



## QUANDO A DOR FAZ CORPO

VERA LOPES BESSET

PEDRO MOACYR CHAGAS BRANDÃO JUNIOR

### RESUMO

As síndromes de dor crônica tem a dor como o sintoma principal e caracterizam-se por um conjunto de sinais que comumente não respondem ao modelo médico de localização de causas orgânicas. Algumas dores crônicas, como as da fibromialgia, contradizem o saber médico sobre o organismo e suas funções, a exemplo do que ocorreu com a histeria no final do século XIX. Efetivamente, algumas características das síndromes de dor crônica sugerem uma aproximação com a histeria. Todavia, com frequência, distintamente dos sintomas histéricos, os sofrimentos das dores crônicas mostram-se impermeáveis à interpretação. Sendo assim, a dor pode ter um lugar e uma função na estruturação psíquica, tanto como sintoma a decifrar, na neurose quanto como nome para localizar um falasser na relação com o Outro, na psicose. Neste texto, a partir da problemática do tratamento das dores

crônicas em psicanálise, e partindo da lógica do caso a caso, interessa-nos refletir sobre as implicações do estatuto das dores crônicas para o diagnóstico e a direção do tratamento.

**Palavras-chave:** Dores Crônicas; Fibromialgia; Corpo; Clínica Psicanalítica

## CUANDO EL DOLOR ES EL CUERPO

### RESUMEN

Los síndromes del dolor crónico tienen el dolor como síntoma principal, y se caracterizan por un conjunto de señales que normalmente no responden al modelo médico de encontrar las causas orgánicas de las enfermedades. Algunos dolores crónicos, como la fibromialgia, contradicen con el conocimiento de la medicina sobre el cuerpo y sus funciones, como ha ocurrido con la histeria en el siglo XIX. De hecho, algunas características de los síndromes de dolor crónico sugieren una



aproximación a la histeria. Sin embargo, a menudo, a diferencia de los síntomas histéricos, los padecimientos de los que sufren de dolores crónicos parecen ser impermeables a la interpretación. Por lo tanto, el dolor puede tener un lugar y función en la estructura psíquica, tanto como un síntoma que hay que descifrar, en el caso de las neurosis, así como un nombre para encontrar un hablanteser (parlêtre) en la relación con el Otro, en la

psicosis. En este artículo, a partir de la cuestión del tratamiento del dolor crónico en el psicoanálisis, frente a la lógica de cada caso en su particularidad, estamos interesados en la reflexión sobre las implicaciones de la condición del dolor crónico para el diagnóstico y la dirección del tratamiento.

**Palabras clave:** Dolor crónico, Fibromialgia, Cuerpo, Clínica Psicoanalítica

*L'homme dit que le corps, son corps, il l'a...*

Jacques Lacan, *Le Séminaire, Livre XXIII*, p. 154.

### **Dor crônica: de síndrome a sintoma**

Nos últimos anos, diversos autores têm sublinhado mudanças nas modalidades de demanda assim como nas formas de apresentação dos sintomas dos sujeitos que buscam um tratamento analítico (Miller, 2004, 1989; Besset, Brito, Silva, Espinoza, 2009). Ao mesmo tempo, uma gama de classificações diagnósticas -bulimia, anorexia, síndrome do pânico, depressão, obesidade, entre outras- encontra-se à disposição de especialistas e pacientes, igualados no estatuto de consumidores, para nomear e dar conta de arranjos sintomáticos peculiares. Nesse contexto, entendendo o sintoma como fruto de uma construção subjetiva, é possível considerar as transformações da “envoltura formal do sintoma” (Miller, 1989) em relação ao saber veiculado em uma época.



Atualmente, entre as queixas que comparecem ao consultório de um analista, estão as que se referem aos embaraços do sujeito com o corpo, como nas síndromes de dor crônica, em que a dor é o sintoma principal. E, a exemplo do que ocorreu com a histeria no final do século XIX, à época da criação da psicanálise, algumas dores crônicas contradizem o saber médico sobre o organismo e suas funções. Nesse contexto, os pacientes buscam na medicina um alívio para suas dores, ao mesmo tempo em que um diagnóstico para nomear, circunscrever, legitimar, fazendo reconhecer pelo Outro aquilo que sentem.

As síndromes de dor crônica caracterizam-se por um conjunto de sinais que comumente não respondem ao modelo médico de localização de causas orgânicas. Nelas, a dor distingue-se da dor aguda que tem uma delimitação temporal clara, alterações neurovegetativas sistêmicas, fisiopatologia bem compreendida e cuja intensidade e localização têm boa correspondência com o local e a dimensão da lesão tecidual (Lima e Trad, 2008). A dor crônica, ao contrário, não respeita esse padrão e pode persistir mesmo depois da cura da 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. Além disso, só o relato dos pacientes pode permitir saber sobre a dor. Ao se tornar crônica, a linguagem da dor tem tendência a enfatizar as dimensões emocionais e afetivas (Besset, Gaspard, Doucet, Veras, Cohen, 2010).

As dores crônicas são classificadas de acordo com a região acometida: cervicobraquialgia, lombalgia, fibromialgia, cefaléia (Oliveira, 2000). A superposição entre as diversas síndromes é comum - LER e fibromialgia; fibromialgia e síndrome de fadiga



crônica; pacientes de sensibilidade química múltipla e síndrome de fadiga crônica (Oliveira, 2000). Geralmente, são relacionadas à somatização ou à conversão histérica, acompanhadas da presença de transtornos de ansiedade e depressão. Dentre as dores crônicas sem substrato orgânico encontra-se, com bastante frequência, a fibromialgia. Essa síndrome é caracterizada, de acordo com a classificação internacional das doenças (CID), por dores músculo-esqueléticas acompanhadas de transtornos do sono e fadiga (Heymann, 2006).

Para a maioria dos médicos, a dor é um sinal clínico de uma doença ou lesão e a preocupação com seu tratamento é muito recente (Santos, 2009, p. 12). No Brasil e na França as considerações publicadas respectivamente pela Associação Brasileira de Reumatologia (Heyman et al, 2010) e pela Academia Francesa de Medicina (Menkès e Godeaul, 2007), resumem as conclusões dos estudos realizados pelos especialistas, apontando para a adequação de uma abordagem multiprofissional nos tratamentos da fibromialgia e das dores crônicas em geral. Ao mesmo tempo, face à dificuldade em definir a etiologia da fibromialgia e considerado seu caráter multifatorial, a Sociedade Brasileira de Reumatologia propõe a combinação de tratamentos medicamentosos e não-medicamentosos (Heyman, 2006; Heyman et al, 2010). Entre os tratamentos não-medicamentosos citados, encontramos tanto a psicoterapia quanto a ginástica.

No campo da psicanálise, alguns estudos buscam entender a etiologia das dores crônicas. Algumas de suas características sugerem uma aproximação com a histeria: a maior incidência em mulheres (Leite e Pereira, 2003; Marques, Slompo e Bernardino, 2006), a classificação das síndromes dolorosas crônicas entre os transtornos somatoformes no Manual da Psiquiatria, o DSM IV, o fato de a dor se apresentar como



sintoma, o caráter excessivo da dor, as contradições do corpo que tanto as dores crônicas quanto o sintoma histérico denunciam e por fim, a origem psicogênica da dor (Zanotti, 2011). Marques, Slompo e Bernardino (2006), entre outros, definem a fibromialgia como um sintoma histérico contemporâneo. Ao mesmo tempo, criticam a abordagem estritamente médica dessa patologia e reivindicam o lugar que a psicanálise, no século XIX, inaugurou para o sujeito.

Em tempos que podemos nomear de *hipermodernos*, com Lipovetsky (2004) ou *pós-modernos*, com Bauman, 2004, a fibromialgia convoca a psicanálise a dar uma resposta sobre sua prática a partir da constatação de uma ineficácia da referência ao sentido. Isto, porque em vários casos seus sintomas, a despeito da proximidade com a histeria, mostram-se impermeáveis à interpretação psicanalítica.

De todo modo, a dor, coloca questões cruciais sobre o corpo e a regulação das pulsões e, em alguns casos, as experiências de dor contrariam a suposição do sujeito (neurótico) de possuir um corpo Abelhauser (2010). Do contrário, quando é questão de psicose, a clínica demonstra que as dores crônicas podem servir de recurso para constituir um corpo (Ebtinger, 2007).

### **O que a dor ensina sobre o corpo?**

Levando a sério a queixa sobre um sofrimento desatrelado de qualquer causalidade orgânica, Freud aceita o desafio da construção de um novo saber, ali onde a medicina recua. A base do novo campo clínico que inaugura é a suposição de que os sintomas de suas pacientes carregam uma mensagem a ser decifrada. Disso decorre o estabelecimento de um dispositivo específico: a escuta de conflitos psíquicos inconscientes, remetendo à história de vida dessas pacientes e a desejos recalcados.



Desde o início da clínica freudiana, os sofrimentos da histeria desvelam para um corpo que não se resume ao organismo. Na ocasião, Freud afirma que “nas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se anatomia não existisse” (1895/2007, p. 206). Assinala que a histeria “toma os órgãos pelo sentido comum, popular, dos nomes que eles têm: a perna é a perna até sua inserção no quadril, o braço é o membro superior tal como aparece visível sob a roupa” (Freud, 1895/2007, p. 206). Essa afetação do corpo pela linguagem, que se observa na clínica clássica da histeria, leva um autor contemporâneo (Moraes, 2007) norteado pelo ensino de Lacan, a afirmar: “se o corpo é afetado como o quer a linguagem comum, e não como o exige a anatomia, o corpo é da ordem da linguagem” (p.21).

Em coerência com a proposta freudiana e valendo-se dos aportes da linguística saussureana, Lacan (1998), em um primeiro momento de seu ensino (Miller, 2003), apresenta o corpo como um “monumento” onde se escreve a cifra significativa de uma verdade recalcada que pode ser decifrada. E o inconsciente é concebido como uma “lacuna”, um “branco” como resultado de um “capítulo censurado” da história do sujeito (Lacan, 1988, p. 260). Nesse contexto, o sintoma é entendido como uma metáfora, enlaçando-se ao corpo sob a forma de mensagem a ser decifrada. Esse sofrimento que marca o corpo pode se endereçar ao Outro pela via de uma suposição de saber (Brito, Besset, 2008). Trata-se aí, de um corpo afetado pela ação do significante, “um corpo significantizado, dado que a falta é entendida, nesse momento da elaboração de Lacan, como restrita à dimensão simbólica”. (Besset, Carrijo, Benedito, Gaspard, Telles, 2008, p. 139). Nesse momento, é o poder da imagem corporal que estrutura o narcisismo,



absorvido pelo império simbólico e a libido está referida a um significante privilegiado, o significante fálico.

No ensino de Lacan, a pulsão ganha novo destaque a partir do *Seminário XI* (Lacan, 1998), ao mesmo tempo em que o corpo se apresenta como vivo e não mais apenas mortificado pelo significante. É um corpo pulsional que Freud (1910/2007) nos apresentara ao abordar o caso de uma cegueira histérica. No caso de uma cegueira parcial, de um olho, sem causalidade orgânica, desvela-se uma causalidade ligada ao valor erógeno do órgão da visão. Este se comportaria “como um genital, pelo prazer erótico de ver” (Freud, 1910/2007, p. 215). O prazer erótico aqui nos remete à libido, energia freudiana da pulsão. Mas, nos casos de dores crônicas, nos quais os sintomas se configuram de modo distinto ao da histeria, pois os sintomas não se endereçam ao Outro como queixa, fala, de que corpo se trata? Seria um corpo no qual a dimensão do real é prevalente? Para Miller (2001), no ensino lacaniano, o corpo é aparelhado pela imagem e está ligado à forma. Temos aí as dimensões imaginária e simbólica da experiência. Todavia, quando a referência é ao organismo, a dimensão do real está implicada.

Como pensar, a partir daí, a possibilidade de um tratamento de sofrimentos que não se oferecem à decifração, em uma proposta clínica que se vale da fala? Porque “para operar, a psicanálise depende, por um lado, do sintoma e, do outro, do poder da fala em afetar o corpo e o pensamento” (Besset et al, 2010, p.37). Em primeiro lugar, a própria experiência psicanalítica demonstra que “há falas determinantes cujos efeitos marcaram profundamente o funcionamento do corpo.” (Miller, 2001, p. 57). Em seguida, como formula Miller, a fala habita o corpo: “Ela é como um pequeno parasita que se tem no



corpo... A *fala* é algo do significante que é alojado no corpo... a fala entra pelos ouvidos... como matéria fônica... isso não é o significante.” (Miller, 2001, p. 31). Ao mesmo tempo, lembramos que o sentido do sintoma não se encontra do lado do profissional, e de seu saber prévio, mas do falasser. Entretanto, em um tempo com tantas ofertas de modalidades psicoterapêuticas, a proposta da psicanálise em relação aos sofrimentos no corpo ainda pode causar enigma. Isso, porque a operação analítica exclui uma intervenção direta sobre o corpo, e “recomenda uma abstenção corporal” (Miller, 2001, p. 27)

Sendo assim, na experiência analítica o corpo é colocado entre parênteses e isso realça ainda mais o que resta dele: a presença dos corpos como condição. Paradoxalmente, por sua presença e por tudo que não fazem juntos, os corpos tornam presentes uma interdição, uma separação ou uma não-relação. “É esse elemento aí que é anulado pela distância” (Miller, 2001, p. 32). Em alguns casos, é preciso um trabalho preliminar, primeiro tempo do tratamento, para que, sob transferência, uma queixa desdobre-se em sintoma analítico. Esse é o caso de Maria, caso clínico apresentado por Castellanos (2009). Em outros, como o de Patrick, construído por Ebtinger (2007), a dor vem, por assim dizer, ‘fazer um corpo’ para o falasser que não dispõe de uma imagem corporal que sustente a ilusão de ‘se ter um corpo’.

### **Com a palavra, a clínica**

Maria, 48 anos, busca tratamento para dores que começaram em sua cabeça, estenderam-se para os joelhos e calcanhares e, progressivamente, alcançaram quase todas as articulações do corpo. O setor de reumatologia do hospital, no qual iniciou um tratamento, encaminhou-a para um psicanalista. De início, ela fala de sua trajetória pelos





serviços do sistema de saúde e traz alguns dados de sua história de vida, sem estabelecer qualquer relação entre estes e seu padecimento físico. Depois de um determinado tempo, o analista pôde fazê-la tecer um minucioso relato visando encontrar uma cronologia para sua dor. Desse modo, foi possível vislumbrar uma relação entre as recaídas de seu marido no uso exagerado de bebidas alcoólicas e o despontar de suas dores.

As dores na cabeça começam um pouco antes da primeira internação psiquiátrica de seu marido. Depois disso Maria fica assintomática por um tempo. No entanto, durante umas férias, depois de um passeio pela praia, em uma noite de bebedeira, o marido desaparece e a deixa sozinha com os filhos. Nesse momento, surgem as dores nos joelhos e calcanhares. Esse episódio foi um marco para o futuro da situação do casal, e depois disso ela padeceu de diferentes sintomas corporais.

Em uma entrevista, relata que vários dias ao ano o marido volta a desaparecer para se embriagar, situação insuportável para ela. Pouco depois, informa que se decidiu pela separação. O analista a convida a continuar falando, pois talvez fosse muito cedo para tomar decisões importantes. Depois disso, Maria passa a falar sobre o alcoolismo de seu pai, desvelando, pouco a pouco, sua novela familiar.

Em determinado momento, o analista percebe que, apesar de seu marido beber muito ocasionalmente, Maria fala como se ele o fizesse todos os dias. Nessa época, ela propõe ao marido uma separação provisória, durante um ano. O analista não questiona nem apoia esses planos, mas observa que algo do desejo começa a se fazer presente. Maria relata que, em momento anterior, o marido havia entrado em grande atrito com o filho deles, o que a levou a considerar o divórcio. Desde então os dois passaram a dormir em



camas separadas. Maria diz que não suporta que ele se aproxime dela, explica que seu corpo 'não responde' quando ele se aproxima.

Falar sobre as questões ligadas à relação conjugal permite abordar a problemática que o analista pode ouvir sob forma de pergunta: o que é uma mulher? Assim, Maria, construiu, em seu tratamento, um percurso (subjetivo) a partir de suas dores. Passou da queixa sobre a dor, referida estritamente ao organismo, à dor como "sintoma", sintoma referido a um corpo, em que a questão da feminilidade e da sexualidade estão implicados. Por fim, algo começou a se modificar na sua relação com o marido e a aproximação dos corpos se torna possível.

Alguns autores, como Leite e Pereira (2003), assinalam que, em alguns casos, a fibromialgia pode ser considerada de ordem histórica, e em outros, de ordem psicossomática. Levados pela lógica do caso a caso, interessa escutar cada caso em sua particularidade a fim de delinear o lugar e a função da dor na estruturação psíquica de cada sujeito. Entre outros, Ebtinger (2007) afirma que "a existência dos fenômenos de conversão não esgota a questão do determinismo psíquico da dor" (p.148). Para explicitar essa concepção apresenta um caso clínico de um homem, que nomeia Patrick.

Patrick, vendedor e pai de família, levava sua vida sem problemas até o momento em que sofre um acidente de carro. Com ferimentos relativamente leves, desde então, sofre de dores nas costas que o impedem de retornar à sua vida profissional e restringem consideravelmente seus afazeres cotidianos. O autor observa que esse paciente não apresenta problemas a respeito de sua vida. Para ele, isso indica uma "ausência de conflito psíquico" e de representações recalcadas. Então, conclui que não será "com a



hipótese do inconsciente que o mistério da persistência dessas dores terá qualquer chance de ser elucidado” (Ebtinger, 2007, p. 149).

Ao investigar a cronologia e circunstâncias da aparição da dor na vida desse paciente, Ebtinger encontrará indicações a respeito de sua instalação. No acidente de carro, há uma primeira batida e quando Patrick se volta para ver o acontecido, um terceiro veículo bate violentamente em seu carro. Perde a consciência por instantes e se crê morto, tendo o sentimento de que tudo que vê é irreal. Imediatamente, nada sentiu. Somente no momento seguinte as dores surgiram nos locais do corpo que sofreram um choque (com a ressalva que o paciente não sofrera ferimentos, apenas contusões). O paciente relata que percebeu que estava vivo somente no instante em que sentiu a dor. No entanto, a impressão de irrealidade permaneceu.

Ebtinger assinala que a experiência de sentir-se morto pôs em causa a forma mental como a relação de Patrick com seu corpo estava fundada, observando que “é a sensação de seu corpo que funda sua realidade, e não a imagem que ele tem dele mesmo” (2007, p. 150). Partindo dessa hipótese, a orientação de trabalho caminhou no sentido da manutenção de certo nível de dor nesse paciente. Considerando a uma função de enlace com a realidade da dor para Patrick, Ebtinger propõe a massoterapia e a administração de medicamentos visando apenas algum alívio à dor, não sua supressão. Ao mesmo tempo, a aposta do tratamento psicanalítico é que o paciente encontre novas formas de enlaces entre corpo, realidade e vida.



### Condições finais

Neste artigo, interessou-nos trazer uma reflexão sobre a abordagem psicanalítica das dores crônicas sem substrato orgânico. Isso, porque esse tipo de sofrimento corporal comparece como queixa na demanda de tratamento de numerosos sujeitos que buscam um analista. Também, em função da questão diagnóstica colocada por um sofrimento que pode ou não se prestar ao oferecimento de sentido de um Outro. Alguns casos remetem ao diagnóstico de histeria, mesmo se a apresentação de seus sintomas distingue-se daquela da histeria clássica freudiana. Neles, um trabalho preliminar se impõe, como no caso de Maria, para que o saber da medicina, resposta (fibromialgia) que tampona a questão sobre o desejo (e o gozo), possa dar lugar à suposição de saber na transferência. Em outros casos, como o de Patrick, no qual a dor crônica persiste após a cura dos males do corpo, revela-se a função da dor como substituto da imagem (corporal) para 'fazer existir um corpo'.

Entre as dores crônicas sem substrato orgânico, a fibromialgia ocupa um lugar de destaque, tanto para a medicina quanto para a psicanálise. Seu reconhecimento oficial como síndrome não a faz até o momento alcançar o estatuto de doença, o que leva as pessoas que dela sofrem a reivindicar, muitas vezes de forma organizada, atenção e direitos. Assim, não somente a sintomatologia da fibromialgia a aproxima da histeria, mas igualmente o modo de apelo ao Outro que, muitas vezes, os pacientes fibromiálgicos apresentam. Apelo que denuncia a falha no saber médico, impotente frente a esse tipo de sofrimento no corpo, tal como se deu com a histeria nos primórdios da psicanálise. O interesse aqui não seria o de incluir a fibromialgia como uma categoria psicanalítica, mas



de acolher o apelo dos sujeitos que recebem esse diagnóstico e buscar aprender com eles um pouco mais sobre a subjetividade de nossos dias.

Nosso estudo sobre o tema das dores crônicas, indica que, apesar de alguns casos de histeria se apresentam sob a nomeação 'fibromialgia', isso não é suficiente para consideramos a fibromialgia como uma forma contemporânea da histeria. Até porque, como demonstram os dados da clínica, em alguns casos os sofrimentos da fibromialgia não se apresentam como sintomas permeáveis à interpretação e remetem, inclusive, à psicose. Em um caso ou no outro, entendemos que, por vezes, a dor pode ter um lugar e uma função na estruturação psíquica, tanto como sintoma a decifrar, na neurose quanto como nome para localizá-los na relação com o Outro, na psicose.

Para a direção do tratamento, o diagnóstico diferencial permanece como condição indispensável para que se possa sustentar a enunciação do sujeito em sua tentativa de construção de uma teoria pessoal para sua dor crônica. Nesse momento de nossa pesquisa sobre as dores crônicas, trabalhamos a partir da indicação de alguns autores, que sublinham a dimensão psicossomática das dores crônicas sem substrato orgânico definido. Ao mesmo tempo, a partir dos aportes do último ensino de Lacan, ponderamos que, tomada como fenômeno de corpo, a dor pode ser entendida como a emergência de um corpo não recoberto pelo simbólico.



## Referências

- Abelhauser, A. (2010) La douleur : parole - ou fonction - du corps? Conferência (inédita). III JORNADA DE ESTUDOS DO CLINP (Núcleo de Pesquisas Clínica Psicanalítica)- UFRJ/CNPq. 22.10.2010. Instituto de Psicologia/UFRJ. Rio de Janeiro. Brasil.
- American psychiatric association (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4. ed. - Revista (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed, [2000] 2002.
- Bauman, Z. (2004). *Amor líquido-sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed..
- Besset, V. L., Gaspard, J.-L., Doucet, C., Veras, M. A. S., Cohen, R. H. (2010). Um nome para a dor: fibromialgia. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, v. 10 (4),1245-1269.[http://www.unifor.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2355&Itemid=1021](http://www.unifor.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2355&Itemid=1021)
- Besset, V.L., Zanotti, S. V., Tenenbaum, D., Schimidt, N., Fischer, R.P., Figale, V. (2010). Corpo e histeria: atualizações sobre a dor. *Polêmica*, v. 9, 35-42.
- Besset, V. L., Brito, B. P. M., Dupim da Silva, G. V., Espinoza, M.V. Corpo e sintoma na experiência analítica. (2009). In: Besset, V.L., Carneiro, H.F. (orgs.). *A soberania da clínica na psicopatologia do cotidiano*. (pp. 147-165). Rio de Janeiro: FAPERJ/Garamond.
- Besset, V. L., Carrijo, L. F., Benedicto, E. C., Gaspard, J., Teles, H. P. R. S. (2008). Corpo e Cortes. Em: Fuentes, M.J., Veras, M. (orgs.). *Felicidade e sintoma: ensaios para uma psicanálise no século XXI*. (pp. 133-143). Salvador: Corrupio.
- Brito, B. P. M.; Besset, V. L. (2008). Amor e saber na experiência analítica. *Rev. Mal-Estar Subj.*, v. 8, n. 3, 681 - 703.



- Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Ebtinger, P. (2007). Douleur dans la réalité subjective. *Mental. Revue Internationale de Santé Mentale et Psychanalyse Appliquée*. N. 19 (Les psychanalystes et les médicaments), 148-151.
- Freud . Estudios sobre la histeria (Breuer y Freud) (2007). (Etcheverry, J.L., Trad.). Em Stracheym J. (Org.). *Obras Completas Sigmund Freud*. (Vol. II, pp. 45-194). B. Aires: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1895)
- Freud, S. La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis. (2007). (Etcheverry, J.L., Trad.). Em Stracheym J. (Org.). *Obras Completas Sigmund Freud*. (Vol. XI, pp. 207-216). B. Aires: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1910)
- Heymann, R. E., Paiva E. S., Junior, M. H., Pollak D. F., Martinez, J. E., Provenza, J. R. et al. (2010). Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.* 50 (1), 56-66. Recuperado em 15 de dezembro de 2010. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0482-50042010000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042010000100006)
- Heymann, R. E. O papel do reumatologista frente à fibromialgia e à dor crônica musculoesquelética. *Revista Brasileira de Reumatologia*. (2006). 46 (1). Recuperado em 20 de dezembro, 2010 de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0482-50042006000100001&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042006000100001&lang=pt)
- Lacan, J. (1998). "Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise". *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.



Lacan, J. (1988). *O Seminário, livro XI, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*.

Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Leite, A. C. C., Pereira, M. E. C. (2003). Sofrimento e dor no feminino. Fibromialgia: uma síndrome dolorosa. *Revista Psychê*. 7 (12), 97-106.

Lima, M. A. G. e Trad, L. (2008). Dor crônica: objeto insubordinado. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 15 (1), 117-133.

Lipovetsky, G. Os tempos hipermodernos. S. Paulo: Ed. Barcarolla, 2004.

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.

Menkès, C. J., Godeaul, P. La fibromyalgie. *Bull. Acad. Natle Méd.* (2007). 191 (1), 143-148. Disponível em <http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=317> Acesso em 1 agosto de 2010,

Miller, J-A. (2004). A era do homem sem qualidades. *Opção Lacaniana [online]*.

2004, 1. Disponível em <http://www.opcaolacanianana.com.br/n1/texto.asp> Acesso em: 16 de março de 2012.

Miller, J-A. (2003). O último ensino de Lacan. *Opção Lacaniana*. S.P. 35, 6-24

Miller J.-A. (2001). *Elementos de Biologia Lacaniana*. Belo Horizonte: EBP-MG.

Miller, J.-A. (1989). Reflexiones sobre la envoltura formal del sintoma. In: *La envoltura formal del sintoma*. (pp. 9-16) B. Aires: Manantial.





- Moraes, J. G. S. (2007). O Corpo entre a Conversão Histórica e o Fenômeno Psicossomático. 2007. 120f. Dissertação. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Pesquisa e Clínica Psicanalítica - Instituto de Psicologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Oliveira, J. T. (2000). Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 58, n. 2A. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2000000200027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2000000200027&lng=en&nrm=iso)
- Santos, R. A. (2009). Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica: uma genealogia da clínica da dor. Dissertação. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Zanotti, S.V. Histeria e Síndromes de dor crônica. (2011). *II Colóquio Internacional Práticas e Usos do Corpo na Modernidade*. São Paulo: USP