

Ana e a jibóia: um estudo em fibromialgia

Ana and the jiboia: a study in fibromyalgia

Kátia Barbosa Macêdo

Resumo

O artigo discute a dinâmica psíquica de pacientes com sintomas psicossomáticos, enfocando a fibromialgia. Está estruturado visando ilustrar as construções da dupla analítica a partir do funcionamento psíquico da paciente Ana, visando à interpretação e elaboração de seus sintomas. Na primeira parte, apresenta abordagem teórica abordando os dois corpos, biológico e erógeno trabalhados na psicossomática psicanalítica e os sintomas da fibromialgia. Na segunda parte, utiliza dados provenientes da história de vida e alguns fragmentos do processo analítico de Ana, uma paciente com fibromialgia, onde são analisados sonhos, sintomas e a dinâmica transferencial-contratransferencial da dupla analítica. Seguem-se as considerações finais.

Palavras-chave

fibromialgia; somatização; psicossomática.

Abstract

The article discusses the psychic dynamics of patients with psychosomatic symptoms, focusing on fibromyalgia. It is structured to illustrate the constructions of the analytical duo from the psychic functioning of the patient Ana, aiming at the interpretation and elaboration of her symptoms. In the first part, it presents a theoretical approach addressing the two bodies, biological and erogenous, worked in psychoanalytic psychosomatics and the symptoms of fibromyalgia. In the second part, some fragments of Ana's analytical process, a patient with fibromyalgia are used, where some aspects of her history of life, some dreams, symptoms and transference-countertransference dynamics of the analytic pair are analysed. After, the final considerations.

Keywords

Fibromyalgia; somatization; psychosomatic.

**Kátia Barbosa
Macêdo**

**Pontifícia Universidade
Católica de Goiás**

Psicóloga, Mestre em Educação pela UFG, Master em Psicologia pela EAE Barcelona, Doutora em Psicologia Social pela Puc São Paulo, Pós doutorado pela Unicamp / CNAM, professora Titular da Puc Goiás, Professora do Instituto de Psicanálise de Brasília e do GEPG-Grupo de Estudos Psicanalíticos de Goiânia.

katiabarbosamacedo@gmail.com

Introdução: os corpos para a psicanálise e psicossomática

Desde seus primórdios, a psicanálise esteve interessada na enigmática construção da subjetividade, e em decorrência desse fato, tem abordado o corpo para além do mero involucro somático daquilo que conhecemos como eu.

O nascimento da psicanálise instituiu a ideia de que o corpo fala, inaugurando a distinção entre o corpo biológico (sujeito à anatomia dos órgãos, constituindo um todo, dotado de uma organização independente da linguagem) e o corpo erótico (que encontra formas de representação psíquica, um corpo que pode ser lido, traduzido e interpretado, obedecendo à história do sujeito). Desde então prevalece a ideia de que o corpo na psicanálise seja um corpo atravessado pela linguagem. Um corpo que se apresenta como um palco onde se encena uma dança de relações entre o psíquico e somático, elementos fundantes da psicanálise. Assim, linguagem e corpo encontram-se unidos por um laço indissociável, introduzindo o campo da simbolização (CAMPOS, 2011, p. 25).

A psicanálise inscreveu o corpo no registro da palavra, simultaneamente como imagem e expressão. Desde os estudos sobre a histeria, fica claro que os pacientes se comunicam utilizando os sintomas em seu corpo. Não é o corpo que fala, mas é através dele que as representações buscam um modo de expressão. Em várias obras Freud demonstrou que as experiências psíquicas das pessoas articulam corpo e linguagem. A partir desse enlace elas se constituem como sujeitos e podem conferir sentido ao vivido, criando laços sociais. Freud (1923) afirmou que o eu é, desde suas origens, um eu corporal, já que sua fundação se encontra no âmbito das experiências somáticas e nas trocas que ocorrem a partir da relação com a alteridade.

O corpo estudado pela biologia e o corpo estudado pela psicanálise não são o mesmo. A psicanálise se debruça sobre corpo dentro dos domínios onde precisamente a biologia é muda: o sonho, a fantasia, o desejo, o sofrimento, o prazer, o amor e, mais latente, os afetos que, incontestavelmente, passam pelo corpo e mobilizam o corpo. Nós vivemos simultaneamente dentro de dois corpos, o corpo biológico e o corpo erótico, sendo este formado a partir do primeiro. É o corpo erótico, construído a partir do fisiológico que será mobilizado pelo agir expressivo endereçado ao outro. Do corpo representado Freud chegou ao conceito de corpo erótico, pulsional.

A divisão entre corpo e psique é meramente didática. Para a psicanálise, o funcionamento psíquico de uma pessoa depende tanto do corpo biológico quanto de suas representações psíquicas. Todo estado psicopatológico deveria ser considerado em seu duplo aspecto: das desordens em seu funcionamento psíquico e em sua atividade de pensar, de um lado; das desordens em seu funcionamento fisiológico, até mesmo em sua organização anatômica de outro. (DEJOURS, 2019).

A clínica psicossomática e psicanalítica evidencia que, para viver autenticamente na relação com o outro em uma experiência subjetiva e na dimensão do afeto, é preciso não apenas ter um corpo, mas estar num corpo.

Psicossomática e psicanálise

O termo psicossomático surgiu na literatura médica em 1818, em um texto de Heinroth, já com a noção de que “quando o sofrimento não pode expressar-se pelo pranto, ele faz chorarem outros órgãos”. O conceito foi

formalizado por um psicólogo britânico James Halliday. Desde o final da década de 1940, o termo psicossomático passou a ser empregado como substantivo para designar, no campo analítico, a decisiva influência dos fatores psicológicos na determinação das doenças orgânicas, embora já admitindo uma inseparabilidade entre elas. Passou a ser utilizado visando designar a influência dos fatores psicológicos na determinação de doenças orgânicas (ZIMERMAN, 2001; MIJOLLA, 2013).

Surgiram várias escolas psicossomáticas psicanalíticas, cada uma delas sinalizando diversas causas para o surgimento ou constituição do sintoma psicossomático. Dentre elas podem ser destacadas as apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Principais Escolas psicanalíticas de psicossomática e sua ênfase para a causa do sintoma somático.

Causa do sintoma somático	Autor	Escola	Causa do sintoma somático	Autor
Trauma	Freud	Psicanálise 1 tópica	Trauma	Freud
Personalidades predispostas	Dunbar	Nova Iorque	Personalidades predispostas	Dunbar
Constelação psicodinâmica específica	Alexander	Chicago	Constelação psicodinâmica específica	Alexander
Conversão generalizada	Valabrega	França	Conversão generalizada	Valabrega

Fonte: Desenvolvida pela autora.

Na década de 1940 surgiram duas escolas nos Estados Unidos da América: a Escola de Nova Iorque com Dunbar, que levantou perfis de personalidade pé-mórbidos específicos, ligados a alguns quadros clínicos. Para a Escola de Chicago, com Alexander a noção de perfil de personalidade seria insuficiente como causa. Ele propôs a noção de constelação psicodinâmica e descreveu as sete doenças psicossomáticas: asma brônquica, úlcera gástrica, artrite reumatoide, reto colite ulcerativa, tireotóxicos e hipertensão essencial, atribuindo a cada uma delas uma especificidade psicogênica.

Na década de 1960 na França surgiram duas abordagens: a abordagem do sintoma somático por intermédio de um fenômeno de conversão generalizado daria sentida ao sintoma, proposta por Valabrega. A segunda foi a Escola Psicossomática de Paris, com Pierre Marty e colaboradores, assentada na noção de déficit, de carência psíquica, associativa e simbólica. Dentre os vários conceitos elaborados por essa escola, destacam-se a depressão essencial, desorganização crônica, pensamento operacional. (ZIMERMAN, 2001; MIJOLLA, 2013).

Para a Escola de Psicossomática de Paris, o ser humano é uma unidade psicossomática em que o conflito não é entre a soma e a psique, mas sim, entre as pulsões numa mesma área somática. Assim, a capacidade de representação assume um papel fundamental no processo de constituição psíquica, e uma falha no mesmo pode indicar uma propensão à construção de sintomas somáticos.

Marty (1995 [1963]) e seus colaboradores da Escola Psicossomática de Paris descreveram algumas características dos pacientes que desenvolviam

quadros de doenças somáticas. Dentre eles, destacam-se: 1- funcionamento operatório, que se caracteriza pela superadaptação às normas e aos valores sociais, além da necessidade de estar em atividade o tempo todo; a pessoa faz o que tem que ser feito, seu pensamento é concreto e restringe-se ao presente; a isso se soma falhas na ordem das representações e das fantasias inconscientes; 2- alexitimia (ausência de palavras para nomear emoções), ou incapacidade para expressar afetos; depressão essencial, que se caracteriza pela inexpressividade psíquica, considerada a negatividade dos sintomas depressivos clássicos; 3- sofrimento psíquico referindo-se a uma fadiga, que se transforma em desinteresse pela vida; há um cansaço tenaz, um desinteresse pela vida e um estado de tensão descrito como estresse; 4- há um superinvestimento da realidade perceptiva, que tem como objetivo proteger o eu fragilizado, de ser invadido pelo que o paciente sente como angústias intoleráveis advindas de vivências psíquicas difíceis. Isso leva a uma tensão constante, que os impede de se tranquilizar, e uma permanente angústia. (MARTY, 1995 [1963]).

Dejours (2012) parte do pressuposto que o sintoma somático resulta da clivagem entre o corpo biológico e o corpo erótico, bem como do processo de subversão libidinal. Ele tem origem nas defesas utilizadas para lidar com o medo diante da incapacidade dos pais para lidar com a violência nas relações primitivas. Na falha no processo de construção do corpo erógeno, só é possível sobreviver fora da doença física ou mental se ocorrer a clivagem, cisão entre emoção e pensamento. Com a clivagem, os delírios e somatizações são criadas para livrar do medo e para a sobrevivência da pessoa, porém se constituem um risco de destruição do aparelho psíquico e para o corpo. Essas etapas estão ilustradas na Figura 1.

Figura 1 - As etapas da construção do sintoma psicossomático a partir de Dejours.



Fonte: desenvolvida pela autora.

Para Dejours, no sintoma, o que se mantém junto são os sinais e seu sentido, cabendo ao analista o desvendar do sentido. As somatizações são suscetíveis de ter um senso, de abrir um caminho a um conteúdo significativo, são somatizações simbolizantes. Quando o corpo somatiza, ele rompe o silêncio. O órgão indica, com extrema precisão o que o inconsciente foi solicitado para transferir. Toda somatização é potencialmente simbolizante. Toda doença é sempre simultaneamente mental e somática.

O sintoma tem um significado, se constituindo como um pedido de ajuda endereçado ao analista, para que o auxilie a traduzir o que ele quer comunicar, mas não encontra palavras. Desse modo, para conseguir compreender o significado do sintoma na dinâmica psíquica do paciente, é

importante considerar não o órgão afetado, mas sim a função afetada. O corpo erótico deve se tornar um corpo pensante, pois a partir do desenvolvimento da capacidade de simbolizar na interação, não será mais necessário que o corpo continue a construir sintomas.

A psicossomática psicanalítica tem dois eixos de trabalho, reflexão, teorização e prática: um em que defende e assume uma postura em relação ao paciente, postura essa de envolvimento, compreensão, acolhimento que abarca o paciente com sua história, o sentido do adoecer no seu contexto de vida, sua demanda, a doença como sintoma. O segundo eixo estuda os mecanismos, a relação entre o psiquismo e o corpo, que não é só um corpo biológico, anatômico, mas também um corpo erótico, considerando também o seu aspecto de linguagem, a capacidade de simbolização a partir da qual é possível perlaborar e alterar as representações e sintomas. (CASTRO, 2013)

As controvérsias persistem, não havendo um consenso em relação a isso. Para alguns, o sintoma psicossomático resulta de uma falha no processo do desenvolvimento, ou na capacidade de simbolização; para outros resulta de um funcionamento ou dinâmica psíquica particular, apesar de não estar situado especificamente em nenhum tipo de estrutura de personalidade, não sendo, portanto, nem neurótica, psicótica ou perversa. Dentre as afecções psicossomáticas, o presente estudo teve como objetivo analisar a dinâmica psíquica característica da SFM Síndrome Fibromiálgica.

Fibromialgia: incapacidade de simbolizar e a construção da dor

A fibromialgia é uma (psico) patologia de alta incidência na atualidade. Seu principal sintoma é a dor difusa pelo corpo. Acomete majoritariamente mulheres e seu tratamento é multidisciplinar. De etiologia ainda desconhecida, a fibromialgia suscita vários questionamentos sobre sua patogenia, sobre fatores que interferem na sua evolução, sobre o melhor tratamento e, para tanto, pesquisas são desenvolvidas em vários centros, como o Brasil, os Estados Unidos, a Europa, etc.

A SFM-Síndrome Fibro Miálgica é caracterizada por dor musculoesquelética generalizada e crônica associada à fadiga, rigidez matinal, alterações de sono e de humor e presença de pontos dolorosos denominados tender points. É prevalente e estimada em cerca de 2 a 4% da população adulta em geral, predominantemente em mulheres.

É uma desordem persistente e altamente incapacitante com impacto negativo em termos de qualidade de vida, capacidade para o trabalho, atividades da vida diária, além de relações interpessoais e familiares. A dor difusa é uma característica da SFM, sendo uma dor persistente, extenuante e incômoda. Depressão e sono não reparador também estão presentes. A disfunção cognitiva é comum, havendo dificuldades para recordar eventos, processar informações e realizar tarefas, além de problemas de memória de curto prazo (KAZIYAMA, 2017, p. 403).

Em pacientes portadores de SFM, a dor corporal desempenha variadas funções de acordo com o nível de desenvolvimento atingido pela estrutura psicossomática do indivíduo. A dor pode fazer o papel de mecanismo defensivo corporal a fim de manter o mínimo de organização do funcionamento mental. A expressão somática está ligada à negatização do aparelho psíquico devido à sua incapacidade de lidar com o excesso de excitações desencadeado por um evento traumático atual. O excesso, então, é deslocado para o corpo. Essa é a regressão somática.

A dor corporal corresponde à condensação de experiências traumáticas precoces, que permanecem como marcas corporais no ego corporal.

Ocorre um processo de desorganização profundo da estrutura psicossomática, que evolui para quadros de cronicidade e incapacidades significativas na vida profissional e na vida pessoal do indivíduo (BEJAR, 2017, p. 134)

Algumas características comuns em pacientes com SFM – Síndrome Fibro Miálgica, aqui descritas em oito aspectos principais, a partir dos estudos de Bejar (2017); Berlink (2008); Besset, Gaspard, Doucet, Veras, Cohen., (2010); Fédida, (1999); Furtado, (2017); Kaziyama, (2017); Marty, (1995 [1963]); Steinwurz, (2017); Uchôa, (2017); Volich, (2010) e Zavaroni, Viana, Monnerat (2007).

1

Um anagrama (do grego ana = "voltar" ou "repetir" + graphein = "escrever") é uma espécie de jogo de palavras. Anagrama perfeito significa uma palavra que é igual, tanto sendo lida de frente para trás ou de trás para frente. O nome escolhido para representar essa paciente foi Ana pelo fato de que, por meio do processo analítico termos que revisitarmos a Aninha depois que era Ana, da infância à fase adulta, e vice-versa, continuando a ser a mesma Ana.

Tabela 2 – Características de pacientes com Síndrome Fibro Miálgica.

Característica	Descrição
Etiologia traumática	Decorrente de situações de violência sofrida durante a infância; dimensão física do abuso sexual, agressão física ou privação material; dimensão psíquica do abandono, da privação afetiva e alto nível de agressividade física
Dificuldade de nomear e expressar afetos	Rigidez diante de crenças cristalizadas. Falta de expressão afetiva; censura ante as agressões e violências sofridas; ansiedade
Inibição da agressividade com continência dos afetos	Relacionados aos sentimentos de raiva, frustração e ódio resultando em uma autoagressão. O afeto de ódio é inibido sob dois modos.
Sentimentos de desamparo, angústia e dor	Histórico de mãe ou cuidador ‘operacional’, mas distante afetivamente. O relato de mães depressivas é comum, e acarreta vivências de desamparo, que resulta em fragilidade para lidar com a frustração e tensão. A impossibilidade de descarregar a tensão leva à dor e ao estresse
Vínculos afetivos baseados na desconfiança,	Essa desconfiança resulta do medo da repetição de vivências infantis de abandono. o sujeito num estado de atenção vigilante. Desse modo, o sujeito sente medo do outro como um objeto ameaçador
Sentimento de impotência paralisante	O sentimento de impotência levando o sujeito a uma espécie de congelamento do afeto como defesa contra a angústia.
Sentimento de culpa	a culpa poderia estar relacionada também, ao ódio que sentem; culpa devido à raiva pelo sentimento de impotência diante de si mesmos e dos desejos não alcançados no decorrer de suas vidas.
Postura inversa de se tornar “mãe dos pais”	Cuidado com os outros pode incluir uma abnegação dos próprios desejos, das próprias vontades, de realizações pessoais em nome de um bem comum. Cuidado como compensação pelas frustrações sofridas nas relações pessoais e de investimento afetivo-amoroso. Geralmente é resultado de uma formação reativa diante da raiva e ódio, que é adotada visando diminuir o sentimento de culpa

Fonte: desenvolvida pela autora, com base nos autores citados.

Refletindo sobre o funcionamento dos sujeitos com fibromialgia, alguns autores concluem que a dor seria sintoma; as queixas fibromiálgicas seriam manifestações somáticas de uma rigidez psíquica defensiva concretizada na rigidez muscular, onde a contenção maior da violência não se fixa em torno de episódios de angústia, mas concretiza a rigidez defensiva na rigidez da musculatura; a fibromialgia pode ser apreendida, também, como solução subjetiva para o sujeito. Desse modo, a fibromialgia se refere ao fenômeno psicossomático, e pode tanto se desenvolver a partir de uma estrutura neurótica ou psicótica, segundo Lima e Carvalho (2008); Besset *et al.* (2010) e Leite e Pereira (2003).

O manejo do paciente na clínica psicanalítica

É tarefa do psicanalista fazer a tradução desse processo para o paciente. A tradução do sintoma e sua decifração promove uma desconstrução do que se apresenta como sintoma. Os corpos passam a ser abordados como a via regia para acessar as pulsões. Desse modo, pode-se afirmar que também é tarefa do psicanalista interpretar os sintomas físicos e psíquicos dos pacientes. A partir da fala, instrumento da psicanálise, seria possível realizar um trabalho de atendimento ao sujeito que padece em um espaço para a escuta da dor, escuta do corpo e, também, escuta do sujeito.

Entende-se que a escuta da dor crônica na situação analítica poderia, então, permitir a passagem da dor à construção de um sentido ou à construção de um sofrimento que possa ser nomeado. Esse sujeito com diagnóstico de fibromialgia possa trabalhar sua capacidade de nomeação dos afetos, o que possibilitará a ele a elaboração de recursos para o trabalho psíquico daquilo que chega até o aparelho psíquico. Para esses pacientes, há indicação de que as sessões sejam face a face, e que o trabalho de perlaboração da dupla no campo analítico possibilite ao paciente criar um espaço transicional que não houve, para que ele prossiga no seu trabalho de representações e simbolizações, onde os objetos transicionais percam sua materialidade e ganhem o estatuto de fantasias inconscientes, deslocando para o corpo erógeno e que está no corpo biológico. Isso implica transformar em sintoma neurótico um sintoma físico.

Método

A segunda parte do texto objetivou apresentar recortes do caso de Ana¹, descrevendo sua dinâmica psíquica a partir de fragmentos de suas sessões, recortes ou trechos de alguns sonhos analisados, além dos seus sintomas somáticos. Para tanto, faz-se necessário apresentá-la.

Apresentando Ana

Ana, paciente em atendimento há quatro anos, apresenta uma estrutura neurótica com traços de 'somatizadora', conforme McDougall (1996). Foi encaminhada por um médico com diagnóstico de fibromialgia, labirintite e depressão. Em sua primeira entrevista, uma frase me chamou a atenção: "Eu nunca fui olhada". Ana é a filha mais velha, de uma gravidez dita esperada. A mãe teve ameaça de aborto. Nasceu de parto normal, prematura, nasceu com problema de rins, o médico disse que não sobreviveria. Uma tia ajudou a cuidar dela com mamadeira. Seu irmão nasceu quando tinha menos de dois anos, diz se lembrar que sentiu muitos ciúmes, e quando era adolescente nasceu uma irmã. Esse fato gerou alguns embates com sua mãe, que solicitava que ela cuidasse da irmã mais nova.

Esses dados iniciais parecem indicar uma mãe com dificuldades para exercer plenamente a função materna, no sentido de acolher emocionalmente os filhos e oferecer sustentação ou holding suficiente para

que os filhos se desenvolvessem. Essa mãe é descrita como depressiva e dependente química, assim como o pai, o que resulta em uma dinâmica familiar pouco convencional, onde predominam traços depressivos e atitudes autodestrutivas. Ana relata que desde criança tem um sentimento de solidão, que se soma à uma sobrecarga decorrente da obrigação de cuidar dos pais, indicando assim uma inversão de papéis. Afirmava desde o início do nosso processo sentir-se esgotada, doente com várias alergias e ser uma pessoa muito triste. Eram as queixas que apresentou no início.

Duas figuras foram fundamentais para o desenvolvimento de Ana: seus avós, que segundo ela, a consideravam a neta favorita, diziam que ela era linda, que a amavam. Se sentia uma princesa quando ficava com eles. A morte e separação resultou em uma perda irreparável. A pré-puberdade é descrita como uma fase traumática, sua menarca ocorreu muito precocemente e foi acompanhada de várias alterações hormonais, que resultaram em problemas dermatológicos, além de um episódio de pneumonia, que resultou em uma internação em estado grave. Sua autoimagem e autoconfiança ficaram comprometidas, em parte como resultado do bullying que sofreu, o que a levou a uma postura introspectiva, e o uso da fantasia e da imaginação como estratégia para lidar com o sofrimento. Diz ela: “Fui uma adolescente feia, burra e pobre. Ninguém poderia me olhar ou se interessar por mim mesmo. Eu mesma não gosto de mim quando me vejo, acho sem graça.”

A paciente relatou que teve dois episódios de depressão severa. O primeiro ocorreu na adolescência e foi acompanhado de anorexia. Não comia nada, não tinha fome. Perdeu 10 Kg em um mês. Só queria morrer. Disse que foi a primeira vez que se lembra que recebeu atenção dos pais. O segundo episódio ocorreu após a ruptura de um relacionamento, quando buscou pela primeira vez um processo terapêutico e diz que foi muito bom, porque conseguiu sobreviver.

Ao concluirmos nossas entrevistas iniciais, ficava claro que ela apresentava um núcleo traumático composto por sentimentos de desamparo, exclusão e autoimagem denegrida, que foi exacerbado por experiências de bullying e assédio sexual. Sua dinâmica psíquica revelava que Ana utiliza seu corpo para expressar sua dor, uma dor que não podia ser falada, simbolizada, pensada ou transformada. Havia a sinalização de uma possibilidade de que o processo terapêutico poderia auxiliá-la na construção de um funcionamento psíquico mais saudável.

Resultados: A Jiboia que aperta e dói

O vínculo entre analista e paciente se constitui a base a partir da qual é possível ocorrer a transferência, a interpretação e a elaboração da dinâmica psíquica. Desde o início foi um processo difícil, pois a desconfiança em todas as suas relações era um traço constante. À medida que trazia os elementos da sua dinâmica, era possível interpretarmos o que alguns de seus sintomas simbolizavam.

Seus sintomas intensificaram desde que voltou a morar na casa dos pais, por exemplo, podia ser compreendido como o resultado de uma repressão pela censura de não poder expressar sua raiva, traduzida em um sintoma físico. À medida que interpretávamos seus sintomas, algumas características de suas dores me chamavam a atenção: elas surgiam ou se intensificavam no período noturno (quando Ana voltava para a casa dos pais), elas andavam ou caminhavam, ou seja, mudavam de lugar: um dia era no ombro, outro na lombar, outro era na cervical; e o pior é que a dor a apertava, como se quisesse segurá-la.

2

Un rêve a toujours un pouvoir thérapeutique, le rêve est le moyen de l'évolution psychique.

3

Cassorla (2016) denomina esse processo de elaboração do analista como devaneio do analista, conceito bioniano, concebe *Rêverie* como “imaginação, imagens visuais ou não, fantasias, percepções e sentimentos imaginados, devaneios, sonhos. Assim como ocorre com a mãe do bebê, o analista também utiliza sua capacidade de *rêverie* durante a sessão. É um estado de mente aberto à recepção de qualquer estado emocional do objeto amado, isto é, das identificações projetivas sentidas tanto como boas quanto como más.

A dor pode ser compreendida não apenas como sinal de perigo, mas também como uma expressão comunicativa, um método fundamental de pedir ajuda. A dor pode conter dois níveis de simbolização: o primeiro sentido remete a um corpo isolado, e o segundo inclui a presença da atenção de outra pessoa. Os principais motivos do significado comunicativo da dor: ela emerge de uma carência que talvez seja de uma perturbação física, ou pode ser também uma necessidade de outra natureza. A experiência e a manifestação da dor são uma tentativa de satisfazer essas carências (SZASZ, 1957, p. 98)

A paciente trazia alguns sonhos, que após analisados, traziam elementos elucidativos para o processo de elaboração. Na psicanálise, o sonho aparece como artefato fundamental da saúde. Ele não é somente a via régia de ações em direção ao inconsciente, mas é também uma função organizadora do inconsciente e da estruturação do aparelho psíquico. “Um sonho tem sempre um poder terapêutico, o sonho é o meio de evolução psíquica.” (DEJOURS, 2001, p. 71.)² Concordo com essa abordagem, pois os sonhos também podem resultar do processo de elaboração do paciente. Apesar de haver uma vertente de psicanalistas que questionam a análise do conteúdo dos sonhos, corroboro com a posição de Mota (2017, p. 101), quando afirma que “o sonhador solicita a intervenção do analista para transformar a linguagem descritiva da evocação do sonho em linguagem verbal da explicitação do significado.”

Em várias sessões ela trazia sonhos com descrição da cobra. Para além da associação com a sexualidade, o simbolismo desse animal com suas dores indicava um aperto, uma pressão. Se não podia falar, a dor era no pescoço, se a sobrecarga aumentava, a dor ia para as costas, e assim sucessivamente.

A partir do processo de associação livre da paciente para a interpretação dos sonhos, pude compreender que as dores de Ana exerciam uma função de pressão, aperto que poderiam ser simbolizadas no movimento de constrição que a cobra Jibóia utiliza com suas presas³. No intuito de compreender melhor o simbolismo dessa imagem busquei mais informações acerca dessa cobra, e me deparei com a seguinte descrição:

A cobra jiboia-constritora (Boa constritor) ou simplesmente jiboia é uma serpente que existe no Brasil, e pode ser encontrada em diversos locais. É basicamente um animal com hábitos noturnos. Detecta as presas pela percepção do movimento e do calor e as surpreende em silêncio. Alimenta-se de pequenos mamíferos (principalmente ratos), aves e lagartos que mata por constrição, envolvendo o corpo da presa e sufocando-a. Animal muito dócil, apesar de ter fama de perigoso; não é peçonhenta (apesar de sua mordida ser dolorosa e poder causar infecção) e não consegue comer animais de grande porte, sendo inofensiva (WIKIPÉDIA, 2020, spp.)

Houve uma sessão em que a associação que utilizamos para analisar seu sonho indicou que a imagem da cobra Jibóia para simbolizar suas dores teve a função de elucidar a construção do sintoma de dor como resultante de uma pressão. Ficou claro que houve uma identificação projetiva exitosa do inconsciente dela no meu. Ela relatou um sonho dizendo “Eu estava na casa da fazenda onde moramos, entrou uma cobra furta-cor e começou a me dar um bote, atacar. Me defendi, joguei coisas nela e bati muito. Ela saiu toda machucada. Meu irmão chegou e disse que ela não era venenosa, que nem era cobra, e sim uma onça. Eu achei engraçado, mas fiquei aliviada pela surra que dei nela”.

Ao dar uma surra na cobra ela se defendia do bote e atacava o que a ameaçava, aparentemente sua doença e suas dores; porém em um nível latente, atacava também o acúmulo de pulsão de morte/agressiva, que se voltava contra ela mesma. Após o ataque/defesa, consegui uma transfor-

mação, indicando uma possibilidade de redirecionamento dessa pulsão agressiva, ou até mesmo de uma sublimação, transformando o que antes era ameaça inimiga em potência para simbolização.

Outro aspecto que era trazido repetidamente durante as sessões era uma sobrecarga. Ana se sentia exausta, descrevia sua vida assim: “Eu acordo de madrugada, tenho uma lista interminável de coisas para fazer o dia todo. Passo o dia correndo de um lado para o outro, fazendo o impossível para agradar, e mesmo assim, chega à noite, estou exausta, e só escuto críticas e reclamações. Não aguento mais!” A partir dessa fala, eu disse: “Ana, a imagem que me vem é como se você tivesse que carregar sozinha os problemas de todos, e claro que fica muito pesado, é como se fosse uma pessoa tendo que carregar um piano de cauda nas costas, claro que fica cansada”. Nessa sessão, Ana ficou pensativa e calada até o final.

Com as crises de labirintite, Ana obtinha um ganho secundário da doença: ao mesmo tempo que tirava licença do trabalho e se livrava, ainda que temporariamente, da sobrecarga, ainda recebia uma atenção especial da mãe, que ficava cuidando dela o tempo todo. O que fomos questionando era: seria necessário todo o sofrimento para conseguir lidar com os problemas, ou haveriam outras possibilidades, saídas alternativas que não incluíssem tanta dor e sofrimento?

Ao trabalharmos as fantasias que acompanhavam essa dinâmica, nos deparamos com as crenças que a sustentavam, que poderiam ser descritas sucintamente como: 1- Eu temo que se disser não para os outros, eles não vão gostar mais de mim; 2- então vão me excluir e ficarei sozinha; 3- eu preciso fazer tudo para eles para garantir um mínimo de atenção ou companhia; 4- mesmo que não gostem de mim ou não me amem, pelo menos se sentirão em dívida e, terei alguém por perto; 5- Agora, se eu faço as coisas para mim no lugar de fazer para eles, sou chamada de egoísta, me sinto culpada e aí a dor vem com tudo. É um sofrimento só, como se fosse uma cadeia.

Toda essa construção baseada na racionalização camuflava um registro de vazio, desamparo, falta de amor e de aceitação. Na balança interna de Ana, só havia sim para as demandas externas e não para as demandas internas. Nosso processo continuou e foi ficando claro que tudo isso funcionava em sintonia com seu Ego porque era uma formação defensiva que, aliada à fantasia de reconhecimento ou recompensa, a livrava da culpa que sentia inconscientemente pela raiva, ódio e injustiça em sua relação com a família, com o mundo e consigo mesma.

Aliviando o peso e diminuindo a pressão

Nosso processo seguia, Ana cortou o cabelo, arrumou seus armários (externos e internos), investiu seu tempo e dinheiro em bens duráveis que poderia desfrutar a médio prazo, ou seja, começou a investir em si mesma, começando a se olhar com outros olhos. Em uma sessão disse: “parece estranho, mas essa semana olhei no espelho lá em casa e gostei do que vi. Estou mais bonitinha, eu mereço ficar bem. Não sou perfeita e nem tão má também. Afinal, ficar com raiva de certas coisas é normal, não sou nenhuma criminosa!”

A frequência e a intensidade dos sintomas de Ana foram diminuindo, assim como a dosagem dos medicamentos para dor. O medo das críticas das outras pessoas ia se esvaindo, o que indicava que internamente as próprias críticas internas também estavam menos violentas. Seu Ego começava a permitir mais maleabilidade do Superego, e aceitar mais demandas do Id.

O processo de mudança é lento e doloroso, em uma sessão chegou dizendo que era estranho, que estava tudo tão bem, apesar dos ataques de tantas pessoas, se sentia mais em paz consigo mesma. Pontuei que talvez o

que tinha mudado era a forma como ela estava lidando com as demandas externas. Que talvez agora sua balança interna já estivesse considerando com pesos diferentes o desejo das outras pessoas e os seus próprios desejos. Com isso, estava sobrando mais tempo e energia para que ela pudesse se organizar e estabelecer novas prioridades. Era uma mudança interna se refletindo na vida lá fora. Na sessão seguinte, chegou relatando medo de ser atacada e morrer. Ressaltei que o medo poderia estar relacionado ao medo da mudança. Uma parte dela temia que ao abrir mão de um funcionamento habitual, que iria ficar sem nada, desvalida e sozinha. Quando ela disse que não tinha ninguém, comentei que para que ela pudesse se vincular com alguém lá fora, era preciso antes fazer um casamento interno com ela mesma.

Mesmo tendo se preparado para realizar uma mudança, teve muito medo de mudar. Ao trabalharmos as fantasias relacionadas a essa dificuldade, duas se destacavam: 1- se eu me mudar, a solidão que tanto tempo será a única certeza; 2- quando eu sair daquela casa, eles nem vão se lembrar mais de mim. Vão me achar uma ingrata, que cuspi no prato que comi. E se eu me arrepender e não tiver mais como voltar atrás? Será que conseguirei pagar as contas? De novo retornava o complexo representado pelo paradoxo: eu sou ruim, não mereço nada bom X (versus) eu mereço ser feliz.

Nas outras relações, ficava evidente sua dificuldade de colocar limites para as outras pessoas. Em uma sessão foi trabalhada essa dificuldade como representando uma incapacidade de ela colocar limites para si mesma, respeitar seus limites e gostar mais de si mesma, mesmo tendo que abrir mão da fantasia de onipotência de que consegue tudo, que pode controlar e dar conta de fazer tudo. O grande desafio era o de aceitar o limite, respeitar seus próprios limites e continuar gostando dela mesma. Essa interpretação contribuiu para uma desconstrução de sua sobrecarga. Um outro aspecto também interpretado era o traço perverso que ela tinha de ultrapassar os limites e gozar com o sofrimento.

Liberdade, abre as asas sobre mim

Um dos convites que a análise apresenta para o paciente é, partindo do autoconhecimento de seu funcionamento psíquico, e conhecendo os pontos de dificuldade, pensar e inventar criativamente outras formas de lidar com eles visando diminuir a angústia e fortalecer a própria identidade. Com muita dificuldade e vencendo vários medos, conseguiu gradativamente conversar com sua mãe e abordar algumas situações que a faziam sentir mal, amordaçada e com muita raiva e injustiçada. Ao falar, suas dores diminuíram.

Dentre os vários ajustes que Ana conseguiu promover em sua vida, o se permitir sentir medo, raiva e alegria talvez tenha sido o mais libertador de todos. Poder falar sobre eles e compartilhar com outras pessoas suas vivências, foi outro passo. Mas verificar que as reações das pessoas podem diferir do roteiro pré-estabelecido e único conhecido até então de crítica-punição-exclusão, sendo possível inclusive incluir continência, aceitação, perdão e amor foi um divisor de águas. Se os outros podem ser e fazer assim, por que não eu?

A representação de sua casa e como a descreve passou a conter cores, comentários alegres, descrição de horas de alegria fazendo nada ou brincando com os bichinhos. Tanto a casa externa quanto a casa interna estavam mais fáceis de serem habitadas, e a vida começava a ter outras tonalidades além do cinza, frio e sem graça.

Considerações Finais

O processo de Ana teve um percurso interessante. Em decorrência de algumas situações traumáticas na infância que foram as raízes de seu funcionamento psíquico na fase adulta, durante todo nosso processo fazíamos um retorno para revisitar a Aninha criança, e depois retornávamos à Ana adulta. Esse foi o motivo pelo qual escolhi como nome um anagrama perfeito: uma palavra que tem a mesma estrutura tanto se for lida de frente para trás ou de trás para frente.

Como o principal diagnóstico era a fibromialgia, uma síndrome que possuir várias características específicas, ao buscar compreender melhor sua dinâmica, pude identificar toda uma estrutura a partir da qual se pauta o funcionamento psíquico de uma paciente acometida por essa síndrome. Dores que doem, apertam, andam. Com elementos trazidos pela paciente, minha construção em rêverie foi na figura de uma cobra Jibóia como representante dessa doença. Traduzir a dor em Jibóia, interpretar e auxiliar na desconstrução de um funcionamento foi o nosso maior desafio.

No início, um traço de Ana era a inibição da expressão da agressividade externamente. Poderia se dizer que o processamento da excitação pulsional transformava a excitação diretamente em angústia, numa angústia que comparecia na fala, entretanto, contida no corpo, represada e sem elaboração. A inibição da agressividade se dava de duas formas: a negação da agressividade em reação a essa violência; outra forma de manifestação da inibição da agressividade ocorria via movimentos do corpo que demonstravam em si, um represamento tenso de algo que não podia ser dito, que estava aquém do acesso que a linguagem oferece. Também na fala, percebeu-se que mesmo reconhecendo a presença da agressividade, verbalizando sua raiva, se via impotente diante de tal afeto, parecia congelada.

À medida que Ana descobriu que é possível lidar com a angústia, os medos e a dor de formas diferentes, ela pôde experimentar sentir seus sentimentos em um primeiro momento; nomeá-los posteriormente, juntamente comigo, e ainda compartilhá-los com algumas pessoas próximas. Ao verificar que nem sempre as reações das outras pessoas correspondiam às suas certezas e fantasias, foi possível ela questionar crenças antigas, e se reinventar. Uma autoimagem mais realista, menos idealizada e menos sobrecarregada foi se delineando durante o processo.

O processo de análise é assim: alguns conteúdos são trabalhados, outros emergem, e vamos montando esse quebra-cabeças enquanto é possível, construindo os ajustes necessários para viver melhor.

Sobre o artigo

Recebido: 13/08/2019

Aceito: 12/09/2019

Referências bibliográficas

BEJAR, R. **Dor psíquica, dor corporal: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Blucher, 2017.

BERLINK, M. T. **Psicopatologia fundamental**. São Paulo-SP: Editora Escuta, 2008.

BESSET, V. L., GASPARD, J. L., DOUCET, C., VERAS, M., COHEN, R. H. P. Um nome para a dor: fibromialgia. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, 10(4), 2010, 1245-1270.

CAMPOS, M. N. M. Narrativas do corpo. In: **Revista Brasileira de Psicanálise**. Vol. 45, n. 4, pag. 25-28, 2011.

CASSORLA, R.M.S. **O psicanalista, o teatro dos sonhos e a clínica do enactment**. São Paulo: Blucher, 2016.

CASTRO, J. R. S. Psicossomática: uma atividade Interdisciplinar, In: CALDEIRA, Geraldo e MARTINS, José Diogo. **Psicossomática: teoria e prática**. 3.a edição. Belo Horizonte: Artesã Editora, 2013.

DEJOURS, C. **Le corps, D'abord**, Paris: Éditions Payot & Rivage, Petite Bibliothèque Payot, 2001.

DEJOURS, C. **Souffrance au travail: Regards croisés sur des cas concrets. Comprendre, prévenir, agir**. Lyon: Éditions de la Chronique sociale, 2012.

DEJOURS, C. Psicossomática e teoria do corpo. Trad. Paulo Sérgio Souza Júnior. São Paulo: Blucher, 2019.

FÉDIDA, P. **O agir depressivo e Depressão**. Editora Escuta. São Paulo, 1999.

FREUD, S. (1923) O ego e o id In: FREUD, S. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira**; com comentários e notas de James Strachey e Alan Tyson, traduzido por Jayme Salomão. 2ª. Edição, Rio de Janeiro: Imago, 1986. V. XIX, p. 23-90.

FURTADO, G. M. F. A dor de viver, a dor da vida. In. BEJAR, R. **Dor psíquica, dor corporal: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Blucher, 2017, p. 161-174.

KAZIYAMA, H. H. S. Síndrome fibromiálgica. In. BEJAR, R. **Dor psíquica, dor corporal: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Blucher, 2017, p. 403-420.

LEITE, A. C.; PEREIRA, M. E. C. Sofrimento e dor no feminino. Fibromialgia: uma síndrome dolorosa. **Psychê**, 2003, 191-207. São Paulo-SP.

LIMA, C. P.; CARVALHO, C. V. **Fibromialgia: uma abordagem psicológica**. Aletheia, Rio de Janeiro, v. 28, n.1, p. 146-158, 2008.

MARTY, P. **El orden psicossomático** (la vida operatória) (1963) Valencia: Promolibro, 1995.

MCDUGALL, J. **Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise**. São Paulo-SP, Editora Martins Fontes, 1996.

MIJOLLA, A. Dicionário Internacional da Psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Imago, 2013.

MOTA, R. **Berggasse 19: o enquadre freudiano e a técnica contemporânea**. Brasília, DF: Technopolitik, 2017.

SZASZ, T.S. **Dor e Prazer: um estudo das sensações corpóreas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1957.

STEINWURZ, D. A. Doença de Crohn e retocolite: abordagem psicanalítica dos fenômenos somáticos. In. BEJAR, Regina. **Dor psíquica, dor corporal: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Blucher, 2017, p. 175-198.

VOLICH, R. M. **Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise**. São Paulo-SP: Casa do Psicólogo, 2010.

UCHOA, A. C. Da histeria às somatizações: o corpo em cena. In. BEJAR, R. **Dor psíquica, dor corporal: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Blucher, 2017, p. 147-160.

WIKIPEDIA, Enciclopédia virtual. Cobra Jibóia, 2018, s.p. disponível no site <https://pt.wikipedia.org/wiki/Jiboia-constritora> , acesso em 14 de abril de 2020, às 18:00 h.

ZAVARONI, D. de M. L.; VIANA, T. de C. C., MONNERAT, L. A. A constituição do infantil na obra de Freud. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 12, n. 1, p. 65-70, 2007.

ZIMERMAN, D. **Vocabulário contemporâneo de psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2001.