

PSICOSSOMÁTICA: A DOR E A EXPRESSÃO DOS SENTIMENTOS

Psychosomatic: Pain and Expression of Feelings

CIAMBELLI, Luciano Malagodi;

Centro Universitário Jaguariúna

JAMELI, Tamires Franco;

Centro Universitário Jaguariúna

MADRUGA, Suéllen Cirino;

Centro Universitário Jaguariúna

SOUZA, Luciana Gomes Almeida de

Centro Universitário Jaguariúna

Resumo: Pretendeu-se averiguar se causas de ordem emocional ou psicológica como culpa vergonha, insegurança ou até mesmo a ignorância da origem desses sintomas seriam as razões que levam o indivíduo a não expressar aquilo que sente relativamente às dores com tal origem. O conteúdo encontrado através de levantamento bibliográfico, foi analisado de forma qualitativa, numa sequência de atividades que reduziram dos dados coletados e os categorizaram para a interpretação e escrita do relatório, e demonstram que desde a Grécia Antiga já existia uma noção da inter-relação entre corpo e espírito, no que se refere à doença, e que a ideia atual de psicossomática é fundamentada a partir da dicotomia corporemente, porém atualmente se propõe o entendimento da doença a partir de um olhar sobre o indivíduo em toda sua completude e relações que o envolvem, assim como correntes fenomenológicas postulam o estudo do fenômeno independentemente dos conceitos estabelecidos. Também apontaram alguns grupos de risco e indicaram tratamento médico e psicoterápico em conjunto para o somatizador. Concluiu-se que os conhecimentos sobre somatização baseiam-se na dicotomia sobre corpo e mente, todavia atualmente se propõe novo olhar sobre o indivíduo, a partir do que o fenômeno deve ser reanalisado, considerando-se o novo conhecimento multidisciplinar integrado por diversos profissionais. Sugere-se a continuidade das pesquisas, porém com objetivo prático e empírico sobre o problema apresentado.

Palavras-Chaves: Dor; Sentimentos; Psicossomática.

Abstract: It was intended to ascertain whether emotional or psychological causes such as guilt, shame, insecurity or even ignorance of the origin of these symptoms would be the reasons that lead the individual not to express what he feels about the pains with such origin. The content was analyzed through a bibliographic survey, in a qualitative way, in a sequence of activities that reduced the data collected and categorized them for the interpretation and writing of the report, and demonstrate that since ancient Greece already existed a notion of the interrelation between body and spirit, in the Which refers to the disease, and that the current idea of psychosomatics

is based on the body-mind dichotomy, but currently it is proposed the understanding of the disease from a look at the individual in all its completeness and relationships that involve it, as well As phenomenological currents postulate the study of the phenomenon independently of the established concepts. They also demonstrate some risk groups and indicated medical and psychotherapeutic treatment for the somatization agent. It was concluded that knowledge about somatization is based on the dichotomy about body and mind, but it is currently proposed a new look at the individual, from which the phenomenon must be reanalyzed, considering the new multidisciplinary knowledge integrated by several professionals. It is suggested the continuity of the research, but with a practical and empirical objective on the presented problem.

Key-Words: Ache; Feelings; Psychosomatic

INTRODUÇÃO

Existem dores que apesar de serem sentidas no corpo ou apenas psicologicamente, não são decorrentes de traumas físicos ou de doenças biológicas.

Segundo Zimerman (2010, p. 239), já na Grécia Antiga Hipócrates postulava que a doença seria uma reação global do corpo e do espírito do indivíduo, antecipando assim o atual enfoque psicossomático, além disso, ensina ainda que há mais de cem anos William Motsloy escreveu em sua obra *Fisiologia da Mente* que “Quando o sofrimento não pode expressar-se pelo pranto, ele faz chorarem os outros órgãos”. Essas dores possuem origem emocional ou psicológica e são denominadas de dores psicossomáticas ou psicogênicas, ou mais atualmente denominadas de distúrbio ou transtorno somatoforme.

Vários pesquisadores e cientistas contribuíram para chegar ao atual entendimento do termo psicossomático, desde os fisiologistas Pavlov (1972), com seus estudos sobre *reflexos condicionados*, Cannon com sua teoria sobre *efeito fisiológico das emoções*, e H. Selye (1959), estudando os efeitos do *estresse* e postulando a *teoria geral da adaptação*, passando por Freud e Felix Deutsch (1926) que estudaram pacientes com problemas psicossomáticos, até adeptos da “Escola de Chicago”, como Alexander (1946) que descreveu *as sete doenças psicossomáticas*, R. Spitz (1945) com seu trabalho sobre *hospitalismo infantil*, ensejando o surgimento da *medicina psicossomática* entre as décadas de 1930 e 1960 (ZIMERMAN, 2010, p. 240/241).

Há duas categorias de transtornos funcionais, a primeira de índole física e traduzida em alterações fisiológicas ocasionadas pelo uso inadequado da função em questão, enquanto a outra possui significação inconsciente específica, sendo expressão de uma fantasia em linguagem corporal, e a psicanálise lhe acessa da mesma forma que ao sonho, ao passo que Freud denomina a ambas categorias de neuróticas, atribuindo a expressão psicogênica à segunda. Todavia, ocorre-se uma confusão, porquanto todo uso inadequado de um órgão é também psicogênico, sugerindo assim, chamar a primeira categoria de sintomas psicossomáticos e a segunda de conversão (FENICHEL, 2000, p. 221/222).

E continua pontuando que na categoria conversão acontecem sintomaticamente e de modo distorcido e inconsciente, alterações de funções fisiológicas que exprimem impulsos instintivos anteriormente reprimidos, e os sintomas da conversão não são simples expressões somáticas de afetos, mas representações muito específicas de pensamentos (FENICHEL, 2000, p. 203).

O termo “psico-somático” teria sido utilizado pela primeira vez em 1818, em um texto de Heinroth, clínico e psiquiatra alemão, e apenas nos idos de 1940 adquiriu a grafia unificada “psicossomático” e o emprego gramatical de substantivo, designando a influência dos fatores psicológicos na determinação das doenças orgânicas (ZIMERMAN, 2010, p. 239).

Sob sua ótica, Volich (2010, p. 212) considera que toda doença mental, somática ou comportamental, apesar de seu caráter desviante, regressivo e por vezes extremo, vem a ser uma tentativa de restabelecimento de equilíbrio pelo organismo que não consegue enfrentar as tensões internas ou externas a que esteja submetido, utilizando-se de recursos mais evoluídos. E ele mesmo recomenda que na investigação da sintomatologia somática se inclua os sintomas da doença, sua história, possíveis outros quadros sintomáticos, inclusive na infância, além dos acontecimentos contemporâneos da vida do sujeito concomitantes aos sintomas apresentados (VOLICH, 2010, p. 233/234).

Fenichel (2000, p. 222) esclarece que todos os afetos são executados por intermédio de meios motores ou secretórios e que suas expressões físicas específicas podem ocorrer sem experiências psíquicas (mentais) específicas correspondentes, ou seja, sem que se perceba a significação afetiva. A exemplo, cita-se a ansiedade e a excitação sexual, que podem ser substituídas por sensações

que se localizam nos aparelhos digestivo, respiratório ou circulatório. Assim, o autor parte de que aquilo que chamamos de transtornos psicossomáticos seriam equivalentes de afetos.

Fenichel (2000, p. 224) aponta além disso, que há de se ter em conta também as consequências físicas derivadas das atitudes inconscientes, posto que o comportamento de uma pessoa é influenciado por suas necessidades instintivas conscientes e inconscientes. Enquanto as oscilações de impulsos conscientes são reguladas de maneira automática por atos instintivos, os impulsos rejeitados não conseguem encontrar saída, mas tentam descarregar-se e produzir derivados, com efeitos menos evidentes e mais duradouros; as tentativas de buscar saída e as descargas substitutivas são contínuas ou repetidas, resultando em alterações físicas. Um habitual pigarro forçado, por exemplo, que persiste meses e anos, seca a garganta e resulta em faringite, tal qual o hábito de dormir com a boca aberta. Ambos hábitos podem ter causas orgânicas e por vezes são expressões de desejos inconscientes. Ressalta-se, por outro lado, que o autor esclarece quanto à hipocondria, visto que se trata de transtorno psicossomático cujo fator fisiológico ainda se desconhece.

Constatado o fato de que a doença seja de origem somatoforme, o profissional de Medicina que atende um indivíduo com tal sintoma nem sempre possui as condições necessárias para realização da terapia que a situação demanda, ou ainda não lhe compete a tarefa de realizá-la, encaminhando, assim, o paciente a um profissional da Psicologia para tal finalidade. Por isso se faz necessário que este profissional consiga identificar os motivos pelos quais o sujeito não se expressa em sua fala, quando acometido por dor física de origem emocional ou psicológica, para conseguir chegar a um bom termo com a terapia ministrada.

Mas quais seriam as razões que levam o indivíduo a não expressar aquilo que sente relativamente às dores de origem emocional ou psicológica?

Postulamos que prováveis causas sejam questões de ordem emocional como culpa, vergonha, insegurança ou até mesmo a ignorância da origem desses sintomas, que podem impedir a expressão dos sentimentos nos momentos de dor.

Esses dados são relevantes para a Psicologia da medida em que para o sucesso das terapias que serão submetidos os indivíduos portadores desses sintomas, mister que sejam expressados os sentimentos e as emoções por ele

experimentadas, de forma consciente e volitiva, a fim de superar esse trauma, elaborar seu luto e caminhar para a condição de bem-estar.

Pretendeu-se assim, conhecer as publicações científicas existentes sobre o tema em apreço, compreender seus contextos, examinar o conteúdo apresentado, refletir sobre os argumentos utilizados e também levantar hipóteses sobre as conclusões apresentadas.

Quanto à metodologia utilizada, iniciamos o procedimento com o levantamento bibliográfico realizado por meio de pesquisas em artigos científicos em sítios específicos da internet, como PePSIC, CAPES e SciELO, por consulta a ser realizada com os descritores “sentimentos”, “expressão”, “dor de origem emocional”, “dor de origem psicológica”, “dor psíquica”, “distúrbio somatoforme” e “transtorno somatoforme”, sem limite de data para a publicação, e também em livros didáticos que abordem o tema do estudo, independentemente da abordagem teórica adotada por seus autores, levando-se em conta a pertinência com os objetivos deste estudo.

Assim, foram encetadas as buscas no portal CAPES (<http://www.capes.gov.br/>), sendo encontradas as seguintes quantidades de artigos publicados com os descritores discriminados: “sentimentos”: 5.103; “expressão”: 12.637; “dor de origem emocional”: 245; “dor de origem psicológica”: 126; “dor psíquica”: 264; “distúrbio somatoforme”: 8; e “transtorno somatoforme”: 25. Ressaltamos que a imensa maioria dos artigos encontrados referem-se a publicações das mais variadas áreas de conhecimento, que não a Psicologia, inviabilizando sua análise para os fins deste trabalho. Além disso, no caso dos descritores “distúrbio somatoforme” e “transtorno somatoforme”, que juntos totalizaram 33 publicações, foram consultados na íntegra esses trabalhos, momento em que os links eletrônicos disponibilizados no portal da CAPES nos remeteram a publicações do banco de dados do portal da SciELO, uma vez que o portal CAPES inclui em sua coleção as publicações eletrônicas brasileiras distribuídos pelo SciELO e, considerando que este portal também foi objeto de busca por publicações, deliberamos por descartar a análise dos resultados encontrados no portal CAPES evitando à duplicidade de artigos.

Nas buscas realizadas na base de dados do SciELO, foram encontradas as seguintes quantidades de artigos publicados com os descritores discriminados: “sentimentos”: 1.183; “expressão”: 3.301; “dor de origem emocional”: zero; “dor de

origem psicológica”: 1; “dor psíquica”: 1; “distúrbio somatoforme”: 2; e “transtorno somatoforme”: 5, sendo que foram analisados pelos títulos os últimos artigos encontrados com resultados abaixo de cinco, porém nenhum deles de interesse para o presente trabalho.

Por fim, nos periódicos eletrônicos disponíveis no sítio da PePSIC foram encontradas as seguintes quantidades de artigos publicados com os descritores discriminados: “sentimentos”: 424; “expressão”: 419; “dor de origem emocional”: zero; “dor de origem psicológica”: zero; “dor psíquica”: 26; “distúrbio somatoforme”: zero e “transtorno somatoforme”: zero, sendo que foram analisados pelos títulos os artigos encontrados com os descritores “dor psíquica”, todavia nenhum deles despertou interesse para o presente trabalho.

Diante deste quadro, optamos por realizar buscas pelos novos descritores “somatização” e “psicossomática”, com os quais, na base de dados SciELO, encontramos 31 resultados para “somatização”, sendo 10 deles eleitos pelo título, e 75 para “psicossomática”, elegendo mais 19 pelos títulos, encontrando 1 artigo duplicado e 4 repetidos; no sítio da PePSIC localizamos 14 resultados para “somatização”, dos quais elegemos 8 pelos títulos, e 72 para “psicossomática”, resultando na escolha de 18 também pelos títulos, sendo que nestas pesquisas foram encontrados 9 resultados repetidos.

Destes possíveis textos encontrados, foi procedida à leitura de seus resumos, já excluindo aqueles que não possuíam pertinência com a Psicologia e selecionando-se os de interesse para o trabalho, chegando-se ao número de dez publicações, as quais se encontram referenciadas na bibliografia.

Psicossomática: um mesmo fenômeno, diversos olhares

Segundo Mattar et al (2016), Heinroth em sua obra “Desordens da alma”, propunha na influência das paixões sexuais o surgimento de algumas doenças, a exemplo da tuberculose, epilepsia e câncer. Todavia, dez anos depois ele teria começado a utilizar a expressão “somatopsíquica”, referindo-se à influência de fatores orgânicos nos efeitos emocionais com poder de modificar o estado psíquico. Assim, inicialmente referiu-se à alma e posteriormente à dicotomia soma-psíquico. O conceito de psicossomática iniciou pela psicanálise refletindo o predomínio de seus

conceitos como inconsciente, regressão, benefícios secundários; passou pelo behaviorismo, fase caracterizada pelo incentivo às pesquisas; e atualmente se acha numa fase multidisciplinar, relativa à medicina integral, exigindo interação entre diversos profissionais (MATTAR et al, 2016).

Em seu estudo, Ávila (2012) sustenta que o corpo humano é mais do que mero instrumento de locomoção e de ação no mundo, e que ele se integra com o Eu que o vive, uma vez que ambos sofrerão o mesmo destino do nascimento à morte, e que quando o indivíduo adoece o faz de corpo e alma, posto que o psiquismo não é uma esfera autônoma, um epifenômeno do corpo, asseverando ainda que Eu e corpo travam permanente diálogo entre si e também em relação ao mundo, quer na saúde, quer na doença.

Discorrendo sobre a polissemia do corpo por meio de suas manifestações em várias áreas do conhecimento e nos diversos meios culturais, Ávila (2012) informa que qualquer tipo de agressão àquilo que julgo muito meu, agride-me em meu Eu, em minha corporalidade, de modo que uma ofensa moral dói no estômago ou no fígado, por exemplo, e uma ignomínia pode até matar por infarto ou por acidente vascular cerebral, assim como uma alegria muito grande também pode fazê-lo.

Relata que ao adoecer, adocece o corpo do indivíduo, experiencial e subjetivo, mas também aquele corpo que será objeto dos cuidados médicos, ambos sujeitos a representações culturais, a dimensões antropológicas e sociológicas, a pressões decorrentes de suas ocupações profissionais, ao estilo de vida entre outros fatores de ordem extracorporal que influenciam sobre esses corpos (ÁVILA, 2012).

Alguns sintomas físicos de causas não orgânicas e sem explicações médicas são mencionados constantemente na medicina e alguns autores definem somatização como uma manifestação de conflitos e angústias psicológicos por meio de sintomas corporais, enquanto outros propõem que seria uma tendência que o sujeito possui de sentir suas angústias de forma somática, por meio de sintomas físicos que não possuem evidência patológica, atribuídos a doenças orgânicas (BRITO et al, 2015).

Tal tendência se manifestaria frequentemente em resposta a estresses psicossociais com acontecimentos da vida e circunstâncias conflitivas, porém os pacientes geralmente não conseguem identificar que suas angústias têm, de fato,

relações com questões psicossociais e declaradamente negam essa possibilidade. Indivíduos que somatizam possuem a característica de um vínculo diferenciado com a doença que acaba levando-os a buscar inúmeras consultas médicas a fim de tentarem resolver suas dores. Seria uma via muito mais regredida de expressão, que se utiliza de recursos primitivos como o corpo, para dar forma e vazão à experiência humana (BRITO et al, 2015).

Ávila (2012) informa que o estudo da psicossomática pela psicanálise demonstra amplo conjunto de evidências no sentido de que processos inconscientes afetam funções corporais, resultando em manifestações no organismo ou em agravamento de doenças, transformando conflitos psíquicos em sintomas somatizados.

A compreensão das enfermidades passou a ser caracterizada a partir dessa dualidade, ora com origem no corpo, carecendo de cuidados médicos, ora com origem na psique, reclamando cuidados psiquiátricos ou psicológicos, de modo que estes profissionais reduzem tudo ao psíquico, enquanto os médicos acabam por reduzir tais enfermidades ao somático (MATTAR et al, 2016).

De sua parte, Ávila (2012) propõe a aceitação e busca da compreensão da multiplicidade de aspectos que envolvem o corpo humano, de modo que a doença continue a ser tratada pelo médico como entidade nosológica, porém concomitantemente ao tratamento psicoterapêutico, a quem competirá cuidar da mente com todos seus conteúdos simbólicos mediados pela cultura.

Brito et al (2015) citam que a somatização não deve ser vista como uma doença específica, mas como um processo, um fenômeno, uma manifestação e esclarecem que a categoria diagnóstica dos transtornos que possuem a somatização como uma manifestação geral está, por sua vez, nos manuais, como a Classificação Internacional das Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

“Transtornos Somatoformes” (TS) nas Classificações Internacionais de Doenças seria uma classificação recente, tendo ocorrido em 1980 por meio do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 3º edição (DSM-III) e em 1992 na Classificação Internacional de Doenças, 10º edição (CID-10). Esses transtornos se dariam pela presença prolongada, de meses a anos, de queixas frequentes de sintomatologia física que sugerem a presença de um substrato

orgânico mas que não se explicam ao certo por patologias orgânicas conhecidas, efeitos diretos decorrentes da utilização de álcool ou drogas, ou outros transtornos mentais; caso exista alguma doença orgânica presente, esta não justifica toda a sintomatologia referida. Outra dificuldade está no estabelecimento de um vínculo médico-paciente quanto à inexistência de um substrato orgânico perceptível. (BOMBANA, LEITE e MIRANDA, 2000).

Bombana et al (2000) citam que do ponto de vista psicodinâmico, os somatizadores têm sido caracterizados por uma carência na elaboração psíquica, por falhas na simbolização e pelo chamado “pensamento operatório” (pobreza da vida de fantasia, da vida imaginativa, do devaneio e uma excessiva ligação com a realidade, onde o sujeito é “concreto”, sendo até seus sonhos, quando existem, repetições da realidade).

Estudando o assunto, em sua obra “Sobre os fundamentos para destacar uma síndrome específica denominada neurose de angústia”, de Obras Completas, v. III, Freud teria distinguido duas categorias de neurose: as psiconeuroses e as neuroses atuais. A primeira delas decorreria de conflitos entre representações psíquicas, enquanto a outra se originaria no âmbito somático, especificando um tipo delas, a que denominou de neurose de angústia, na qual os pacientes apresentavam sensação de angústia não definida, como se algo fosse dar errado em suas vidas ou medos sem causa aparente, cujas sensações seriam acompanhadas de alterações corporais como vertigem, sudorese, taquicardia, diarreia, náusea, dores corporais intensas, calafrios entre outras, refletindo, assim, a relação do paciente com seu corpo. Todavia, tais sofrimentos somáticos seriam diversos daqueles presentes na histeria, porquanto estes se originavam em conflitos de representações psíquicas, sendo que Freud não teria conseguido relacionar o momento de eclosão daqueles sintomas com vivências específicas e conflitivas (SILVA e PINHEIRO, 2015).

A respeito dos sintomas comumente indicados pelos pacientes, Brito et al (2015) citam que os transtornos que envolvem a somatização podem se manifestar sob a forma de múltiplos sintomas, como irritabilidade, insônia, crises nervosas, queixa de dor em geral, fadiga, esquecimento; de sintomas gastrointestinais, sintomas conversivos (pseudoneurológicos) e sintomas cardiovasculares.

Na mesma obra em comento, Freud concluiu que pessoas acometidas pela neurose de angústia sofriam de algum tipo de perturbação na condução da vida

sexual, o que refletiria em tensão sexual que não encontrava satisfação, pelo que os sintomas apresentados decorreriam da transformação de uma excitação somática sexual acumulada em afeto de angústia. E para explicar como a tensão somática sexual (uma quantidade) poderia se transformar em um afeto (uma qualidade), Freud teria desenvolvido o conceito metapsicológico de pulsão, a descrevendo no limiar entre os registros psíquico e somático, tal qual o afeto de angústia (SILVA e PINHEIRO, 2015).

Assim, para Freud, os estímulos da pulsão se originariam do âmbito somático e se expressaria no âmbito psíquico, exigindo constantemente satisfação e, quando representasse um desprazer, seria então recalcada, de modo que o *quantum* inicial de afeto relativo à representação ficaria livre, transformando-se no afeto de angústia (SILVA e PINHEIRO, 2015).

Mattar et al (2016) ensinam que, para Freud, psicossomática pressupõe o entendimento de sua teoria sobre sexualidade como origem pelo desencadeamento da histeria, cuja divisão soma e psique surge em consequência de uma defesa psíquica. A neurose de angústia teria origem sexual, porém sem o mecanismo psíquico do recalque, que aconteceria pelo coito interrompido, devido à ejaculação precoce. Ela se caracterizaria pela conversão do afeto de uma representação forte em uma representação fraca, cujo sintoma surgiria da própria angústia causada pela transferência do afeto, da excitação sexual. Para Freud a psique é a porta de entrada da histeria e o soma o lugar do aparecimento e representação dos sintomas, relacionando psique e soma, porém não as unificando.

Como argumentam Carneiro, Lisboa & Magalhães (2011) sobre o adoecimento familiar, todos os indivíduos ao longo de suas vidas estão sujeitos a sofrerem tensões psíquicas que necessitam ser liberadas por meio de elaborações mentais ou comportamentos motores, e quando elas não podem ser descarregadas e de certa forma elaboradas, ocorre um acúmulo de excitações, levando o corpo a responder de forma patológica e provocando desde uma pequena dor de cabeça até a formação de um câncer. Estas somatizações diferenciam-se de acordo com o tempo e a exposição destas tensões psíquicas, como na contrapartida libidinal de que o sujeito dispõe e que ele utiliza para transformar suas excitações, podendo ter algum tipo de predisposição genética, fisiológica, psicológica ou ambiental. Parte de todo esse processo, de acordo com o autor, se desenvolve nos primeiros momentos

de vida, na relação mãe-bebê e como esta se estrutura ao longo da vida diante das representações intersubjetivas dos mesmos. Portanto, ressalta que um dos motivos pelos quais se acometem certas somatizações é pelo fato de se ocorrer um adoecimento familiar, ou seja quando há relações empobrecidas e de acordo com toda a história simbólica da família assim como na sua transmissão psíquica em todo campo intersubjetivo do grupo e na não elaboração desses conteúdos.

Já Silva e Pinheiro (2015) esclarecem que para Winnicott defesa psicossomática seria a tendência herdada por cada indivíduo de se desenvolver rumo a uma unidade entre psique e soma e que transtornos psicossomáticos seriam o modo de o corpo se mostrar presente na vida do sujeito visando impedir que a integração psique-soma se desfça. Do amadurecimento emocional decorreria uma substituição da psique-soma por uma psique-mente e, assim, o propósito da doença psicossomática seria retomar a psique da mente. Assim, o transtorno psicossomático não seria o estado clínico em termos de uma patologia somática, mas a persistência da cisão entre a psique e o soma no processo de amadurecimento de uma pessoa. As afecções psicossomáticas decorreriam do excesso de funcionamento mental (intelectualização) e não de falhas nos processos representativos da mente.

Mattar et al (2016) relatam que Winnicott propunha a separação entre o somático e o psíquico desde o início da vida humana, dicotomia que poderia vir a desfazer-se no curso da história do indivíduo, a depender do cuidado que, enquanto criança, receberia nos primeiros anos de vida, pugnando que o desenvolvimento considerado normal possuiria tendência de integração do corpo à psique, e que um ambiente falho, sem proteção, essa tendência não se realizaria. Assim, para Winnicott, sempre que ocorrer uma experiência de grande abalo emocional e essa tendência à cisão surgir, o organismo apresentará uma doença psicossomática para garantir a frágil vinculação existente.

Tanto a compreensão psicanalítica quanto a médica sobre o psicossomático não abandonam a dicotomia psíquico e somático, tendendo ora para uma, ora para outra.

Medard Boss lançou outro olhar sobre o tema, ao questionar se a Biologia, a Filosofia e a Psicologia não seriam impotentes para fornecer o horizonte da compreensão necessária à doença humana porque estariam fundadas em premissas irrefletidas e inadequadas, enquanto Heidegger postulou que para que

fosse possível o desdobramento do psicossomático como problema, seria necessária uma crítica verdadeira, fenomenológica, a fim de diferenciar inicialmente o psíquico do somático, a partir de um mesmo, o ser do homem como homem, acrescentando que as doenças seriam psicossomáticas quando os problemas emocionais afetam o corpo, e seriam somatopsíquicas quando os problemas corporais afetam o psíquico (Mattaret al, 2016).

Segundo a tradição em psicossomática, os fenômenos psique e soma se diferenciariam pelo modo de acesso ao conhecimento, pelo fato de serem ou não mensuráveis, e não a partir de si mesmos, supervalorizando-se o método em detrimento dos próprios fenômenos. Heidegger, todavia, se insurgiu afirmando que tal mensuração não seria natural nem necessária, atentando ao fato da verdade dos fenômenos como sendo mensuráveis ou não mensuráveis (Mattaret al, 2016).

Brito et al (2015) citam os Seminários de Zollikon por Heidegger, segundo os quais lança luzes que ajudam a refletir sobre o tema, a partir da compreensão do adoecimento como um fenômeno de privação. O médico pergunta a alguém que o procura: qual é o problema? O doente não é sadio. O ser sadio, o estar bem, o encontrar-se bem não estão simplesmente ausentes, mas perturbados. A doença não é a simples negação da condição psicossomática. A doença é um fenômeno de privação. Toda privação indica a copertinência essencial de algo a quem falta algo, que carece ou necessita de algo. Na medida em que os senhores lidam com a doença, os senhores lidam com a saúde, no sentido de saúde que falta e deve ser novamente recuperada. Em seu entender, a doença não deve ser compreendida simplesmente como ausência de saúde, nem deve ser analisada apenas em seu aspecto biológico, mas o adoecimento deve ser encarado como um modo de privação.

Mattar et al (2016) informam que Medard Boss olha o adoecer numa perspectiva daseinsanalítica e postula que todo o adoecer é sempre psicossomático, uma vez que atinge a abertura que é o ser como um todo, e em cada adoecer deve-se perguntar qual seria a relação com o mundo que se encontra perturbada, e quais as possibilidades existenciais que um determinado adoecer impede que se realizem. Ele postula ainda pela extinção do termo psicossomática, numa tentativa de promover unidade indissociável entre soma e psique, vez que aquele mantém tal dualidade e por isso se apresenta inadequada.

Por oportuno, cabe salientar que Brito et al (2015) relatam que as inúmeras nomenclaturas e conceitos aplicados para o termo somatização são causas de grande relevância para impossibilitar metodologias e resultados consideráveis em pesquisas variadas sobre o tema, encontrando-se assim poucos achados clínicos, e trabalhos para colaborar com descobertas sobre este fenômeno, bem como desenvolvimento de pesquisa que abordem critérios diagnósticos e intervenções terapêuticas.

Brito et al (2015) refere ainda a estudos que revelam alta taxa de casos de transtornos somatoformes na fase entre a infância e a adolescência, predominante na fase da infância tardia e no início da adolescência, relacionando-o à crise que marca dessa transição porque passa a criança, identificada por um período de mudanças, aumentando extremamente os estímulos desencadeantes e perpetuadores de estresse, sendo a somatização o resultado desse aumento. Cita também a associação entre a somatização e o sexo feminino em estudo desenvolvido numa cidade do interior do Brasil que concluiu que mulheres apresentam mais chances de apresentar transtornos de humor, ansiedade ou somatoformes. Evidencia também a possibilidade de maiores índices de desenvolvimento dos sintomas de somatização relativas a aspectos socioeconômicos, relacionados a desempregados, aposentados por invalidez, vítimas de violência, pessoas com baixa escolaridade e baixa renda, com dificuldades laborais e donas de casa.

Na maior parte dos casos a somatização fica sendo compreendida como um indício, um sinal de incompetência do indivíduo em vencer suas dificuldades, mostrando assim, a incapacidade dos profissionais de saúde em acolher e atender o paciente de forma integral.

Ainda, Silva e Queiroz, (2006) referem que a partir de pesquisa realizada num centro multidisciplinar de saúde básica do SUS, na cidade de Hortolândia (subúrbio metropolitano de Campinas-SP) foi possível verificar que há alguns aspectos negativos da migração em sujeitos de baixa renda no Brasil, visto que foram coletados dados através de entrevista semiestruturada com 19 participantes, na qual verificou-se em alguns dos resultados a presença de somatizações em decorrência da migração, em decorrência de problemas com relação a essas mudanças, assim como perdas, fracassos, inseguranças e questões relacionadas à

família e ao trabalho (sustento) que levaram a desequilíbrio psicossomático. Para tais indivíduos, os problemas de saúde resultariam de uma mudança que não deu certo, pelo que se associou a migração ao adoecimento, advindo queixas de depressão, medos, insônia, sensação de perda de identidade, medo de colapso psíquico, dores físicas, problemas de visão, dores vagas no coração, complicações sistêmicas e muita saudade.

A impossibilidade dos profissionais de apontar uma causa orgânica específica para os sintomas apresentados por esses pacientes sugere-nos mesmo um sentimento de desconforto e impotência diante da evidência das limitações da objetividade do modelo biomédico (BRITO et al., 2015).

Quanto ao tratamento, Silva e Pinheiro (2015) afirmam que o transtorno psicossomático situa-se no limiar entre a psique e o soma e que o sofrimento dele decorrente não deve ser vinculado a nenhum desses registros, recomendando que o psicanalista ofereça ao paciente acolhimento de forma não invasiva, mas integradora e não fragmentária, a fim de perceber que além do padecimento físico, emerge um pedido de ajuda em direção à integração psicossomática, que seria facilitada pela participação de um psicanalista.

Segundo Maia (2009), diante de nossas angústias pode haver uma confusão inconsciente representada no corpo como continente, assim como fantasias de fusão corporal ou até mesmo o medo de se perder o direito a identidade separada ou de se ter pensamentos e emoções pessoais. Na psicossomática, é de ordem pré-simbólica o sentido que damos a palavra e pode haver assim uma cisão em sua representação, como no caso dos somatizadores, no qual esse processo de pensamento visa a esvaziar a palavra de sua significação afetiva. Em sua ótica, a cisão psique-soma ocorreria no momento em que a criança é obrigada a se defender com uma clivagem a fim de evitar a ameaça de uma ruptura em sua continuidade narcísica e contra o perigo de aniquilação como sujeito.

Assim, seria possível afirmar que na maioria dos casos, pacientes psicossomáticos recusam qualquer tipo de ajuda pelo fato de terem de sair do “status quo” e mergulhar novamente na tão traumática experiência ocorrida em sua infância, pois na tarefa do psicanalista se traduz todo o drama misterioso através de expressões corporais e nas verbalizações analisáveis (MAIA, 2009).

Entre outras teorias Silva e Pinheiro (2015) destacam que para Freud, em “A psicoterapia da histeria”, constante de Obras Completas, v. II, seu método clínico de livre associação de ideias não traria benefício direto às neuroses de angústia, uma vez que não possuem origem psíquica, todavia trariam melhoras em decorrência do reestabelecimento de uma vida sexual ativa, derivada dos atendimentos. Já na visão de Winnicott, o atendimento fundado em interpretações poderia redundar numa intelectualização ainda maior pelo paciente no que toca ao seu sofrimento, vindo a agravar a cisão entre a psique e o soma.

Ávila (2012) afirma que se o médico que me atende não personaliza o tratamento, possivelmente ele não dê certo. E, mesmo se interromper meus sintomas, mas não tiver conseguido uma conexão com minha pessoa de forma a possibilitar a integração da doença com a totalidade dos significados que ela ganhou na minha vida, eu posso continuar “doente”, sem ter a doença. Foram estes misteriosos casos que deram origem à psicossomática psicanalítica.

Brito et al (2015) aponta que na somatização, considerar a dimensão humana em sua totalidade é conseguir entender que o sofrimento somático está intimamente relacionado com as experiências, com a história de vida do indivíduo. Por isso, há necessidade de um espaço terapêutico que vá além do modelo biomédico, que se firme simplesmente na importância de um diálogo, de um olhar para além do sintoma físico, possibilitando assim um movimento de mudança e de ressignificação daquele que sofre.

Considerações finais

À luz das pesquisas realizadas, entendemos que o psiquismo, por não ser uma esfera autônoma, trava um eterno diálogo entre o corpo quando adoecemos, visto que tudo aquilo que agride o meu Eu, agride também o físico, trazendo conseqüentemente manifestações corpóreas como dores no estômago, que podem ocorrer por exemplo, em razão de uma ofensa moral, ou até mesmo um infarto decorrente de algum acontecimento que deixou o indivíduo exacerbadamente alegre.

Nesses casos, como menciona Brito (2015) e Ávila (2012), o sujeito somatizante tende a procurar por ajuda médica, e não psicológica, uma vez que ele

nega a existência deste vínculo corporal com os aspectos psicológicos, bem como que tais manifestações adviriam de conflitos psicossociais como o estresse, por exemplo. Portanto haveria dificuldade em identificar que suas angústias teriam relação com questões psicológicas ou emocionais, refutando assim essa possibilidade, não obstante a existência de fortes evidências de que processos inconscientes afetam as funções corporais, manifestando-se no organismo.

Observamos a somatização como um processo complexo em si e que não deve ser referido apenas como uma doença específica, mas como fenômeno multifacetado e manifesto, rodeado por queixas frequentes que perduram anos, que não se explicam pelo enquadramento nos conceitos das patologias orgânicas conhecidas, que por se encontrar numa fase de conhecimento multidisciplinar, relativa à medicina integral, demanda interação de diversos profissionais.

Do ponto de vista psicodinâmico como cita Bombana et al (2000), verificamos que frequentemente há uma falta nas simbolizações, ou seja, nas fantasias e nas imaginações dos sujeitos somatizadores, uma vez que existe apenas um sujeito concreto ligado apenas a realidade, até mesmo em seus sonhos, fazendo deste apenas repetições do que acontece na realidade.

A proposta de aceitação e a compreensão do fenômeno psicossomático leva o sujeito a entender todas as facetas do corpo humano, orientando-o a procurar não somente o tratamento médico, mas também a psicoterapia, visando que a mente também possa ser tratada diante de seus conteúdos simbólicos e de acordo com a cultura do indivíduo, ou seja, que o mesmo aceite e compreenda os desdobramentos do psíquico no corpo físico.

Assim, os conflitos psicossociais e as tensões psíquicas advindas de estresse ou de angústias, estas decorrentes de mudanças ou de ofensas por exemplo, que acabam por não ser liberadas, resultam em manifestações no corpo por meio de sintomas como dores ou doenças em razão do que os indivíduos somatizadores procuram por ajuda médica porém não pela psicológica, negando a origem dessas condições como causas psíquicas, evitando assim a psicoterapia e, por consequência, deixando de expressar suas emoções e seus sentimentos (BRITO et al, 2015).

Todavia, não logramos êxito em demonstrar que esses traumas psicológicos ou emocionais se originariam do medo, da insegurança ou da vergonha diante de

sentimento de culpa, de fatores sociológicos ou antropológicos, de pressão profissional, ou em razão de diversos outros fatores estressantes a que estamos submetidos no decorrer de nossas vidas.

Em virtude dos aspectos analisados, sugerimos a continuidade de futuras pesquisas sobre o tema aqui proposto, porém com olhar mais prático e empírico sobre o problema apresentado, a fim de investigar e relacionar, ou não, especificamente se causas de ordem emocional ou psicológica como culpa, vergonha, insegurança ou até mesmo a ignorância da origem desses sintomas seriam as razões que levam o indivíduo a não expressar aquilo que sente relativamente às dores também de origem emocional ou psicológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, V.L.P. et al. Emoção e soma (des)conectadas em páginas de revista: as categorias temáticas do discurso prescritivo sobre os fenômenos da vida e da doença. **Ciência Saúde Coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.2, pp.537-543. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000200025&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 13/05/2017.

AVILA, L.A. O Corpo, a subjetividade e a psicossomática. **Tempo Psicanalítico** [online], vol.44, n. 1, pp. 51-69. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-48382012000100004. Acesso em 13/05/2017.

BOMBANA, J.A.; LEITE, A.L.S.S.; MIRANDA, C.T. Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. **Revista Brasileira Psiquiatria** [online], vol.22, n. 4, pp. 180-184. 2000.

BRITO, L.T.; AZEVEDO, A.K.S.; OLIVEIRA, L.C.B. Considerações fenomenológico-hermenêuticas acerca da somatização na adolescência: um estudo de caso. **Revista da Abordagem Gestáltica**, vol. 21, n. 2. Goiânia, dez. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672015000200010. Acesso em 13/05/2017.

CAIXETA, M.; CHAVES, M.; REIS, O.R. Transtorno somatoforme de causa orgânica: relato de caso. **Arq. Neuro-Psiquiatria**, vol. 57, n. 1. São Paulo, mar. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000100024. Acesso em 13/05/2017.

CARNEIRO, T.F.; LISBOA, A.V.; MAGALHÃES, A.S. Transmissão psíquica geracional familiar no adoecimento somático. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, vol. 63, n.2. 2011. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200011. Acesso em 13/05/2017.

FENICHEL, Otto. **Teoria psicanalítica das neuroses**: Fundamentos e bases da doutrina psicanalítica. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

MAIA, E.C.D. Como trabalhamos com grupos de pacientes somáticos.

Vínculo, vol.6, n. 2, São Paulo, dez. 2009. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000200005. Acesso em 13/05/2017.

MATTAR, C.M. et al. Da tradição em psicossomática às considerações da daseinsanálise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 36, n. 2, pp. 317-328. Niterói, abr/Jun. 2016. Disponível em:

https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjA_ObvmI7UAhUFC5AKHT7IAZQQFggkMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fpdf%2Fpcp%2Fv36n2%2F1982-3703-pcp-36-2-0317.pdf&usg=AFQjCNHraZSW2uHmv__t06zEz-qiQ7xZ8Q&sig2=-aL6FHQmcXYaTuDsg4tsjQ. Acesso em 13/05/2017.

SILVA, M.A.M.; QUEIROZ, M.S. Somatização em migrantes de baixa renda no Brasil. **Psicologia e Sociedade**, vol. 18, n.1, jan/abr 2006. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822006000100005. Acesso em 13/05/2017.

SILVA, G.V.; PINHEIRO, N.N.B. "Antes do nome": articulações entre a angústia e os fenômenos psicossomáticos em Freud e Winnicott. **Mental**, vol.8, n.15. Barbacena, dez. 2010. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272010000200002. Acesso em 13/05/2017.

VOLICH, Rubens Marcelo. **Psicossomática de Hipócrates à psicanálise**. Coleção Clínica Psicanalítica. 7ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos psicanalíticos** – Teoria, técnica e clínica – Uma abordagem didática. Reimpressão 2010. Porto Alegre: Artmed, 1999.

SOBRE OS AUTORES

Luciano Malagodi Ciambelli, bacharel em Direito (Universidade São Francisco), pós-graduado em Gestão Ambiental (UNIFIA) e graduando em Psicologia pelo Centro Universitário de Jaguariúna (UniFAJ).

Tamires Franco Jameli, graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário de Jaguariúna (UniFAJ).

Suellen Cirino Madruga, graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário de Jaguariúna (UniFAJ).

Luciana Gomes Almeida de Souza, Psicóloga - CRP 06/62707, Mestre em Saúde Pública (USP), Especialista em Educação Especial (UNIMEP), Psicóloga da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Mogi Mirim/SP, Docente do Centro Universitário de Jaguariúna (UniFAJ) e Docente da Faculdade Municipal Prof. Franco Montoro.

Endereço para correspondência: Faculdade Jaguariúna, Campus II, Rod. Ademar de Barros Km 127 Pista Sul – SP 340 PABX – (19) 3837-3244 e-mail: Imciambelli@yahoo.com.br; tamiresjamel@hotmail.com; suellenmadruga@hotmail.com; e lugasouza@yahoo.com.br