



FATAAP
Faculdade de Tecnologia e Ciência do Alto Paraiba

ANNE GODOY BOMGOSTO ABREU

LUCIA MARIA GODOY

DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS NO VIÉS PSICANALÍTICO

VITÓRIA

2023

ANNE GODOY BOMGOSTO ABREU
LUCIA MARIA GODOY

DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS NO VIÉS PSICANALÍTICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito de aprovação para a obtenção do título de Especialista em Psicanálise clínica da Faculdade de tecnologia e ciências do Alto Paranaíba-FATAP.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Baunilha.

VITÓRIA

2023

RESUMO

O presente artigo trata-se de uma revisão bibliográfica, partindo das contribuições da Psicanálise e de referenciais teóricos da área de estudo da psicossomática, objetivando abordar as relações entre mente e corpo que resultam em quadros orgânicos cada vez mais frequentes na vida contemporânea. Realizou-se um breve histórico da psicossomática, abordando a evolução do tema na história e os principais autores que definiram este conceito. Adiante, descrevem-se as características que são apresentadas por pacientes psicossomáticos. Por fim, apresentamos a atuação clínica com estes pacientes na atualidade, considerando seu entendimento e atuação do profissional psicanalista, visando possibilidades de intervenções sob enfoque de Orientação Psicanalítica.

Palavras-chave: Psicanálise, Psicossomática, Psicoterapia.

1 INTRODUÇÃO

O sofrimento mental associado ao adoecimento físico foi descrito há várias décadas, porém percebe-se que hoje faz parte da vida contemporânea com muito mais ênfase.

As doenças psicossomáticas se manifestam de diferentes formas e os sintomas variam. Alguns quadros menos frequentes, tem se tornado comuns na atualidade, são as descritas como psicopatologias atuais -síndromes do pânico, depressões, bulimias, anorexias, fibromialgia etc.

Os pacientes ditos psicossomáticos compõem essa categoria apresentando características similares, onde o auto investimento surge pela via corporal. Na abordagem psicossomática, a somatização, ou seja, o sofrimento orgânico é uma das respostas à dor mental, onde o paciente, por não conseguir transformar em palavras o seu sofrimento, percebe-o materializado em seu próprio corpo. O contexto psicossocial vivenciado pelo indivíduo influencia em sua subjetividade e é determinante para sua saúde ou seu adoecimento.

Sendo assim, a análise dos fenômenos psicossomáticos deve levar em conta os diversos aspectos que constituem o indivíduo e o predispõem as doenças orgânicas. As novas configurações do sofrimento humano tendem a privilegiar as descargas no corpo, segundo David Zimmerman (2008), a iniciativa para estudos envolvendo casos de somatização, deram-se a partir do movimento da “medicina

psicossomática”, juntamente com as contribuições de Franz Alexander, que descreveu em seus estudos as “sete doenças psicossomáticas”, sendo elas: asma brônquica, úlcera gástrica, artrite reumatoide, retocolite ulcerativa, neurodermatose, tireotoxicose e hipertensão essencial; assim, a partir de suas pesquisas atribuiu a cada uma delas uma especificidade do conflito psicogênico.

A psicossomática “interessa-se não só pela forma como os múltiplos aspectos psíquicos e somáticos da doença se entrecruzam, mas como essas relações se dão também em sujeitos normais ou com pequenos desvios da normalidade” (FILIPPON; CARDOSO; AGUIAR, 2008, p. 604).

Na atualidade, as doenças resultantes do processo de somatização vão muito além daquelas citadas por Alexander. Os atuais estudos na área evidenciam que casos psicossomáticos demonstram a “íntima conexão que pode existir entre os fatores emocionais e a utilização do corpo como cenário para a dramatização simbólica de um determinado conflito” (ZIMMERMAN, 2008, p.329). Sendo possível, através de diversificados estudos, incluindo a medicina, psicologia, as neurociências, entre outras, destacar características em comum que pacientes psicossomáticos apresentam na sua descarga corporal.

Os pacientes psicossomáticos expressam na via corpórea, conflitos e sentimentos inconscientes, “por meio de mecanismos de defesa, como negação, repressão, racionalização, que os impediriam de serem simbolizados, conscientizados e, finalmente, verbalizados” (FILIPPON; CARDOSO; AGUIAR, 2008, p. 604), por isso, podem ser queixosos em diversas doenças, apresentando dores que se tornam frequentes, prejudicando seu bem-estar, suas atividades cotidianas e laborais, pois a rapidez com que as circunstâncias se processam na contemporaneidade, faz com que os indivíduos não tenham tempo suficiente para elaborá-las, sendo assim, “o corpo torna-se passivo diante das rápidas transformações” (MENDES; PRÓCHNO, 2004, p. 149).

A Psicoterapia Psicanalítica pode oferecer alternativas bem sucedidas no tratamento desses pacientes, visto que o psicoterapeuta através do domínio de sua técnica, da escuta qualificada, do entendimento do discurso do paciente, e em conjunção com a interpretação, pode proporcionar ao paciente, questionamentos que o levem a compreender o funcionamento de sua mente e como ela pode interferir no funcionamento do corpo, seu desenvolvimento narcísico e a sua relação no processo de adoecimento.

O crescimento dos estudos de Psicologia nas áreas da Psicanálise tem contribuído para a ressignificação dos conflitos existentes na mente humana nos dias atuais. Neste estudo enfatiza-se a Psicanálise no tratamento dos processos psicossomáticos de adoecimento, tendo como proposta proporcionar maior conhecimento e entendimento de importantes apontamentos sobre a psicossomática e como os profissionais Psicanalistas podem avançar no tratamento dos pacientes caracterizados com um funcionamento predominantemente psicossomático.

2 DESENVOLVIMENTO

Para compreendermos o conceito de psicossomática, torna-se importante aprofundar o conhecimento do funcionamento do indivíduo que se apresenta nesse ordenamento psíquico. De acordo com os autores estudados fica claro que nos variados casos de somatização, “o corpo fala! – e fala especialmente àqueles sentimentos que ainda não puderam ser expressos com o simbolismo das palavras” (ZIMERMAN, 2008, p.329), e esse conflito pode se manifestar em uma zona corporal que já esteja sensibilizada, ou ainda, “pode se constituir como um “cenário” no qual são representados dramas íntimos, com as respectivas fantasias inconscientes.” (ZIMERMAN, 2008, p.329).

O sistema imunológico está diretamente ligado aos fatores emocionais. Para Zimerman (2008), esse sistema desempenha um importante papel no corpo, e está particularmente ligado às doenças somáticas, que são resultados de doenças “autoimunes”.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, APA, 2014), os transtornos gerados a partir da ligação entre mente e corpo são classificados como Transtornos de Sintomas Somáticos, e estes indivíduos geralmente apresentam sintomas somáticos variados, provocando sofrimento e/ou perturbação significativos da vida diária. Entretanto, às vezes, pode apresentar-se apenas um sintoma grave, sendo este geralmente a dor, que pode manifestar-se no organismo de diferentes formas “aguda ou crônica, a de origem orgânica ou traumática com repercussões psíquicas ou a de origem inicialmente psicógena com repercussões orgânicas, assim como a dor que é comunicada de forma superlativa, ou aquela que o sujeito sofre silenciosamente, etc.” (ZIMERMAN, 2008, p. 328).

Outros autores, como BRASIL, M. A. A; BOTEGA, N. J; FORTES, S; TÓFOLI, L. F., afirmam também que:

É importante lembrar que, no período de uma semana, cerca de 60 a 80% das pessoas saudáveis apresentam pelo menos uma queixa somática. Tais queixas podem, portanto, ser parte da experiência normal daqueles que gozam de saúde física. Isso quer dizer que todos nós “somatizamos” em algum momento. No entanto, a frequência com que isso ocorre, a intensidade do estresse que provocou essa manifestação, as queixas vivenciadas e suas consequências variam muito. A somatização pode ser conceituada de diferentes formas, mas em geral ela caracteriza uma maneira de responder ao estresse (BRASIL et al, 2012, p.319).

Para entender as características dos pacientes psicossomáticos é fundamental ter compreensão acerca dos conceitos fundamentais da psicossomática, mas de antemão pode-se citar como característica dos pacientes somáticos: inadequação frente às vicissitudes da vida, regressões somáticas/mentais, dificuldade de simbolização e representação, depressão sem objeto, irregularidade do funcionamento psíquico, pensamento operatório (COSTA; ALVAREZ, 2015) e demais particularidades que abordaremos em sequência.

De modo geral, também tendem a apresentar insuficiência de cuidado afetivo na infância, histórico de vida permeado por violência, submissão e conformismo, apresentação de doenças físicas de modo contínuo, preponderância de transtorno da personalidade, traços antissociais na família, dependência do outro e ampliação somática das implicações corpóreas (BRASIL et al, 2012), e retiram “todo seu interesse das coisas do mundo exterior que não se relacionem com seu sofrimento. Enquanto sofre, retira de seus objetos de amor o interesse libidinal para de amar” (MENDES; PRÓCHNO, 2004, p.150).

Inicialmente pode-se apontar o conceito de traumatismo, onde “as manifestações somáticas resultam de inadequações do indivíduo diante das vicissitudes da vida, a partir de seu nascimento, cuja experiência, em si, não pode ser subestimada” (COSTA; ALVAREZ, 2015, p.142).

Diante disso, entende-se que o ser humano dispõe de três artifícios para lidar com esses acontecimentos imprevisíveis da vida: o corpo, o aparelho mental e o controle sobre o comportamento, e “quando uma exigência externa ultrapassa a disponibilidade do aparelho mental, conjugado com o comportamento, é o somático que passa a responder” (COSTA; ALVAREZ, 2015, p.142), por isso o conceito

referido se articula com as circunstâncias em que o sujeito não consegue se adaptar, e por isso busca atingir o aparelho mental na tentativa de impedir a chegada da desorganização na esfera somática.

Apresentam também uma forma de pensamento chamado operatório, onde ocorre a redução da atividade fantasmática, visto que além de sonharem pouco, os restringem a sonhos realistas, ficando presos à repetição daquilo que vivenciaram durante o dia, pois “os resíduos diurnos não se articulam com os traços de memória, portanto, não se traduzem em elaborações adequadas de sonhos, tornando pobre a vida fantasmática” (SILVA; CALDEIRA, 2010, p.158); caracterizando a inexistência de afeto, a incapacidade de elaboração psíquica e a falta de representações, pois não conseguem realizar conexão simbólica com episódios que lhe acontecem, como por exemplo em situações de perda ou separação, são um tipo de paciente que “relata seus sintomas sem vínculos relacionais, como fatos isolados, não estabelecendo com o interlocutor qualquer envolvimento afetivo” (COSTA; ALVAREZ, 2015, p.145), posto que:

Se acontece um lapso, ele não é seguido de associações; não há afeto, nem representações investidas fantasmaticamente, nem via imaginária... Se lhe sobrevém um acidente da existência, uma perda qualquer, luto, licença, reage com uma doença somática, mais ou menos grave (FILHO, 2010, p.155).

Devido a essa forma peculiar de pensar e de lidar com suas emoções, sentem dificuldades em descrever suas emoções e até mesmo de senti-las, por isso manifestam formas de pensamento operatório e alexitimia, sendo que isso ocorre porque “o somatizador tem dificuldades de fantasiar, de sorte que o ego não consegue processar, elaborar e representar as pulsões, do que resulta que ele super libidiniza o corpo de forma concreta (ZIMERMAN, 2008, p.325)”, ou seja, o indivíduo somático tem uma capacidade de simbolização comprometida. Para complementar:

Os portadores de pensamento operatório têm um mundo interno pobre e investem intensamente na realidade externa, da qual passam a ser dependentes ou “hiperadaptados”. De orientação pragmática, são “tenazmente aderidas ao circunstancial”. Quando sofrem problemas existenciais, intensificam o investimento no trabalho para que este ocupe o lugar do objeto interno segurador (mãe) (FILHO, 2010, p.155).

A noção de pulsão de morte, conceituada por Freud, também está associada aos pacientes psicossomáticos, em razão de ser uma das responsáveis pela desorganização psíquica e corporal, que propicia o aparecimento dos sintomas, e por consequência esses pacientes “acabam ficando com um pobre ou nenhum domínio sobre a angústia” (SILVA; CALDEIRA, 2010, p.161), tendem a apresentar vínculos afetivos pouco consistentes e podem então, para amenizar seus sofrimentos psíquicos, manter relações simbióticas, voltando-se para os primeiros meses de vida, onde buscam uma tentativa de se fundir ao outro e uma função protetora, incapazes de nomear seus próprios sentimentos, é “a mãe que tem de nomear os afetos do filho no início.

O adulto alexitímico funciona “como se fosse esta criança não verbal, no que se relaciona com seus afetos (SILVA; CALDEIRA, 2010, p.161)”, o corpo passa a ser sentido como relativo ao mundo exterior, pertencente à mãe. Vale destacar que “esse instinto de “morte” não tem nada a ver com morte orgânica inevitável, mas deve ser percebido como um princípio de morte psíquica que, na forma de um movimento ou mesmo de uma força desencarnadora, ataca e mata o pensamento na essência de seu processo (AISENSTEIN, 2015, p.666)”.

Pierre Marty introduz o conceito de depressão essencial, referindo-se a uma depressão sem objeto, ou seja, é possível afirmar que é uma depressão “sem autoacusação nem culpabilidade consciente, na qual o sentimento de desvalorização e de ferida narcísica se orienta para a esfera somática, relacionando-se com uma precariedade do trabalho mental” (COSTA; ALVAREZ, 2015, p.147). Segundo Costa e Alvarez (2015, p.147), Marty caracterizou essa forma de depressão “pelo total apagamento da dinâmica mental, como deslocamentos, condensações, introjeções, projeções, identificações, atividade fantasmática e vida onírica”. Explicitando ainda mais:

O processo é equiparável ao da morte, quando a energia vital se perde sem compensação. O instinto de morte é o senhor da depressão essencial que se estabelece quando acontecimentos traumáticos desorganizam certo número de funções mentais, devido a um transbordamento das capacidades de elaboração psíquica. (COSTA; ALVAREZ, 2015, p.147).

Esses indivíduos, então, não conseguem estabelecer conexões com seus conteúdos simbólicos, e essa desvinculação pode resultar em *actings* - inconscientemente o sujeito passa para o ato a fim de evitar entrar em contato com

seus conteúdos recalçados, que do ponto de vista psíquico, são poucos elaborados e usados para reduzir as perturbações causadas pelas excitações. Evidenciando-se assim, que o inconsciente do indivíduo somático, não consegue se expressar a partir de representações, utilizando-se de comportamentos e ações como meio de comunicação, pois “as representações que desencadeiam os fenômenos somáticos não têm uma ligação simbólica com perda ou separação, mas uma ligação imaginária, ou seja, são representações sem a mediação de um discurso” (FILHO, 2010, p.156).

Diante do exposto, pode-se supor que a restrição fantasmática que os caracteriza faz do aparelho sensório-motor uma via privilegiada de exteriorização das demandas pulsionais (PERES, 2006).

Para Silva, A. F. R; Caldeira, G. (1993), o psiquismo desses pacientes não se encontra totalmente desligado do inconsciente, contatos primitivos ainda são mantidos, porém não são suficientes para o desenvolvimento das elaborações pulsionais.

Ademais, como característica dos psicossomáticos, se encontra a desorganização progressiva, onde “o pensamento operatório e a depressão essencial são expressões da desorganização do aparelho mental, promovida por eventos traumáticos que suplantam a sua capacidade de elaboração” (COSTA; ALVAREZ, 2015, p.148), e a depressão essencial é considerada a primeira fase dessa desorganização, sendo o pensamento operatório caracterizado como sendo a segunda fase.

Outra característica presente em pacientes psicossomáticos é a desafetação, termo criado por Joyce McDougall, que é descrito como sendo uma incapacidade de manter contato com suas próprias emoções e as de outros indivíduos, sendo assim, caracteriza-se por uma economia afetiva (CLEMENTE; PERES, 2010) e está ligada a uma fase pré-neurótica, relacionada ao empobrecimento da capacidade de simbolização, sendo que esta baixa capacidade é uma das características mais atuantes nos pacientes psicossomáticos.

Dessa forma, o indivíduo desafetado encontra nas atuações a única possibilidade de escape para suas tensões, deixando de lado as atividades mentais da simbolização, e por esta razão resta às tensões desprovidas de significações buscarem expressar-se de forma orgânica, ocorrendo assim manifestações somáticas no corpo, em consequência da baixa capacidade de simbolização

possuem grandes dificuldades de verbalização de seus pensamentos, sentimentos, angústias, desejos e etc. (PERES, 2006). Zimerman assinala que:

Assim, acima de tudo, a moderna psicanálise atribui um papel de primeira grandeza para a compreensão dos pacientes somatizadores a uma incapacidade desses indivíduos em conseguir conter e poder pensar as suas experiências emocionais dolorosas, porquanto a aquisição das capacidades de formar símbolos, a de pensar e a de conhecer, são funções que estão intimamente conectadas entre si, sendo que todas elas dependem de uma exitosa passagem pela posição depressiva (ZIMERMAN, 1999, p. 250).

A partir dessa leitura entende-se que pacientes psicossomáticos apresentam em seu corpo a história daquilo que foi calado, recalcado e que encontram na somatização, a única forma de expressar-se. O corpo torna-se palco para suas tensões e o paciente sofre sem muitas vezes descobrir o real motivo das suas doenças físicas, como dores de cabeças, gastrointestinais, manchas na pele entre outros sintomas, que são resultados das desorganizações do aparelho psíquico, aumentando assim a vulnerabilidade do sujeito para adoecer. Cabe assim, a nós analistas, buscar e propiciar intervenções psicoterapêuticas mais eficazes, a fim de possibilitar a minimização do sofrimento, auxiliando na reestruturação do aparelho psíquico desses indivíduos, como será exposto no tópico a seguir.

O termo Medicina Psicossomática é definido como “[...] um estudo das relações mente corpo com ênfase na explicação psicológica da patologia somática, uma proposta de assistência integral e uma transcrição para a linguagem psicológica dos sintomas corporais (EKSTERMAN, 2010, p. 93)”, representando uma nova perspectiva da Patologia e da Terapêutica, com o objetivo de tratar doentes e não doenças.

O fenômeno psicossomático, como afirma Zimerman (1999), é utilizado para designar conflitos psíquicos que provocam reações orgânicas, pois os indivíduos que carecem de capacidade simbólica descarregam essa energia psíquica represada fisiologicamente, produzindo afetações nos órgãos mais sensíveis. Nesse sentido, entende-se que:

[...] seja qual for a natureza da manifestação psicossomática é necessário definir que: elas sempre exigem a presença de um fator psicológico que determine uma influência essencial na etiologia da somatização, junto com uma concomitante existência de alguma área orgânica particularmente

sensível para funcionar como uma espécie de “caixa de ressonância”, sendo que isso é variável de pessoa para pessoa, de acordo com os fatores genético-constitucionais de cada um (ZIMERMAN, 1999, p. 247).

O contexto histórico vale mencionar que em relação ao diagnóstico, o termo evoluiu de “transtorno somatoforme” (DSM-IV) para “transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados” (DSM-V), pois o primeiro termo era considerado confuso devido à “sobreposição entre os transtornos e a falta de clareza das fronteiras dos diagnósticos” (DSM-V, APA, 2014, p.309).

De acordo com Filho, O. C. dos S. (2010), pode-se dizer que a evolução da psicossomática se deu em três fases: inicial – psicanalítica, com investigações sobre origens inconscientes das doenças; secundária – behaviorista, marcada por pesquisas em seres humanos e animais, com tentativa de enquadramento nas ciências exatas, que culminou em maiores investigações a respeito do estresse; e por fim a atual – multidisciplinar, que enfatiza a influência do meio social e de como a psicossomática deve estar articulada com múltiplos profissionais da saúde.

No entanto, no presente artigo pretendemos evidenciar e detalhar as contribuições psicanalistas para a evolução da psicossomática, visto que a psicanálise e a psicossomática estão articuladas teórica e praticamente.

Acresce que, por volta dos anos 30, o psicanalista Franz Alexander, destaque da Escola de Chicago, contribuiu com sua ideia de que, além dos aspectos psicológicos do paciente é de significativa importância fazer o reconhecimento dos conflitos psíquicos ocultos apresentados por ele, e também descreveu as “sete doenças psicossomáticas” (asma brônquica, úlcera gástrica, artrite reumatoide, retocolite ulcerativa, neurodermatose, tireotoxicose e hipertensão essencial), atribuindo-lhes a cada uma, uma particularidade do conflito psicogênico; e na década de 40, igualmente nos Estados Unidos, o psicanalista René Spitz, realizou importantes trabalhos a respeito de casos de hospitalismo infantil, que através de filmagens, comprovou que crianças pequenas quando separadas por tempo prolongado de suas mães sentem sentimentos de vazio e desespero, que podem culminar em uma maior propensão a contrair doenças infecciosas devido ao enfraquecimento das defesas imunológicas (ZIMERMAN, 1999). Sobre a influência da escola de Chicago temos:

[...] entre os anos 30 e 60, inspirada principalmente na “escola de Chicago”, floresceu a medicina psicossomática, sendo inúmeros os trabalhos que estudavam especificamente cada uma das especialidades médicas (ginecologia, gastroenterologia, dermatologia...) segundo uma abordagem que atribuía uma particular conflitiva psíquica inconsciente para cada um dos respectivos sintomas orgânicos, separadamente (ZIMERMAN, 1999, p. 241).

Avançando no estudo da psicossomática, Pierre Marty e seus colaboradores, fundadores da Escola Psicossomática de Paris (atualmente denominada de Instituto de Psicossomática), contribuíram com a introdução do conceito de “pensamento operatório”, que utilizaram para nomear a forma de pensar e de lidar com as emoções de pacientes psicossomáticos (CERCHIARI, 2000), no entanto, vale salientar que a alexitimia e o pensamento operatório, por si só, não são responsáveis unicamente pela somatização. Entre as descrições encontra-se:

[...] o que acima de tudo caracteriza esses pacientes é que o inconsciente não tem condições de expressar-se pelas representações, de modo que, no lugar de reprimir as pulsões do id, como acontece nas neuroses, ou de forcluir (grau extremo de negação da penosa realidade externa ou interna), como fazem os psicóticos, os pacientes somatizadores utilizam o pensamento operatório, isto é, eles superinvestem libidinalmente tudo aquilo que existe de concreto, como, e principalmente, os seus sintomas corporais (ZIMERMAN, 1999, p. 241).

Outro conceito atribuído por Marty para descrever as características dos pacientes somáticos, foi o conceito de “relação branca”, onde o paciente, em sua relação com o analista, se mostra vazio de afeto e incapaz de tornar evidente o que se faz presente num processo associativo (ZIMERMAN, 1999), mostrando-se de maneira mecânica, onde só responde a perspectiva concreta dos acontecimentos descritos.

Outras importantes contribuições foram a de John Nemiah e Peter Sifneos dois analistas americanos dos anos 70, que introduziram o conceito de alexitimia e o definiram como “uma impossibilidade de nomeação dos próprios sentimentos, como uma falha no reconhecimento dos estados afetivos do próprio sujeito e o condiciona a um achado clínico nos pacientes psicossomáticos” (FILHO, 2010, p.155). Zimerman (1999) ressalta que:

[...] o conceito alude à dificuldade de os pacientes somatizadores conseguirem “ler” as suas emoções e, por isso, elas expressam-se pelo corpo. Para os pesquisadores dessa escola, na causa da alexitimia existe um substrato neurofisiológico às dificuldades de simbolização das vivências emocionais, que resultaria de uma falha das conexões neuronais entre o sistema límbico do cérebro (responsável pelas emoções) e o córtex cerebral (responsável pela capacidade de síntese das percepções, julgamento e antecipação das ações) (ZIMERMAN, 1999, p.241).

Sigmund Freud nunca levou em consideração os processos somáticos diretamente, mas se atentava aos processos biológicos, e a partir disso apresentou a classificação das neuroses em duas categorias: de transferência (formas histéricas, fóbicas e obsessivas) e neuroses atuais (neurastenia, neurose de angústia e hipocondria). Para Freud, segundo Zimerman (1999):

As “neuroses atuais” [...] tinham por causa o bloqueio das excitações libidinais, conseqüentes tanto de uma privação de satisfação sexual (principalmente o “coito interrompido”), como também de um excesso de estimulação, como seria o caso de masturbação excessiva. A primeira delas provocaria a “neurose de angústia”, com os sintomas de palpitações, palidez, sudorese, dispneia suspirosa, etc., enquanto a excessiva excitação não satisfeita determinaria os quadros de “neurastenia”, manifestada nos sintomas de cefaleias, distúrbios da digestão e evacuação, diminuição da atividade sexual, etc. Em ambos os casos, o acúmulo da libido bloqueada se escoaria por outras vias fisiológicas (ZIMERMAN, 1999, p.242).

As representações, conceito cunhado por Freud em 1915 em seu artigo intitulado de “O inconsciente”, traz “a noção de que a junção da “representação-coisa” com a “representação palavra” produz a consciência dos fatos psíquicos” (ZIMERMAN, 1999, p.242), e essa transição da “representação-coisa” (situada no inconsciente) para a “representação-palavra” (elaborada no pré-consciente) beneficia-se do ganho da possibilidade de nomear as emoções desordenadas e da significação, trazendo assim o inconsciente à luz da consciência, e este entendimento se faz imprescindível dentro da teoria psicanalítica atual sobre as manifestações psicossomáticas.

Freud descreveu o termo complacência somática no “Caso Dora”, em que discorreu que podem ocorrer somatizações nas repressões neuróticas, nas reneгаções das perversões, nos *actings* dos indivíduos psicóticos e nas forclusões dos indivíduos psicopatas, desse modo “não existe uma única e definida estrutura psíquica nos pacientes que somatizam (ZIMERMAN, 1999, p.242)” e no fenômeno das conversões “transparece o modelo da “conversão histérica”, pelo qual os

conflitos sexuais não reconhecidos pelo sistema consciente utilizam o corpo como uma forma de linguagem e no qual os sintomas narram uma história inconsciente, sem palavras (ZIMERMAN, 1999, p.242)”.

Ele nunca levou em consideração os processos somáticos diretamente, mas se atentava aos processos biológicos, e a partir disso apresentou a classificação das neuroses em duas categorias: de transferência (formas histéricas, fóbicas e obsessivas) e neuroses atuais (neurastenia, neurose de angústia e hipocondria). Para Freud, segundo Zimerman (1999): As “neuroses atuais”

[...] tinham por causa o bloqueio das excitações libidinais, consequentes tanto de uma privação de satisfação sexual (principalmente o “coito interrompido”), como também de um excesso de estimulação, como seria o caso de masturbação excessiva. A primeira delas provocaria a “neurose de angústia”, com os sintomas de palpitações, palidez, sudorese, dispneia suspirosa, etc., enquanto a excessiva excitação não satisfeita determinaria os quadros de “neurastenia”, manifestada nos sintomas de cefaleias, distúrbios da digestão e evacuação, diminuição da atividade sexual, etc. Em ambos os casos, o acúmulo da libido bloqueada se escoaria por outras vias fisiológicas (ZIMERMAN, 1999, p.242).

E se tratando da atualidade não podemos deixar de fazer referência a Joyce McDougall, psicanalista neozelandesa radicada na França, que é considerada um dos principais expoentes da psicossomática na atualidade (PERES, 2006). McDougall segue a mesma linha de pensamento defendida por Pierre Marty de que os pacientes somáticos são incapazes de lidar com os afetos potencialmente desestruturantes, de modo que tendem a recorrer às estratégias defensivas arcaicas (MCDOUGALL, 1996), infantilizadas diante da sobrevivência ou de sofrimentos. Essas estratégias defensivas são adotadas inconscientemente e por vezes se transformam em sintomas psíquicos (PERES; SANTOS, 2010).

Para Joyce McDougall existe uma fragilidade afetiva nos pacientes somáticos, e quando colocados em situações estressantes e inseguras, tendem a estabelecer seus vínculos simbióticos, semelhantes aos de um bebê com a sua mãe, eles buscam proteção e quando não encontram se deparam com sentimentos de insatisfação e desprazer, transformando-se em somatização, sofrimentos, fantasias (MCDOUGALL, 1996).

Pierre Marty e Joyce McDougall concordam que os processos de somatização desenvolvidos pelos seres humanos se caracterizam por uma marcante restrição da

capacidade de compreender as modificações que ocorrem no meio ambiente ou no próprio indivíduo, conhecida como elaboração psíquica. Além disso, os pacientes somáticos apresentam “pensamentos superficiais, desprovidos de valor libidinal, excessivamente orientados para a realidade externa e estreitamente vinculados à materialidade dos fatos” (PERES, 2006, p.168).

Para Alves e Lima (2016), o diagnóstico para os pacientes psicossomáticos é sempre difícil porque são doenças com causas pouco mensuráveis, decorrentes de estresse e emoções, geralmente são pacientes “poliqueixosos” e que necessitam de uma avaliação mais criteriosa e cuidadosa por parte dos médicos, sendo que os exames laboratoriais não apresentam alterações para uma doença orgânica. A somatização pode levar a “testes laboratoriais desnecessários e dispendiosos, hospitalizações repetidas, condutas iatrogênicas, como, por exemplo, múltiplas cirurgias, uso abusivo e inadequado de medicamentos, impacto na família e na vida social [...]” (BRASIL et al, 2012, p.320) do indivíduo, o que conseqüentemente faz com que esses pacientes tenham “um custo total com saúde nove vezes maior do que outros pacientes e média de internação hospitalar de até sete dias por mês” (BRASIL et al, 2012, p.320). Entretanto:

[...] a presença de “somatização” não exclui a possibilidade de que o paciente também tenha uma doença física concomitante, nem garante que o paciente não desenvolverá problemas orgânicos. Além disso, o problema dos “somatizadores” em geral não é apenas psicogênico ou orgânico, mas uma complexa combinação de ambos (BRASIL et al, 2012, p.320).

De acordo com Brasil, M. A. A. et al (2012) em geral, o primeiro profissional procurado pelo paciente somatizador é o médico clínico, generalista ou não, é ele quem tenta tranquilizar o paciente sobre a ausência de patologia somática (muitas vezes sem sucesso por isso os pacientes somatizadores não costumam buscar a psicoterapia espontaneamente, e sim por encaminhamento de seus médicos clínicos; encaminhamento estes que muitas vezes são feitos de modo inadequados, que tendem a fazer com que o paciente não siga a recomendação, pois se sente desprezado e negligenciado pelo clínico, sente que sua doença e seus sintomas foram descaracterizados. Quando o médico clínico descarta os sintomas de uma patologia orgânica, classificando a doença como psicológica, é importante que o

paciente não se sinta abandonado, mas sim com possibilidade de acrescentar novas práticas de tratamento, visando a sua melhora.

O paciente psicossomático apresenta um déficit de afetividade, as doenças podem surgir como uma necessidade de afeto, de ganhar atenção, e de ser cuidado e ouvido pelo outro, pois a manutenção da doença e do sofrimento é uma forma de masoquismo e é nessa relação entre a saúde e doença que ele pode encontrar prazer ou a atenção que almeja (ELAEL; FORTES, 2016).

No entanto, seja no campo biomédico ou específico da área da saúde mental, “a valorização da escuta como instrumento terapêutico” deve ser aderida e levada em consideração (BRASIL et al, 2012, p.328), “escutar ativamente é fundamental para que se possa perceber e avaliar os aspectos psicossociais do paciente, como a presença de eventos estressantes que possam atuar como desencadeantes ou agravantes de sofrimento mental” (BRASIL et al, 2012, p.328).

Estes pacientes não conseguem fazer associações entre seu corpo enfermo e seu emocional, por isso tendem a manifestar um desejo de livrar-se do sintoma de forma mágica, em uma única sessão, e por isso se faz necessário criar uma demanda de psicoterapia no paciente, instigando-o a querer participar ativamente do processo psicoterapêutico (BORGES, 2001), a fim de proporcionar entendimento, que outros médicos não propiciaram, acerca de sua doença e da indissociabilidade/correlação entre orgânico e psíquico, pois “o psiquismo é definido por Freud no campo das representações, e a prática clínica por seu deciframento” (MENDES; PRÓCHNO, 2004, p.148).

A psicoterapia tem se mostrado eficaz na diminuição dos sintomas, pois apresenta bons resultados em tratamentos prolongados, quando o paciente se sujeita e aceita esse tipo de intervenção, o sucesso está em conseguir perceber os elementos inconscientes que ultrapassam os sintomas (PAULIN; OLIVEIRA, 2012). De acordo com Filippon, Cardoso e Aguiar (2008, p.609) “recomenda-se de uma a três sessões semanais, em um *setting* estável e onde a neutralidade do terapeuta deve ser buscada”.

No entanto, a caminhada por esse árduo percurso só será possível nas circunstâncias “em que o analista conseguir desde o início trabalhar com o paciente sobre a importância de sua permanência ali, construir com ele um lugar em que ele possa se sentir seguro para estar com o seu corpo, com a sua doença” (BORGES, 2001, p.268), é necessário que ele não se sinta ameaçado pelas interpretações, pelo

silêncio e pelas demais configurações do *setting* terapêutico, por isso é de extrema importância que o terapeuta não adote uma postura invasiva, respeitando o tempo do paciente para se abrir a uma nova forma de linguagem, já que ele não conhece outra forma se não a do corpo, sendo necessário que o paciente aceite e suporte a condição inicial, pois ele vem com um histórico de insucesso na sua melhora, portanto, pode-se enfatizar a importância da relação médico/paciente e da formação do vínculo terapêutico para a continuidade e o progresso do trabalho psicoterapêutico (BORGES, 2001), pois “o confronto do paciente com o “caráter artificial” de seus sintomas dificulta o tratamento” (BRASIL et al, 2012, p.329). Em outras palavras, pode-se complementar que

deve-se evitar confrontos e abordar os aspectos psicossociais de forma discreta, geralmente durante o processo de anamnese. A resistência em falar sobre esses aspectos subjetivos de sua vida, sobretudo quando associado à cronicidade na evolução do quadro, precocidade no surgimento de múltiplas queixas somáticas e grave incapacidade funcional, é forte indicador da presença de transtorno crônico, e não apenas da presença de somatização como um processo ou uma maneira de manifestar sofrimento psíquico (BRASIL et al, 2012, p.328-329).

Outra premissa importante para a continuidade do paciente no tratamento é a de levar em consideração toda sua subjetividade e a de seus sintomas, pois em muitos casos o paciente já chega regredido em crises e sofrimentos com eles, exigindo assistência e paciência da figura do analista, para que assim possa dar conta de seus anseios, incômodos, dores e angústia e ter possibilidade, através da psicoterapia de orientação psicanalítica, de ter um *insight* afetivo, entender e resignificar os seus sintomas (BORGES, 2001), é importante que ele consiga associar o sintoma com o sofrimento emocional, percebendo assim “como eles se associam cronologicamente às situações estressantes” (BRASIL et al, 2012, p.329). Diante disso, é necessário observar que:

Diante da intolerância desse tipo de paciente às interpretações, o analista deve desenvolver um tipo especial de “escuta do corpo” (que é diferente da escuta neurótica, psicótica, ou dos casos de perversão) e também deve ficar comprometido com a tarefa de auxiliar o paciente, no mínimo, a três aspectos: 1) Evitar a tentação de querer descobrir uma relação simbólica tipo causa-efeito (o que cabe fazer nos casos de conversões histéricas). 2) Não impedir o livre fluxo das fantasias, pelo contrário, prestar alguma forma de estímulo ao surgimento das mesmas. 3) Ajudar esse paciente a, de fato, pensar, ou seja, a fazer conexões afetivas entre as suas experiências emocionais presentes e as passadas, juntamente com o desenvolvimento

da capacidade para fazer uma leitura das mesmas (ZIMERMAN, 1999, p.251).

Para Marília Aisenstein (2015), adepta da psicoterapia psicodinâmica, o trabalho clínico com pacientes psicossomáticos deve iniciar sempre pela conversação, atraindo-o para o pensamento e o envolvimento no processo, instigar o paciente a contar sua história, suas riquezas, sucessos, tristezas e fracassos. Para isso o terapeuta tem que estimular a arte, a sedução da conversação, mediante abordagens indiretas, interpretações psicodramáticas com objetivo a estimular a descoberta do prazer do funcionamento mental. A Psicanálise

[...] entende os fenômenos físicos e somáticos como um somatório de interações dinâmicas que são objeto de movimentos de organização e desorganização no desenvolvimento do indivíduo. Considera que são as atividades de representação psíquica que permitem integrar as tensões pulsionais e protegem, assim, a saúde física individual (FILIPPON; CARDOSO; AGUIAR, 2008, p.604).

Existe o paciente difícil de ser tratado pela Psicanálise e pela Psicoterapia de Orientação Psicanalítica, principalmente porque não “consegue aceitar a sua parcela de responsabilidade na criação de seus sintomas” (MCDUGALL, 1996, p.9), característica que exerce significava importância dentro do tratamento.

Para isso McDougall (1996) fez um roteiro para a entrevista com possíveis pacientes e que faz parte do início do tratamento psicanalítico, onde postulou que em primeiro lugar a pessoa deve “perceber o seu sofrimento psíquico”, caso contrário, não existe uma possibilidade de análise. Em segundo, buscar “conhecer a si mesmo”, é importante que ele reconheça que a culpa por seu estado mórbido, não é somente da família, da sociedade, do ambiente, etc. Em terceiro, a “situação psicanalítica é suportável?” e ele precisa dizer tudo o que lhe causa incômodo, a omissão e a falta de confiança no terapeuta contribuem para o fracasso da análise, do tratamento psicanalítico. E, em quarto lugar, “é possível depender do outro sem medo?”, o paciente deve estar preparado para receber ajuda, para assim se abrir a possibilidade de evolução no tratamento e conseqüentemente avançar no processo de melhora. A mudança do ponto de vista do paciente psicossomático é sempre dolorosa e difícil, porque exige dele uma revisão de seus conceitos, pensamentos e

anseios (MCDOUGALL, 1996), existem os que querem a cura e também os que “querem” a perpetuação da doença, da dor e do sofrimento.

O ideal é que o paciente possa reconhecer os componentes psicossociais de suas queixas, pois assim será melhor sua evolução. Grande parte das intervenções é, portanto, direcionada a aumentar a consciência do paciente somatizador sobre a origem não orgânica de suas aflições, deslocando-o do polo da atribuição puramente somática para a direção da compreensão psicológica dos sintomas (BRASIL et al, 2012, 322).

Como afirma Borges (2001, p.269) “uma proposta de atendimento psicoterápico a esse paciente tem de ter como objetivo levá-lo a uma reconstituição existencial possível”, pois sua existência coexiste com sua doença e os sintomas que ela produz, por isso “é fundamental que ele possa se ver como parte do sintoma, como construtor do sintoma e, sobretudo, perceber o uso que muitas vezes faz deste” (BORGES, 2001, p.269).

Trabalhar com o paciente, durante as sessões psicoterápicas, os ganhos secundários que a doença e seus sintomas lhe propiciam faz com que ascenda nele o desejo de elaborar uma nova forma de linguagem, e que “ele saia de uma posição passiva, de vítima, de sofredor, para ocupar uma posição de alguém que deseja entender o porquê de sua doença ser expressão de si mesmo” (BORGES, 2001, p.269). Acresce que

é esse desejo que faz com que o paciente fique no consultório, pois se antes ele acreditava que o seu lugar não era ali, agora ele começa a desconfiar que a sua doença pode ter alguma articulação com a sua história, como o que ele não sabe sobre si mesmo. Essa desconfiança é provocada pelo terapeuta por meio de intervenções que possibilitarão ao paciente perceber que agora existe outra escuta (BORGES, 2001, p.269).

Outra proposta de atendimento aos psicossomáticos é articular as formas múltiplas de conhecimento entre os profissionais que já atendem ou atenderam o paciente, ou seja, a interlocução entre os profissionais da saúde, para que assim se tenha um maior entendimento acerca do funcionamento do paciente, para que ele se sinta acolhido em sua totalidade e não fragmentado em pedaços (BORGES, 2001). Possibilitar uma “relação semiótica entre corpo e emoção” (BRASIL et al, 2012, p.331) e o estabelecimento de “pontes entre o físico e o psíquico” (BRASIL et al,

2012, p.331), auxilia no processo de ressignificação, possibilitando assim dar um novo sentido a sua história.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando a dor psíquica e o conflito psíquico decorrentes de uma fonte de estresse ultrapassam a capacidade habitual de tolerância, em vez de serem reconhecidos e elaborados, eles podem ser descarregados em manifestações somáticas, remetendo a uma falha na capacidade de simbolização e de elaboração mental.

Desse modo, com certas dificuldades de enfrentar tensões, o adoecer pode ser considerado uma tentativa de estabelecimento de um equilíbrio para o corpo, assim como o sintoma neurótico representa a saída para um conflito psíquico.

O caminho que percorremos para a compreensão dos sintomas psicossomáticos nos levou até as contribuições de Franz Alexander, que descreveu em seus estudos as “sete doenças psicossomáticas”.

A noção de pulsão de morte, conceituada por Freud, também está associada aos pacientes psicossomáticos, em razão de ser uma das responsáveis pela desorganização psíquica e corporal, que propicia o aparecimento dos sintomas, e por consequência esses pacientes “acabam ficando com um pobre ou nenhum domínio sobre a angústia”.

Na atualidade o percurso delineado para a compreensão do conceito de psicossomática psicanalítica proposto por Joyce McDougall nos permitiu conhecer o pensamento clínico elaborado pela autora, oferecendo-nos um modelo teórico que abrange a teoria e o manejo clínico sobre o que consideramos ser a clínica psicanalítica da atualidade.

Assim, Pierre Marty e Joyce McDougall concordam que os processos de somatização desenvolvidos pelos seres humanos se caracterizam por uma marcante restrição da capacidade de compreender as modificações que ocorrem no meio ambiente ou no próprio indivíduo, conhecida como elaboração psíquica.

Além disso, os pacientes somáticos apresentam “pensamentos superficiais, desprovidos de valor libidinal, excessivamente orientados para a realidade externa e estreitamente vinculados à materialidade dos fatos” (PERES, 2006, p.168).

É importante articular as formas múltiplas de conhecimento entre os profissionais que já atendem ou atenderam o paciente, ou seja, a interlocução entre os profissionais da saúde, para que assim se tenha um maior entendimento acerca do funcionamento do paciente, para que ele se sinta acolhido em sua totalidade.

É de fundamental importância, para a continuidade do paciente no tratamento, é levar em consideração toda a subjetividade dos sintomas e a paciência e assistência do psicanalista, para que assim importante ele consiga associar o sintoma com o sofrimento emocional, percebendo assim como eles se associam cronologicamente.

Encerramos este trabalho com algo que aprendemos sobre o cuidado e sobre a sensibilidade para com o humano: sobre o nosso encontro com as mais diferentes maneiras que o sujeito pode criar para conseguir lidar com as dificuldades do existir, para manter-se vivo, mesmo que não sejam condições favoráveis à sua vida, ou seja, mediadas pela pulsão de vida, que demonstram o que o sujeito conseguiu fazer para chegar até ali e que, portanto, serão mantidas a todo custo, pois elas funcionaram como uma proteção.

Cabe a nós, psicanalistas, o trabalho e a construção de um vínculo pelo qual seja possível a vivência de experiências afetivas que superem a pulsão de morte para que a vida possa ser vivida em toda a sua plenitude.

4 REFERÊNCIAS

- AISENSTEIN, M. Abordagem psicodinâmica do paciente psicossomático. In: EIZIRIK, C. L; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BRASIL, M. A. A; BOTEGA, N. J; FORTES, S; TÓFOLI, L. F. Somatização. In: BOTEGA, N.J. **Prática psiquiátrica no hospital geral [recurso eletrônico]: interconsulta e emergência**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.319-334.
- BORGES, J. M. C. Psicoterapia e prática psicossomática. In: CALDEIRA, G; MARTINS, J. D. **Psicossomática – Teoria e Prática**. 2.ed. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda., 2001. p.266-271.

CERCHIARI, E. A. N. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. **Psicol. Cienc. Prof.** Vol.20, n. 4. Brasília, 2000.

CLEMENTE, J. P. L; PERES, R. S. Funcionamento Psíquico e manejo clínico de pacientes somáticos: reflexões a partir da noção de desafetação. **Psic. Clín.**, Rio de Janeiro, vol.22, n.2, p-57- 69, 2010.

COSTA, G. P; ALVAREZ, L. H. O Silêncio da alma. In: COSTA, G. P et al. **A clínica psicanalítica das psicopatologias contemporâneas**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p.140-162

EKSTERMAN, A. Medicina Psicossomática no Brasil. In: FILHO, J. de M. **Psicossomática Hoje**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.39-45.

ELAEL, C. C. B; FORTES, M. I. de A. Sintonia e fenômeno psicossomático. **Psicanálise & Barroco em revista** v.14, n1: jul. 2016.

FILHO, J. de M. Introdução. In: FILHO, J. de M. **Psicossomática Hoje**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.29-38.

FILHO, O. C. dos S. Histeria, Hipocondria e fenômeno psicossomático. In: FILHO, J. de M. **Psicossomática Hoje**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.153-157.

FILIPPON, A. P. M; CARDOSO, B. M; AGUIAR, R. W. de. Psicoterapias para transtornos somatoforme. In: CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.600-615.

MENDES, E. D; PRÓCHNO, C. C. S. C. Corpo e novas formas de subjetividade. **Psychê**, ano VIII, n.14, São Paulo, jul-dez/2004, p.147-156.

MCDUGALL, J. **Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

PAULIN, L. F; OLIVEIRA, T. C. Como diagnosticar e tratar Transtornos somatoformes. **Revista Brasileira de Medicina - RBM**, V.70, N.11, pp. 390-394, Nov. 2012.

PERES, R. S. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. **Psicol. Clín.** Rio de Janeiro, vol.18, n.1, p. 165-177, 2006.

PERES, R. S; SANTOS, M. A. dos. O conceito de psicose atual na psicossomática psicanalítica de Joyce McDougall. **Rev. bras. psicanálise [online]**. 2010, vol.44, n.1, pp. 99-108.

SILVA, A. F. R; CALDEIRA, G. Alexitimia e pensamento operatório: a questão do afeto na psicossomática. In: FILHO, J. de M. **Psicossomática Hoje**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.158-166.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática**. Porto Alegre: Artmed, 1999. ZIMERMAN, D. E. Manual de Técnica Psicanalítica: uma revisão. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZIMERMAN, D. E. **Manual de Técnica Psicanalítica: uma revisão**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática**. Porto Alegre: Artmed, 1999.