



**MANIFESTAÇÃO DE SINTOMAS PSICOSSOMÁTICOS E ANSIEDADE:  
POSSÍVEIS RELAÇÕES COM A FIBROMIALGIA**

Neila Patricia Machry

Caxias do Sul, 2021

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL**  
**ÁREA DE CONHECIMENTO DAS HUMANIDADES**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

**MANIFESTAÇÃO DE SINTOMAS PSICOSSOMÁTICOS E ANSIEDADE:  
POSSÍVEIS RELAÇÕES COM A FIBROMIALGIA**

Trabalho apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II do curso de Psicologia, sob a orientação da Profa. Dra. Tânia Maria Cemin.

Neila Patricia Machry

Caxias do Sul, 2021

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecer a Deus, por me conduzir nos caminhos seguros, por sempre me acompanhar, abençoar em tantas idas e voltas à Universidade e por permitir que este momento tão esperado se tornasse realidade.

A minha família, em especial, aos meus pais Augustinho e Maria Ciria, por terem me dado a vida, me ensinarem bons valores, por todo carinho, apoio e me orientarem por caminhos corretos. Meu pai, que esperava acordado, muitas vezes de noite tarde, até eu retornar da aula e minha mãe, que sempre deixava um lanche ou janta deliciosa, sabendo que eu voltava cansada e com fome. Por me acolherem sempre, por compreender minhas ausências em muitos momentos e por sonharem comigo que este dia chegaria. Ao meu irmão Maicon, pelo apoio, sua alegria, pelas conversas sobre a vida, sobre a fé, estudos e pela compreensão nos momentos em que não pude estar presente.

Ao meu companheiro de vida, Leandro, ao qual sou grata por dividir tantos momentos. Gratidão pelas palavras de carinho e apoio, a companhia nos momentos de estudo, me presenteando com diversos livros e contribuindo com ideias e sugestões ao longo da graduação. Pelas inúmeras vezes que falamos de saúde mental e física, pelas trocas, de conhecimento e aprendizagem, sendo também apoiador do tema deste trabalho. Que vibra e sonha comigo a cada etapa concluída.

Ao Pe. Luciano e Pe. Isaías, meus irmãos na fé, meus chefes. Agradeço pela compreensão nos dias de ausência ao trabalho, pelas companhias diárias, considero-os parte da minha família. Sou grata por me ouvirem em momentos de alegria e tristeza, de cansaço e alívio em fins de semestre.

À Psicóloga Tanila, que ao longo de vários anos conduz meu crescimento, em tantos aspectos, evoluções e lapidações e me possibilitar ser melhor, como pessoa e profissional.

À todas as professoras da universidade, por todo ensino e por apresentarem tantos caminhos e possibilidades. Meu agradecimento especial à Professora Tânia Maria Cemin, a qual tenho tanta admiração, por me conduzir, orientar e tornar possível esse processo tão esperado. Aos colegas de formação, que dividiram e compartilharam momentos de sua vida e estudos e tornaram a caminhada mais leve e às tantas amizades feitas nesse período.

Por fim, a todos que, de alguma forma colaboraram e me apoiaram para a realização desse sonho. São muitas pessoas que fazem parte da minha caminhada, não sendo possível citar todos, mas quem esteve comigo neste período sabe e se sinta agradecido por mim.

*Todo mundo é capaz de suportar uma dor  
com exceção de quem a sente*  
William Shakespeare (1564-1616)

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>10</b>
Objetivo Geral	10
Objetivos específicos	10
<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>11</b>
Aspectos históricos e precursores da psicossomática	11
Ansiedade	20
Fibromialgia	25
<b>MÉTODO</b>	<b>28</b>
Delineamento	28
Fontes	28
Instrumentos	29
Procedimentos	29
Referencial de análise	30
<b>RESULTADOS</b>	<b>31</b>
<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>35</b>
Categoria A - Características da personagem principal	35
Categoria B - Vivências de Ansiedade	37
Categoria C - Fibromialgia	40
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>45</b>

## RESUMO

O presente trabalho intitula-se: “Manifestação de sintomas psicossomáticos e ansiedade: possíveis relações com a fibromialgia”. Possui como objetivo geral identificar possíveis relações entre manifestações psicossomáticas e a ansiedade, evidenciando a fibromialgia. Além disso, visa apresentar os aspectos principais acerca dos sintomas psicossomáticos por intermédio do viés psicanalítico, caracterizando aspectos fundamentais da ansiedade e conceituando o adoecimento fibromialgico. Para tanto, a revisão literária aborda aspectos históricos e precursores da psicossomática, enfatizando a psicanálise, iniciando com o conceito de histeria de Freud e englobando perspectivas de Pierre Marty e Joyce McDougall em relação à psicossomática; a ansiedade e as diversas formas de manifestação; e a fibromialgia, tendo em vista que atualmente vem crescendo de forma significativa, considerando como principal sintoma a dor difusa pelo corpo. Este trabalho é constituído por uma abordagem de pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, descritivo e interpretativo, com análise de conteúdo de Laville e Dionne, sendo utilizado como fonte o artefato cinematográfico “Sonata para Violonchelo”. Posteriormente, valendo-se de recortes do filme para análise, os quais foram agrupados e categorizados para discussão. As categorias A (características da personagem principal), categoria B (vivências de ansiedade) e categoria C (fibromialgia), seguiram o modelo aberto e emergiram após assistir várias vezes o filme, portanto, com definição *a posteriori*. Também foi utilizada a estratégia de emparelhamento, buscando-se integrar aspectos da revisão de literatura e ilustrações do artefato cultural. Com esse estudo identificou-se a presença de uma relação estreita entre a intensidade dos sintomas da fibromialgia e a ansiedade, não necessariamente como causa principal, mas como um dos aspectos que podem ser trabalhados pela psicologia junto a pacientes fibromiálgicos.

**Palavras-chave:** Sintomas psicossomáticos, ansiedade, fibromialgia.

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho contempla os sintomas psicossomáticos e a ansiedade, tendo em vista as possíveis relações de ambas no surgimento da fibromialgia. Objetivou-se identificar possíveis relações entre manifestações psicossomáticas e ansiedade, evidenciando a fibromialgia. Para tanto, buscou-se abordar aspectos históricos e precursores da psicossomática, enfatizando a psicanálise como base do estudo teórico.

Durante a experiência acadêmica, tem-se o contato com diversos assuntos, dentre os quais, alguns com uma afinidade maior e/ou interesse em aprofundar o estudo. Para tanto, na disciplina de Análise do Comportamento, com a realização de um trabalho sobre somatização, teve-se o primeiro contato acerca do assunto, que passou a despertar o interesse inicial. Em seguida, na disciplina Psicologia e Psicoterapia Psicanalítica, com os estudos sobre o funcionamento mental começou a surgir o interesse de pesquisa sobre o tema. Posteriormente, em Psicodiagnóstico II, no qual houve um envolvimento maior e direto com pacientes, considerando que os atendimentos clínicos possibilitaram uma rica experiência, principalmente no acompanhamento de um caso relacionado à ansiedade, tendo grande ênfase na escolha de aprofundar a temática. Por fim, o interesse foi reforçado no Estágio em Psicologia Organizacional e do Trabalho I, durante uma atividade realizada referente ao aconselhamento psicológico, num relato de uma paciente condizente ao tema.

A partir do exposto, surgem questionamentos que remetem aos sintomas psicossomáticos. Com isso, para ter um entendimento maior acerca dos sintomas apresentados, foram realizadas diversas pesquisas e, com isso, decidiu-se aprofundar o conhecimento no adoecimento fibromiálgico. A fibromialgia é caracterizada por dor e sensibilidade, porém, de etiologia ainda pouco conhecida. Pelo viés psicanalítico, é considerada uma doença que não se restringe apenas às explicações biológicas médicas, mas, também, não se enquadra nos sintomas de neuroses clássicas (Galdi & Campos, 2017). No entanto, para maior entendimento, inicialmente, parte-se de uma breve contextualização do tema, com a cronologia dos olhares sobre a psicossomática em diferentes épocas, partindo da psicanálise freudiana sobre histeria, seguindo-se com as contribuições da escola francesa, com suas próprias concepções a respeito da psicossomática.

Sabe-se que a fibromialgia pode se apresentar isoladamente ou associada com outras síndromes, o que pode interferir no agravamento dos sintomas. Dessa forma, procurou-se identificar a influência da ansiedade, como um dos fatores predominantes em pacientes com fibromialgia, considerando que há estudos realizando essa possível relação. Um dos estudos

que aborda essa relação é o de Santos, Quintans, Fraga, Macieira e Bonjardim (2012), constatando que a ansiedade é manifestada na maioria dos casos, tendo um percentual de 87,5% dos casos. Portanto, buscou-se identificar aspectos fundamentais da possível relação entre ansiedade e a manifestação de sintomas psicossomáticos com embasamento pelo viés psicanalítico.

Embora Freud tenha trabalhado a hipótese de que na histeria os sintomas manifestados no corpo seriam provocados por fatores psíquicos inconscientes, não chegou a utilizar a expressão *doença psicossomática* para caracterizar a neurose histérica, uma vez que são conceitos diferentes. Utilizou o termo *conversão* para se referir ao mecanismo pelo qual poderia ser possível expressar um conflito de origem psíquica através de um sintoma somático, na medida em que há um processo de simbolização. Assim, o corpo não seria o corpo real, mas sim uma dimensão simbólico-imaginária no caso da conversão histérica, o que diferencia do que se designa de doenças psicossomáticas, que geralmente há uma lesão orgânica subjacente aos sintomas, enquanto descarga direta no corpo (Santos & Peixoto, 2018).

Aprofundando os estudos, no começo da década de 1950, Pierre Marty, analista da Sociedade Psicanalítica de Paris, e demais colaboradores começaram a publicar trabalhos sobre a existência de uma organização subjetiva específica, que tornaram certos indivíduos vulneráveis a doenças ou sintomas somáticos. Verificou-se a existência de uma insuficiência do funcionamento mental, ou seja, nos pacientes analisados o aparelho psíquico não teria a capacidade suficiente para lidar com os fluxos de excitação e o corpo seria uma “válvula de escape”. Como cita Santos e Peixoto (2018), há uma falta de elaboração do conflito, ocasionando o surgimento da doença orgânica, como descarga dessas tensões/angústias no próprio corpo.

Nesse sentido, a fibromialgia é caracterizada como uma condição reumática progressiva sem fisiopatologia definitiva, nem indicadores mensuráveis da atividade da doença. É caracterizada por dor crônica generalizada, tendo prevalência de 0,66% a 4,4% da população, predominantemente em mulheres de 35 a 60 anos. É comum alguns sintomas estarem associados, os quais muitas vezes impactam na capacidade de trabalho, especialmente em termos de perda da qualidade de vida, baixa funcionalidade, o que pode afetar os relacionamentos interpessoais e atividade ocupacionais (Freitas, Andrade, Spyrides, Micussi & Souza, 2017)

O fato de ainda não haver uma definição precisa em relação à fibromialgia e diante da ausência de sinais no organismo que permitem um diagnóstico mais preciso, a dor crônica é



também entendida como “uma doença psicossomática”, sendo motivo de discussão sobre essa patologia entre profissionais da saúde, em especial no campo da psicologia (Santos & Rudge, 2014). Embora o tema tenha sido pouco explorado, há uma certa frequência de pacientes com fibromialgia que apresentam dores no corpo sem causa orgânica identificada pela medicina. Apesar da insuficiência da medicina a respeito da síndrome, a vertente psicanalista tenta responder sobre possíveis relações entre a dor e o tumultuado mundo pulsional do sujeito em questão (Santos & Rudge, 2014).

Nos casos de fibromialgia, dentre os diversos sintomas que podem estar associados, um dos mais comuns é a ansiedade, sendo considerada um sintoma secundário, frequentemente severo. Os sintomas ansiosos podem comprometer o rumo da doença e podem estar relacionados a um aumento de sintomas físicos e maior intensidade da dor, aumentando significativamente a severidade da doença (Santos et al., 2012). Conforme os autores, “a reação da ansiedade está normalmente presente quando a dor é desencadeada”, e tem sido relativamente negligenciada em estudos de dor crônica em geral. No entanto, há uma crescente tomada de consciência, associando a ansiedade com as condições de dor crônica, considerada uma comorbidade importante na fibromialgia, fazendo-se necessária sua avaliação e seu tratamento (Santos et al., 2012). A dor crônica pode ocupar o centro da vida do sujeito, implicando seriamente em todas as experiências de vida afetiva ou social do sujeito (Besset, Gaspard, Doucet, Veras, & Cohen, 2010).

Com isso, pode-se perceber a importância desse assunto, destacando tanto o sofrimento do sujeito quanto às implicações no âmbito social. O apoio social é um recurso de enfrentamento em doenças crônicas, considerado um dos fatores importantes para a promoção da saúde, como em casos de ansiedade em pacientes com fibromialgia. Assim, tem-se a relevância de estar relacionada com a quantidade e/ou frequência de contatos estabelecidos com pessoas próximas de sua rede social, como família, amigos e colegas, que auxiliam no percurso para o enfrentamento da doença (Freitas et al., 2017).

A partir dessas considerações, o presente estudo apresenta o seguinte problema de pesquisa: Quais as possíveis relações entre manifestações psicossomáticas e ansiedade, evidenciando a fibromialgia?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Identificar possíveis relações entre manifestações psicossomáticas e ansiedade, evidenciando a fibromialgia.

### **Objetivos específicos**

- Apresentar aspectos principais acerca de sintomas psicossomáticos pelo viés psicanalítico;
- Caracterizar aspectos fundamentais da ansiedade;
- Conceituar o adoecimento fibromiálgico.

## REVISÃO DE LITERATURA

### Aspectos históricos e precursores da psicossomática

Ao longo da história da psicossomática, diversos autores se tornaram extremamente relevantes pelas suas contribuições, cada qual em seu período histórico. Como ponto de partida, para uma análise compreensível sobre os acontecimentos e desenvolvimento de conhecimentos, tem-se alguns aspectos indispensáveis, tais como apontamentos desde a histeria até os estudos atuais acerca da psicossomática.

Na maioria dos sintomas histéricos, as causas desencadeantes podem somente ser descritas como traumas psíquicos. Freud (1895/1974) postula que a experiência que evoca emoções aflitivas, como susto, ansiedade, vergonha ou dor física, podem atuar como trauma dessa natureza, o que varia de acordo com o desenvolvimento da pessoa afetada. No caso da histeria, é comum, ao invés de um trauma principal, ocorrerem vários traumas parciais, que formam um grupo de causas desencadeantes. Essas causas apresentam um efeito traumático, somando-se suas influências, constituindo um conjunto, sendo partes da mesma história de sofrimento. No entanto, cada sintoma histérico individual desaparecia imediata e permanentemente quando evocada a lembrança do fato que o provocou, quando relatado de forma detalhada e traduzida em palavras. Mediante as experiências de seus casos clínicos, a histeria é considerada por Freud (1895/1974) como:

quadro clínico, empiricamente descoberto e baseado na observação, da mesma maneira que a tuberculose pulmonar. Quadros clínicos dessa natureza, obtidos empiricamente, ganham precisão, profundidade e clareza, mas não devem e nem podem ser desorganizados por ele (p. 239).

A histeria, de acordo Freud (1895/1974), deve permanecer uma unidade clínica, mesmo se verificar que suas manifestações são determinadas por várias causas, sendo algumas acarretadas por um mecanismo psíquico e outras não, assim como, apenas uma parte das manifestações da histeria é ideogênica. Na realidade, muitos fenômenos descritos como histéricos não são provocados apenas pelas ideias (Freud, 1895/1974). Isso se explica da mesma forma às dores histéricas, que devem ser consideradas de grande importância. Elas são, muitas vezes, determinadas por ideias. No entanto, o fato de uma ideia ser muito “vívida não é o bastante para produzi-la, mas que deve haver uma condição anormal especial nos aparelhos de condução e percepção da dor” (Freud, 1895/1974, p. 241).

O sistema nervoso forma em toda a sua extensão um todo interligado, mas em muitos pontos dele, grandes resistências, embora superáveis, se interpõem, o que impede a

distribuição geral uniforme da excitação. Referente à segurança e eficiência do organismo, os plexos nervosos são de vital importância, tais como os aparelhos circulatório e digestivo que são separados por fortes resistências dos órgãos de ideação. A independência daqueles aparelhos é assegurada e eles não são afetados diretamente por ideias, no entanto, as resistências que impedem a passagem de um aparelho e outro variam em cada indivíduo (Freud, 1985/1974).

As ações motoras, pelas quais a excitação de emoções é normalmente descarregada, são ordenadas e coordenadas. Se a emoção original foi descarregada, não através de um reflexo normal, mas por um reflexo 'anormal' este é liberado pela lembrança. A excitação decorrente da ideia emotiva é convertida numa manifestação somática (Freud, 1895/1974).

As manifestações históricas não parecem ser ideogênicas, surgem como manifestações puramente somáticas, aparentemente sem raízes psíquicas. As experiências que liberam o afeto original, cuja excitação foi convertida numa manifestação somática, são descritas como traumas psíquicos e a manifestação patológica que surge, desta forma, como sintomas históricos de origem traumática. Assim, Freud (1895/1974) considera que

a gênese das manifestações históricas que são determinadas por traumas, encontra perfeita analogia na conversão histórica da excitação psíquica que se origina, não de estímulos externos nem da inibição de reflexos psíquicos normais, mas da inibição do curso de associação (p.263).

Como exemplo proporcionado pela excitação, Freud (1895/1974) menciona o fato quando não é possível recordar um nome ou quando não se pode solucionar um enigma e assim por diante. Se alguém diz o nome ou resolve o enigma, a cadeia de associações termina e a excitação desaparece, exatamente como faz no final de uma cadeia de reflexos.

A histeria e os fenômenos psicossomáticos podem ser tidos como semelhantes, uma vez que ambas usam o corpo como via de acesso, porém, não na mesma direção (Maciel & Oliveira, 2012). É comum, a dor e o conflito psíquicos decorrentes de estresse ultrapassarem a capacidade habitual de tolerância, não serem reconhecidos e elaborados, sendo descarregados em manifestações somáticas, gerando uma falha na simbolização e na elaboração mental. Assim, as dificuldades de enfrentar os conflitos podem gerar adoecimento, como tentativa para o corpo estabelecer um equilíbrio ou como forma de saída para um conflito psíquico (Maciel & Oliveira, 2012).

Clinicamente, na análise das histerias, certas manifestações corporais admitem uma leitura, pois expressam um discurso, formam um sentido, por meio do qual o sujeito liberta do sintoma que é simbólico de algo recalcado. O corpo biológico não é afetado, há uma

integridade, o que não ocorre nas doenças psicossomáticas. Nas manifestações psicossomáticas, a interpretação simbólica não tem o efeito sutil de mostrar um sentido oculto, desconhecido para o paciente tal como uma metáfora. A sintomatologia não é representada pelo recalçamento e tanto o corpo biológico quanto o real são afetados (Maciel & Oliveira, 2012).

O termo “psicossomático” foi empregado pelo psiquiatra alemão Johan C. Heinroth (1773-1843) no início do século XIX para caracterizar uma forma de insônia. O substantivo “psicossomático” surgiu em 1946. No final do século XIX, o neurologista vienense, Sigmund Freud, partindo de trabalhos sobre as paralisias, a afasia e a histeria, descobre a realidade dinâmica do inconsciente e cria a psicanálise. Com os estudos freudianos sobre a dinâmica do inconsciente e a criação da psicanálise, foi possível o estabelecimento dos princípios econômicos, psicodinâmicos e genéticos que organizam e são responsáveis pela unidade psicossomática de um indivíduo. Esses estudos possibilitaram o conhecimento do aparelho psíquico, o qual foi nomeado de Id, cujo conteúdo compreende tudo aquilo que o indivíduo traz ao nascer, sendo considerado o primeiro modo de expressão psíquica (Marty, 1993).

Embora Freud não tenha demonstrado grande interesse sobre a psicossomática, em seus textos sobre a histeria, forneceu uma explicação em termos econômicos. Por meio da histeria que os problemas do “psicossomatismo” surgem. Os sintomas da histeria, conforme Marty (1993), “são o resultado da transformação, da “conversão” de uma excitação endógena em inervação somática” (p. 5). Concomitante à época, Freud descreve os sintomas da neurose de angústia que apresentam processos de simbolização e se dirige aos problemas funcionais psicossomáticos, como sendo a manifestação somática de angústias não representadas (Marty, 1993).

Por meio de observações e pesquisas referentes à relação entre certas formas de existência e doenças crônicas, as quais não se encaixavam nem no quadro das conversões históricas, nem nos das neuroses atuais, sob o impulso de Pierre Marty, foi criada a Escola Psicossomática de Paris. Esta adquire autonomia e status de disciplina científica (Marty, 1993).

De acordo com Marty (1993), o homem deve ser concebido como uma unidade psicossomática, de forma que empregar essa palavra como um adjetivo implica redundância. A psicossomática considera tanto os movimentos psíquicos quanto os somáticos, assim como as relações entre esses movimentos nos pacientes somáticos. A psicossomática de adultos remete, frequentemente, às dificuldades de diferentes ordens, originadas de sua infância, principalmente em sua primeira infância (Marty, 1993).

A psicossomática e a psicanálise tem uma estreita relação, em virtude da psicanálise constituir uma referência permanente da psicossomática. No entanto, na prática divergem no que se refere ao tratamento dos pacientes, aos objetivos e às técnicas. Em compensação, a psicossomática contribui para o enriquecimento da psicanálise e psicanalistas, por inúmeras razões, entre elas a noção de mentalização, neuroses de comportamento, interesse da primeira tópica freudiana, as dimensões do pré-consciente, funcionamento do Ego, a formação do inconsciente, entre outras (Marty, 1993).

Diversos estudos com pacientes atraíram a atenção sobre a constituição do aparelho psíquico, com uma progressão de descobertas em diferentes períodos. As primeiras noções de insuficiência e de singularidade do funcionamento mental surgiram nos estudos com pacientes portadores de tuberculose pulmonar, em 1954. Em seguida, importante pesquisa referente a duas somatizações funcionais, na França, sobre as cefalalgias e as raquialgias. Ao mesmo tempo em que havia interesse no funcionamento mental das doenças somáticas, existia a esperança de descobrir estruturas psicossomáticas relacionando certos sistemas psíquicos e afecções físicas, por meio de estudos sobre a alergia essencial (Marty, 1993).

A reconhecida insuficiência do funcionamento mental, foi conquistada por meio de pesquisas sobre o funcionamento atípico do aparelho psíquico dos pacientes somáticos, divergindo do funcionamento do aparelho psíquico dos neuróticos. Mediante isso, surgiram conceitos como “pensamento operatório, depressão essencial e desorganização progressiva” (Marty, 1993, p. 16), os quais serão abordados em sequência.

Em 1966 foi apresentado pela primeira vez a desorganização progressiva, definida como “oposição a desorganizações globais, limitadas no tempo e sempre ricas de um potencial libidinal reorganizador, que constituem as regressões” (Marty, 1993, p. 20). Após isso, houveram três exposições mais abrangentes da desorganização progressiva. A primeira em 1967, a qual tem definição de destruição da organização libidinal de um indivíduo em um dado momento, sendo na maioria das vezes, um processo de somatização. As organizações tópicas são submetidas ao movimento de desorganização. O superego perde sua função habitual e se encontra substituído por um ego-ideal arcaico pelo qual antecipa o indivíduo no círculo vicioso das feridas desorganizantes (Marty, 1993).

A segunda exposição, conforme Marty (1993), ocorreu em 1976, por meio da reatualização do processo da desorganização progressiva, enfatizando diferenciações da ordem econômica com os processos de regressões reorganizadoras, a qual a desorganização desdobra-se de forma contrária à organização evolutiva. Marty (1933) aponta que:

nenhum patamar regressivo de densidade suficiente cessa essa desorganização, o

que lhe confere um aspecto progressivo. Sobrevêm enfim as desorganizações de funções somáticas cada vez mais arcaicas no plano evolutivo, cada vez mais fundamentais no plano vital. O processo pode, deste modo, se desenvolver, até a destruição dos equilíbrios primários da vida libidinal (p. 20).

Em sequência, em 1980, em contraste entre os dois grandes sistemas econômicos, bases dos processos de somatização, ocorreu a terceira exposição, considerando as neuroses de caráter como terreno eletivo das desorganizações progressivas. Em seguida, Marty, juntamente com M'Uzan, desenvolve estudos e define um conceito central, denominado de pensamento operatório, que evidencia uma carência funcional das atividades fantasmáticas e oníricas, o que naturalmente acompanha perturbações somáticas. É um pensamento consciente e não utiliza mecanismos mentais neuróticos e psicóticos. O pensamento operatório surge desprovido de valor libidinal, que nem sempre permite a exteriorização de uma agressividade e pode ser considerado como uma modalidade de processo secundário, devido à sua orientação sensível. Ligando esse pensamento, contudo, a coisas e não a conceitos abstratos, a produtos da imaginação ou a expressões simbólicas, sugere a precariedade da conexão com as palavras, relacionando a um processo de investimento a nível arcaico (Marty, 1993).

Em 1980, com mais estudos sobre o aparelho mental, o pensamento operatório é substituído pela “vida operatória”, sendo que as poucas representações existentes, são consideradas pobres e repetitivas. A vida operatória, ligada à depressão essencial, de acordo com Marty (1993), “constitui uma etapa de relativa cronicidade, um arranjo frágil, um estado instável, que se instala no decorrer de uma desorganização progressiva lenta, sendo repleta de incidentes ou de acidentes somáticos” (p. 17). Devido a diversos estudos, o pensamento operatório é pouco frequente, destarte, os sintomas da depressão essencial são associados a outros estados operatórios e mais difundidos. O autor enfatiza que a depressão essencial está relacionada a depressões sem objeto, auto-acusação e culpabilidade consciente, tendo o sentimento de desvalorização pessoal e de ferida narcísica como orientação eletivamente para a esfera somática.

Com isso, Marty (1993) destaca que a sintomatologia depressiva define-se pela falta, caracterizada pelo apagamento da dinâmica mental. E considera que, sem a relação libidinal, o fenômeno é comparado ao da morte. A depressão essencial se estabelece quando acontecimentos traumáticos desorganizam um certo número de funções psíquicas e suas capacidades de elaboração transbordam. Geralmente, angústias difusas antecedem a depressão essencial, traduzem a aflição profunda do indivíduo e assim, o Ego submerso mostra sua

desorganização, reproduzindo um estado arcaico de transbordamento. Nesse processo, conforme Marty (1993) mostra o

apagamento funcional dos dois sistemas tópicos freudianos, em vão se procura por desejos e não se encontra senão interesses maquinais. O Ego cumpre sua pior maneira, de modo evidente, seus papéis de ligação, de distribuição e de defesa. Está apartado de suas origens e desorganizado. Sem dúvida o desaparecimento dos sentimentos inconscientes de culpabilidade constitui um dos sinais principais da depressão essencial. O inconsciente recebe mas não emite. É no nível pré-consciente, no pagamento das funções habitualmente ativas, que se constata os danos, a supressão das relações originais com os outros e consigo mesmo, a perda do interesse pelo passado e pelo futuro (p. 19).

A ausência de comunicação com o inconsciente é fator de ruptura com sua própria história, assim a fala parece se conservar apenas para descrever os eventos e intermediar as relações e a sexualidade encontra-se excluída do verbo. O pré-consciente, portanto, é uma peça central da economia psicossomática. Na parte dinâmica e operacional do aparelho mental, Freud delimita que o pré-consciente está ligado ao inconsciente, porém, à medida que seus conteúdos são acessíveis à consciência, vai se distinguindo dele (Marty, 1993). O pré-consciente aparece sob dois aspectos, ou seja, de um lado, topicamente, suas camadas profundas estão estreitamente ligadas com o inconsciente (o soma, os instintos e as pulsões), sendo que as camadas superiores atingem o consciente. Do outro lado, cronologicamente, sendo que se constitui de aquisições mentais sucessivas no decorrer de todo o desenvolvimento. Os dois sistemas interferem-se sem cessar e o pré-consciente funciona como um reservatório de representações, relativamente ligadas entre si e prestes a atingir a consciência (Marty, 1993).

As representações consistem na evocação de percepções que, ao serem inscritas, deixam traços mnésicos e assumem diversos valores de objetos de referências mentais individuais. (Marty, 1993). O autor aponta que, posteriormente, as representações são, na maior parte do tempo, acompanhadas de afetos, agradáveis ou desagradáveis. Ao longo de todo desenvolvimento humano, o pré-consciente se organiza como um sistema de ligações entre as representações mentais. Na psicanálise há uma distinção teórica, entre as representações de coisas e as representações de palavras. As representações de coisas lembram realidades vivenciadas e revelam-se pouco mobilizáveis mentalmente. As representações de palavras são formadas desde as percepções primárias e basicamente verbais, que neste período inicial ainda participam das representações de coisas, no entanto,



são abandonadas durante o desenvolvimento. Elas se originam das comunicações inter-humanas e se mantêm, permitindo simultaneamente, comunicações internas. São facilmente mobilizáveis pelos afetos, enriquecidos por novos afetos e por valores simbólicos, conforme ocorrem as trocas verbais, as representações de palavras estabelecem as associações de ideias (Marty, 1993).

Por vezes, as representações, mesmo dotadas de conteúdos verbais, parecem estar ausentes, mostrando-se limitadas e superficiais. Como se as complexidades da vida mental não existissem nesses indivíduos e os afetos que o inconsciente promove estivessem afastados. Diversos aspectos, como a ausência ou limitação, a superficialidade das representações reduzidas às das coisas, a restrição dos afetos e a falta de simbolização podem ser entendidos por neuroses de comportamento (Marty, 1993). Determinados sujeitos podem ser capazes de ter uma vida eficiente e satisfatória, no entanto, não são capazes de encontrar na realidade outras possibilidades senão traduzir na atualidade e na ação dos movimentos inconscientes. No mesmo sentido, no entanto, num grau menor de pobreza de representações, são definidos os sujeitos das neuroses mal mentalizadas. Há ainda, os neuróticos denominados bem mentalizados, os quais possuem profundidade e amplitude psíquica das representações, associações de ideias pelos fios entrelaçados das palavras e dos afetos. As variações do funcionamento pré-consciente, de sujeitos ora bem mentalizados, ora mal mentalizados, leva a avaliar um conjunto de neuróticos de mentalização incerta, pela variabilidade do psiquismo (Marty, 1993).

A capacidade de assimilação mental tem limites e varia de acordo com os indivíduos, conforme cada momento de vida desses, a isso Marty denominou “mentalização”. A noção de mentalização, conforme Marty (1998), foi definida em torno dos anos 70, se referindo a dimensões do aparelho mental, o qual havia poucos estudos. A mentalização diz respeito à quantidade e qualidade de representações psíquicas, que são a base da vida mental. As representações, ao longo do dia, fornecem fantasias, à noite os elementos dos sonhos permitem a associação de ideias, pensamentos e reflexão interior, assim como na relação direta e indireta com os outros (Marty, 1988).

As particularidades e diversas falhas no funcionamento mental dos indivíduos, de maneira geral ou nas enfermidades somáticas, não se assemelham com a dos neuróticos, inclusive a mentalização não foi de grande interesse de Freud, mas sim, as neuroses mentais. No entanto, as descobertas de Freud em relação ao funcionamento mental e suas instâncias, bem como a primeira tópica que situa o pré-consciente como lugar onde se manifestam as representações foi essencial para o surgimento da mentalização (Marty, 1998).

Uma boa mentalização é aquela que protege de forma satisfatória o indivíduo de somatizações. A mentalização de um indivíduo, como cita Vieira (1997), diz respeito “unicamente à vida mental disponível, ou seja, ao sistema pré-consciente e consciente, sem ignorar que no pré-consciente existem derivados do inconsciente; mas com estes há contato, o que não ocorre com relação ao inconsciente” (p.16).

A psicossomática, por meio de observações, é capaz de perceber o desencadeamento e a evolução de doenças somáticas, em exceção às doenças graves. As manifestações somáticas resultam da instabilidade da vida, desde seu nascimento e permanecem ao longo de todo seu desenvolvimento. As condições de vida nem sempre são favoráveis, o que demanda ao indivíduo necessidade de se adaptar com os meios que dispõe, por diversos fatores, tais como a idade, o lugar e o momento (Marty, 1993). Os recursos disponíveis para a adaptação se baseiam em três domínios: o aparelho somático, mais arcaico e que apresenta uma reduzida flexibilidade biológica e funcional; o aparelho mental, o qual está mais sujeito a regressões e reorganizações, teoricamente mais flexível e por último, o domínio do comportamento, atuante ao longo do desenvolvimento, submetido à ordem mental. Em casos de uma exigência extrema ultrapassar a disponibilidade mental, articulado com o comportamento, o aparelho somático responde. Na perspectiva da psicossomática, situações nas quais as possibilidades de adaptação do indivíduo não são eficazes, surge um efeito desorganizador sobre os aparelhos, mental e somático, que define o traumatismo. Refere Marty (1993) que do ponto de vista econômico, independente das origens, situações consideradas traumatizantes podem acarretar um aumento ou uma diminuição das excitações, como também uma composição dos dois fenômenos. Dessa forma, os aparelhos funcionais podem ser desorganizados pelos traumatismos, sendo que há a tendência de se propagar até encontrar um sistema que possa conter a desorganização.

Os traumatismos geralmente atingem primeiramente o aparelho mental, buscando bloquear ou obstruir os movimentos de desorganização antes da sua chegada ao domínio somático. Assim, Marty (1993) afirma que:

um aparelho mental longa e regularmente amadurecido, que repousa sobre uma organização conveniente dos dois sistemas tópicos freudianos que, além dos mecanismos de condensação e deslocamento, mobiliza permanentemente as representações pré-conscientes dos diversos níveis do desenvolvimento e as anima, fazendo com que ressurgam os conflitos relacionados à castração e ao Édipo, graças à presença do superego pós-edipiano, que utiliza os movimentos de interiorização e projeção, que pode elaborar os lutos, que se detém, também, em regressões

recuperando parcialmente fixações anteriores, tem todas as chances de ver se esgotar e se perder o efeito desorganizador inicial dos traumatismos, antes que este possa atingir a esfera somática (p.30).

Portanto, o fluxo das excitações instintivas e pulsionais, tanto de essência agressiva quanto de essência erótica, definem o problema central das somatizações. As somatizações ocorrem quando as excitações são obstruídas no aparelho mental ou no comportamento. Ocorrem dois processos de somatização, ou seja, as desorganizações psicossomáticas e regressões somáticas, sendo que a primeira origina doenças evolutivas, que seguem as desorganizações mentais e progressivas e se enquadram nas neuroses mal mentalizadas, enquanto que a segunda, doenças reversíveis e similares às regressões mentais, se enquadrando nas neuroses bem mentalizadas (Marty, 1993).

A manutenção das somatizações dependem da duração da depressão essencial, portanto, depende da conservação dos fatores traumatizantes e da ausência de uma estabilização regressiva, mental ou somática, a ponto que, o fim das somatizações dar-se-ão naturalmente ao fim dos movimentos desorganizadores, ou seja, ao fim da depressão essencial desencadeador das doenças. Com isso, pressupõe-se uma mudança do estado afetivo do indivíduo, cessando o peso traumático, por meio do nascimento de um investimento afetivo semelhante ao investimento afetivo desaparecido (Marty, 1993). O autor complementa que o fim dos pesos traumáticos podem ocorrer devido aos benefícios retirados pelo paciente de sua doença e, decorre por meio de psicoterapia com especialista em psicossomática.

No que tange ao sintoma psicossomático, Ávila (1996) considera que a investigação psicossomática é fundamental para detalhar os sintomas psicossomáticos. O sintoma psicossomático costuma atrair um grande montante de ideias e dos afetos do indivíduo. Todas as constelações de afetos e representações podem ser mobilizadas no processo de adoecimento. Por isso, a investigação psicossomática se justifica por indagar como este ser global, que nunca é só corpo, mas sempre pessoa, ou seja, vida mental, como vive este processo de doença (Ávila, 1996). O sintoma é o ponto de partida, tem dupla face, é portanto, simultaneamente tanto queixa quanto uma questão subjetiva. O sintoma psicossomático tem um sentido, que o desconhecimento e a falta de sentido também são um sentido.

Em se referindo à impossibilidade de elaboração psíquica, tem-se considerações de McDougall (2013), abordando sua preocupação em problematizar suas ideias frente a impasses e trazer hipóteses sobre o psíquico das doenças orgânicas, bem como em ter uma comunicação com diversas escolas teóricas. Discorrendo sobre o afastamento da realidade psíquica, a autora integra termos como pensamento operatório, alexitimia, neurose de

comportamento, relacionando ao conceito de “desafetação” se referindo a indivíduos que teriam vivenciado precocemente emoções intensas que ameaçavam seu sentimento de integridade e de identidade e que lhes foi necessário, como forma de sobreviver psiquicamente, erigir um sistema muito sólido para evitar o retorno de suas experiências traumáticas portadoras da ameaça de aniquilamento (p. 105).

A partir disso, McDougall (2013) aborda casos de pacientes e considera que aqueles que são mais propensos a somatizar revelam “maior incapacidade de recalcar as ideias ligadas à dor emocional e incapazes de projetar esses sentimentos, sobre as representações das outras pessoas, ejetavam brutalmente, do campo do consciente qualquer representação de afetos” (p.105). A autora afirma que não é um sofrimento por incapacidade de vivenciar ou exprimir uma emoção, mas pela incapacidade de conter o excesso da experiência afetiva e, portanto, uma incapacidade de refletir sobre essa experiência. A autora enfatiza que quando acontece o fenômeno da desafetação, é evidente que o indivíduo corre o risco de alterar sua capacidade de sonhar, o que pode aumentar o perigo de um desmoronamento psicossomático. Assim, McDougall (2013) propõe hipóteses sobre o funcionamento mental que gera esse estado de desafetação e pondera sobre uma brecha psíquica entre as emoções e as representações mentais e aos recursos econômicos que não considera sentimentos, afetos. Portanto, conclui que uma estrutura completamente fechada sobre si está a serviço de uma função de defesa extrema.

As concepções de Marty e McDougall, como afirma Peres (2006) destacam-se como relevantes expoentes da psicossomática psicanalítica e conceituados como uma das mais consistentes vertentes psicossomáticas devido suas contribuições teóricas na elucidação do papel dos fatores emocionais tanto no surgimento quanto no curso das doenças orgânicas. Segue-se a apresentação de uma breve caracterização acerca da ansiedade.

### **Ansiedade**

A ansiedade constitui um tema de grande relevância ao longo da trajetória de Freud, sendo que no decorrer da história, determinados aspectos sofreram modificações, dos quais, destacam-se diferentes formas de manifestação. Em investigação sobre neuroses clássicas, Freud defrontou-se pela primeira vez com a ansiedade, em seu primeiro artigo sobre a neurose da angústia. Mediante atendimentos clínicos, casos de neurose de angústia possuíam uma descarga de tensão sexual, na qual, a excitação acumulada escapava numa forma transformada de ansiedade, mediante processos físicos (Freud, 1926/1976). Inicialmente, em casos de

fobias ou neuroses obsessivas, consideradas psiconeuroses, a razão do acúmulo de excitação não descarregada era psicológica, a repressão. O que ocorria nesses casos era semelhante aos casos de neuroses atuais, ou seja, a excitação acumulada (ou libido) foi transformada diretamente em ansiedade (Freud, 1926/1976).

Em seguida, passou a não considerar mais a ansiedade como libido transformadora, mas como uma reação sobre algo específico que possa demonstrar alguma situação perigosa e postula haver uma estreita relação entre ansiedade e perigos externos e instintuais (Freud, 1976). Com a distinção entre a ansiedade automática e a ansiedade como um sinal, passou-se a desconsiderar a diferença entre ansiedade neurótica e realística. O determinante fundamental da ansiedade automática é a ocorrência de uma situação traumática, por meio de uma experiência de desamparo por parte do ego perante um acúmulo de excitação que não é possível lidar (Freud, 1926/1976).

A ansiedade como um sinal, conforme Freud (1926/1976), é a resposta do ego à ameaça da ocorrência de uma situação traumática, de perigo. Essa ameaça constitui uma situação de perigo, os quais podem se modificar em diferentes épocas da vida, no entanto, constituem uma característica em comum, ou seja, envolvem perda ou separação de um objeto amado, e está relacionada com características da sexualidade feminina, o perigo de perder o amor do superego. Do mesmo modo, o nascimento pode referir-se como o primeiro grande estado de ansiedade, ou seja, o que determina a forma pela qual a ansiedade se manifesta, ocorre pelo ato de nascer, sendo a primeira fonte da experiência de ansiedade (Freud, 1926/1976).

Nas manifestações patológicas é possível distinguir sintomas de inibições, no entanto, podem haver distúrbios na qual um deles pode aparecer e outro não. A inibição não tem necessariamente uma implicação patológica, enquanto que um sintoma denota algum processo patológico, assim, uma inibição pode também ser um sintoma. Comumente, Freud (1926/1976) denomina inibição quando há uma simples redução de função e sintoma quando uma função passou por alguma modificação inusitada ou quando uma nova manifestação surgiu desta.

Como forma de examinar as várias funções do ego, diferentes afecções neuróticas foram analisadas, entre elas a função sexual, do comer, da locomoção e do trabalho profissional e diante disso, a inibição é descrita como uma restrição de uma função de ego, o qual foi imposto como medida de precaução ou acarretado como resultado de um empobrecimento de energia (Freud, 1926/1976). Um sintoma não pode ser descrito como um processo que ocorre dentro do ego ou que atua sobre ele. Um sintoma é uma consequência do processo de repressão. O fato sobre o surgimento da ansiedade em relação à repressão pode

parecer complexo, no entanto, pode estar ligada à ideia de que o ego é a sede real da ansiedade. A ansiedade, na repressão, é reproduzida como um estado afetivo semelhante com uma imagem mnêmica já existente (Freud, 1926/1976). Para o autor, os estados afetivos têm-se incorporado na mente de forma precipitada, pelas experiências traumáticas do início do desenvolvimento e quando ocorre uma situação semelhante são revividos como símbolos mnêmicos. Além do mais, a primeira experiência de ansiedade do indivíduo tem origem no ato do nascimento, levando em conta que a necessidade biológica exige que uma situação de perigo tenha um símbolo afetivo, de modo que um símbolo dessa espécie teria em qualquer caso de ser criado (Freud, 1926/1976).

Da mesma forma que o ato de repressão demonstra a força do ego, revela também a impotência do mesmo. Ele baseia-se na manutenção do livre intercâmbio e da influência recíproca entre todas as suas partes. Portanto, é esperado que o ego tente impedir que os sintomas permaneçam isolados, utilizando meios para incorporá-los em sua organização, como um ganho secundário, o que possibilita adentrar no problema da ansiedade (Freud, 1926/1976).

A ansiedade não é um assunto tão simples, da qual seja possível ter clareza. O autor considera que:

a ansiedade então é, em primeiro lugar, algo que se sente, denominada de estado afetivo. Como um sentimento, a ansiedade tem um caráter muito acentuado de desprazer. Mas isso não é todo de sua qualidade. Nem todo desprazer pode ser chamado de ansiedade, pois há outros sentimentos, tais como a tensão, a dor ou o luto, que têm o caráter de desprazer (Freud, 1926/1976, p.71).

Sendo assim, o autor enaltece que a ansiedade deve ter outros traços distintos, além dessa qualidade de desprazer. O seu caráter de desprazer pode ter um aspecto próprio, cuja presença de difícil provação, no entanto, se encontra com total probabilidade. Além disso, a manifestação da ansiedade é comum estar acompanhada de sensações físicas, podendo ser referidos a órgãos específicos do corpo, com grande frequência ocorrendo nos órgãos respiratórios e coração e, por proporcionarem comprovações que processos de descarga desempenham papel no fenômeno da ansiedade (Freud, 1926/1976).

Em estudos sobre a ansiedade, revela-se a existência de algumas características determinantes, como o caráter específico de desprazer e os atos de descarga e percepções desses atos, sendo que os dois últimos pontos indicam ao mesmo tempo uma diferença entre estados de ansiedade e outros estados semelhantes, como os de luto e dor. Os últimos não têm

qualquer manifestação motora. Portanto, a ansiedade é um estado especial de desprazer com atos de descarga ao longo de trilhas específicas, baseada num aumento de excitação que, de um lado produz o caráter de desprazer e por outro, encontra alívio através dos atos de descarga (Freud, 1926/1976).

Além do fator fisiológico, há um fator histórico que une as sensações de ansiedade e suas intervenções, na qual um estado de ansiedade é a reprodução de alguma experiência que abrangia as condições necessárias para o aumento de excitações e uma descarga determinada, e mediante essa circunferência, o desprazer da ansiedade recebe seu caráter específico (Freud, 1926/1976). Como já referido, o nascimento proporciona uma experiência a qual deve-se considerar os estados de ansiedade, como uma reprodução do trauma do nascimento. A ansiedade, porém, não ocupa uma posição excepcional entre os estados afetivos, é necessário considerar que podem ter reproduções de diferentes experiências vitais. No entanto, a ansiedade é uma reação comum a todo organismo, apresentando como um fator duvidoso, se para todos, o nascimento tem o significado de trauma. O fato da ansiedade ter uma função biológica indispensável a cumprir como a reação a um estado de perigo, pode ocorrer diferentemente em cada indivíduo. Portanto, não há elemento que confirme que a ansiedade seja moldada no processo de nascimento (Freud, 1926/1976).

Originalmente, a ansiedade surgiu como uma reação a um estado de perigo e é produzida sempre que um estado dessa espécie se repete. No entanto, tem-se algumas considerações acerca disso envolvendo diferentes manifestações. Assim, podem haver duas formas de ansiedade, uma delas sendo de maneira inadequada, que ocorre em caso de uma nova situação de perigo e a outra, de maneira conveniente, a fim de dar um sinal e impedir que tal situação ocorra (Freud, 1926/1976). Como perigo, pode-se entender diferentes ocasiões que permeiam ao longo vida, o que é natural. No ato do nascimento há um verdadeiro perigo para a vida, sendo que o perigo do nascimento não tem ainda qualquer conteúdo psíquico, mesmo havendo pouco conhecimento acerca da composição mental. Freud (1926/1976) foi impelido a concluir que as primeiras fobias da infância podem não ter ligação direta com o nascimento, mas sim, em crianças de colo, à medida que se processa o desenvolvimento mental e durante certo período da infância, encontram-se presentes um certo preparo para a ansiedade. Em caso de persistência das fobias após um certo período da infância, é possível suspeitar de uma perturbação neurótica.

É comum que a ansiedade apareça como uma reação à perda sentida do objeto, assim como a ansiedade de castração constitui o medo da separação de um objeto altamente valioso e por conseguinte, a mais antiga ansiedade - ansiedade primeva do nascimento - ocorre por

ocasião de uma separação da mãe (Freud, 1926/1976). A reflexão pode ir além da questão da perda do objeto, pois o fato da criança de colo desejar sua mãe pode ser porque sabe, por experiência, que essa figura satisfaz todas as suas necessidades. Portanto, Freud (1926/1976) afirma que a situação é considerada como um perigo e contra a qual deseja ser protegida, por ser inofensivo. Para a criança deve ser análoga à experiência de nascer, se manifestando como uma repetição da situação de perigo.

Em ambas as situações, há a perturbação econômica provocada por um acúmulo de quantidades de estímulos, as quais precisam ser eliminadas, da mesma forma que, em ambos os casos, a reação da ansiedade se estabelece. Portanto, a criança não traria nada da época de seu nascimento, além dessa maneira de indicar a presença do perigo. A ausência da mãe pode constituir perigo e quando surge o perigo, há o sinal de ansiedade. Mediante isso vai constituindo a autopreservação e a transição da ansiedade involuntária para a reprodução intencional da ansiedade como um perigo (Freud, 1926/1976).

A ansiedade é um estado afetivo, portanto somente sentida pelo ego. O id pode ter ansiedade como o ego, porém não pode fazer um julgamento sobre situações de perigo. À medida que o ego continua seu desenvolvimento, as situações de perigo mais antigas tendem a perder sua força, de modo que cada período de vida do indivíduo tem seu determinante apropriado de ansiedade (Freud, 1926/1976).

A visão psicanalítica no que se refere à vida mental, possibilitou uma noção importante sobre a ansiedade e relacionando conflito e defesa. Mello (1976) define ansiedade como uma vaga sensação de que algo desagradável está por acontecer. A ansiedade inconsciente é uma das energias geradoras básicas dos sintomas psicossomáticos, e, devido a esse caráter inconsciente, busca a via da expressão corporal. A ansiedade é tida em decorrência de uma situação conflitiva, esta por sua vez pode ser de forma parcial ou totalmente inconsciente (Mello, 1976).

Os conflitos, de acordo com Mello (1976), podem ocorrer entre o indivíduo e o meio ambiente ou entre partes da própria personalidade. A primeira forma tende a ser conflitos externos, mais conscientes e menos profundos, enquanto que a segunda são conflitos internos, mais inconscientes e mais inacessíveis. Os conflitos externos se tornam mais patogênicos e à medida em que se intensificam os conflitos internos, estes sendo gerados ao longo do desenvolvimento humano. Enquanto que os conflitos internos são formados pela assimilação (introjeção) de experiências vitais e as situações conflitivas sendo mais frequentes nas fases evolutivas, ou seja, momentos que tendem a ter importantes modificações na vida do sujeito.



Em relação às tensões psíquicas, Mello (1976) destaca o ego como função de mediador dessas tensões, possibilitando que o indivíduo se adapte consigo mesmo e com o ambiente, utilizando uma série de medidas defensivas como forma de evitar os conflitos ou minimizando-os, a fim de não gerar ansiedade, o que geralmente ocorre inconscientemente. As técnicas defensivas do Ego funcionam como manutenção da homeostase psíquica, sendo patológico seu uso excessivo, abusivo ou inadequado, desencadeando uma série de doenças. Mello (1976) referindo-se aos estudos de Freud sobre pacientes histéricos, cujos sintomas foram denominados conversivos por representarem uma transformação, ou conversão, de energias mentais reprimidas, em sintomas físicos. Apresenta-se a seguir sobre a fibromialgia.

### **Fibromialgia**

Historicamente a fibromialgia tem sido apresentada sob diferentes formas, sendo catalogada na esfera da dor muscular crônica. Dentre os diversos nomes, o mais insatisfatório foi o termo fibrosite (Chaitow, 2002a). Concomitante, Assumpção e Matsutani (2015) aludem que ao longo da história, a fibrosite foi olhada de modos muito diferentes pela comunidade científica. Alguns médicos viram na fibrosite uma causa comum de dor muscular. Outros acharam que era uma manifestação de reumatismo de tensão, ou uma forma de reumatismo psicogênico. Outros ainda, finalmente, fixaram seus estudos como sendo algo relacionado a uma perturbação de somatização. Esta ausência de consenso, como cita Reynolds (em Assumpção & Matsutani, 2015), tem reflexo nos diversos significados históricos assumidos pelo termo, ou os múltiplos vocábulos utilizados com a expectativa de descrição de uma mesma realidade clínica, cada qual com suas contribuições.

Ao longo dos anos, a doença foi motivo de estudos, dos quais cada qual possui achados específicos (Assumpção & Matsutani, 2015). Nos anos 1950 e 1960, a fibromialgia foi considerada uma manifestação de histeria, sendo suas manifestações atribuídas a uma personalidade patológica, assim como relações com uma vida estressante seriam mais frequentes em casos de fibromialgia. Conflitos com os pais, acontecimentos negativos ao longo da vida também são fatores de aparecerem em diagnóstico. Nos anos 1980, estudos feitos por Kellner, com o uso do teste psicométrico Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI apontou que os perfis psicológicos dos doentes com fibromialgia incluíam pontuações elevadas nas escalas de depressão, hipocondria e histeria, além de pelo menos um problema psicológico significativo, assim como, ao longo da vida, a prevalência de qualquer perturbação de ansiedade abrange grande porcentagem dos sujeitos com fibromialgia (Assumpção & Matsutani, 2015).

A fibromialgia é uma (psico)patologia que, na atualidade, vem crescendo de forma considerável. O principal sintoma destacado é a dor difusa pelo corpo, acometendo na maior parte mulheres. Sua etiologia ainda é desconhecida e causa diversos questionamentos referente aos fatores que interferem na evolução, o melhor tratamento e a realização de pesquisas em vários centros (Macêdo, 2020).

De acordo com o Colégio Americano de Reumatologia (ACR), é necessário que a fibromialgia consista no correto reconhecimento sobre sua complexa sintomatologia. A síndrome é caracterizada pela presença de dor espalhada e crônica, bastante frequente nas regiões cervical e ombros, parede torácica e membros (Assumpção & Matsutani, 2015). Concomitantemente, Reis e Rabelo (2010) enfatizam que os critérios clínicos de diagnóstico, estabelecidos pelo ACR em 1990, no exame por apalpação devem ser identificados pelo menos 11 pontos dolorosos, dos 18 *tender points* estabelecidos.

A Síndrome Fibromiálgica (SFM) é caracterizada por dor musculoesquelética generalizada e crônica associada à fadiga, rigidez matinal, alterações de sono, de humor e a presença de pontos específicos do corpo, considerados dolorosos, denominados *tender points* (Macêdo, 2020). Além da dor, ainda existem sintomas comuns como rigidez dos músculos pela manhã e sono não restaurador (Baldry, 2002).

Existe a estimativa de que cerca de 2 a 4% da população adulta em geral, com predominância do sexo feminino tenha fibromialgia (Macêdo, 2020). Nesses pacientes portadores de SFM, a dor corporal apresenta várias funções e varia de acordo com o nível de desenvolvimento atingido pela estrutura psicossomática do indivíduo. A dor pode desempenhar um papel de mecanismo defensivo corporal a fim de manter o mínimo de organização do funcionamento mental. Outro ponto destacado é sobre a expressão somática que está ligada à negatização do aparelho psíquico devido à sua incapacidade de lidar com o excesso de excitações desencadeado por um evento traumático atual. Com isso, o excesso, então, é deslocado para o corpo, considerada uma regressão somática (Macêdo, 2020).

Refletindo sobre o funcionamento dos sujeitos com fibromialgia, alguns autores concluem que a dor seria sintoma e as queixas fibromiálgicas seriam manifestações somáticas de uma rigidez psíquica defensiva concretizada na rigidez muscular, em que a contenção maior da violência não se fixa em torno de episódios de angústia, mas concretiza a rigidez defensiva na rigidez da musculatura. Também, a fibromialgia pode ser apreendida, também, como solução subjetiva para o sujeito (Macêdo, 2020).

A doença tem como característica fundamental a dor e atrelados a ela, inúmeros casos de ansiedade. Como pontua Penido (2014), a fibromialgia é uma síndrome crônica a qual

acomete principalmente mulheres, tendo por principal característica a queixa dolorosa musculoesquelética difusa, através da presença de pontos palpáveis hipersensíveis e dolorosos à pressão, em regiões anatomicamente determinadas. Essas pacientes referem dores por todo o corpo, fadiga e alteração do sono, e frequentemente apresentam comorbidade com depressão e ansiedade.

Indivíduos com queixas mais intensas de dor, geralmente apresentam alterações psíquicas, em grande maioria, características depressivas. Conforme estudos já realizados sobre os aspectos psicológicos desses pacientes, demonstram que a dor aguda está associada à ansiedade (Rocha, 2012). Assim, de acordo com o autor, pacientes com dor crônica apresentam mais sintomas depressivos, mesmo porque a vivência da dor crônica é capaz de gerar, no paciente, sentimentos de desânimo e tristeza diante de um problema crônico e incurável. Portanto, Rocha (2012) enfatiza que a ansiedade generalizada também é encontrada de forma significativa, pois o indivíduo com ansiedade tende a demonstrar uma preocupação excessiva em relação às circunstâncias da vida.

A dor crônica vem sendo estudada nestes últimos anos por um vasto número de especialistas, como médicos, psicólogos, fisioterapeutas e outros, na tentativa incansável de minimizar o sofrimento desses pacientes. É considerada dor crônica quando dura mais de quatro a seis meses. No entanto, não deve-se desconsiderar os fatores emocionais em pacientes com queixa de dores crônicas, destacando que o estado afetivo é um importante moldador da vivência dolorosa (Rocha, 2012).

## MÉTODO

### **Delineamento**

No presente trabalho utilizou-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, descritivo e interpretativo. Na pesquisa qualitativa, de acordo com Gil (2019), “o processo de análise inicia a partir do primeiro registro de observação e baseia-se no pressuposto de que a realidade pode ser vista sob múltiplas perspectivas e estar carregada de valores” (p. 175).

Diante dos objetivos supracitados, buscou-se delinear possíveis relações de sintomas psicossomáticos e a ansiedade em casos fibromiálgicos. Buscou-se um conhecimento mais aperfeiçoado da temática apresentada, portanto a pesquisa teve caráter exploratório, ou seja, um maior aprofundamento do conhecimento sobre determinado tema. Da mesma forma foi utilizada a pesquisa descritiva, que teve como propósito descrever características, fazer comparação entre grupos, definindo objetivos suficientemente detalhados. Também foi utilizada uma leitura interpretativa, buscando desenvolver conhecimentos mediante a compreensão do artefato cultural escolhido com as fontes pesquisadas (Gil, 2019).

### **Fontes**

Como fonte de pesquisa, para análise deste trabalho, foi utilizado o artefato cinematográfico Sonata para Violonchelo, um filme dirigido por Anna Maria Bofarull, produzido por Gaboga, em 2015, na Espanha.

O filme retrata a história de Júlia, uma jovem violoncelista, renomada no mundo musical, que dedica a sua vida totalmente à música, estando ausente em diversos momentos da vida de sua única filha, Carla. Separou-se de Max, quando sua filha ainda era criança, em virtude de sua dedicação à música e sua ausência do convívio familiar. Julia é uma mulher elegante e muito atraente, sem relacionamento sério, porém, tendo encontros com um aluno, Alex e também com o maestro Rovira. Júlia tem poucos momentos sem atividades, no entanto, quando ocorre, costuma visitar sua mãe, uma cadeirante, dependente de cuidados realizados por seu pai. Mais adiante, no filme, seu pai adoece e em virtude disso, acaba falecendo. Num determinado dia teve uma crise intensa de dor, o que mudou sua rotina, forçando-a a reorganizar sua vida, a longo prazo modificando seu trabalho e a dedicação à música. Júlia passa anos sentindo fortes dores em diferentes partes do corpo, até finalmente ser diagnosticada com fibromialgia, uma doença crônica, porém, sem causa conhecida ainda. Inicialmente, ela tenta manter a prática de suas atividades diárias, com longas horas de estudo, viagens, ensaios e seu deslocamento para diferentes cidades européias. Com o passar do

tempo, seus dias começam a se tornar uma luta, tanto para continuar tocando violoncelo quanto para lidar com as limitações do seu próprio corpo, que se intensificam cada vez mais, mesmo sob efeito de medicação (<http://www.sonataparaviolonchelo.com/index.html>).

### **Instrumentos**

Para análise foram realizados recortes da fonte utilizada e apresentados em forma de tabela. As tabelas servem, em especial, para reunir os dados tratados. A tabela não é somente uma reprodução do conteúdo já dito, mas sim, para serem úteis precisam acrescentar algo ao texto, ser “uma forma de testemunho daquilo que os textos que o antecedem e os que seguem querem demonstrar” (Laville & Dionne, 1999, p. 267).

### **Procedimentos**

Para a realização do presente trabalho foram utilizados os seguintes procedimentos: inicialmente, foram realizados estudos acerca da temática, a partir dos quais é construída a revisão de literatura. Foram utilizados livros de autores renomados de acervo pessoal, como também da Biblioteca Central da Universidade de Caxias do Sul e da Biblioteca Virtual. Além disso, para que os temas e autores mais atualizados fossem estudados, foram realizadas pesquisas por artigos científicos na base de dados Scielo - Scientific Electronic Library Online (SciELO), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), Portal de Periódicos CAPES, com os descritores: psicossomática, ansiedade e fibromialgia. Dentre os artigos encontrados, foram filtrados os mais recentes e, após a leitura do resumo, foi aprofundado o estudo dos que se mostraram pertinentes aos objetivos deste trabalho. Posteriormente, foi realizada a seleção do material, por intermédio de um artefato cultural cinematográfico analisado, o filme Sonata para Violonchelo. Em seguida, foi assistido o filme diversas vezes, a fim de realizar recortes de trechos condizentes com o objetivo geral do trabalho, com intuito de elencar cenas e de realizar o agrupamento em categorias de análise.

Assim, de acordo com a teoria, após assistir o filme diversas vezes, relacionou-se às manifestações psicossomáticas, no que tange a relação entre ansiedade e fibromialgia. Mediante isso, possibilitou-se discutir as categorias de análise relacionadas com a revisão de literatura, o que de acordo com Laville e Dionne (1999) “permite abordar uma grande diversidade de objetos de investigação” (p. 214). Portanto, possibilitou determinadas considerações repletas de informações.

### Referencial de análise

Este trabalho foi guiado pela análise de conteúdo, tendo como base o tema e os objetivos deste estudo. Buscou-se, por meio de estudo detalhado do material, analisar e identificar e “desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação” (Laville & Dionne, 1999, p. 214).

Após realizada a coleta dos materiais e a primeira organização desses, à medida que surgiram as informações, foi elaborada uma percepção do fenômeno e guiada pelas especificidades do material coletado (Laville & Dionne, 1999). A análise de conteúdo não tem um método rígido, com etapas bem circunscritas que necessita de uma ordem determinada para ser guiada, contudo, constitui um conjunto de vias possíveis como possível reconstrução do sentido de conteúdo. Em seguida, foi realizado um recorte e agrupamento dos elementos que serviram para a qualidade da análise (Laville & Dionne, 1999). Logo após essa fase preparatória, procedeu-se com a classificação dessas unidades, na qual foram efetuados recortes dos conteúdos que constituíram a análise, sendo uma das atividades primordiais, assim como a definição das categorias, que vem logo na sequência, seguindo o que propõem Laville e Dionne (1999). No presente trabalho, a definição das categorias de análise, a partir de recortes do filme foi realizado *a posteriori*, adotando o modelo aberto, que para Laville e Dionne (1999) “constitui um ponto de partida de um procedimento que, por etapas sucessivas, conduzirá as categorias finais” (p. 219). Para efetuar a discussão, foi utilizada a estratégia de emparelhamento, na qual foram agrupados dados anteriormente coletados na revisão de literatura com os dados provenientes do artefato cultural cinematográfico, buscando dessa forma, realizar reflexões acerca do problema de pesquisa proposto.

## RESULTADOS

Com base no referencial teórico, a fim de responder aos objetivos de pesquisa, utilizou-se como fonte, o filme *Sonata para Violonchelo (2015)*. Após assistido por diversas vezes, foi realizada uma seleção de cenas do artefato e o agrupamento em categorias. Em seguida, foi dividido em três categorias: características da personagem principal, ansiedade e fibromialgia. Essas informações são apresentadas em forma de tabela.

**Tabela 1**

*Categorias de análise e recortes de cenas do filme*

Cena	Tempo	Descrição
<b>CATEGORIA A - Características da personagem principal</b>		
Cena 1	7:35 - 8:10	Julia recebe visita em sua sala, um ambiente amplo. Ao centro, uma cadeira e um pedestal, estes utilizados para seus ensaios de música. Além disso, o ambiente é preenchido por um aquário e um sofá. Sua visita, Abel Costa, chega e tenta beijá-la, porém, ela solta seu violoncelo e levanta da cadeira, deixando-o sozinho.
Cena 2	23:17 - 22:41	Após discutir sobre o ensaio, Júlia diz a Abel que se ele não viver aquilo que toca, como se fosse a última coisa que ele deixará para o mundo, se as notas não arrancarem um pedaço dele, o melhor pedaço, então é melhor esquecer a música e dedicar-se a qualquer outra coisa, se poupando do desprazer de si mesmo e assim salvará a mediocridade para os outros.
Cena 3	27:10 - 28:11	Júlia é convidada e se encontra com duas amigas, que saem juntas para beber, numa festa, à noite.
Cena 4	18:32 - 18:55	Pela manhã, Júlia realiza visita aos seus pais. Seu pai cuida da sua mãe, que não interage com as pessoas, é cega e cadeirante. Durante a conversa, o pai de Júlia lhe diz que as mulheres são muito fechadas, e pergunta o que aconteceu com Júlia, pois se

veio fazer uma visita, há algo sério.

- Cena 5    56:21 - 58:15    Júlia recebe a visita de sua filha Carla e vão caminhar à beira do mar. Carla conta que Rovira a procurou e lhe disse estar preocupado com Júlia e pede que sua mãe lhe conte a verdade. Júlia diz que não deve satisfação de sua vida a ninguém, porém, nos últimos dias está com pouco tempo, muito trabalho, tendo muitos ensaios, apresentações e estuda muitas horas.
- Cena 6    1:04:46        - Júlia passa uns dias no interior para descansar. Durante uma caminhada, Júlia conversa com Max, seu ex-marido e pai de sua filha, sobre o fim do relacionamento de ambos, ocasionado principalmente pela ausência de Júlia na família, em função de sua dedicação à música.  
1:12:41
- Cena 7    1:21:25        - Durante o ensaio, Júlia sente dor e ao ver que Rovira, seu maestro, assiste ao seu último ensaio antes de sua apresentação, deixa cair a crina. Rovira vendo a cena quer cancelar o concerto, porém Júlia nega.  
1:21:34

---

### **CATEGORIA B - Ansiedade**

---

- Cena 8    28:16 - 28:44    Na noite anterior em que Júlia realiza consulta médica, devido às dores no corpo, ela acorda de madrugada, demorando para dormir novamente.
- Cena 9    32:03 - 35:05    Quando Júlia recebe seu diagnóstico, tem-se um longo período de silêncio, enquanto abre a pasta e olha seu resultado. Em seguida, pergunta ao médico se pode continuar tocando o violoncelo.
- Cena 10   32:38 - 34:40    Julia se encontra num corredor, para consulta psiquiátrica, no entanto a espera se torna demorada para Júlia, que não consegue permanecer sentada, realizando diversas voltas pelo corredor da clínica até seu atendimento.
- Cena 11   35:14 - 36:18    Na primeira noite após consulta psiquiátrica, Júlia acorda de



madrugada, desce as escadas e vai até a cozinha tomar a medicação receitada para caso de dor.

- Cena 12 44:10 - 45:47 Em convite aceito de um casal de amigos, Júlia vai ao teatro e chega atrasada. Ao se acomodar na fileira próxima ao palco, no corredor, chega, inicia uma cena que remete à sua vida, em especial às suas dores, sente-se ofegante e sai antes de acabar.
- Cena 13 46:43 - 50:37 Júlia acorda de madrugada. Toma medicação, que dessa já está ao lado da sua cama. De manhã quando ela acorda não consegue se mover. Após algumas tentativas para mover-se, sem sucesso, começa a chorar.
- Cena 14 58:24 - 1:00:32 - Sua filha Carla pede que lhe conte a verdade, pois demonstra estar preocupada com seu comportamento e estado de saúde. Júlia diz que não lhe deve explicações, porém, lhe conta que foi diagnosticada com fibromialgia, tendo muitas dores pelo corpo nos últimos meses, mas que se tranquiliza ao saber o que tem e que suas dores não são imaginações de sua cabeça ou dores fantasma. Que ainda se sabe pouco sobre a doença e que até então não há cura. No entanto, diz que sente que isso está afetando sua vida profissional, que a cada dia tem se tornado mais difícil, principalmente os seus ensaios, sendo que o corpo não responde e sente muitas dores. Julia diz que isso a assusta tanto que evita falar sobre o assunto. A possibilidade de precisar parar de tocar lhe causa pânico. Carla lhe dá um abraço demorado.
- Cena 15 1:08:56 - 1:09:11 - Após passar alguns dias no interior, longe de sua rotina corrida, Julia acorda de madrugada, não necessitando fazer uso de medicação. Em seguida volta a dormir.

---

### **CATEGORIA C - Fibromialgia**

---

- Cena 16 28:45 - 30:49 O médico examina o corpo de Júlia. Enquanto ela se veste, ele lhe explica que os sintomas apresentados por Júlia podem

---

claramente confirmar o diagnóstico de fibromialgia, sendo que as dores se intensificam com a sobrecarga muscular e de momento não há tratamento, no entanto, podendo os sintomas serem controlados com analgésicos.

- Cena 17 30:51 - 31:40 Após ouvir o médico Júlia diz que está sentindo dores há muito tempo e os médicos têm lhe dito que essas dores são causadas por estresse e isso sempre tem se confirmado. No entanto, o médico diz que os estudos sobre a fibromialgia são recentes. Julia responde que provavelmente não morrerá disso, e pergunta se não há nada que ajude a acalmar suas dores. O médico prescreve uma medicação que possa tomar quando necessário.
- Cena 18 41:52 - 43:18 Abel embriagado visita Júlia. Tenta relação sexual com ela. Julia começa a chorar e diz que precisa fingir gostar de sexo quando não aguenta mais os abraços, inclusive o toque lhe dói.
- Cena 19 1:21:25 - 1:21:34 - Rovira após assistir ao ensaio de Júlia e ver ela deixando cair a crina, quer cancelar o concerto, no entanto, Júlia nega dizendo ter condições de participar da apresentação.
- Cena 20 1:32:00 - 1:32:38 - Júlia inicia o ensaio e sente dor no pulso direito. Toma medicação que está do lado da cadeira.
- Cena 21 1:24:31 - 1:25:24 - Júlia acorda, massageia seus punhos e toma medicação que está na cabeceira da cama. Deita novamente e abraça Abel.
-

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados seguirá a estratégia de emparelhamento, a partir da integração das categorias acima elencadas, juntamente com os conteúdos do material teórico. Com isso, objetiva-se o aprofundamento da temática, buscando responder ao problema da pesquisa.

### **Categoria A - Características da personagem principal**

Na primeira categoria foram selecionadas sete cenas para que se pudesse ter um entendimento, elencando alguns aspectos que se consideram fundamentais acerca da vida da personagem principal. Os apontamentos tem relação com sua rotina, sendo marcados pelos ensaios de violoncelo, os quais ocupam grande parte do seu dia, sendo que os mesmos ocorrem na sala de sua casa. As extensas horas de dedicação demonstram o perfeccionismo dela em relação à música, o que acaba limitando momentos de lazer, de convívio familiar, social e sobrecarregando os limites de seu corpo.

Como apontado anteriormente, Júlia dedica sua vida à música, fazendo uso do ambiente de sua casa para os ensaios. Na cena 1, é possível observar a sala de sua casa, um ambiente grande, no qual encontram-se poucos objetos e móveis, além dos utilizados para seus ensaios. Nesse local, Júlia passa a maior parte do seu dia ensaiando. Ao receber a visita de Abel, que tenta abraçá-la e beijá-la, se sentindo incomodada, pelo fato de estar sendo interrompida, deixando-o sozinho na sala. Abel é aluno de música da Júlia, no entanto, nos momentos em que Júlia não tem dor, que são raros, mantém aproximação afetiva com ele. Assim, devido às suas dores, experiências sexuais se tornam dolorosas no plano físico ou afetivo e, frequentemente, uma sexualidade incompleta, seja pela ausência de prazer ou pela falta de ternura (Papageorgiou, 2017).

A dedicação de Júlia também conota o seu perfeccionismo em relação à música. Em determinados momentos, até excessivos, como pode-se identificar na cena 2, em que discute e critica o ensaio de Abel, se mostra insatisfeita quanto à maneira em que ele se expõe à música. Questiona que deve se dedicar mais à música, necessitando que viva intensamente o que toca. Julia finaliza dizendo que caso Abel não conseguir apresentar o que há de melhor, deve então se dedicar a outra coisa, poupando-se do desprazer de si mesmo. Da mesma forma, a dedicação à música interfere em sua vida social, sendo que são raros os momentos de lazer. Um único encontro ocorre na cena 3, na qual Júlia vai a uma festa à noite, com duas amigas. Neste momento Júlia é estimulada, pela companhia, a brindar. Ela permanece um tanto

isolada, não interagindo com os demais, tampouco participando da dança. Papageorgiou (2017) considera que ocorre uma hipertonia na vida profissional, muito investida e repleta de cobranças, que colocam em ação as demandas de um ego ideal feroz e insatisfeito. Fora do trabalho, as tarefas são tidas como pesadelo ou provação inútil. O que pode ser observado pelos poucos momentos em que Júlia tem interação social, além de seus ensaios.

Outra característica de Júlia que se torna marcante devido a sua dedicação profissional é o afastamento do contato com a sua família, de acordo com as cenas 4, 5 e 6, pode-se identificar que estabelece uma relação de pouco convívio com seus pais, assim como com ausência de participação na vida de sua filha adolescente.

Assim, sua extensa rotina limita o contato com sua família, sendo que realiza visitas aos seus pais eventualmente, como pode-se perceber na cena 4, momento em que chega na casa de seus pais, abraça sua mãe cadeirante e imóvel. Quando seu pai, que é cuidador da sua mãe e responsável pelos serviços domésticos, vê a presença de Júlia, lhe pede o que está acontecendo com Júlia. Ele lhe diz que imagina haver algo de grave com sua filha, caso contrário ela não estaria realizando uma visita, pois não é de seu costume visitá-los com frequência. Júlia diz que decidiu folgar o dia. A progressão da doença envolve alguns elementos, entre os mais comuns, atividades com um uso excessivo, como padrões de movimento repetitivo no trabalho e atividades gerais, como também, padrões emocionais, que tem influências musculoesqueléticas, como raiva crônica, medo, ansiedade e depressão (Chaitow, 2002). Júlia, então, conta que está trabalhando muitas horas seguidas, sem descanso, o que tem ocasionado desconforto, causado pelas dores no corpo, que tem se intensificado a cada dia.

Além do pouco contato com os seus pais, pode-se identificar que Júlia apresenta dificuldades no relacionamento afetivo com sua única filha Carla, que na cena 5 recebe sua visita. A pedido de um conhecido que a alertou, sobre os comportamentos estranhos de sua mãe, Carla vai até a casa de sua mãe. Quando Júlia é questionada, desvia do possível apoio de sua filha, mostrando independência em cuidar da sua saúde. Embora a conversa entre ambas seja conflituosa, Carla demonstra preocupação pelo estado de saúde apresentado por sua mãe. Percebe-se que Júlia prefere o distanciamento de sua filha, tanto pela sua presença, quanto no esquivar do assunto referente à sua doença.

Na cena 6, Carla acompanha Júlia para passar uns dias no interior, na casa de Max, ex-marido de Júlia e pai da Carla, para sua mãe ter alguns dias de descanso. Durante uma caminhada na floresta, Júlia diz a Max que está muito feliz pelo seu novo relacionamento com Helena. Max pede se Júlia está sozinha, ela lhe responde que não, que de vez em quando tem

alguém, porém, nada sério, que Max já a conhece. Júlia pede se Max se arrependeu alguma vez pelo término do relacionamento deles. Max responde que não tiveram uma vida fácil juntos, devido à rotina de Julia, marcada por ensaios, viagens e apresentações, pois entre eles sempre havia algo mais importante que ele: a música. Papageorgiou (2017) considera que mulheres fibromiálgicas parecem consumidas pelo trabalho, necessitando fazer sempre mais e melhor, buscando obtenção de resultados, na busca de valorização e reasseguramento narcísico. Com isso, pode-se compreender sua dedicação à profissão e seu consequente afastamento da família, inclusive levando ao término de seu casamento com Max.

Em diversos momentos, se tornando cada vez mais intensos, Júlia sente dor e desconforto em seu corpo, principalmente nos braços e mãos, fazendo uso de medicação, a fim de possibilitar realizar seus ensaios. Como Júlia havia recebido um convite de Rovira, seu maestro, para participar de uma renomada apresentação, tem se dedicado ao máximo aos ensaios. Na cena 7, seu último ensaio antes do dia tão esperado para a apresentação, Rovira assiste ao ensaio. Assim que Júlia o vê deixa cair a crina no chão. Ao fim do ensaio, Rovira sugere o cancelamento da apresentação. Dentre os agentes causais, tais como bioquímicas e psicossociais, como afirma Chaitow (2002) também há características musculoesqueléticas específicas envolvendo a fibromialgia, como o nível de angústia emocional que acompanha portadores da doença, tanto por parte da causa ou como resultado da condição, no entanto, sempre terá associado padrões de compensação e adaptação miofasciais. Embora esteja sem condições, Júlia nega, dizendo que a apresentação é de seu desejo e fará o possível para o mesmo ser um sucesso.

### **Categoria B - Vivências de Ansiedade**

Buscando entender sobre a ansiedade e como ela interfere na rotina da Júlia, inicia-se com a cena 8, na qual Júlia acorda de madrugada e permanece acordada por alguns minutos. Em seguida, volta a dormir. No dia seguinte Júlia tem marcado consulta médica devido suas dores pelo corpo, que tem lhe acompanhado há algum período, porém, se intensificaram nos últimos dias, interferindo negativamente em seus ensaios. A ansiedade é uma reação a uma situação de perigo. Ela é remediada pelo ego, que faz algo a fim de evitar essa situação ou para afastar-se dela. Criam-se “sintomas de modo a evitar a geração de ansiedade, ou melhor, criam-se sintomas a fim de evitar uma situação de perigo cuja presença foi assinalada pela geração de ansiedade” (Freud 1926/1977, p. 128).

Após essa consulta, os contatos médicos se tornam mais frequentes. Inicialmente é examinada, porém, para confirmar algumas hipóteses tem-se a necessidade de realizar exames laboratoriais. Nas cenas 9, 10 e 11 é possível observar desde o início do processo, desde o recebimento do diagnóstico e a necessidade do uso de medicação até ela se tornar parte indispensável da sua rotina, respectivamente.

Assim, na cena 9, Julia está no consultório médico. Após analisar os exames solicitados, o médico confirma suas suspeitas e Júlia fica em silêncio. Quando recebe a notícia do diagnóstico de fibromialgia, Júlia fica sem reação. Em seguida ela questiona pelo fato de por vários anos os médicos lhe dizerem que as dores que sentia em seu corpo eram causadas por estresse, então Júlia pergunta ao médico se poderá seguir tocando violoncelo. O médico lhe sugere que faça uso de medicação, o que propicia uma melhor qualidade de vida e com isso, possivelmente possa seguir seus ensaios por algum tempo. Júlia sai do consultório médico em passos lentos. “O perigo é conhecido e real, mas a ansiedade referente a ele é super grande, maior do que parece apropriado” (Freud 1926/1977, p. 161). Júlia tinha ideia de seu diagnóstico, devido à suspeita médica na consulta anterior, no entanto, ficou sem reação e ansiosa, devido à incerteza da possibilidade de seguimento profissional.

Em espera para consulta psiquiátrica, na cena 10, percebe-se que Júlia fica inquieta. Não consegue ficar sentada, caminha em passos lentos pelo corredor, para cima e para baixo, por diversas vezes. Olha seu relógio inúmeras vezes e cada minuto de espera se torna uma eternidade. “O verdadeiro perigo é um perigo que é conhecido, sendo a ansiedade realística a ansiedade por um perigo conhecido dessa espécie. A ansiedade neurótica é a ansiedade por um perigo desconhecido. O perigo neurótico é assim um perigo que tem ainda de ser descoberto” (Freud 1926/1977, p. 160).

Após a consulta médica, Júlia chega em sua casa, guarda seus remédios, senta-se no sofá em silêncio e dessa vez não toca em seu violoncelo. Lembra o médico lhe sugerindo fazer uso da medicação quando sentir dor. Na noite seguinte, após a consulta psiquiátrica, conforme a cena 11, Júlia acorda de madrugada, levanta e vai até a cozinha. Abre uma gaveta e toma medicação indicada em caso de sentir dor. “A ansiedade vem a ser uma reação ao perigo de uma perda de objeto” (Freud 1926/1977, p. 164). Percebe-se que Júlia faz uso da medicação como prevenção, temendo o sentimento da dor e a impossibilidade de seguir os ensaios, sendo essa sua perda.

Com o uso da medicação, seus dias se tornam mais amenos, sendo possível realizar grande parte das suas atividades, como na cena 12, em que Júlia é convidada por um casal de amigos a assistir a uma peça teatral. Julia chega atrasada e justamente no momento em que ela

senta, há uma cena na qual uma mulher, envolta em panos e correntes, pele branca e olhos pintados de preto relata sobre situações insuportáveis, como dores, dificuldades da vida e sofrimento. Júlia fica imóvel, assistindo fixamente e com respiração ofegante. A encenação foi semelhante ao momento em que Júlia vive atualmente, sendo inclusive o olhar da personagem dirigido para Júlia. “ O ser adulto não oferece qualquer proteção absoluta contra um retorno da situação de ansiedade traumática original. Todo indivíduo tem, com toda probabilidade, um limite além do qual seu aparelho mental falha em sua função de dominar as quantidades de excitação que precisam ser eliminadas” (Freud 1926/1977, p.146). Antes mesmo da peça teatral acabar, Júlia sai do local, deixando de assistir até o final.

À noite, após assistir à peça teatral, conforme a cena 13, Júlia acorda de madrugada. Toma medicação, voltando a deitar-se. Na manhã seguinte, ao acordar, está imóvel. O despertador toca, Júlia tenta se erguer em direção ao despertador, porém não consegue mexer seus braços. Sua respiração se torna ofegante. Diversas vezes tenta se mover, não consegue e chora muito. “A ansiedade consiste na estimativa do indivíduo quanto a sua própria força em comparação com a magnitude do perigo e no seu relacionamento de desamparo em face desse perigo - desamparo físico se o perigo for real e desamparo psíquico se for instintual” (Freud 1926/1977, p. 161).

Embora esteja fazendo uso de medicação, o que alivia suas dores, os despertares noturnos ainda são bastantes intensos e, principalmente após situações conflitantes presentes em sua rotina. Na cena 14, Júlia recebe a visita de sua filha Carla, após saber que há algo de errado com sua mãe. Júlia é pressionada por Carla, durante uma caminhada na praia, a lhe contar sobre seus comportamentos estranhos. Julia, então, diz que, após diversos exames médicos, foi diagnosticada com fibromialgia e sente que isso está interferindo em sua vida, tanto pessoal, mas, principalmente profissional, devido às crises intensas de dor, limitando seus ensaios. Julia diz que se tranquiliza por saber que as dores são reais e não se de sua imaginação, porém, se sente desconfortável falar sobre o seu diagnóstico, por isso evita o assunto. “A dor é a reação real à perda do objeto, enquanto a ansiedade é a reação ao perigo que essa perda acarreta e, por um deslocamento ulterior, uma reação ao perigo da perda do próprio objeto” (Freud 1926/1977, p. 165).

Percebendo a necessidade de cuidado com sua mãe, Carla a convida passar alguns dias longe da sua rotina. Após aceitar o convite e entender a preocupação de sua filha, é levada para casa de conhecidos, no interior, para repousar. Percebe-se que, ao desacelerar de sua rotina, Júlia não necessita fazer uso de medicação, como na cena 15, em que Júlia acorda de madrugada na casa da floresta, em seguida, volta a dormir sem necessitar fazer uso de

medicação. Júlia realmente consegue se desconectar de sua vida agitada. A ansiedade é tida em decorrência de uma situação conflitiva, esta por sua vez pode ser de forma parcial ou totalmente inconsciente (Mello Filho, 1976). Portanto, nota-se que ao passar alguns dias longe de sua rotina acelerada e cansativa, consegue permanecer sem fazer uso de medicação e apresenta significativa melhora em relação ao seu sono.

### **Categoria C - Fibromialgia**

Analisando a categoria sobre a fibromialgia, inicia-se com a cena 16, que sinaliza algumas características fundamentais, na qual Julia, em consulta médica, é examinada e demonstra muita dor em pontos específicos do seu corpo, tais como costas, cotovelo direito e cotovelo esquerdo. O médico lhe explica que há 18 pontos específicos do corpo e quando, pelo menos 11 deles manifestam estar afetados devido à dor extrema, há possibilidade de diagnosticar fibromialgia. Alguns sintomas como fatores etiológicos atuam como causa direta. O distúrbio do sono é um sintoma associado muito comum da síndrome da fibromialgia, relacionado ao estresse que leva a uma série de mudanças secundárias diretas e os efeitos dessas mudanças, incluem sintomas como mal-estar e aumento da percepção de dor (Chaitow, 2002). Avaliando essas dores, concomitante a cansaço, insônia, problemas de concentração, memória, irritabilidade e demais sintomas difusos de Júlia, confirma-se a fibromialgia. Os testes neurológicos de Júlia apresentam-se normais, com isso o médico explica que a Fibromialgia é uma síndrome de causa desconhecida e apesar de ser tratada pelos reumatologistas, é uma doença com uma grande sensibilidade à dor. E além dessa dor local e geral, que aumenta com a sobrecarga muscular, o sintoma típico da fibromialgia é o cansaço extremo, entre os outros sintomas variáveis como os que Júlia apresenta. De momento, por não haver tratamento curativo, tem-se como possibilidade recorrer a analgésicos. Chaitow (2002b) destaca haver similaridade entre os sintomas da síndrome da fibromialgia e da depressão, considerando-se a medicação antidepressiva como auxílio no alívio dos sintomas, como na melhora do sono e da dor, de grande percentual de pacientes fibromiálgicos. Concomitante, por ser considerada uma doença crônica que até então não tem cura, para amenizar as dores, lhe é recomendado exercícios e atividades moderadas e exercícios com água quente. Watson (2002) evidencia os benefícios do exercício físico, tendo como foco principal a reparação dos efeitos do condicionamento físico, incluindo exercícios de alongamento que auxiliem na perda da flexibilidade, ajudando na nutrição da cartilagem.



As dores de Júlia já são percebidas, provavelmente, por um longo período anterior, como mostra na cena 17, na qual Júlia ouve o médico lhe passando detalhes sobre seu diagnóstico e em seguida lhe responde que as dores vêm lhe acompanhando há muito tempo e, de acordo os médicos consultados anteriormente, eram causadas pelo estresse. No entanto, o médico explica que os estudos sobre a fibromialgia são recentes, impossibilitando assim, lhe fornecer mais detalhes. Porém, a medicação que lhe sugeriu possivelmente auxiliará para amenizar suas dores e os mesmos devem ser tomados somente caso necessite, em momentos de extrema dor. A fibromialgia consiste em um conjunto de “dores corporais generalizadas, frequentemente acompanhadas de cansaço ao despertar, assim como, a dor pode se estender por todo o corpo, embora as regiões variem de um paciente para outro” (Marticorena, 2017, p. 88). Dessa forma, os pacientes visitam uma série de médicos antes de tratá-la do ponto de vista emocional e, muitas vezes, hormonal.

Além das dores, os demais sintomas destacados começam a interferir em suas atividades, experimentando limitações em diversos contextos de sua vida, como na cena 18, quando Júlia recebe a visita de Abel. Júlia abre a porta, ele a abraça, beija e começa tirar sua roupa. Júlia começa a chorar e diz que não se sente confortável, pois suas dores são mais intensas que seu desejo sexual, inclusive sentindo-se dolorida ao ser abraçada. 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 “negativação 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” (Béjar, 2017, p. 134). Dessa forma, a dor de que Júlia sente ao ser tocada, pode representar sua defesa em relação aos conflitos presentes em sua vida, que lhe são difíceis de lidar.

Concomitante, tanto as dores quanto os demais sintomas, causam perturbação em suas atividades diárias e se tornam altamente incapacitantes com impacto negativo em termos de qualidade de vida, capacidade para o trabalho, atividades da vida diária, além de relações interpessoais e familiares. De tal modo, na cena 19, Rovira, maestro de Júlia, assiste a um dos últimos ensaios de Júlia, antes da apresentação. Quando ela o vê, deixa cair a crina em sua frente. Rovira então quer cancelar a apresentação, no entanto, Júlia nega o cancelamento, prometendo a ele que vai ficar bem. A dor é claramente a característica que define a síndrome da fibromialgia. No entanto, a Declaração de Copenhague enfatiza outros sintomas associados à dor, referindo-se aos padrões psicológicos, como a ansiedade e/ou depressão (Chaitow,

2002a). Possivelmente, nesse momento, além do esforço físico, a presença de Rovira lhe gera ansiedade, ficando impossibilitada do controle do seu próprio corpo.

Percebe-se, nas cenas 20 e 21 que, aos poucos as dores começam a se intensificar e Júlia passa a deixar a sua medicação sempre mais perto, fazendo uso mais constante da mesma, deixando seus remédios espalhados pela casa, para quando houver a necessidade de fazer uso. Além disso, em ambas as cenas, Júlia vive momentos marcantes de sua vida, bem como ansiedade devido ao dia da apresentação estar se aproximando e, com isso, intensificando ainda mais seus ensaios e demandando esforço muscular. Chaitow (2002b) enfatiza que pessoas que sofrem de síndrome de fibromialgia mostram um grau significativamente mais alto de ansiedade.

Na cena 20, enquanto embala os objetos do atelier deixados pelo seu falecido pai, Júlia tem uma conversa com sua filha Carla, referente aos planos profissionais de sua filha e sobre o relacionamento de ambas, lhe pedindo sinceridade. Carla reforça que sua vida até então foi marcada pela ausência de Júlia, devido a ensaios, apresentações e prioridade pela música. Em seguida, Júlia retorna para sua casa, organiza o ambiente e inicia seu ensaio. Logo ao iniciar, demonstra sentir dor, massageando seu punho direito. Solta seu violoncelo e toma medicação que está ao lado da sua cadeira. Simultaneamente à intensidade da dor e aos intervalos das medicações mais curtos, na cena 21, Júlia acorda de madrugada e começa a massagear seus punhos. Mesmo sem se levantar da cama, toma a medicação que dessa vez está na cabeceira ao lado. Em seguida, volta a deitar, abraçando Abel, que continua dormindo. Na noite que antecedeu, Júlia visitou sua mãe para lhe contar referente à morte de seu pai, que ocorreu naquela mesma semana. Alterações no sono estão muito presentes, como cita (Kaziyama, 2017), assim como dificuldade para a instalação do sono, despertares frequentes durante a noite, dificuldade na retomada do sono, sono agitado e superficial e despertar precoce ocorrem com muita frequência em pacientes fibromiálgicos. Simultaneamente, é comum a queixa de um sono não reparador, com despertar cansado e dor no corpo.

Portanto, essas categorias e suas respectivas cenas auxiliam a discussão e ilustração de possíveis relações entre a ansiedade e a fibromialgia, podendo-se pensar em uma ampliação dessas reflexões quanto às doenças psicossomáticas. Assim, entende-se que se discutiu envolto do problema de pesquisa com o intuito de estabelecer possibilidades de compreensão em todo o processo de enfrentamento, desde a rotina anterior ao diagnóstico até as mudanças ocorridas e a implicação nas adaptações necessárias das atividades diárias, a partir da vivência da personagem Júlia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo identificar possíveis relações entre manifestações psicossomáticas e ansiedade, evidenciando a fibromialgia. Para tanto, considerou-se relevante apresentar aspectos principais acerca de sintomas psicossomáticos pelo viés psicanalítico, referenciando principais autores e precursores, tais como Freud, Pierre Marty e Joyce McDougall, além de caracterizar aspectos fundamentais da ansiedade, de caráter freudiano e conceituar o adoecimento fibromiálgico. Dessa forma, buscou-se por meio da seleção de artigos e livros relacionados ao tema de pesquisa, caracterizar e compreender especificamente a ansiedade e a fibromialgia.

A pesquisa realizada em torno dos conceitos relacionados à psicossomática e à ansiedade, demonstrou aprofundar os conhecimentos em relação aos aspectos centrais que acometem uma parcela cada vez maior de indivíduos, principalmente mulheres, em fase adulta. Os conceitos acerca da fibromialgia possibilitaram maior conhecimento quanto ao impacto que a doença causa nos diversos contextos, em especial, social e profissional e a sua relação com a ansiedade.

O estudo desenvolvido mediante o artefato cultural, o filme *Sonata para Violonchelo*, possibilitou estabelecer uma discussão articulando o conteúdo organizado na revisão de literatura com os resultados de exploração do artefato. Pelas categorias e cenas discutidas, foi possível perceber que o problema de pesquisa teve o intuito de estabelecer possibilidades de compreensão em todo o processo de enfrentamento da fibromialgia, atrelado à ansiedade, a partir dos aspectos da vida pessoal e profissional de Júlia. Devido a poucas certezas acerca das causas e dos métodos curativos, as dores tornam-se um sintoma bastante intenso. Assim, faz-se necessário lidar diariamente com as dores e, ligadas à ansiedade, podendo impossibilitar ainda mais a prática das atividades diárias. Concomitante, faz-se importante considerar o impacto dos sintomas secundários ocasionados em decorrência disso, como a insônia, o cansaço, o estresse e a falta de memória.

Como limitações do estudo, percebe-se que a maior parte dos materiais encontrados quanto à temática possuem ênfase em relação ao corpo, ao orgânico, principalmente, em relação à dor. Estimula-se a produção de mais materiais no que tange às questões emocionais e psicológicas, na fibromialgia.

Com isso, compreende-se a importância de se debruçar em relação ao aprofundamento de estudos, a fim de possibilitar mais conhecimento, considerando que é uma demanda

crescente na psicologia e, simultaneamente, sua contribuição com a área médica. Além disso, principalmente, com uma melhor compreensão e experiência sobre o assunto, possibilita resultados mais assertivos quanto ao atendimento em casos acometidos por dores crônicas, como no caso da fibromialgia.

Por fim, reitera-se a importância de estudos futuros que, além de expandir e aperfeiçoar os tratamentos existentes, busquem explorar quais os aspectos específicos do tratamento primordial para o sucesso psicoterápico. Dessa forma, considerando a importância de maior compreensão sobre o tema e suas possíveis implicações, do ponto de vista psicológico, buscando ampliar a disponibilidade de atendimentos e possibilitar maior qualidade à crescente demanda.

## REFERÊNCIAS

- Assumpção, L. & Matsutani, L. A. (2015). Introdução à fibromialgia. In: Marques, A. P., Assumpção, A. & Matsutani, L.A. *Fibromialgia e fisioterapia: avaliação e tratamento* [recurso eletrônico] (2ª ed. p.7). São Paulo: Manole
- Ávila, L. A. (1996). *Doenças do corpo e doenças da alma: investigação psicossomática psicanalítica* ( 2ª ed. p. 188). São Paulo: Escuta
- Baldry, P. (2002). Tratamento por acupuntura da fibromialgia e da dor miofascial. In: L. Chaitow. *Síndrome da Fibromialgia. Um guia para o tratamento* (1ª ed) São Paulo: Manole
- Béjar, V. R. (2017). Dor corporal e dor psíquica: discurso do corpo. In: V. R. Béjar (Org.). *Dor psíquica, dor corporal : uma abordagem multidisciplinar* [recurso eletrônico] (p.134). São Paulo: Blucher
- Besset, V. L., Gaspard, J. L., Doucet, C., Veras, M. & Cohen, R. H. P. (2010). Um nome para a dor: Fibromialgia. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 10(4), 12145-1269.
- Bofarull, A., Kraft, H. & Matachana, M. (Produtores) & Bofarull, A. (Diretora) (2015). *Sonata para Violonchelo*. [Filme]. Espanha: Kaboga
- Chaitow, L. (2002). Padrões sintomáticos da fibromialgia: causas ou efeitos?. In: L. Chaitow. *Síndrome da Fibromialgia. Um guia para o tratamento* (1ª ed) São Paulo: Manole
- Chaitow, L. (2002a). A história e a definição da fibromialgia. In: L. Chaitow. *Síndrome da Fibromialgia. Um guia para o tratamento* (1ª ed) São Paulo: Manole
- Chaitow, L. (2002b). Condições associadas com a fibromialgia. In: L. Chaitow. *Síndrome da Fibromialgia. Um guia para o tratamento* (1ª ed) São Paulo: Manole
- Freitas, R. P. F., Andrade, S. C., Spyrides, M. H. C., Micussi, M. T. A. B. C. & Souza, M. B. C. (2017). Impacto do apoio social sobre os sintomas de mulheres brasileiras com fibromialgia. *Revista brasileira de reumatologia*, 57(3), 197-203
- Freud, S. (1974). Estudos sobre a histeria. (C.M. Oiticica, Trad.). In J. Salomão (Ed.). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol 2, p. 239;241;263). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (1976). Inibições, sintomas e ansiedade (C.M. Oiticica, Trad.). In J. Salomão (Ed.). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Livro 24, p.71). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (1977). Um estudo autobiográfico inibições, sintomas e ansiedade, análise leiga e outros trabalhos. In J. Salomão (Ed.). *Edição standard brasileira das obras psicológicas*

- completas de Sigmund Freud* (Vol. XX, pp.128, 146, 160-165). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926)
- Galdi, M. B. & Campos, E. B. V. (2017). Modelos teóricos em psicossomática psicanalítica: uma revisão. *Temas em Psicologia*, 25(1), 29-40. DOI: 10.9788/TP2017.1-03Pt
- Gil, A. C. (2019). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (7ª ed. p.175). São Paulo: Atlas.
- Kaziyama, H. H. S. (2017). Síndrome fibromiálgica (SFM). In: V. R. Béjar (Org.). *Dor psíquica, dor corporal: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Blücher.
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas*. (H. Monteiro & F. Settineri, trads.). (pp. 214-219;267) Porto Alegre: Artes Médicas/Belo Horizonte: Editora da UFMG. (Trabalho original publicado em 1997)
- Macêdo, K. B. (2020). Ana e a jibóia: um estudo em fibromialgia. *Estudos contemporâneos da subjetividade*, 10(1), 51. Acesso em 20 de abril de 2021 de <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2807/1671>.
- Maciel, S. C. & Oliveira, L. M. S. (2012). Histeria e fenômeno psicossomático: corpo biológico × corpo simbólico nos limites da intervenção. In: V. A. Angerami (Org.) *Psicossomática e suas interfaces: o processo silencioso do adoecimento*. São Paulo: Cengage Learning.
- Marticoarena, L. (2017). Fibromialgia e fadiga crônica na sociedade atual e a modernidade líquida. In: V.R. Béjar (Org.). *Dor psíquica, dor corporal: uma abordagem multidisciplinar* (p. 88). São Paulo: Blücher.
- Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. (P. C. Ramos, Trad.). (pp.5; 16-20). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marty, P. (1998). *Mentalização e psicossomática*. (A. E. V. A. Güntert, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- McDougall, J. (2013). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. (P. H. B. Rondon, Trad.) (3ª ed., p.105). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1991)
- Mello, J., Filho. (1976). *Concepção Psicossomática: da teoria à prática médica*. Rio de Janeiro: UFRJ
- Papageorgiou, M. (2017). A insuportável leveza do corpo da mãe. In: Béjar, V. R. *Dor psíquica, dor corporal: uma abordagem multidisciplinar* (1ªed.). São Paulo: Blucher.
- Penido, M. A. (2014). Habilidades sociais na síndrome da fibromialgia. In: Portnoi, A. G. *A psicologia da dor* (1ª ed.). São Paulo: Guanabara Koogan.

- Peres, R. S. (2006). O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. *Psicologia Clínica, 18(1)*.
- Reis, M. J. D. & Rabelo, L. Z. (2010). Fibromialgia e Estresse: explorando relações. *Temas em Psicologia, 18(2)*, 399-414. Acesso em 10 de junho de 2021 de <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751436014.pdf>
- Rocha, R. L. (2012). Aspectos psicológicos em pacientes com dor crônica. In: V. A. Angerami-Camon (Org). *Psicossomática e a psicologia da dor* (2ª ed.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Santos, E. B., Quintans, L.J. Jr., Fraga, B. P., Macieira, J. C. & Bonjardim, L. R. (2012). Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46(3)*, 590-596. DOI: 10.1590/S0080-62342012000300009
- Santos, N. A. & Rude, A. M. (2014). Dor na psicanálise - física ou psíquica?. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 17(3)*, 450-468. DOI: 10.1590/1415-4714.2014v17n3p450-5
- Santos, L. N. & Peixoto, C. A. Jr. (2018). Análise Crítica dos Pressupostos e Fundamentos Conceituais da Escola de Psicossomática de Paris. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 34*. Epub May 16. DOI: 10.1590/0102.3772e34432
- Vieira, W. C. (1997). A psicossomática de Pierre Marty. In: F. C. Ferraz & R. M. Volich (Orgs). *Psicossoma: psicossomática psicanalítica* (pp. 16). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Watson, P. J. (2002). Gerenciamento interdisciplinar da dor em fibromialgia. In: L. Chaitow. *Síndrome da Fibromialgia. Um guia para o tratamento* (1ª ed). São Paulo: Manole.