônicos sem substrato orgânico, doenças da **dor**, é assinalada desde o século XIX. Dentre elas, a **fibromialgia** (FM), conhecida como fibrosite desde 1904 (Gowers, 1904), tem denominação bastante recente (Smythe e Moldofsky, 1977). Reconhecida pela OMS em 1992, sob a identificação M 790 na classificação internacional das doenças (CID), essa síndrome é definida como composta de dores músculo-esqueléticas acompanhadas, frequentemente, de transtornos do sono e fadiga. A partir dessa classificação, que lhe confere um estatuto de doença, o aumento do interesse sobre a fibromialgia repercute em numerosos estudos (Kahn, 1989; Kochman, 2002; Heymann, 2006; Saltarelli, Pedrosa, Hortense e Sousa, 2008). No entanto, sua etiologia permanece obscura e parece remeter a uma origem multifatorial, sem que nenhuma causalidade orgânica tenha sido detectada (Sordet-Guepet, 2004).

Em termos epidemiológicos, a incidência da fibromialgia é de 1,3% na Europa e de 2% nos EUA (Menkès e Godeaul, 2007). Na França, atinge de 1 a 2% do total da população, dos quais quase 70% são mulheres. Concerne até 20% das consultas em reumatologia, perfazendo 10% das consultas motivadas por dor. Seu

aparecimento se dá, geralmente, entre 25/30 anos e 50 anos, sua incidência é fraca em pessoas com mais de 70 anos, assim como em crianças e adolescentes (Gaspard, 2009). No Brasil, os dados mais recentes, e que servem de base a estudos médicos, referem-se a levantamento realizado na cidade mineira de Montes Claros (Senna et al., 2004). Segundo eles, a prevalência observada na população é de 2,5%, a maioria sendo de sexo feminino, das quais 40,8% com 35 e 44 anos de idade. Desses dados, ressalta-se a predominância da incidência dessa síndrome entre as mulheres. Esse fato pode levar a uma aproximação da fibromialgia com o feminino (Leite e Pereira, 2003) e com a histeria (Marques, Slompo e Bernardino, 2006).

Observe-se que a classificação da fibromialgia como uma síndrome não resolve a polêmica em torno da questão de seu estatuto de **doença** entre os especialistas no assunto. Assim, longe de reunir um consenso, o tema suscita controvérsia e seu diagnóstico permanece em discussão (Quartilho, 2004; Eisinger, 2000). Isso, em função da falta de causalidade orgânica detectável – anomalias biológicas ou anátomo-biológicas – e do caráter subjetivo dos transtornos nela implicados (Menkès e Godeaul, *Ibid*), apesar da tese de uma disfunção no processamento da dor estar ganhando terreno entre os reumatologistas (Martinez, 2006). Nesse contexto, a **Sociedade Brasileira de Reumatologia**, considerando a fibromialgia uma das doenças reumatológicas mais frequentes, promoveu um estudo com o intuito de atualizar as diretrizes do seu tratamento, mas também de “inovar, ao reunir especialistas de outras áreas médicas com conhecimento desta síndrome, para elaborarem um consenso sobre seu tratamento” (Heyman et al., 2010, p. 57). Fiéis a seu propósito, os autores do referido estudo não mencionam qualquer polêmica a respeito dessa síndrome. Ao mesmo tempo, ao defini-la como “um estado de saúde complexo e heterogêneo no qual há um distúrbio no processamento da dor associado a outras características secundárias” (*Ibid*, p. 59), parecem não creditar a ela o estatuto de doença. Nesse sentido, afirmam igualmente que “a dor crônica é um estado de saúde persistente que modifica a vida” (*Idem*). Coerentemente com essa avaliação, um dos resultados do estudo aponta: “Houve consenso que a fibromialgia não justifica afastamento do trabalho” (*Idem*).

Em outra direção, entrando na discussão sobre a legitimidade da caracterização da fibromialgia como doença, o relatório da **Academie Française de Médecine**, datado de 2007, chama a atenção para o fato de que a CID classifica a fibromialgia tanto entre os transtornos do aparelho locomotor quanto nos de somatização (F 45), dependendo somente do médico a decisão sobre a classificação diagnóstica (Menkès e Godeaul, *Ibid*). A relevância desse debate se liga às implicações quanto ao custeio público do tratamento dessa síndrome, de caráter crônico e sem tratamento consagrado, e no plano do trabalho, com a abertura da possibilidade de dispensas e licenças remuneradas.

A maioria dos textos sobre o tema indica uma possível comorbidade psiquiátrica no que concerne à presença de transtornos de ansiedade e depressão. Sendo assim, apontam a adequação do recurso a tratamentos medicamentosos e não medicamentosos. Digno de nota, a indicação de tratamento psicoterápico é mencionada no recente estudo brasileiro sobre o tema ao mesmo tempo em que os exercícios de alongamento e assimilados (Heyman et al., *Idem*). De todo modo, a indicação de uma abordagem multidisciplinar para o tratamento dos casos de fibromialgia parece consenso na maioria dos trabalhos da área médica, figurando tanto no recente estudo **Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia** (Heyman et al., *Ibid*) quanto no relatório da Academie Française de Médecine (Menkès e Godeaul, 2007).

Ao mesmo tempo, uma das vertentes das pesquisas sobre a fibromialgia é a busca de evidências para seu diagnóstico. Profissionais reunidos em Barcelona, em 2008, na Jornada **Fibromialgia: Una enfermedad más visible**, avançam algumas conclusões otimistas nesse sentido. Na ocasião, anunciam um avanço no conhecimento das alterações físicas, de cunho neurológico, graças ao aporte das novas tecnologias aos estudos da fibromialgia e outros processos de dor crônica:

O umbral de estimulação requerido para transformar um estímulo sensorial em uma possível ameaça está significativamente rebaixado na Fibromialgia, sendo uma das características principais do processo neurológico, que afeta de forma extensa todo sistema

e pode converter informações subclínicas em sensações desagradáveis em diferentes partes corporais. (Collado, A., 2008, p. 517-518).

Em perspectiva diversa, um trabalho publicado pela **Sociedade Portuguesa de Reumatologia** (Quartilho, Ibid) observa que a luta dos doentes pela legitimação dos sintomas pode consistir em um fator de manutenção das queixas e contribuir desfavoravelmente para a evolução do quadro. Essa luta se afirma em vários países da sociedade ocidental sob forma de associações de doentes, mas também a partir de iniciativas individuais direcionadas a organismos públicos.

Em março de 2007, a partir da demanda de um cidadão no sentido do **reconhecimento** da fibromialgia, o Jornal do Senado da França, publica a resposta do Ministère de la Santé et des Solidarités, com o título **Reconnaissance de la fibromyalgie**¹. A interpelação se justifica não somente pelas dificuldades de tratamento para a mesma, mas pelo que os doentes ressentem como suspeita das pessoas a sua volta, incluindo empregadores e funcionários da administração pública. Essa situação é atribuída à falta de conhecimento do grande público acerca dessa síndrome. Em função disso, os doentes sentem-se isolados e, até mesmo, excluídos. Em sua resposta, o responsável governamental sublinha que não há tratamento específico para a síndrome e ressalta o caráter necessariamente individualizado e multidisciplinar do atendimento.

O caráter eminentemente subjetivo dos transtornos ligados à fibromialgia (dor, fadiga, mal-estar, transtornos do sono) sugere a adequação de uma avaliação e de uma terapêutica de tipo **multidisciplinar**. Com efeito, quaisquer que sejam as modalidades de tratamento escolhidas, os elementos psíquicos não podem ser negligenciados por muito tempo. De fato, se a cronicidade e a estabilidade da síndrome fibromiálgica se opõem às variações dos transtornos do humor, sabe-se que, do contrário, os estados dolorosos intensos e/ou prolongados implicam, frequentemente, em reações depressivas. Essas situações de reforço mútuo, de entrelaçamento entre as dores crônicas e a depressão, assim como a ideia de uma alternância de transtornos em função do estado psíquico e da experiência subjetiva do paciente, fazem com que, frequentemente, a proposta

de um acompanhamento psicoterápico seja indicada.

Frente a essa discussão, interessa-nos buscar apreender as possíveis **funções** da fibromialgia na economia psíquica dos sujeitos que dela sofrem. Sublinhe-se que os textos médicos sobre o assunto, ao repertoriar os fatores psicopatológicos ligados à fibromialgia, notadamente depressão e ansiedade, referem-se a tratamentos medicamentosos e à psicoterapia, sem mencionar a psicanálise. Ao mesmo tempo, as contribuições de nosso campo sobre o estudo do tema são pouco numerosas, embora relevantes. (Gaspard, 2009; Marques, Slomo e Bernardino, 2006; Leite e Pereira, 2003; Fernandes, 2001).

No contexto desse trabalho, nossa interrogação concerne à **posição subjetiva** daquele que sofre de fibromialgia. O que essa patologia pode ensinar ao psicanalista? Apostamos que, para além da doença, há um sujeito em questão e que o diagnóstico em psicanálise se produz a partir da posição que este ocupa frente a seu sintoma. O que, para além da dor, do dito, comporta uma enunciação, um dizer singular? Se na medicina o diagnóstico se alicerça nos fenômenos comprovados e numa probabilidade estatística, a psicanálise busca, para além dos fenômenos, os modos de enfrentar as singularidades do sofrimento. O que a dor psíquica, implicada na dor física, faz avançar a psicanálise em cada caso? Se a fibromialgia não pode ser igual para todos, mesmo que haja uma tipologia, uma particularidade sintomatológica na doença, o traço único dirá mais sobre aquele que sofre e sobre o uso que faz de sua dor.

O desafio clínico da dor crônica

Os critérios mais comumente admitidos para a **avaliação clínica** são os propostos pelo American Collège of Rheumatology (Wolfe et al., 1990). Eles se ligam, essencialmente, à observação positiva e só levam em conta uma associação eventual com outros transtornos no caso de definição de uma fibromialgia secundária. São assim definidas, excluindo-se todos os outros signos radiológicos ou biológicos significativos: a existência de dores difusas há mais de três meses e a presença de pelo menos onze pontos dolorosos (dos dezoito descritos pela A.C.R.) por ocasião de uma pressão digital moderada, indolor em um sujeito sadio. Os elemen-

tos de uma autoavaliação da dor são geralmente coletados com o auxílio de entrevistas semiestruturadas e instrumentos de avaliação, tais como escalas de medida (intensidade da dor, estado psicológico, intensidade do alívio da dor etc.), questionários de descrições verbais, esquemas de zonas dolorosas e instrumentos de avaliação multidimensional sobre as implicações da dor. A escala **Regional Pain Scale** (RPS) é um questionário autoadministrado que permite medir a dor corporal sem pesquisa dos pontos dolorosos (Wolfe, 2003). O questionário **Fibromyalgia Impact Questionnaire** (FIQ) permite avaliar o impacto da fibromialgia sobre as ações da vida cotidiana, familiar e social, a capacidade de trabalho e as consequências do trabalho sobre as dores, mas também o nível de fadiga, o nível de ansiedade etc. Permite, igualmente, medir a eficácia dos cuidados. (Bennett, 2005). Todavia, o diagnóstico adequado das síndromes dolorosas apresenta-se sempre como uma tarefa delicada. (Boureau, Luu e Doubrere, 1994).

Face à extrema dificuldade de passar de uma evocação subjetiva da dor à sua **objetivação**, o embaraço dos profissionais da área da saúde junta-se à “disputa” dos pesquisadores, opondo, como no caso de outras sintomatologias atuais, os defensores da explicação funcional, do déficit neuroquímico, de uma disfunção do sistema nervoso autônomo² ou de um desregramento do tratamento cortical e subcortical da dor. Assim, certas anomalias diagnosticadas por ocasião de exames musculares são não específicas. A presença de ondas alfa rápidas detectadas por ocasião de estados de sono lento profundo explicariam tanto os transtornos do sono quanto as dores difusas.

Em relação ao modelo biomédico clássico, a proposição de um tratamento complementar parece ainda mais indicada porque o médico é confrontado, nesses casos, às diversas e paradoxais situações da presença de dores sem lesão. Enquanto a dor aguda é um indicador precioso para o estabelecimento de um diagnóstico, a **dor crônica**, por ter perdido seu caráter de sinal de alarme, remete a um emaranhado de determinações de ordem somática, psicológica e/ou ambiental. A importância de cada um desses fatores na manutenção ou no agravamento do processo doloroso demanda, então, uma verdadeira abordagem holística. Até porque, ao se tornar crônica, a linguagem da dor tem tendência a enfatizar

as dimensões emocionais e afetivas.

Em relação ao modelo biomédico clássico, a proposição de um tratamento complementar parece ainda mais indicada porque o médico é confrontado, nesses casos, às diversas e paradoxais situações da presença de dores sem lesão. Enquanto a dor aguda é um indicador precioso para o estabelecimento de um diagnóstico, a **dor crônica**, por ter perdido seu caráter de sinal de alarme, remete a um emaranhado de determinações de ordem somática, psicológica e/ou ambiental. A importância de cada um desses fatores na manutenção ou no agravamento do processo doloroso demanda, então, uma verdadeira abordagem holística. Até porque, ao se tornar crônica, a linguagem da dor tem tendência a enfatizar as dimensões emocionais e afetivas.

Nesse contexto, o peso dos códigos e das limitações socio-culturais, mas também psicológicas, para todo paciente convidado a relatar sua **experiência de dor**, deveria ser levado em conta. Dentro dessa orientação, a consideração da enunciação do paciente evitaria três obstáculos principais: primeiro, responder na urgência à demanda urgente de alívio (lógica da sedação); segundo, um sentimento de fracasso ou de impotência, que pode conduzir à multiplicação das investigações e dos atos técnicos não produtivos; e, por fim, a manifestação de atitudes de rejeição em relação à pessoa que sofre, em função de sua própria incapacidade para decodificar ou tratar essa expressão de dor. A incompreensão pode levar, se nos referimos às defesas acionadas tanto pelo médico como pelo paciente, a situações de discordância na transmissão de informações, de subestimação ou, ao contrário, de superestimação da dor. Isso pode levar a possíveis falhas no atendimento, a impasses terapêuticos, até mesmo, por vezes, ao agravamento da experiência de dor.

Sublinha-se, assim, a necessidade de a formação médica enfatizar a qualidade de uma escuta sem julgamento, além da dimensão clínica, que consiste verdadeiramente em se colocar “na cabeceira do doente”. (Poindessous, Menegoz e Stanek, 2000). Somente ela pode permitir o desenvolvimento de um **espaço narrativo** onde o paciente dará testemunho da realidade subjetiva de seu sofrimento, buscando contextualizá-la e tentando, desse modo, traçar suas primeiras coordenadas. De fato, uma iniciativa

dessa natureza consiste em criar condições para uma elaboração prévia da queixa e do mal-estar, levando ao esboço de uma demanda de mudança. Demanda que pode, então, abrir a via de um acompanhamento. Nessa perspectiva, a adesão ativa do paciente ao projeto terapêutico é solicitada, notadamente pelo recurso a um protocolo de cuidados individualizado. Sustentando junto ao paciente o interesse em um percurso de cuidados em parceria (reumatologista, psiquiatra, psicólogo, reeducador etc.), o médico pode abandonar mais facilmente sua posição de mestria quanto ao saber para sustentar seu paciente no trabalho de modificação de sua posição em relação à doença. Inscritas na inspiração do modelo biopsicossocial, encontram-se principalmente as abordagens terapêuticas centradas sobre a dor propostas aos pacientes fibromiálgicos. (Houvenagel, 2001). Ao mesmo tempo, há a indicação a combinação de quimioterapia e psicoterapia (Perrot, 2001; Boureau, 2004).

Certamente, a dor crônica, em sua repetição ou cronificação, complexifica as determinações ligadas ao modelo biopsicossocial. Entretanto, colocar o projeto terapêutico a serviço de uma lógica de sedação da experiência de dor e, também, de domínio dos afetos e de controle de sensações, parece conduzir a um impasse sobre o que está em questão para o paciente. Isso se dá frequentemente a despeito dele e para além da compreensão que o mesmo pode ter de sua doença, assim como das atitudes e condutas que adota em relação a ela. Em outros termos, pensamos que os sinais clínicos, os sintomas em sua acepção médica, só podem ter sentido no **particular** do caso e na relação com a singularidade do sujeito.

Com efeito, tudo o que atinge o corpo mobiliza o campo do **imaginário** – fantasias, identidade e identificações –, mas também as modalidades de inscrição do sujeito no laço social e sua relação ao Outro³ (Lacan, J., 1978), a dimensão **simbólica**. A abordagem da fibromialgia através da relação entre os três registros, real, imaginário e simbólico, pode ser radicalmente diversa em função do diagnóstico diferencial, notadamente no que concerne ao tipo de enlaçamento entre eles ou, em outros termos, a uma estruturação neurótica ou psicótica. Assim, no lugar de sustentar a ideia de que é preciso, a todo preço, “erradicar” definitivamente qualquer síndrome dolorosa e qualquer sofrimento psíquico associado, en-

tendemos que seria útil atentar para o que está em jogo em termos estruturais e inconscientes. Ocorre que, por vezes, a dor crônica, ocupando o centro do cenário, oculta radicalmente todas as outras experiências de vida afetiva ou social do sujeito.

Caberia, a partir desse contexto, pensar como a fibromialgia encontra via fértil de inscrição, como solução psíquica, na topologia borromeana do sujeito. Lacan, ao enfatizar o corpo na psicanálise, especialmente no final de seu ensino, indica a interseção do registro real com o simbólico para falar de um gozo específico do sintoma, o gozo fálico. Nele, a ênfase estaria fora do imaginário, fora do corpo. Entretanto, é na interseção entre o imaginário e o simbólico que Lacan aponta para um gozo que produz sentido, usando a homofonia: *jouissance*: *jouis* (gozo) e *sens* (sentido) traduzido como gozo-sentido. Nesse modo de amarração o que dá consistência aos fenômenos da fibromialgia são os sentidos imaginários que o sujeito encontra para gozar com o sofrimento, fazer o corpo ‘falar’ de uma dor (psíquica) impossível de simbolizar. Por outro lado, se consideramos a interseção do real com o imaginário veremos que o autor situa aí o gozo do Outro, ou seja, o que está fora do simbólico, fora da palavra. A fibromialgia, dentro desta perspectiva, poderia ser abordada como fenômeno psicossomático.

Ter ou ser um corpo?

Um **corpo** é sempre, para um sujeito, algo de seu. Nesse sentido, para existir, cada um depende de **ter** um corpo⁴. Assim, ao abordarmos as paixões, ideais ou afetos, ou o que, a partir da filosofia clássica resumiríamos como psique ou alma, a referência a um corpo com sua função de suporte é necessária. Isso torna bastante complexa a análise do corpo, por instaurar uma relação de copertinência entre o ser e sua materialidade. Esse é o cerne de grandes questões que atravessam nossa cultura: a vida, o nascimento, a morte e, um tema caro à psicanálise, a diferença sexual.

No **Fedro**, de Platão (1950), conhecido como o segundo discurso de Sócrates, há uma ruptura aparente entre a imortalidade da psique e a mortalidade do corpo. Nele, a alma seria tanto divina como humana, do ponto de vista seus estados e atos. A clássica comparação entre a divisão corpo e alma com a da carruagem e

seu cocheiro acaba por marcar uma distinção entre o que se move por si mesmo (o imortal) e o que se move por intervenção de uma outra força (o mortal). Nesse sentido, não seria o cocheiro e sim a carruagem, que estaria sujeita à corrupção dos corpos. Não seria a alma mortal, mas o conjunto formado pela carruagem e seu cocheiro suscetível à mortalidade? Sobre isso, Vernant (1965) sinaliza uma transposição entre a instituição simbólica grega arcaica e esse momento em que, na filosofia, a alma não mais deve sua existência às divindades. As ideias são imortais e, segundo Platão, divinas. Esse entendimento, que atravessará séculos de filosofia, de que o corpo é instituído simbolicamente, marca a ruptura com a instituição arcaica. Aristóteles, em **De l'âme** (1969), traz o corpo referido pelas sensações de seus próprios movimentos (*kinesthèses*) e pelas sensações globais (*coenesthèses*), onde o que lhe excede é relatado como “vivido” ou como sendo do “psíquico”.

A partir do século XVII o corpo físico é objeto da ciência positiva, quer dizer, alvo de experimentações suficientemente definidas para que possam ser reprodutíveis por qualquer experimentador. Em toda teoria científica o conhecimento objetivo do corpo físico somente pode ser obtido se evacuarmos a questão de saber **o que é** um organismo vivo, um órgão vivo ou uma célula viva (Richir, 1993). Sem dúvida, é o pensamento de Descartes que promove uma revolução na fundamentação filosófica do corpo. A forma moderna do dualismo entre a alma e o corpo apresenta seu ponto de origem e argumentação no dualismo cartesiano. Esse dualismo está na base da ciência moderna. Ela encontra sua condição de possibilidade quando deixa de se inquietar com a vida e ‘cadaverizando’ o corpo, seu objeto de estudo, em um sistema que jamais explicará a *res cogitans*.

Para a psicanálise, o corpo é inaugurado com a experiência cartesiana de separação entre a *res cogitans* e a *res extensa*. Não que essa separação equacione as questões impostas à teoria psicanalítica a partir de seus postulados básicos. O homem cartesiano está condenado a pensar para existir enquanto a psicanálise subverte essa questão com sua hipótese do **inconsciente**. A ausência de fundamento orgânico para explicar algumas disfunções do corpo levou Freud a falar da erogeneidade dos órgãos. No caso de cegueira parcial, o olho se comportaria como ‘um órgão genital’

e Freud atribui essa disfunção à “repressão do prazer erótico de ver” (Freud, 1910/1986, p. 215). Assim, podemos afirmar que a base da construção da clínica freudiana foi o encontro com o corpo histérico, com sua anatomia imaginária, subvertido pela ordem simbólica. Sendo assim, o saber sobre o corpo que, a partir daí, a psicanálise elabora, é tributário da experiência inédita que inaugura.

Certamente, o que caracteriza o conhecimento objetivo do corpo é a produção de regularidades objetivas cada vez mais finas. Em contrapartida, o sentido daquilo que faz com que o corpo se mantenha como um **organismo** se perde. O discurso médico trata das sensações como pertencentes a um corpo que é objeto físico, fruto de um dispositivo orgânico extremamente complexo. Mesmo o cérebro, como é o caso das neurociências e ciências ditas cognitivas, é concebido como um sistema extraordinariamente complexo interconectado com outros sistemas do corpo. O risco, a partir disso, para além do relevante aporte ao aprofundamento do conhecimento nesse campo, seria chegarmos a acreditar que as trocas de sinais podem dar lugar ao pensamento e às ideias. Porque nesse caso nós seríamos nossos corpos como dispositivo cego do pensamento, maquiinalmente, sujeitos ao acaso dessas trocas.

O discurso científico, representado pelo discurso médico, como demonstra Canguillem (1971), esforça-se para converter aquilo que não faz sentido no corpo em algo passível de ser nomeado. Assim, um diagnóstico será sempre invenção nominalista diante do não sabido. Essa lógica é cara ao pensamento moderno na medida em que o fracasso do dispositivo religioso em fabricar sentidos aos enigmas do corpo⁵ convoca o cientista a obturar o vácuo de sentido que aí se estabelece. Por outro lado, em termos individuais, no momento em que irrompe um mal-estar e a esse **mal-estar** é atribuído um nome, por exemplo, o nome de uma doença, o corpo desse sujeito fica, para sempre, afetado por um efeito de nomeação, marca do significante sobre sua carne. Por conseguinte, um problema se apresenta ao conjugarmos o exercício da fenomenologia com o nominalismo científico. A percepção das sensações, como na experiência da dor, apresenta-se ao sujeito como dor de seu ser até o momento em que um nome arrasta essa dor para longe da identidade do sujeito, fazendo dessa dor Outra coisa que não seu próprio ser. A própria tarefa de pensar estabelece uma relação de alterida-

de para o sujeito. Constata-se uma inversão de paradigmas onde a loucura revelaria a verdadeira condição do sujeito, seu pensamento é o pensamento do Outro. Nessa perspectiva, a neurose seria o **delírio** de assumir para si mesmo esse pensar que nada diz sobre seu ser. A imagem do corpo tampouco é tradução de um corpo em si, ela se forma igualmente como corpo do Outro a partir do estádio de espelho. Isto se deve ao fato de que o objeto que interessa ao humano é o objeto do desejo do Outro.

Quais seriam, então, as condições de existência para o sujeito, uma vez que nem a condição de pensar e nem o júbilo diante de sua própria imagem no espelho podem defini-lo? A resposta pode ser buscada a partir de uma outra pergunta: o que, no sujeito, não vem do Outro? O Outro como universal, uma vez que tudo que pode ser dito vem do Outro, fornece quase tudo que permite ao sujeito se dizer humano, inscrevendo-o na coletividade. Porém, apenas aquilo que falta ao Outro poderá dar indícios de existência para um sujeito singular, ponto onde ele não tem nenhum modelo como apoio. Ou seja, apenas as **sensações** enquanto não podem ser **nomeadas** pelo Outro podem dar indícios das condições de corporeidade do sujeito. Como o sujeito pensa e fala mediante o dispositivo simbólico, torna-se necessário descobrir como, a partir desse próprio dispositivo estabelecido pelo Outro, é possível encontrar sua inconsistência. Sobre isso, Abelhauser sublinha o que à psicanálise interessa: “Esse corpo – que ele não é e que ele não possui, mesmo se pode, de bom grado, cultivar essa crença – cumpre para o sujeito certas funções...” (2009, p. 51).

É próprio à estrutura do discurso um certo tratamento do gozo, entretanto, o **discurso da ciência** por tomar o real pela verdade, foraclui a singularidade como traço diferencial do ser falante. O produto é o retorno sobre o corpo de um gozo onde a única medida possível fica reduzida a ele próprio, a arranjos onde o corpo é tomado como substrato direto, sem intermediação. No mesmo movimento, o que serviria para dar um tratamento ao gozo, advém como um imperativo – o real não se reduz à verdade. O imperativo “Goza!” leva o humano até o ponto onde o corpo perde seus limites – onde não há Outro para localizá-lo! Na clínica, a passagem ao ato, que comumente estava circunscrita às psicoses, estendeu seus limites, pois às vezes, é o único recurso de um sujeito para

localizar seu corpo próprio: cortes na carne, marcas indeléveis na pele, mutilações de toda sorte como formas de constituir um corpo (Besset, Carrijo, Benedicto, Gaspard e Teles, 2008).

O Outro contemporâneo, o **mestre moderno** capitalista, encontra respaldo no discurso da ciência e promove mutações nos modos de gozar do sujeito falante. A psicanálise de orientação lacaniana muda a ênfase que antes estava posta na relação do sujeito com o desejo, regulado pela falta cujo significante príncipe era o falo, para um domínio de uma nova modalidade de gozo, denotando um outro regime de regulação da civilização. A inexistência do Outro (Miller, 2005) promove modos de identificação muito diversos da época do nascimento da psicanálise e os sintomas se apresentam em novas roupagens. A partilha dos sexos denuncia seu fracasso e o direito ao gozo se torna uma norma (Melman, 2002). Essa nova lógica de funcionamento está diretamente vinculada ao discurso que a ciência moderna introduziu no mundo.

A dor, se considerada como fenômeno de corpo, pode ser entendida como a emergência do corpo não recoberto pelo simbólico, tal como abordado por Lacan em um momento de seu ensino (1986). Em um mesmo corpo é possível que se manifeste o que pode ser simbolizado, e faz sentido, e um gozo fora do sentido, característico do registro do real (Lacan, 2005). A concepção do corpo a partir da teoria lacaniana dos nós borromeanos permite pensar sua função de enlaçamento dos três registros (S,R,I). O corpo real é o corpo que, como efeito do discurso científico, é carne, desprovido de sentido, não mais portador de uma mensagem. Instala-se, assim, um circuito de mão dupla: o mesmo discurso que evacua o sentido do corpo não cessa de produzir nomes para tentar significá-lo.

A fibromialgia: uma solução subjetiva?

Numerosos autores reconhecem o importante e até mesmo preponderante papel dos fatores psíquicos no surgimento da fibromialgia. Ao mesmo tempo, majoritariamente, rejeitam a assimilação desta a qualquer doença psiquiátrica e somente o componente psicossomático é, em certos casos, evocado. Uma vulnerabilidade psicológica marcada pelo *stress* (Boureau, 2000), a tendência

ao “catastrofismo”, à “vitimização”, por vezes uma hiperatividade de prévia, um contexto de tensão emocional constante, ansiedade e afetos depressivos vêm esboçar um quadro **psicológico** do paciente fibromiálgico. Todavia, sublinha-se que as relações de causalidade entre os sintomas psiquiátricos e a fibromialgia são difíceis de confirmar. (Menkès, Godeaul, 2007).

Certamente, os transtornos encontrados na fibromialgia (fadiga, transtornos do sono, dores de cabeça, diminuição da atividade cognitiva) fazem pensar em sinais de **depressão**, acrescidos de uma síndrome dolorosa. No entanto, aí não se encontram nem as ideias suicidas nem os elementos de desvalorização e autoacusações. Do mesmo modo, se os autores sublinham as relações inegáveis entre a fibromialgia e uma extensa lista de transtornos psicológicos, entre os quais a hiponcondria, transtornos funcionais e somatoformes, o critério principal das dores difusas parece, entretanto, separá-los (Kochman, Hatron, 2003). Unicamente a comorbidade entre os estados de stress pós-traumático (SPT) e a fibromialgia, tanto em termos da expressão sintomática como no da anamnese (eventos traumáticos, violência, abusos sexuais etc.) parece confirmada no plano clínico. Geralmente, a fibromialgia inicia-se após um traumatismo psíquico (eventos recentes ou passados, situação prolongada de stress etc.) ou físico, por vezes mínimo (traumatismo, cirurgia, acidente de trabalho, de trânsito etc.).

Dados de pesquisas recentes sobre a dor (Doucet, 2000; Gaspard e Doucet, 2007), assim como da experiência clínica no âmbito de acompanhamentos ou psicoterapias (Gaspard, 2008), mostram que o que se poderia chamar de ‘teorias do sujeito’ nos levam à pluralidade, largamente reconhecida, dos **usos** da dor (Eisinger, 2000). Assim, a fibromialgia pode intervir na economia psíquica do sujeito em uma função de apelo, no contexto de uma lógica de dependência do outro, impasse ou falha do trabalho de separação vis-à-vis das imagens parentais; ou de proteção vis-à-vis de uma onipresença do Outro, que seja familiar, profissional etc; mas também como mecanismo defensivo, em relação a um conflito inconsciente, dando origem à culpabilidade. Ela pode servir também de resposta débil e primeira frente ao inassimilável de uma invasão traumática, a uma ruptura no quadro fantasmático

neurótico, a um mal-estar existencial ou a uma mudança radical de vida que mobiliza os recursos sublimatórios do sujeito, tais como: a menopausa, a saída dos filhos de casa, uma aposentadoria, dentre outros fatores. Sobre isso, relata uma paciente: “Então, fiquei doente em janeiro e V. [seu filho] terminou os estudos no mês de junho. (...) Ele podia trabalhar e se assumir”. Um outro sujeito estabelece uma relação entre a **sua** fibromialgia e “as coisas da vida”. Como uma espécie de personificação, de duplo dela mesma, é seu corpo que se manifesta no momento de uma escolha, que responde às coisas que ela não quer: “A fibromialgia está ligada ao stress no trabalho. (...) Talvez, para me afastar do trabalho porque eu não ousava mais dizer não”. Para outra, a fibromialgia constitui um verdadeiro barômetro de seu estado psíquico, especialmente nas ligações que percebe entre as diversas afecções (quistos, fibroma) e a demanda de reconhecimento no âmbito profissional ou à demanda de amor aos entes queridos. A doença dolorosa “não ocorre por acaso”, surge como reação “contra os eventos externos”, cada vez que ela tem um problema, uma angústia, algo para resolver, como se não pudesse “enfrentar os problemas da vida”.

A síndrome, com efeito, pode surgir para o sujeito como última solução de recusa (Gaspard, 2009) e ocupar uma verdadeira **função** de enlaçamento. Ela pode indicar um acesso ao que há de mais singular, produzindo, assim, uma peculiar forma de laço social, quando permite ao sujeito, na histeria, por exemplo, exibir através de sua dor corporal um desafio ao discurso médico. Assim, a fibromialgia pode comparecer no sintoma, na neurose, como um modo de gozo ou como um fenômeno psicossomático em qualquer estrutura clínica. Nesse ponto, concordamos com Ebtinger (2007), em que os fenômenos de conversão não elucidam por completo o determinismo psíquico da dor.

No âmbito da psicose, a síndrome pode participar de um esforço para apreender os limites corporais ou, até mesmo, como em casos de esquizofrenia, corresponder a uma tentativa de **se fazer um corpo**. Esse corpo, pelas dores e sensações difusas que produz, torna-se o parceiro do sujeito. Em casos onde a imagem do corpo não fornece a um sujeito a crença de ter um corpo e, em consequência, de existir no mundo; a dor, como sensação, pode vir a desempenhar essa função. É a hipótese de Ebtinger (Ibid) na

abordagem do caso clínico de um sujeito acometido de uma dor física permanente após sofrer um acidente, sem nenhum substrato na realidade do corpo.

Por vezes, por sua recorrência e cronicidade, a fibromialgia pode participar de uma **suplência** nos casos de psicose, tanto extraordinária como ordinária⁶. Dessa forma pode evitar uma descompensação ou, do mesmo modo que alguns desdobramentos de dores de cabeça ou vertigens, pode ser um dos sinais clínicos de um desencadeamento psicótico. Sendo assim, uma extrema prudência é recomendada em relação às dores crônicas rebeldes e aos numerosos fenômenos psicossomáticos. Propondo a fibromialgia como um fenômeno de ordem histérica ou psicossomática, Leite e Pereira (2003) afirmam: “A dor marca o limite do eu atravessado por um excesso. Ela erotiza o corpo que arrisca revelar-se como carne crua, ela reveste o corpo orgânico que tanto horroriza

Em alguns casos, a **legitimação** da doença através do diagnóstico pode permitir ao sujeito a obtenção de um certo alívio e, em outros, funcionar como limite ao desenvolvimento de um delírio. De fato, o reconhecimento da dor, ou até mesmo de um eventual *handicap*, abre a possibilidade de se ter à mão, como um *prêt-à-porter*, uma causa que fornece certo sentido aos males somáticos, mas também aos psíquicos. Ao mesmo tempo, pode permitir a reinserção do sujeito no coletivo, no ‘como todo-mundo’, com um estatuto normativo, por assim dizer. Graças a essa identidade postíça obtida com o selo da fibromialgia, o fato de experimentar certos gozos corporais não precisa mais ser escondido ou calado.

De todo modo, na pesquisa sobre essa síndrome que desafia o saber científico vigente, como na de todas as patologias-limite que nossa modernidade repertoria, o debate entre normal e patológico parece ultrapassado, o que nos obriga a pensar esses eventos em termos sociopolíticos (Gori e, Del Volgo, 2005) e sociohistóricos (Arveiller, 2002 ; Sordet-Guepet, 2004). Com efeito, a fibromialgia não pode ser compreendida como uma simples versão atualizada de episódios de conversão (Trillat, 2006), nem reduzida ao campo psicossomático. Em função disso, entramos em um campo escorregadio e contraditório no qual as autoridades da medicina, tanto quanto os pesquisadores, se mostram reticentes em legitimar um estatuto oficial de doença, com todas as consequências médico-

sociais e econômicas resultantes (Kahn, 2001). Apesar do ativismo na cena midiática das associações de doentes, a multiplicação das reportagens de televisão e de artigos, a razão desse recuo dos especialistas se deve, em primeiro lugar, ao caráter **subjetivo** dos transtornos relatados.

Em contraposição às tentativas sempre indefinidas para desenhar um **perfil típico** do paciente fibromiálgico, a orientação que propomos é a referência a uma psicopatologia sustentada na consideração do sujeito. Assim, não se trata de enfatizar a 'cura a todo preço', mas ao contrário, considerar a eventual função da fibromialgia na estruturação psíquica como **solução subjetiva**. Nessa perspectiva, o clínico (médico, psiquiatra, psicólogo e/ou psicanalista) deve sustentar a enunciação do sujeito em sua tentativa de esboçar uma teoria pessoal de sua doença. É um primeiro passo, mas uma via para permitir ao sujeito mudar ou, pelo menos, modular sua posição face ao sofrimento sem remédio. Em alguns casos, esse pode ser um caminho para uma verdadeira mutação subjetiva, uma abertura para a interrogação sobre a maneira de se colocar no mundo, a singularidade de sua relação ao saber, ao real do sexo e à morte. Em outros, o reconhecimento da **legitimidade** de um sofrimento particular, a partir de um nome que a ciência fornece, pode ser ocasião de um apaziguamento face à interpelação de um gozo inominável.

Notas

1. Questão escrita n° 26683 de M. Ivan Renar (Nord - CRC) publicada no JO Sénat de 22/03/2007 – p. 628; Resposta do Ministère de la santé et des solidarités publicada no JO Sénat de 03/05/2007 – p. 915. <http://www.senat.fr/questions/base/2009/qSEQ090709431.html>
2. Há, nos pacientes, uma redução do limite de sensibilidade à dor que legitima a escolha de pontos dolorosos a partir de uma pressão como critério de classificação.
3. Aqui, o Outro é uma referência de ordem geral, cujas figuras, Deus, o Estado, a Cidade, entre outras, remetem a um lugar de

determinação e de introdução da lei, em resumo, a uma ordem simbólica prévia e exterior ao sujeito.

4. A generalização aqui exige que sublinhemos: no caso dos sujeitos que podem dispor dessa crença.
5. Tomamos como paradigma maior o gozo feminino e as sensações de êxtase tão bem descritas por Santa Tereza d'Ávila.
6. Nossa referência é a denominação proposta por Miller, J.A., 1999.

Referências

- Abelhauser, A. (2009). Le corps est l'âme. In J.-L. Gaspard & C. Doucet (Orgs.), *Pratiques et usages du corps dans notre modernité* (pp. 47-56). Toulouse, France: ERES.
- Aristóteles. (1969). *De l'ame* (J. Tricot, Trad.). Paris: Vrin.
- Arveiller, J. P. (2002). Chômage, dépression: Un couple moderne. *L'Information Psychiatrique*, 1, 37-42.
- Bennett, R. (2005). The Fibromyalgia impact questionnaire (FIQ): A review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23 (Suppl. 39), S154-S162.
- Besset, V. L., Carrijo, L. F., Benedicto, E. C., Gaspard, J., & Teles, H. P. R. S. (2008). Corpo e cortes. In M. J. Fuentes & M. Veras (Orgs.), *Felicidade e sintoma: Ensaios para uma psicanálise no século XXI* (pp. 133-143). Rio de Janeiro: EBP.
- Bourreau, F., Luu, M., & Doubrere, J. F. (1994). Le malade douloureux chronique: Centre d'évaluation et de traitement de la douleur: Hôpital Saint-Antoine. *Revue du Praticien*, 44 (14), 1880-1885.
- Canguillem, G. (1971). *Le normal et le pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Collado, A. (2008). Fibromialgia: Una enfermedad más visible. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15 (8), 517-520. Recuperado em 1 agosto 2010, da <http://revista.sedolor.es/articulo.php?ID=589>

- Doucet, C. (2000). *La psychosomatique, théorie et clinique*. Paris: Armand Colin.
- Doucet, C. (2008). *Le psychologue en service de médecine: Les mots du corps*. Paris: Masson.
- Ebtinger, P. (2007). Douleur dans la réalité subjective. *Mental: Revue Internationale de Santé Mentale et Psychanalyse Appliquée*, 19, 148-151.
- Eisinger, J. (2000). Nouvelles approches diagnostiques des fibromyalgies. *Lyon Medical*, 36, 63-68.
- Fernandes, M. H. (2001). As formas corporais do sofrimento: A imagem da hipocondria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 4 (4), 61-80.
- Freud, S. (1986). *La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis* (Obras Completas Sigmund Freud, Vol. 9). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1910).
- Gaspard, J.-L. (2008). Relation thérapeutique et processus mutatifs dans le cadre des maladies auto-immunes. *Pratiques Psychologiques, L'Accompagnement Psychologique*, 14 (2), 161-170.
- Gaspard, J.-L. (2009). Le corps du refus dans la modernité: l'exemple de la fibromyalgie. In J.-L. Gaspard & C. Doucet (Orgs.), *Pratiques et usages du corps dans notre modernité* (pp. 129-139). Toulouse: ERES.
- Gaspard, J.-L., & Doucet C. (2007). Refus de corps et roman familial: Le cas des maladies auto-immunes. In A. Mariage, & P. Cuynet, *Corporité en famille* (pp. 119-128). Besançon, France: Presses Universitaires de Franche-Comté.
- Gori R., & Del Volgo M.J. (2005). *La santé totalitaire: Essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris: Denoël.
- Gowers, W. (1904). Lumbago: Its lessons and analogues. *British Medical Journal*, 1, 117-121.
- Groddeck, G. (1977). *Le ça et le moi*. Paris: Gallimard.

- Heymann, R. E. (2006). O papel do reumatologista frente à fibromialgia e à dor crônica musculoesquelética. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46 (1). Recuperado em 1 agosto 2010, da http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042006000100001&lang=pt
- Heymann, R. E., Paiva E. S., Helfenstein, M., Jr. Pollak D. F., Martinez, J. E., Provenza, J. R. et al. (2010). Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia* 50 (1), 56-66. Recuperado em 3 agosto= 2010, da http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042010000100006
- Houvenagel, E. (2001). Mécanismes de la douleur de la fibromyalgie. *L'Observatoire de la Douleur*, 11, 9-12.
- Kahn M. F. (1988). Le syndrome polyalgique diffus. *Concours Medical*, 110, 1119-1122.
- Kahn, M. F. (1989). Syndrome polyalgique idiopathique diffus ou fibromyalgie: *Entité ou Syndrome?* *Rhumatologie*, 41 (5), 137-140.
- Kahn, M. F. (2001). La fibromyalgie existe t-elle? *L'Observatoire de la Douleur*, 11, 6-8.
- Kochman F., Hatron P.Y., Hachulla E., Lambert M., & Devulder B. (2003). Les frontières entre fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique: Premiers résultats d'une enquête épidémiologique. *Revue du Rhumatisme*, 70: 295-301.
- Lacan, J. (1978). Introduction du grand Autre. In J. Lacan, *Le Séminaire: Livre II: Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la Psychanalyse* (pp. 275-288). Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1986). *Le Séminaire: Livre VII: L'Éthique de la Psychanalyse*. Paris: Seuil.
- Lacan, J. (2006). *Le Séminaire: Livre XXIII: Le Sinthome*. Paris: Seuil.
- Leite, A. C. C., & Pereira, M. E. C. (2003). Sofrimento e dor no feminino: Fibromialgia: Uma síndrome dolorosa. *Revista Psychê*, 7 (12), 97-106.
- Marques, T. K., Slomo, S., & Bernardino, L. M. F. (2006). Estudo

comparativo entre o quadro clínico contemporâneo “fibromialgia” e o quadro clínico “histeria” descrito por Freud no século XIX. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9 (2), 263-278.

- Martinez, J. E. (2006). Fibromialgia: O desafio do diagnóstico correto: Editorial. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46 (1). Recuperado em 3 agosto 2010, da http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042006000100002&script=sci_arttext
- Melman C. (2002). *L'homme sans gravité: Jouir à tout prix*. Paris: Denoël.
- Menkès, C. J., & Godeaul, P. (2007). La fibromyalgie. *Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine*, 191 (1), 143-148. Recuperado em 1 agosto 2010, da <http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=317>
- Miller J.-A. (1999). *La psychose ordinaire: La convention d'Antibes*. Paris: Agalma/Le Seuil.
- Miller J.-A. (2005). *El Otro que no existe y sus comites de etica*. Buenos Aires: Paidós.
- Perrot, S. (2001). Les médicaments pour la fibromyalgie: Un mythe. *L'Observatoire de la Douleur*, 11, 28-31.
- Platon. (1950). *Oeuvres complètes, I*. Paris: NRF Gallimard.
- Poindessous, J. L., Menegoz, J. D., & Stanek, M. (2000). La fibromyalgie: Un diagnostic essentiellement clinique. *Le Concours Médical*, 122, 249-53.
- Quartilho, M. J. R. (2004). Fibromialgia: Consenso e controvérsia. *Acta Reumatologica Portuguesa*, 29, 111-129.
- Richir, M. (1993). *Le corps: Essai sur l'intériorité*. Paris: Hatier.
- Saltareli, S., Pedrosa, D. F. A., Hortense, P., & Sousa, F. A. E. (2008). Avaliação de aspectos quantitativos e qualitativos da dor na fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 48 (3), 151-156, maio/jun. Recuperado em 1 agosto 2010, da <http://www.reumatologia.com.br/publicacoes/revista/Rev%20Bras%20Reumatol,%20v.%2048,%20n.3,%20p.%20151-156,%20maijun,%202008.pdf>

- Senna E. de, Barros A. L., Silva E., Costa I., Pereira L. V., Ciconelli R., & Ferraz, M. (2004). Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: A study using the COPCORD approach. *Journal of Rheumatology*, 31 (3), 594-597. Recuperado em 1 agosto, 2010 da <http://www.jrheum.org/content/31/3/594.abstract>
- Smythe H. A., & Moldofsky H. (1977). Two contributions to understanding of the “fibrositis” syndrome. *Bulletin on Rheumatic Diseases*, 28, 928-931.
- Sordet-Guepet, H. (2004). *L'insaisissable fibromyalgie. Evol. Psychiatr.*, 69, 671-689.
- Trillat, E. (2006). *Histoire de l'hystérie*. Paris: Frison Roche.
- Vernant, J. P. (1965). *Mythe et pensée chez les Grecs: Etudes de psychologie historique*. Paris: François Maspero.
- Wolfe, F. (2003). Pain extent and diagnosis: Development and validation of the regional pain scale in 12,799 patients with rheumatic disease. *The Journal of Rheumatology*, 30, 369-378.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett R. M., Bombardier C., Goldenberg D. L. et al. (1990). The American College of Rheumatology criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 33 (2), 160-172.

Recebido em 27 de agosto de 2010

Aceito em 08 de setembro de 2010

Revisado em 19 de outubro de 2010