

Psicossomática: Uma Relação Entre o Corpo e a Mente.

*Elisangela Cirino Pereira. (UNIFAMA)[†] elicirino@hotmail.com

Evanize Lemes Matos Martins (UNIFAMA)nizebio@hotmail.com

Resumo: Neste artigo abordamos a psicossomática e suas manifestações de dor corporal, como resultado de um conflito emocional, em que o sujeito não possui consciência das suas angústias e não consegue expressar em palavras, revertendo em sintomas no corpo, diferente do somatopsíquico, na qual a dor física reflete no psiquismo. A pesquisa se desenvolveu sob a natureza descritiva da temática, com o levantamento bibliográfico e análise de conteúdo. Consideramos a origem da psicossomática com base nos estudos da psicanálise, observamos as características da patologia bem como as formas de tratamento. A psicossomática à luz da psicanálise explica que o sofrimento do corpo, responde diretamente a dor psíquica, mental, a qual o paciente somatizador por não decodificar o seu sofrimento, transforma-o em mazelas corporais, registrando em seu corpo um sofrimento que não foi elaborado.

Palavras-chave: Psicossomática; Psicanálise; Mente e Corpo;

Abstract: In this article, we address psychosomatics and its manifestations of bodily pain, as a result of an emotional conflict, in which the subject is not aware of their anguish and cannot express it in words, reverting to symptoms in the body, unlike somatopsychic, in which pain physics reflects on the psyche. We consider the origin of psychosomatics based on psychoanalytic studies, we observe the characteristics of the pathology as well as the forms of psychotherapeutic treatment. For psychoanalysis, the suffering of the body responds directly to psychic, mental pain, which the somatizing patient, by not decoding his suffering, transforms it into bodily ailments, recording in his body a suffering that was not elaborated. The research was developed under the descriptive nature of the theme, with a bibliographic survey and content analysis

Keyword: Psychosomatics; psychoanalysis; mind and body;

*Elisangela Cirino Pereira. Fisioterapeuta. Acadêmica do curso de Psicologia da UNIFAMA - União das Faculdades de Mato Grosso. elicirino@hotmail.com, Rua dos cajueiros, nº458 , Bairro Centro, Guarantã do Norte – MT. Cep / 78520 – 000. Orientadora: Evanize Lemes Matos Martins; Licenciada em Ciências Biológicas (Centro Universitário de Várzea Grande -MT 2012/1- 2014/2), Especialização em Gestão Escolar (instituto Focus de Educação, 2007 - 2008), Bacharel em Psicologia(Centro Universitário de Várzea Grande, 2012/1- 2014/2), Especialização em saúde mental(Faculdade Unyleya 2016 - 2017), abordagem psicanalítica, atualmente orientadora e supervisora dos trabalhos acadêmicos, UNIFAMA: União das Faculdades de Mato Grosso Faculdade (UNIFAMA, Guarantã do Norte-MT, 2021). Jequitibá, n. 40, Bairro Aeroporto, Fone (66) 3552-1965, CEP 78520-000, E-mail: nizebio@hotmail.com, dezembro de 2021.

1. INTRODUÇÃO

Nos consultórios médicos e clínicas de fisioterapia é comum o atendimento a pacientes que inexoravelmente buscam soluções para problemas de saúde física. Alguns deles queixam-se de dores persistentes, crônicas ou recorrentes, que impedem o exercício de atividades sociais, com prejuízos a diversas áreas da vida. A dor é um incômodo que impossibilita a pessoa acometida de exercer plenamente suas funções cognitivas e motoras. Nem sempre as técnicas interventivas de saúde conseguem ajustar e reabilitar esses pacientes, que por vezes são vistos somente como um corpo que sofre, no entanto, é preciso observar que junto ao paciente coexistem uma mente e um corpo que padecem, como dois aspectos relevantes na recuperação. Ao tomar conhecimento da psicossomática, conhecida pela manifestação da dor corporal como resultado de um conflito emocional e somatopsíquica em que a dor física reflete no psiquismo, questionamos sobre a origem da psicossomática. O que caracteriza como uma patologia psicossomática? Como se dá o tratamento da psicossomática na psicoterapia?

Diante da proposta de prevenção, tratamento e reabilitação de saúde, alguns pacientes após buscarem tratamentos físicos, relatam a persistências de dores corporais sem aparente melhoras. Esse estudo busca por resposta para o tratamento de paciente psicossomáticos e, nasceu da necessidade de compreender a relação existente entre o corpo e a mente desses pacientes, tendo os princípios da psicologia como fundamento principal, nos quais encontramos os meios que possam auxiliar na prática clínica da psicoterapia com pacientes somatizadores, facilitando a compreensão e o manejo de forma integrada e humanizada.

O objetivo deste documento é conhecer a origem da psicossomática e estudar as diferentes manifestações psicossomáticas; compreender como se dá o tratamento da psicossomática na psicoterapia. A coleta de dados foi realizada por pesquisa bibliográfica e o método utilizado foi análise de conteúdo.

2. CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA PSICOSSOMÁTICA

Os casos de histeria surgidos no século XX corroboraram para o surgimento de questões subjetivas para a prática medicina científica e naturalista em voga na época. Casos que envolviam sintomas não explicados racionalmente se tornavam um desafio e, de certo modo, permitiu a interação com outras ciências, em busca de arcabouço teórico longe do positivismo (GALDI; CAMPOS, 2017). Nesse entendimento, os estudos de histeria, empreendidos por Freud (1856-1939), publicados em coautoria com Breuer (1842-1925), apresentam o conceito de Inconsciente, as técnicas e os métodos investigativos do tema, formando o lastro de uma

nova ciência denominada Psicanálise, cuja epistemologia se fundamenta com objeto e método específicos.

É importante considerar que o conceito de Inconsciente é essencial para o nosso estudo, no entanto, não é necessariamente o nosso foco, embora a Psicanálise reconheça que possui leis próprias de funcionamento que fogem à consciência. Desse modo, Galdi e Campos (2017) apontam que destarte toda a discussão acerca da psicanálise nos tratamentos das morbidades de cunho psicológico, a grande contribuição dos estudos freudianos será no sentido de romper com a ciência positivista cartesiana. Nos dias contemporâneos falar em mal-estar físico sem que haja uma razão aparente, ainda causa desconforto no âmbito da medicina, muito embora, tenhamos avançado sensivelmente e de maneira efetiva. Nesse lugar a discussão doenças psicossomáticas sob a abordagem da psicanálise ainda é uma discussão cara porque há a negação do corpo real e, nesse entendimento é crucial que possamos conhecer o conceito de psicossomática.

O corpo é amálgama de vida e morte; a psique é tanto corpo quanto símbolo. A técnica da psicanálise pensa o corpo a partir da palavra. Mas o corpo, como tal, pura corporalidade, sempre demanda uma atenção específica, a psicossomática psicanalítica (Alexander, 1950; Groddeck, 1984, 1992).

2.1 Origem da Psicossomática

Um estudo sensível na área está no *Manual de técnica psicanalítica - uma re-visão*, Zimerman (2004) aponta Freud na fala de que o corpo é a representação dos sentimentos que não são expressos em palavras, existem órgãos que funcionam como descarga do conflito psíquico. Ou seja: “o corpo funciona como um dreno do excesso” (ZIMERMAN, 2004, p. 326). Nesse sentido, para o autor, o corpo fala, e exemplifica por meio dos estudos freudianos, assinalando que o ego é antes de tudo corporal. Assim, o corpo e a sua linguagem merecem uma observação mais acurada.

Na narrativa de Zimerman (2004), há pelo menos cinco canais de comunicação oriundos do corpo, sendo: a imagem corporal; os cuidados corporais; os sintomas conversivos; a hipocondria e as somatizações. Nesse último revela que o “[...] termo “somatização” alude a uma conflitiva psíquica que determina uma afecção orgânica, como, por exemplo, uma úlcera péptica. Senso lato, o termo “paciente somatizador” abrange todas as manifestações psicossomáticas” (ZIMERMAN, 2004, p. 161). Para esses casos, a leitura é de que alguma parte do corpo, senão boa parte dele, funciona como caixa que vai reverberar esse estado psíquico. Portanto o seu conceito, para o autor é:

O termo “psico-somático” (tal como está grafado, com um hífen nitidamente separador entre psique e soma) apareceu pela primeira vez na literatura médica há

aproximadamente 200 anos, em um texto de Heinroth, clínico e psiquiatra alemão, no qual o autor buscava adjetivar uma forma particular de insônia. Essa concepção pioneira foi fortemente atacada por grande parte do conservadorismo científico da época, enquanto algumas outras vozes tímidas apontavam para aquela concepção integradora. Um dos seguidores dessa linha de pensamento médico foi William Mottley, que há mais de 100 anos, em *Fisiologia da mente*, demonstrando um alto grau de intuição, escreveu que quando o sofrimento não pode expressar-se pelo pranto, ele faz chorarem os outros órgãos (ZIMERMAN, 2004, p. 303).

O autor vai traçar o perfil da literatura médica dos últimos 200 anos e segue a trajetória até o final da década de 1940, quando o termo “psicossomático” vai substantivar a efetiva influência dos fatores psicológicos de maneira contributiva para o adoecimento orgânico e, nesse sentido já não há mais a separação e, praticamente todos reconhecem as alterações somáticas advindas do psiquismo.

Zimerman (2004) afirma que “Melaine Klein, considera que todas as doenças psicossomáticas é a expressão de um luto patológico (vingativo) do objeto perdido dentro do ego”. Predomínio da afetividade negativa na relação entre mãe e filho, o ódio é a manifestação de um sentimento provocado pela separação antes mesmo de um elo emocional estável. Para os pacientes somatizadores, a dor é uma manifestação multifacetada, pode ser de forma superlativa ou sentida de maneira silenciosa, cada pessoa possui um jeito de sentir, dependendo de suas repercussões e origens tanto psíquica, quanto orgânica. Sabe-se que algumas pessoas são mais resistentes do que outras em função de fatores emocionais, espirituais ou circunstanciais. Depende muito do momento em que surge a dor, sendo que a intensidade depende da sensibilidade da área psíquica que foi tocada.

Por patologia psicossomática, Pontes (2004) compreende que a sua origem está em uma perda objetual precoce, regra geral antes dos seis meses de idade, causada pela retirada do amor do objeto de amor primário, que causaria no bebê um estágio de depressividade nunca resolvido, a partir do qual não houve reelaboração dessa perda afetiva. Ou seja, “[...] a perda afetiva (e efectiva), sendo ignorada ou negada, não pode ser elaborada na sua dimensão depressiva estruturante, contribuindo, deste modo, para o adoecer somático” (PONTES, 2004, p. 76). Por esse raciocínio, a somatização, portanto, é uma falha da simbolização, ou seja, a inconsciência do pensamento frente a situação de desprazer e de angústia, na qual predomina o sintoma no corpo. O sujeito não possui consciência das suas angústias e não consegue expressar em palavras seus sentimentos e reflete em sintomas no corpo.

Em luto e melancolia Freud afirmou que “a sombra do objeto recai sobre o ego”. Isso ocorre de forma transitória ou de forma definitiva, ou seja, no luto normal o sofrimento é por um período, já no patológico é um sofrimento constante, esse conflito emocional vai influenciar nos processos psicossomáticos. Freud reconheceu as conexões existentes entre mente e corpo, em 1938 já previa a utilização de substâncias químicas para compensar os sintomas corporais como resultado de um sofrimento mental.

Muitas abordagens permitem uma leitura do termo “psicossomático”. Capitão e Carvalho (2006, p. 22) resumem de maneira sucinta, ainda que incorram em reducionismo que o “[...] termo psicossomático diz respeito às perturbações somáticas que resultam de um determinismo psicológico que intervém de modo constante na gênese da doença” e, chamam a atenção para o fato de que atualmente, os estudos de Psicossomática objetivam a integração dessa doença à dimensão psicológica, o que permite melhor entendimento da sintomatologia do paciente, além de permitir uma terapêutica mais elaborada, abrangente e significativa. Nesse sentido, os autores estabelecem um breve histórico que se origina nos estudos aristotélicos do século IV a.C., que consideram o homem além do seu corpo e libertam a medicina do seu aspecto místico-religioso. Assim:

O pensamento de Sócrates (470 a 399 a.C.) emergiu num período de grande prosperidade para Atenas, levando gradualmente à concepção do homem ser constituído não apenas de um substrato material – o corpo e suas funções – mas também de uma essência imaterial, vinculada aos sentimentos e à atividade do pensamento: a alma. Hipócrates, contemporâneo de Sócrates, nascido por volta de 460 a.C., introduziu a ideia da unidade funcional do corpo, na qual a *psyché* ou alma exercia uma função reguladora (CAPITÃO; CARVALHO, 2006, p. 22).

Que esse registro se contextualiza no lugar da compreensão que essa psique faz parte de uma unidade organizada que é o homem. Nessa concepção grega é impossível observar esse homem como partes, assim, não há como se abstrair do “todo cósmico ou corporal” (idem, p.22). No entanto, esse todo pode se desarmonizar e favorecer o surgimento das doenças.

Dessa forma, o limite tênue entre processos fisiológicos e psicológicos é novamente problematizado com a reinserção da psicanálise nas questões do real do corpo. Dessa investigação surge a noção de que, para além das fantasias que são simbolizadas em uma anatomia imaginária, o corpo biológico também pode servir de escoadouro para fantasias não nomeadas e até mesmo de suporte para simbolizações precárias, ou seja, modalidades mais arcaicas de representação do que aquelas consideradas no modelo

neurótico clássico. No entanto, as diferentes vertentes das escolas psicanalíticas se dividem quanto à natureza específica desse fenômeno, trazendo convergências e divergências entre si (GALDI; CAMPOS, 2017, p. 31).

No discurso acima em destaque, é perceptível que não há o desfavorecimento, nem como minimizar as dores do paciente somatizador, como afirma Zimmerman (2004). Essa discretíssima fronteira entre o corpo e a alma é onde reside a harmonia, na qual o sistema imunológico vai responder positivamente.

Por fim, considerando que essa temática é complexa e carece de um olhar plural e multidisciplinar, procuramos evidenciar que a abordagem psicossomática, a somatização, ou seja, o sofrimento do corpo, responde diretamente a dor psíquica, mental, a qual o paciente somatizador por não decodificar o seu sofrimento, transforma-o em mazelas corporais, registrando em seu corpo um sofrimento que não foi elaborado.

O contexto biopsicossocial do paciente é fator agravante ou atenuante para a sua somatização que é resultado da subjetividade que determina o seu adoecimento ou não. Uma contribuição pertinente para o entendimento desse contexto é o reconhecimento de que saúde não é necessariamente a ausência de doenças, mas um estado de bem-estar, como preconiza a OMS (BRASIL, 2020, *on-line*). Sendo assim, realizar uma análise fenomenológica dos casos psicossomáticos significa levar em consideração os mais variados aspectos que formam o indivíduo, contando com os fatores que predizem as doenças orgânicas.

2.2 O corpo como fonte de expressão subjetiva

A psicologia, possui um olhar clínico sobre o corpo humano, a visão diverge da medicina tradicional, em que leva-se em consideração os cuidados nos aspectos fisiológicos e orgânicos. Esta ciência busca compreender o corpo físico para além da materialidade pautando em outras ciências complementares que exercem influências sobre o indivíduo constituído de uma mente pensante, desejante e ativa.

O corpo biológico não é real, pois o real deste corpo é “pulverizado” à medida que nos aproximamos dele por meios científicos, enquanto, em Psicanálise, “quando falamos de corpo trata-se do corpo próprio em seu aspecto animal, corpo vivo emparelhado ao gozo através da libido, quer dizer do desejo” (Valas, 1988, p.7).

Na Psicanálise o corpo é analisado sob três óticas, o corpo real do indivíduo, o corpo simbólico e o imaginário.

Além disso, como se trata do corpo de um ser falante (parlêtre), ele é também um organismo que, a partir da incorporação da linguagem, pode ser analisado em três dimensões: o Imaginário, o Real e o Simbólico: ● Corpo real ⇒ é a carne viva com sua pulsação de gozo. Aqui o corpo próprio é considerado o Outro radical (A). ● Corpo simbólico ⇒ é o corpo vazio separado de seu gozo pela operação do significante (o gozo se refugia nas zonas erógenas). Esse corpo é o Outro do significante, significante que despedaça o corpo próprio. ● Corpo imaginário ⇒ é o que dá forma e consistência de corpo ao vivente antes que se dissolva pela morte. (Valas, 1988, p. 7-8).

Fadiman, (1986), diz dos fenômenos que perpassam esse corpo dada a experiência vivenciada pelo indivíduo enquanto ser holístico dotado de percepções, desejos, dores, fantasias, fonte indubitável de manifestações do próprio ser. A psicanálise, teoria primordial que observa a influência dos fenômenos inconsciente sobre o corpo, ocupa-se do simbolismo em que esse corpo é representado por influências inconsciente. Freud, o mentor desta abordagem tem o pressuposto de que o corpo é a fonte básica de toda experiência mental.

Para Pontalis (1999), "na dor é como se o corpo se transformasse em psiquê e a psiquê em corpo". A relação entre o real, o simbólico e o imaginário diz da forma como o indivíduo vivencia suas experiências traumáticas.

A clínica psicanalítica põe em questão a participação do sujeito na doença, interrogando sobre seu lugar diante de si mesmo de acordo com a construção de possibilidades de resignificação do adoecer orgânico na experiência do corpo erógeno; que vai além do corpo biológico doente, trabalhando pelo viés do sujeito, o acolhendo pela escuta, fazendo uma aproximação entre o corpo e o sujeito do inconsciente. (Pereira, 2010).

A somatização é considerada uma patologia grave, em que o sujeito submetido a tal doença encontra impossibilitado de expressar sua angústia pela linguagem falada. O corpo nesta ocasião ocupa o lugar substituto da angústia sofrida não revelada, transformando em sintomas físicos e dor física uma dor psíquica. A pessoa não consegue exprimir suas emoções, porque está incapacitada pela inabilidade do pensamento lógico, o corpo doente é simbólico enquanto o corpo real que padece não distingue as causas dos sintomas porque a origem da dor está no corpo imaginário, nos conteúdos inconscientes do próprio ser. O sujeito descarrega no corpo físico a angústia provocada por um trauma no qual seu imaginário guarda e vivencia como símbolo de uma dor não expressa.

Ao tratar um paciente com características psicossomáticas deve-se atentar para a construção da dor. Aquilo que foi vivenciado por ele o constituiu. A esse respeito, Groddeck (apud D'Epinay, 1988) não estabelece diferença entre doença física e doença psíquica. Para ele, toda doença física é igualmente psíquica e toda doença psíquica é igualmente física. De modo

que, quando o corpo sofre, a mente também sofre, sendo o inverso também verdadeiro. Deve se portanto entender a história do adoecimento

Souza (1992) compara o doente com um texto, logo deve ser lido nas linhas e nas entrelinhas. O corpo fala por meio dos sintomas. Portanto, faz jus a compreensão dos sintomas em sua simbologia e sua função na vida do paciente. Quando falamos em função dizemos dos ganhos e perdas que o sofrimento proporciona aquela pessoa. Quanto a isto, Santos e Sebastiani (1996, p. 175) alerta que:

Muitas vezes, parece que se esquece o significado do adoecer, cuí dando- se apenas do órgão prejudicado, dividindo-se o indivíduo entre o corpo e a mente, esquecendo-se da história pregressa pessoal, familiar social. Deve-se entender que o ser é único, singular e que seu modo de existir, assim como o seu adoecer, tem suas características próprias, de maneira original e individual.

Os sintomas podem surgir com diferentes funções dado que ao mesmo tempo que faz sofrer, por outro lado consolam. São os ganhos secundários por estar doente. Santos e Sebastiani (1996, p. 176), fala do mecanismo inconscientemente de ganho secundário que busca benefícios ao seu redor com atitudes de manipulação, chantagem emocional e justificativa para seu comportamento. A doença torna se um meio pelo qual recebe atenções de amigos e familiares, privilégios que lhe proporcionam satisfação. O sintoma como proveito é mencionado por Freud (1976) como sendo para o gozo e para o sofrimento. Para o terapeuta a tarefa está em auxiliar o paciente a desvelar a origem da dor, transformar em palavras o que é traduzido em sintoma. Entender a motivação da dinâmica do adoecer. Para Santos e Sebastiani (1996)

Existem tanto aspectos positivos quanto negativos no ganho secundário. Cabe ao psicólogo identificar as formas dessa dinâmica, pontuando as positivas e as negativas, de modo que despertem, no paciente, a consciência da perniciosidade desse mecanismo e da necessidade de buscar maneiras de lidar com a doença.

A resistência a mudança psíquica pode ser uma manifestação comum em pacientes somáticos devido ao desfavor que lhes causará, tendo muitos a fuga da terapia um refúgio e em alguns casos o convencimento da inercia como o melhor caminho que em alguns casos é gradual para a morte. McDougall (1996, p. 103) “analisandos estão convencidos de que a mudança só pode ser-lhes desfavorável. A inercia é a proteção contra um retorno traumático insuportável e inexprimível”

2.3 Características e diagnóstico da Patologia.

Embora as doenças psicossomáticas sejam geralmente encontradas em sistemas que não são controlados voluntariamente, elas podem afetar quase qualquer parte do corpo. Pesquisa conduzida pelo psiquiatra Franz Alexander e seus colegas do Instituto de Psicanálise de

Chicago nas décadas de 1950 e 1960 mostrou que certos traços de personalidade e certos conflitos podem causar certas doenças psicossomáticas, mas geralmente acredita-se que a forma dessa doença se deve ao individual. Causado pela vulnerabilidade. Emocionalmente falando, as pessoas acreditam que o estresse pode exacerbar doenças existentes, e há evidências de que o estresse pode induzir doenças que não são consideradas doenças psicossomáticas (por exemplo, câncer, diabetes). As doenças psicossomáticas causadas pelo estresse podem incluir hipertensão, doenças respiratórias, doenças gastrointestinais, enxaquecas e cefaleias tensionais, dores pélvicas, impotência, constipação, dermatites e úlceras. Podemos encontrar a classificação de transtornos somáticos e queixas no Código Internacional de Doenças – 10ª edição – CID 10 (OMS, 1993):

<p>Transtorno de Somatização F45.0. Sintomas múltiplos e recorrentes de dores físicas com mais de 2 anos, em qualquer parte do corpo, longas investigações sem explicação adequada, sobre frequentes e mutáveis queixas de erupções, vômitos, formigamento, queimação, náuseas, queixas sexuais, manchas coceiras, dormência; não aceitação de que não existe justificativas de doenças para os sintomas; Certo comprometimento da dinâmica familiar e social devido aos sintomas; Uso excessivo de psicofarmacos sem cumprimento das orientações medicinais.</p>
<p>Transtorno Somatoforme indiferenciado, com a denominação F45.1. As queixas são múltiplas e variadas de dores físicas, com a diferença que o quadro clínico anterior de somatização não é totalmente preenchido, apresenta sintomas sem base física, mesmo que não traga sofrimento aos familiares ou a si mesmo.</p>
<p>Transtorno Hipocondríaco, com a denominação F45.2. Acredita ser portador de uma doença grave, com serias preocupações em relação a sua aparência física, dando ênfase a um ou mais órgãos com sensações anormais e angustiante. Crença na doença física mesmo se evidências ou grande preocupação com uma deformidade que a pessoa acredita ter; recusa dos resultados de exames negativo para qualquer anormalidade.</p>
<p>Disfunção autonômica somatoforme, F45.3. Sintomas no sistema autônomo: Cardiovascular, (Palpitação) respiratório, (sudorese, rubor e tremor, tosse,) gastrointestinal (sensação de estar distendido, flatulência, síndrome do colo irritável, e diarreia nervosa) Estresse relacionados a disfunção.</p>
<p>Transtorno doloroso somatoforme persistente, F45.4. Dor grave, sem explicação, decorrente de um conflito emocional ou psicossocial.</p>
<p>Outros Transtornos somatoformes, F45.8. As queixas são a partes do corpo específicas, dormência da pele, formigamento e demências, sensação tais com de um caroço na garganta, presença de torcicolo, dermatite e eczema sobre a pele.</p>
<p>Transtorno somatoforme não especificado, F45.9. Transtornos psicossomático não especificado</p>

Tabela 1: CID 10

O DSM V categoriza o diagnóstico de acordo com certos critérios com base no grau de pensamentos, sentimentos e comportamentos do paciente sobre os sintomas (que podem ser desproporcionais ou excessivos). Os sintomas geralmente são graves o suficiente para afetar o trabalho e os relacionamentos, e fazer com que a pessoa consulte um médico e tome medicamentos. Os principais critérios listados no DSM V são:

A. Sintomas somáticos
B. Pensamentos, sentimentos e comportamentos : excessivos relacionados a esses sintomas. Preocupação com a saúde.
(1) Alto nível de ansiedade relacionada à saúde
(2) Preocupações desproporcionais e persistentes
(3) Tempo e energia excessivos dedicados aos sintomas e problema de saúde.
C. Cronicidade: mais de seis meses.

Tabela 2: DSM V

Bransfield RC Somatopsíquica, em seu artigo recente sobre doença psicossomática ou multissistêmica Psiquiátricas do Centro e Médico da Universidade de Jersey Shore; Neptune, NJ, EUA no ano de 2019 referiu se as doenças psicossomáticas como doenças físicas causadas ou agravadas pelo estresse e sofrimento mental. Com o desenvolvimento do conhecimento científico, a lista de doenças consideradas puramente baseadas na mente e no corpo está diminuindo. Acredita-se que a tuberculose, a pressão alta e a úlcera gástrica tenham causas psicossomáticas. No entanto, foi reconhecido que muitas doenças têm fatores psicossomáticos e são exacerbadas por estresse e angústia, como doença cardíaca, síndrome do intestino irritável, doença neurogástrica e proteção do músculo esquelético

De acordo com Laplanche e Pontalis (1971), conflito mental ocorre quando certas representações aparecem no espaço mental. Mentalmente, o pedido interno oposto foi apresentado, por exemplo, entre o desejo e as regras morais, ou entre sentimentos contraditórios. Embora a psicanálise acredite que o conflito é da natureza humana, para algumas pessoas, o conflito pode tornar-se uma fonte de insatisfação e dor. Especialmente quando o indivíduo não consegue resolver as emoções de maneira satisfatória e / ou sentem conflito, considerado indesejável.

Alguns autores afirmam que os pacientes psicossomáticos expressam no próprio corpo os conflitos que estão de certa maneira inconscientes, utilizam de estratégias, “por meio de mecanismos de defesa, tais 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 Psicanálise: [...] compreende os fenômenos somáticos como uma soma de interações dinâmicas que movimentam se para 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)

Borges (2001) sugere que o atendimento psicoterápico seja de objetivo levá-lo a uma reconstituição existencial, uma vez que sua vida coexiste com sua patologia e os sintomas produzidos por isso, “é essencial que o paciente se veja como parte e criador do sintoma, responsável pelo uso que faz deste. (BORGES, 2001, P.269)

Pode se trabalhar com o paciente, durante as sessões psicoterápicas, os ganhos secundários propiciados pela patologia e seus sintomas de jeito que desperte nele o desejo de reinventar uma forma de linguagem, para 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).

Kendall, psiconeuroimunologista, desde 2010, aconselha que embora possa ter início no cérebro, o estresse ou fator estressor pode causar reações químicas negativas no corpo que são responsáveis por inflamação os anti-inflamatórios ou outro tipo de tratamento, como massagem e fisioterapia são indicados para controlar a dor provocada em muitos casos.

3.0 CONCLUSÃO

O estudo possibilitou o entendimento da manifestação de sintomas no corpo em virtude de uma patologia, chamada psicossomática, em detrimento da dor emocional. A relação entre o corpo e a mente tem sido fonte de estudos há muitos anos, é um conhecimento que produz novas perspectivas a pacientes e clínico e está longe de encerrar, ao contrário disto ela encontra-se em processo de transição para maiores esclarecimentos, isso deve –se à integração de saberes. Em diversas áreas de estudo, tais como a psicologia, fisioterapia, medicina, neurociências, dentre outras que se interessam pelo funcionamento humano, a psicologia em específico acolhe o indivíduo de forma subjetiva, entendendo o ser como total e peculiar em sua maneira de existir e se comunicar, desta maneira quando os sintomas físicos de uma doença biológica são descartados a patologia é classificada como psicológica. Entender que a dor emocional é real, e

a somática é a expressão deste sofrimento através da linguagem que tem como instrumento o corpo, nos permite enxergar a possibilidade de terapias alternativas que visem a melhora do paciente.

“No trabalho clínico com esses pacientes, é preciso estimular a arte da conversação, mediante abordagens indiretas, interpretações psicodramáticas, como objetivo de apoiar e estimular a descoberta do prazer do funcionamento mental” (AISENSTEIN, 2015, p.667). A terapia tem se mostrado um método eficaz para pacientes somatizadores, uma vez que podem expressar dores inconscientes, das quais nem mesmo são sabedores, mas que pelo diálogo interno e externo venha a saber.

Cabe aos terapeutas a missão de buscar conhecer intervenções psicoterapêuticas que sejam de fato aplicáveis e com certa exigência na eficácia, a fim de ajudar na minimização do sofrimento do ser que padece.

REFERÊNCIAS

AISENSTEIN, M. **Abordagem psicodinâmica do paciente psicossomático**. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W. de; SCHESTATSKY, S. S. **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. P.659-667Rodrigues, A. L. 1987.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRANSFIELD RC **Somatopsíquica, doença psicossomática ou multissistêmica** Psiquiátricas do Centro e Médico da Universidade de Jersey Shore; Neptune, NJ, EUA no ano de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Quero me exercitar**. [versão eletrônica]. Disponível em: <https://saudebrasil.saude.gov.br/eu-quero-me-exercitar-mais/o-que-significa-ter-saude#>.

CAPITÃO, Cláudio Garcia; CARVALHO, Érica Bonfá. **Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema**. *Psic*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 21-29, dez. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 dez. 2020.

EKSTERMAN, A. **O médico como psicanalista**. In: Contribuições psicanalíticas a Medicina Psicossomática. São Paulo: ABMP, v.I, 1978.

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.JULIO M. F. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, ed. 2010.

GALDI, Maíra Bittar; CAMPOS, Érico Bruno Viana. Modelos teóricos em **psicossomática psicanalítica: uma revisão**. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 29-40, mar. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 dez. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008

KENDALL-Tackett K. A **psiconeuroimunologia das doenças crônicas: explorando as ligações entre inflamação, estresse e doença**. American Psychological Association: 2010.

LAPLANCHE, J., & PONTALIS, J. B. **Dicionário de Psicanálises**. Barcelona: 8 Ed. Labor.1971.

PONTES, Rita. **Tratamento psicanalítico de pacientes com patologia psicossomática** in

VALENTE, Guilherme Borges. **A questão da simbolização na psicossomática: Estudo em paciente Portadores de Transtorno neurovegetativo somatoformes e de transtorno de pânico**. São Paulo. 2012.