



## FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO

**Abril de 2015**

**Nota:** livro editado e produzido exclusivamente para fins de pesquisa e uso interno do CETAPES.

**CETAPES**

**Centro Teológico e Psicanalítico do Espírito Santo**  
**Curso de Teoria Psicanalítica chancelado pela SOPES**

**Endereço:** Rua Mahatma Gandhi, 268, Santa Inês, Vila Velha, ES.

**Contatos:** (27) 3340-6094 – 9 9707-0627

**Site:** [cetapes.org](http://cetapes.org)

Curso de Psicanálise - 2015

Capa, Revisão e diagramação: Roney Ricardo  
[roneycozzer@hotmail.com](mailto:roneycozzer@hotmail.com)



**CETAPES - Centro Teológico e Psicanalítico do ES**

---

**CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO ES**

**Rua Mahatma Gandhi, 268, Santa Inês, Vila Velha, ES.**

**Contatos: 3340-6094 / 98118-0627 / 99707-0627**

**Site: [cetapes.org](http://cetapes.org) – E-mail: [cetapes@hotmail.com](mailto:cetapes@hotmail.com)**



## **FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO**

*"Tudo se passa como se algo estivesse escrito no corpo,  
algo que se oferece como um enigma" (Lacan)*

### **Apresentação**

O ser humano é por natureza complexo, traz em si, além das questões genéticas as informações colhidas ao longo da vida, desde a existência intrauterina até o dia de sua morte. Tais informações são por excelência, constituintes da personalidade do ser, do ID. Elas, associadas às questões genéticas, podem definir e definem atitudes e comportamentos. Dito de outra forma, minhas orientações familiares, sociais, escolares, religiosas, associadas aos meus desejos, vontades, pretensões de realizações e conquistas, podem interferir em algum momento nas atitudes que irei adotar.

Diante do exposto anterior, nos debruçamos sobre as possibilidades de estudar e compreender tais atitudes oriundas das somatizações frente aos fenômenos que contornam nossa vida cotidiana. O psicanalista se depara diariamente com pacientes em busca de ajuda profissional a



## CETAPES - Centro Teológico e Psicanalítico do ES

fim de tratar e livrar-se de tais sentimentos, é por isto que dedicamos este e o próximo módulo à compreensão do fenômeno Psicossomático e da psicoterapia breve.

A todas e todas, desejamos uma excelente aula.

---

**CETAPES – CENTRO TEOLÓGICO E PSICANALÍTICO DO ES**

**Rua Mahatma Gandhi, 268, Santa Inês, Vila Velha, ES.**

**Contatos: 3340-6094 / 98118-0627 / 99707-0627**

**Site: [cetapes.org](http://cetapes.org) – E-mail: [cetapes@hotmail.com](mailto:cetapes@hotmail.com)**



## **1- Psicossomática e FPS (Fenômeno Psicossomático):**

*"O psicossomático é algo que, de todo modo, no seu fundamento, está profundamente enraizado no imaginário" (Genebra, 1975).*

**INTRODUÇÃO:** Iniciamos nosso estudo perguntando, o que é um fenômeno? Você sabe? De forma simplista, é correto afirmar que:

Um fenômeno é algo que surge, que aparece, e pode de repente sumir, dele ficando somente as recordações e/ou consequências.

Ao longo de nossa de vida vamos fazendo nossas “colheitas sociais”, e os fatos vivenciados, as decepções, frustrações, ausências vão se acumulando em nossa memória, nossa mente, nossa estrutura mental torna-se uma espécie de arquivo vivo que, em algum momento irá nos reapresentar tais fatos, o que pode gerar consequências pelo acúmulo ou intensidade que elas se nos apresentam como fenômenos psicossomáticos.

*“A forma como isso ocorre em cada sujeito é de uma ordem absolutamente particular, de tal*



forma que, só temos acesso, a partir do próprio sujeito em questão, como em qualquer outra situação de análise".<sup>1</sup>

A abordagem profissional neste caso pode ser considerada sob duas perspectivas, a saber: médica e a psicanalítica. É importante que se diga que uma abordagem não anula a outra, sendo na verdade aliadas, e de suma importância dentro de suas respectivas delimitações. Podemos dizer até que adotam uma posta de sinergistas entre si, que contribuirão com o diagnóstico e tratamento. Assim apresentamos algumas possibilidades inerentes aos FPS.

### a) As lesões:

\* Podem tanto, apenas, desaparecer com o tempo, como podem também colocar em risco a vida do indivíduo doente.

\* Tais lesões podem alternar-se em a uma espécie de presença e ausência. Pode ir e voltar o tempo todo. De forma involuntária.

---

<sup>1</sup> <http://www.stum.com.br/conteudo/conteudo.asp?id=6744>



A frequência está vinculada a cada caso, especificamente, e também, a cada época da vida do sujeito.

### b) Formas das doenças:

\* Basicamente elas podem se apresentar de das seguintes formas diferentes:

Incurável e curável.

As incuráveis podem ser:

Com risco de vida, onde o paciente, geralmente, morre rápido.

☼ **Incurável** com risco de morte. Assim, o paciente tem a doença, mas vive por muito tempo e acaba indo a óbito por outra causa.

☼ **Incurável** sem risco de morte, controlando total ou parcialmente.

☼ Curável.



### **1.1. VEJAMOS AQUI ALGUNS CONCEITOS PERTINENTES:**

**Holófrase:** Uma espécie de doença (deficiência) na linguagem, que promove um tipo “congelamento” ou gelificação nos signos (Significantes) também quando um significante não se traduz claramente na dialética, em outras palavras, certas sequências são decompostas ou aparecem de forma desfragmentada na fala.

O trabalho do terapeuta será de desdobramento significante. Exigindo maior “sagacidade por parte do analista pode-se dizer que a holófrase é uma posição de discurso. Este FPS, então, como algo que foi escrito, mas, não pode ser lido, ou na qual não há como captar o significante da escrita (FALA). Eis o grande e complexo desafio para o analista.

Lacan deixou um importante legado, para o tratamento das questões psicossomáticas.

“É por esse viés, pela revelação do gozo específico que há na sua fixação, que sempre é preciso abordar o psicossomático. É nisso que podemos esperar que o inconsciente, que a invenção do inconsciente, possa servir para algum coisa . É



na medida em que esperamos dar-lhe o sentido do que se trata".<sup>2</sup>

O inconsciente no FPS, deve-se lembrar que o sujeito não é uma equivalência ao fenômeno. É justamente aí que se pode agregar o legado de Lacan no uso do inconsciente. O que está em questão no FPS não é o desejo, mas sim o sujeito que manifesta o desejo. Este sim está em questão e no escopo da análise. A questão seguinte é: como fazer a intervenção?

## **2. OS TRAUMAS E O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO**

Para Sigmund Freud o trauma perpassa todo o seu percurso teórico. Nos primeiros textos, essa concepção é abordada como "um incremento da excitação no sistema nervoso" (FREUD, 1892/1975, p.197), mediante o qual não se tem ação ou palavras que permitam sua dissipação; ele é, a princípio, ligado ao factual, mas logo esse autor se dá conta de que, por trás das histórias contadas por seus pacientes, há muito de fantasia e passa a se interessar mais pelo texto que lhe é trazido do que pelo contexto real pretendido. Por

---

<sup>2</sup> Lacan em Genebra, em resposta ao questionamento sobre o gozo como um fenômeno Psicossomático.



outro lado, ele já havia descoberto que a temporalidade do trauma é a do só-depois ou do *a posteriori* na qual ocorre a validação de uma impressão que não pôde ser significada no momento de sua percepção, mas que foi fixada, retornando posteriormente em outros eventos.<sup>3</sup>

No ano de 1920, Freud utiliza em sua concepção do aparelho psíquico a metáfora extraída da Embriologia de "vesícula viva", cuja camada mais externa se transforma em um escudo protetor, Freud dirá que são traumáticos aqueles estímulos que atravessam esta camada, este escudo protetor, o que ocorreria devido à falta de preparo do eu e aos fatores de surpresa e susto.

Posteriormente, em 1925, ele associou o trauma à idéia da angústia como um sinal e reação a este, que traria ao ego uma experiência de desamparo. Porém, é em seu texto datado em 1934 que se encontra a descrição mais clara sobre trauma.

Os traumas são definidos por S. Freud como impressões primitivas da infância, da época em que a criança está começando a falar, cujo conteúdo se relaciona.

---

<sup>3</sup> S. Freud



O fato de Freud articular o trauma com a época em que a criança está começando a falar, pois, como a linguagem aqui, ainda não fez sua entrada, não ficam lembranças no inconsciente, mas traços. Por isso se apresenta como impressões.

"As impressões de natureza sexual e agressiva... e, indubitavelmente, também a danos precoces ao ego (mortificações narcísicas)" Eles são "experiências sobre o próprio corpo do indivíduo, ou percepções sensórias, principalmente de algo visto e ouvido" que promovem "alterações do ego, comparáveis a cicatrizes"<sup>4</sup>.

Chamamos a atenção para a forma descriptiva do trauma como "experiências no corpo do indivíduo" o corpo é quem toma nota, e registra os acontecimentos, as marcas ficam no corpo, mas, essas experiências ficam registradas numa camada mais profunda. (psiquê).

A teoria lacaniana reafirma essa universalidade, mas, de maneira diferente: traumática é a própria entrada na linguagem que ocasionará a ordenação de gozo, a regulamentação do gozo remanescente e a impossibilidade

---

<sup>4</sup> (FREUD, 1934/1975, p.93).



de acesso à Coisa. Dessa forma, todo ser falante é traumatizado, isso é fato de estrutura.

## **PSICOSSOMÁTICA COMO GRUPO DE ESTUDO**

### **1- Introdução**

O propósito deste é demonstrar, através de experiências como grupo de estudo, qual é a natureza do dedicar-se à Psicossomática.

**Teórico:** a Psicossomática hoje, se apresenta como um grande e vasto corpo de conhecimentos a ser assimilado, embora não se defina exatamente como um campo do saber. Como em todas as disciplinas, ainda mais as de natureza integrativa. Porém, mais ainda há a ser feito, no sentido de compor e relacionar o saber acumulado acerca de processos isolados do ser humano, tanto a nível físico, como social e psíquico, em um único todo. Já se foi o tempo em que cada qual procurava firmar a imaturidade e insegurança de sua disciplina no ataque aos outros campos de estudo,



procurando demonstrar que o seu ponto de vista era o único possível, verdadeiro e fecundo.

**Clínico:** há duas maneiras em que a nossa atuação clínica é influenciada pelo estudo da Psicossomática. Todo novo conhecimento implica em re-acomodação do conhecimento anterior, já hierarquizado e relacionado, segundo certos princípios e normas, como já nos demonstrou Piaget. Mas, além disso, a natureza do conhecimento Psicossomático, a visão de ser humano de modo integrado, biopsicossocial, afeta nosso trabalho, seja em consultório, seja em instituição, tanto na maneira de entender como de atuar, independentemente de nosso campo de ação profissional (Psicologia, Medicina, Fisioterapia, etc.). E nosso atuar profissional, dependente de um corpo teórico, muda, sob a luz dessa visão integrativa, quase meta-clínica.

**Pessoal:** obviamente, tanto o atuar profissional, como o adquirir conhecimentos se dão em uma pessoa. Assim sendo, os temas abordados e a própria ampliação de horizontes advinda da aquisição de conhecimento, nos força a rever e reestruturar muitas coisas sobre as quais



pensávamos ter certeza ou dávamos como certas e acabadas. Isso não apenas em nível técnico, mas também em nível pessoal. Certos conhecimentos muito compartmentalizados podem ser manipulados sem grande envolvimento pessoal, mas isso é praticamente impossível de ocorrer em quem trabalha com saúde. Quem lida com pessoas, especialmente com pessoas que sofrem, está sempre pondo em voga valores e posicionamentos que são impossíveis de não serem também pessoais. Mais do que isso, há o fato de que quando se estuda psicossomática, se aprende a atentar ao significado particular que uma coisa adquire a uma certa pessoa, com sua história e seu presente, de modo que nos sensibilizamos ao humano das histórias e destinos que nos trazem e isso, obviamente, levamos para a nossa vida.

Cada pessoa de nosso grupo reagiu a cada um desses itens de maneira própria e pessoal. Aliás, é esse é o primeiro e grande ensinamento da Psicossomática: todo fenômeno humano assume um caráter extremamente único, pois o mesmo fato histórico é vivido por organismos diferentes, com histórias diferentes, propósitos diferentes e uma constituição bioenergética diferente, que, por sua vez, recebe a influência desses fatores de novo e de novo, em movimento espiral que confere uma configuração



especialíssima e única a cada ser em cada momento. Esperamos ilustrar esse ponto de vista, inclusive, com esse nosso texto.

Agradeço aos colegas tudo o que me proporcionaram nesse ano de convivência, de apoio à troca, à discussão, e também a honra de ser escolhido para apresentá-la e introduzir o leitor a esses pequenos flashes de nossa experiência como estudantes da Psicossomática.

A seguir, a apresentação de um pouco dessas reflexões e ocorrências nos campos teórico, clínico e pessoal. Esperamos que a brevidade deste formato possa lhes transmitir um pouco do vivo sabor do que foi esse ano de estudos.

Pedimos que compreendam que esses textos são apenas amostras, como um pequeno álbum de retratos de viagem, cenas, recortes, onde o observador é convidado a transportar-se pelo relato, aos cenários da viagem.



### 2.- Aspectos Teóricos: algumas considerações acerca de definições básicas

#### 2.1.- Binômio “saúde-doença”

Um binômio indica uma linha, um continuum onde um extremo é o oposto do outro, caracterizando-se, cada qual, pela ausência de qualquer grau do outro. Assim, por exemplo, “claro-escuro”. Embora, um lado seja o oposto do outro, não são diferentes em si, pois se referem à mesma modalidade do fenômeno considerado, se referindo a variações de um processo ou acontecimento que, a partir de um certo ponto dado, passa a caracterizar-se pelo seu oposto.

O binômio “saúde-doença” se refere a uma certa área da existência humana. Uma área em que identificamos um processo passível de variação dentro de dois extremos determinados pelo nosso estágio atual do conhecimento.

O usamos para nos referir, de um lado, à força, ao vigor, a disposição, o bem estar, o sucesso, a alegria, capacidade e plenitude de gozo da vida e suas possibilidades: a saúde. E



a cada apagar de cada luz dessa ribalta da vida, um passo é dado no outro sentido, o da doença.

A doença, então, é a representação do que tolhe, impede, interrompe, constrange, limita e incapacita para o pleno aproveitamento e livre fluxo da vida, seja em que setor da existência esses processos se abaterem.

Sempre estamos cortando o real com nossas palavras. Não podemos nos esquecer dessa limitação intrínseca do verbo, que sempre indica um ponto de vista, uma relatividade de apreciação do fenômeno. Sempre um ponto de vista, nunca final, sempre dependente. Assim é a palavra, assim é a teoria. Dependente da tecnologia, da história, das forças e movimentos políticos e sociais, que criam e recriam inter-relações entre as coisas que vivemos e encontramos, procurando organizá-las de um modo mais confortável para nos relacionarmos com elas.

Essa visão que proporciona esse relacionamento, nunca será definitiva, nunca plena ou total, porque construímos os sentidos, na nossa relação com os fenômenos e eles não pré-existentem a essa relação.

Então, o binômio saúde-doença nos descreve, indica ou conta, sobre o modo da pessoa se por diante da vida e a



maneira como vivencia suas possibilidades e seus recursos, diante dos desafios e oferendas da vida.

Embora, a tradição das ciências positivas tenha uma forte posição em relação à clareza de dados quantitativos e objetivos, indicadores de doença e sua ausência – a saúde – esses conceitos não são nada claros como se propõem, como indica a dificuldade de se criar uma escala quantitativa para a dor ou a mudança de valores normais de alguns parâmetros (como pressão arterial e índices aceitáveis de certas substâncias no sangue), sempre ligados ao estágio atual do conhecimento e a questões históricas.

Em 1989, o psicanalista J. Mac Dougall afirma que “sem afeto não se liga a psiquê ao soma.” Nada mais justo, portanto, do que acreditar que, no esforço de manutenção do nosso equilíbrio psíquico, sintomas apareçam como uma forma de defesa de algo real ou imaginário, como causa de bloqueios afetivos. Sem habilidade para sublimação (mecanismo de defesa bem-sucedido que elimina a tensão) nos utilizamos de outros mecanismos de defesa, tais como repressão, recalque, negação, racionalização, isolamento, projeção e formação reativa, bloqueando assim a expressão direta de necessidades instintivas, e assim adoecemos.



Doença e saúde, portanto, se referem a um estado das pessoas, e não a órgãos e partes do corpo. O corpo nunca está só doente ou só saudável, pois nele se expressam informações da mente, que está em constante conflito (“funcionamento simultâneo de impulsos opostos ou contraditórios”, in Teoria de Dinâmica do Conflito, de Solange Lopes de Souza – apostila do curso). Assim sendo, o corpo, por si mesmo, nada faz. Basta observar um cadáver. O corpo de um ser humano vivo deve seu funcionamento, sua saúde e /ou doença às instâncias de sua consciência e inconsciência.

Freud já demonstrava que o ego, antes de tudo, é corporal, e só mais tarde se transforma em ego psíquico. Segundo ele, tanto a saúde quanto a doença podem ser vistas como representativas da relação ego-self.

É um campo bastante fúgio e escapadiço esse, compreendido entre a “saúde” e a “doença”, porque muitos e variados são os seres humanos.

A participação do ser humano como parte ativa na evolução, desenvolvimento e cura da doença é algo que se torna cada vez mais claro. G. Groddeck afirma em 1992: “A doença é uma criação do ser humano, criação original,



espontânea, último esforço ao mesmo tempo de compreensão e ocultamento do que nele o ultrapassa".

Mas, é certo que, nossos contemporâneos, movendo-se no espaço cultural que criamos, venham a nós, procurando ajuda e dizendo-se "doentes", sempre que algum processo impedir, diminuir ou cercear seu pleno uso e gozo de suas capacidades e possibilidades. Ao passo que sempre estaremos atentos e buscando formas de ampliar o campo da concretização da maior realização humana, da viabilização do complexo maravilhoso e variável da existência humana, o que chamaremos de promover a "saúde". A vida, as dificuldades, empurram os seres humanos para um lado dessa escala, o da doença, e nós, tentamos equilibrar o "Jogo" nos esforçando para o outro lado, o da saúde.

Nosso papel é tentar compreender esses processos e tentar, de algum modo, como podemos e pudermos, auxiliar as pessoas nessa tarefa viver a vida da melhor maneira possível, auxiliando-a a conviver e realizar, participar e sentir, receber ajuda e deixar também sua colaboração entre nós. Evidentemente, isso tem implicações em todas as áreas da vida humana.



Infelizmente, nessa tentativa, muitas vezes, violência e brutalidade são cometidas em seu nome. Esse binômio se refere, portanto, ao contínuo onde se refletem os aspectos mais complexos do ser humano: a viabilidade de suas possibilidades de ser e viver, o modo de organizar-se diante da relação entre o que é ele mesmo, o que poderia ser e o que, concretamente, seu ambiente lhe oferece e/ou poderá vir a ser, dependendo do que concebe como aceitável, de seu conformismo ou intolerância.

A doença pode ser considerada a forma física de expressão dos conflitos. Tomamos o cuidado para diferenciar o conceito de doença (expressão mental) do conceito de sintoma (expressão corporal). Assim que um sintoma se manifesta no corpo logo chama a atenção, atraindo nosso interesse e energia desviando-nos do caminho que anteriormente trilhávamos, exigindo novas posturas e reformulações de conceitos. Afinal, um corpo não pode viver sem uma consciência e também não pode ficar doente sem a consciência. Lembremo-nos que a doença faz parte da saúde assim como a morte faz parte da vida.



Em suma, são termos qualificativos para certos aspectos da existência, para nos referirmos a como vivemos e como experimentamos o nosso viver.

Muitos pacientes nos chegam após peregrinação por múltiplos profissionais carregando dezenas de exames e nos falando de suas frustrações, pois apesar de terem suas vidas limitadas pela doença, os médicos nada encontram que justifique sua dor, seu cansaço, sua tristeza etc. Do ponto de vista científico, são pessoas saudáveis, mas não encontram bem-estar em suas vidas. São doentes.

Para um mundo recheado de cobranças de boa forma, boa imagem, com padrões estabelecidos do que é bom comer, do que é bom vestir, a quantas horas dormir, que exercícios físicos fazer etc, nos sentimos sempre inadequados de alguma forma na tentativa de corresponder ao que socialmente é “saudável” e nos tornamos doentes por não termos altura, o carro do ano, a casa na praia, a barriguinha lisa como acreditamos que “deveria” ser. Há o caso conhecido da americana que submeteu-se a 14 cirurgias plásticas porque seu desejo é ser como a Barbie! Acredito que ela não é saudável, apesar da aparência que adquiriu.



Ser saudável implica em bom senso (bem sentir) para fazer escolhas para si do que é bom, independente dos outros. Isto é muito difícil, pois somos fruto do nosso contexto sócio-religioso-cultural onde o bem e o mal, e o certo e o errado são rígidos e pré-estabelecidos, não levando em conta aptidões e limitações naturais de cada um. Não há como ser saudável sem valorizarmos nossas conquistas, nossos talentos, nos sentirmos criativos, produtivos e úteis.

Queremos fazer uma última ressalva, quanto aos padrões de normalidade. Acostumou-se a criar padrões externos para isso, critérios de normalidade objetivos, que embora sejam úteis, devem ser vistos com ressalvas e cuidados. Especialmente, ter-se a consciência de que esses critérios quantitativos-empíricos não esgotam o tema “saúde-doença” e que se referem somente a uma dimensão do ser humano, a físico-química e que critérios estatísticos são interessantes ficções numéricas que atuam em uma esfera lógica (populacional) bastante diferente da lógica do indivíduo assim considerado.



## **2.2.- O que é “psicossomática”?**

Na era moderna, o impacto que a descoberta dos microorganismos e sua importância na etiologia dos quadros orgânicos causou tamanho impacto que esse modelo de causa (monocausal e externa) dominou completamente o pensamento acerca de como as doenças se instalavam no organismo. Soma-se a isso a dominância do pensamento positivista e cartesiano e teremos um quadro do paradigma da época em relação ao adoecer: um microorganismo externo ou evento traumático desequilibrava o meio interno do organismo e a doença se produziria. Contava-se também com as malformações e agentes tóxicos.

Mas, o fato é que, embora esse fosse o pensamento predominante, já se notavam pontos de pesquisa que traziam uma perspectiva diferente: a que não havia somente fatores externos ou genéticos envolvidos. Para isso colaboraram de maneira muito forte J. M. Charcot, a escola de Nancy e, J. Breuer e, especialmente, S. Freud.

O caminho, porém, até aí, foi longo.



Heinroth usou o termo pela primeira vez em 1818 para indicar que algumas doenças físicas teriam uma causa psicológica, indicando a influência psíquica nos fenômenos físicos. Em 1828 ele usaria o termo “somatopsíquico” para indicar as influências dos processos físicos sobre o psiquismo, processos esses de natureza patológica. Em 1939, nos EUA, é fundada a primeira associação de psicossomática, com a presença marcante de Franz Alexander, que investigava a maneira como certos conflitos de natureza psicológica determinavam quadros orgânicos.

Com Felix Deutsch, em 1922, temos a introdução do termo “medicina psicossomática”. Em 1939, com o primeiro número da revista Psychosomatic Medicine, temos a seguinte definição: “Seu objetivo é estudar a inter-relação dos aspectos psicológicos e fisiológicos do funcionamento normal e anormal do corpo e integrar a terapia somática na psicoterapia”.

Com S. Freud, como citamos, temos o estudo da influência das emoções sobre o corpo preocupando-se com a etiologia na formação dos sintomas. Seus conceitos de repressão e conversão forneceram instrumentos para a compreensão das doenças psicossomáticas. Para Freud, o afeto mais a crença



entram em conflito com o ego e são consequentemente reprimidos. Esta energia é descarregada em sintomas e inervações somáticas.

Franz Alexander, na segunda metade do século passado, afirma: "As respostas fisiológicas aos estímulos emocionais, normais e mórbidos, variam de acordo com a natureza do estado emocional que as desencadeia. Havendo uma especificidade na maneira pela qual uma força psicológica motivadora poderia expressar-se". Ele considerava que "toda doença é psicossomática, uma vez que os fatores emocionais influenciam todos os processos do corpo, através de vias nervosas e humorais" (in Medicina Psicossomática, de F. Alexander).

Na década de 30, C. G. Jung afirma: "A distinção entre mente e corpo é uma dicotomia artificial, um ato de discriminação baseada muito mais na peculiaridade de cognição intelectual do que na natureza das coisas. De fato, é tão íntimo o inter-relacionamento dos traços psíquicos e corporais que podemos não somente estabelecer inferências sobre a constituição da psiquê a partir da constituição do corpo como também podemos inferir características



corporais a partir das peculiaridades psíquicas." (in The Collected Works).

Em 1962, Donald Winnicott diz a respeito de transtorno psicossomático: "... este estado de doença no paciente é uma organização de defesa com determinantes muito poderosos...". Para ele, "a enfermidade psicossomática relaciona-se a um ego fraco (fruto de uma maternagem insuficiente)...". Em 1964, Winnicott completa: "O transtorno psicossomático não é o estado clínico expresso em termos de patologia somática ou funcionamento patológico (colite, asma, eczema etc), mas sim a persistência de uma cisão na organização do ego do paciente." (in Explorações psicanalíticas, capítulo 20).

Assim, nascia a idéia de psicogênese dos quadros orgânicos, usada, nesses princípios para equilibrar uma visão exclusivamente materialista na concepção da gênese das doenças, onde estas necessariamente seriam causadas por agentes externos, não havendo status de seriedade para os fatores emocionais ou psíquicos. Mas, essa idéia - de psicogênese - não fazia outra coisa que não o reducionismo oposto da idéia de "físicogênese".



Com o tempo e novas pesquisas, notou-se que as doenças não são unicausadas, mas sim, multicausadas, havendo participação de fatores físicos-constitucionais, fisiológicos, de fatores psicológicos-emocionais e de fatores ambientais, incluindo-se o ambiente físico e o social. O ser humano passa, então, a ser visto como uma unidade bio-psíquica imersa em um ambiente físico-social. Do confronto desses sistemas, de sua relação, advirá a pessoa como ela se apresenta a nós, inclusive suas doenças. A concepção atual de “psicossomática”, portanto, é aquela que vê o ser humano como uma unidade bio-psico-social e que entende que somente assim ele poderá ser compreendido e poderemos gerar conhecimentos úteis para o alívio de nossas dores e sofrimentos.

Dada essa origem histórica e do seu desenvolvimento, o termo se presta a certa confusão, somando-se a isso o uso ainda freqüente da expressão para designar quadros orgânicos que tenham forte componente emocional, atualmente designados como “somatoformes”.

Psicossomática, no nosso entendimento, é, portanto, não uma área de estudo científico propriamente dita, mas uma atitude de compreender o ser humano de uma forma mais



ampla, abrindo-se a nossa atenção à complexidade do ser humano, do seus sentidos e significados, evitando assim, os malefícios da superespecialização e sua conseqüente desumanização dos atendimentos. Essa atitude e esse movimento acaba por levantar importantes temas que devem ser estudados de diferentes pontos de vista. Quer dizer, não há uma "psicossomática" da doença ou doenças "psicossomáticas"... há seres humanos integrais, não partidos, não divisos, lutando para viver e assim devemos recebê-los e procurar fazer nosso melhor.

### 2.3.- O que é “saúde”?

Comecemos pela definição da Organização Mundial de Saúde: “Completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença”. A saúde pode ser determinada em certas situações por meio de alguns valores mensuráveis tais como temperatura, pulso, pressão sanguínea, altura, peso, acuidade visual, auditiva, exames laboratoriais etc. Porém, a utilização apenas desses parâmetros configura uma visão reducionista da saúde. A própria OMS amplia esses parâmetros para um grupo de fatores bem mais



amplos como o contexto social, por exemplo. Segundo a entidade, saúde é um recurso necessário para a vida diária e não um objetivo de vida. Promove-se saúde melhorando qualidade de vida (condições de trabalho, moradia, educação, lazer etc.).

É aquilo que buscamos promover na vida de nossos pacientes, ou melhor, ajudá-lo a promover em suas vidas. É um valor, um dado dependente de uma série de valorizações decorrentes do que previamente assumimos por normal, desejável ou satisfatório. E como tal, sua significação, varia enormemente.

Entendemos que se caracterize pela eficiência em se obter o necessário para o equilíbrio orgânico, sem prejuízo sensível para outras áreas do organismo em foco. Em outras palavras, “saúde” é um conceito. Diz-se “saudável” o organismo que tem a propriedade de conseguir o que tem que conseguir, faz o que foi feito para fazer, em todas as tarefas necessárias para que continue vivo, com custos aceitáveis para sua estrutura. Quando o ganho, o benefício para os interesses do organismo, sobrepassa os investimentos, dizemos “doença”. Esta não se restringe à integridade orgânica, apenas, mas, também à qualidade aceitável do viver subjetivo, em relação



às demandas internas em confronto com as do ambiente (físico e social) onde esse organismo precisa atuar para garantir suas necessidades. Porém, lidamos apenas e diretamente com as representações psicológicas dessas produções ou com as notícias fragmentárias da qualidade das relações e sua eficiência da pessoa com o meio.

“Saúde”, nesse sentido, é a vivência de ter o necessário, ter conseguido o suficiente, gostar do que se faz suficientemente, ter relações sociais que lhe supram as necessidades de apreço e companhia, assim como as de segurança, alimentação, com uma estrutura física funcional para permitir-lhe realizar suas tarefas e ser seu instrumento de contato e operação com/o “mundo exterior”, com um conforto relativo da dinâmica interna de forças e desejos, conflitos e impedimentos.

#### **2.4.- O que é “doença”?**

Chamamos de “doença” ao fracasso adaptativo do organismo frente à demanda ambiental em relação aos seus recursos. A “doença” é o conjunto fenomênico das manifestações e sinais dessa dificuldade adaptativa. A



modulação do complexo somatopsíquico não foi suficiente para re-equilibrar suas funções a um estado compatível com o bem estar físico-psico-social. As formas e manifestações desse processo serão as mais variadas possíveis.

Para continuarmos vivos, precisamos manter o funcionamento orgânico (incluo o psiquismo como parte integrante e inseparável do organismo) dentro de certos parâmetros. E contamos com inúmeros mecanismos – modos de ação – para nos manter dentro daqueles. A insuficiência desses para cumprir sua função diante da demanda, seja de que natureza for, manifesta-se como sinais e sintomas que agrupamos em entidades denominadas “doenças” ou, mais modernamente, “transtornos”, que comprometem nossa alegria de viver.

Para finalizar, gostaríamos de apresentar ao leitor esse pensamento de Groddeck:

“Curar seria interpretar corretamente o que esta totalidade (o homem) está tentando expressar através dos sintomas e ensinar-lhe um modo menos doloroso de auto-expressão;”

HISADA, Sueli, 2003, *Conversando sobre psicossomática*, Editora Revinter.



WINNICOTT, D. W., 1989, Tudo começa em casa, Editora Martins Fontes.

### **3.- Estudos de Caso e Reflexões Pessoais**

#### **3.1. - Intervenção Psicológica Dentro de Uma Visão Psicossomática**

##### **3.1.1. - INTRODUÇÃO:**

A cefaléia acompanha o ser humano ao longo de sua existência. Ela é tão freqüente que, em algum momento, quase todo ser humano sem sinal de anormalidade, já vivenciou, pelo menos uma vez, algum tipo de cefaléia, seja como sintoma ou doença. Estudos epidemiológicos recentes apontam para a prevalência do sintoma da cefaléia, ao longo da vida, para 69% a 93% de indivíduos do sexo masculino e 94% a 99%, do feminino.

Desde o Egito antigo, massagens, relaxamentos e compressas são utilizadas para obtenção de alívio do sintoma. Isso demonstra que fatores psíquicos estão



intimamente relacionados a essa experiência que, muitas vezes, remete o indivíduo a enormes sofrimentos. Indiscutivelmente, os aspectos psíquicos normais ou anormais podem ser acompanhantes, agravantes, desencadeantes, perpetuantes e mesmo amenizantes das cefaléias. É com freqüência que percebemos que, através da via somática, o indivíduo comunica a sua subjetividade.

Dor de cabeça ou cefaléia, nome científico das dores de cabeça, é definida como sensação dolorosa na cabeça, pescoço e face. Elas podem ser de vários tipos diferentes. Existem mais de 150 tipos e podem ser primárias (causadas por distúrbios bioquímicos no cérebro que levam ao mau funcionamento dos neurotransmissores e / ou receptores. Ex: enxaqueca ou migrânea), ou secundárias (causada por problemas em qualquer região do corpo, podendo ter inúmeras causas). As cefaléias primárias são elas próprias o sintoma e a doença do indivíduo.

As cefaléias quando crônicas (que duram meses ou anos) tornam-se profundamente problemáticas ou incapacitantes, transformando em grande sofrimento a vida dos indivíduos. A cefaléia crônica é, sem dúvida nenhuma, um grande



desafio para os profissionais que buscam ajudar os indivíduos que se encontram nessa condição álgica.

### **Cefaléias e Abordagem Cognitivo - comportamental**

É reconhecida a necessidade de que o tratamento da dor crônica envolva profissionais de várias áreas. Esse reconhecimento da multidimensionalidade da dor crônica fez surgir, a partir dos anos 50s, Centros Multidisciplinares, para o tratamento da dor crônica. Esses centros são cada dia mais freqüente em muitos países. O sucesso terapêutico requer esforço multidisciplinar, englobando várias áreas do conhecimento humano, que incluem a neurologia, a psicologia, a psiquiatria, a anestesiologia, a fisiatria, além da enfermagem. Todos esses profissionais, muito freqüentemente, assumem a função de "cuidadores" do paciente.

O tratamento da dor crônica necessita, muitas vezes, de vários tipos de abordagens que podem variar desde uma psicoterapia de apoio, até tratamentos cirúrgicos radicais onde nervos são cortados e mecanismos contra a dor são implantados dentro do cérebro.



Apesar de existir várias formas de tratamento, nem um deles isolado pode resolver todos os tipos de dor. Por isso, na abordagem do doente de dor crônica, é muito freqüente se associar vários tipos de tratamentos paralelos. Essa associação deve ser planejada entre os vários profissionais de saúde envolvidos.

O campo da psicologia oferece uma grande ajuda no tratamento, no estudo e na compreensão da dor crônica e das cefaléias. A identificação da presença e / ou influências de fatores subjetivos que possam dar origem, manter ou até piorar a sensação dolorosa, é tarefa de suma importância com contribuições valiosas para a compreensão do sofrimento causado pela experiência álgica.

Dados sobre comportamentos e reações à dor não só auxilia os profissionais ligados a saúde mental, como também pode orientar os profissionais de outras especialidades envolvidos no processo, a selecionar o tipo de tratamento mais adequado para o maior sucesso da terapêutica.

No que diz respeito ao tratamento dos doentes de cefaléia crônica, a psicologia pode instrumentalizar os doentes a administrar o problema com mais adequação, flexibilizando e aumentando suas possibilidades de enfrentamento, além



de oferecer o suporte indispensável para a recuperação e melhoria da qualidade de vida. Através do fortalecimento psíquico, os indivíduos que sofrem de cefaléia crônica, tornam-se mais seguros para administrar sua dor funcionalmente, evitando assim, que estes busquem excessivamente a assistência médica ocupando, de forma exagerada, leitos hospitalares.

Programas de tratamento baseados no modelo Cognitivo-Comportamental têm alcançado bastante sucesso no controle da dor crônica em geral. A abordagem Cognitivo-Comportamental tem sido cada vez mais utilizada para o tratamento da cefaléia crônica. Isso porque o aspecto sensorial está muito ligado aos aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais do indivíduo. A terapia cognitivo-comportamental, por considerar as relações entre indivíduo e ambiente, procura articular o mundo interno do doente (cognições, pensamentos e sentimentos, emoções) e seu mundo externo (comportamento individual e sociedade, resposta ambiental). Para isso busca instrumentalizar o doente para uma convivência com a dor menos penosa, além de fornecer toda a informação sobre o que é a doença, os fatores desencadeantes, as dores conseqüentes e o uso de medicamentos preventivos.



Através dessa abordagem, o doente é levado a analisar a ligação entre pensamento, emoção, comportamentos e fatores ambientais, que contribuem, tanto para o surgimento, quanto para a perpetuação dos sintomas da doença. Procura-se estimular a aderência ao tratamento, substituir comportamentos que possam desencadear crises de cefaléias por aqueles que possam preveni-las e diminuir a percepção da dor. É importante instrumentalizar o doente para que os desencadeantes e conseqüentes ambientais, alimentares e emocionais sejam controlados pelo mesmo. Busca-se, desta forma, que o indivíduo que sofre de cefaléia possa desenvolver uma reestruturação cognitiva dando uma resignificação a sua condição de saúde.

Durante o tratamento psicoterapêutico, avalia-se e trata-se a depressão e a ansiedade, que geralmente estão associadas à cefaléia crônica. A terapia objetiva reduzir os sintomas da cefaléia crônica, promovendo e estimulando o doente a desenvolver estratégias de enfrentamento mais adaptativas e eficientes, mudando as cognições distorcidas a respeito da doença e diminuindo os comportamentos de esquiva e sintomas psicológicos (ex: depressão, ansiedade e estresse), além de melhorar a percepção da qualidade de vida.



No estudo de caso a seguir, são apresentados os procedimentos de intervenção psicológica na linha cognitivo-comportamental utilizados no tratamento da cefaléia crônica diária no ambulatório da Liga de Dor do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz (FMUSP) e Centro Acadêmico (EEUSP). A Liga de Dor foi fundada em 1995 por alunos do curso de medicina e enfermagem, com o suporte dos membros do Centro de dor da Divisão Clínica Neurológica do HCFMUSP. Com o objetivo acadêmico, a Liga visa também o atendimento dos pacientes por profissionais de várias áreas de ambas as instituições e pesquisadores.

Os alunos atendem a pacientes com dor crônica, discutem as possibilidades diagnósticas e condutas com profissionais de diversas especialidades neurologistas, anestesistas, fisiatras, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, entre outros chegando, através de discussões interdisciplinar, ao diagnóstico e tratamento. Além do atendimento ambulatorial, a Liga de Dor realiza cursos anuais sobre temas em dor e desenvolve pesquisas. A partir de 2000, a liga também admite estudantes de psicologia que são coordenados por profissionais da área que igualmente



têm a oportunidade de discutir o psicodiagnóstico e tratamento de cada doente da Liga.

Neste ponto gostaria de esclarecer o percurso normalmente percorrido pela maioria dos doentes da Liga, até chegarem ao ambulatório. É preciso que se tenha em mente, que o doente que chega na Liga provavelmente já procurou inúmeros médicos, recebeu várias intervenções terapêuticas sem sucesso e com regularidade abusa de medicações ou as usa de modo inadequado. Muitas vezes encontra-se deprimido, ansioso, irritável, hostil, impaciente, desesperançoso e descrente do médico, o que dificulta sua aderência a qualquer proposta terapêutica, tendendo a abandonar o tratamento na menor dificuldade.

### **3.1.2. - OBJETIVOS:**

O trabalho a seguir teve como objetivo o de relatar, para fins educativos dos estudantes de psicologia da Liga, um caso de uma avaliação e atendimento psicológico na linha da terapia cognitivo comportamental, elucidando as questões específicas de um atendimento de paciente ambulatorial e descrevendo o curso da terapia realizada na Liga de Dor do



Centro Acadêmico Oswaldo Cruz (FMUSP) e Centro Acadêmico (EEUSP).

Dentro dessa proposta, os objetivos da psicologia foram os de avaliar os fatores psicológicos que podem estar influenciando na percepção de dor pelo paciente (como a depressão, falta de suporte social, ansiedade e outros), oferecer ao doente o suporte e tratamento psicológico adequado, melhorando a qualidade de vida deste sujeito e reduzindo o efeito debilitante das dores na sua vida. Além disso, visava-se preparar esse doente para melhor utilizar suas estratégias de enfrentamento das dores que poderão surgir ao longo do tempo.

### 3.1.3. - MÉTODO:

#### 3.1.3.1.- Sujeito:

A.E.Z.C. é homem, 43 anos, casado, chileno com o diagnóstico de cefaléia crônica diária intensa. Escolaridade superior incompleto em informática, atualmente trabalha como autônomo dando aulas e assistência técnica em empresas e particulares.



### **3.1.3.2.- Instrumentos:**

Para a avaliação e o tratamento psicológico, foram utilizados os dados do protocolo médico disponíveis para a equipe, além das informações colhidas na entrevista psicológica semi dirigida e a aplicação dos instrumentos de avaliação a seguir:

Características da Sensação: Escala Visual e Analógica de Intensidade da Dor (EVA);

Aspectos Afetivos: BDI (Inventário Beck de Depressão); BAI (Inventário Beck de Ansiedade); BHS (Escala Beck de Desamparo).

### **3.1.3.3- Procedimento:**

Como é o habitual na Liga de Dor, inicialmente o doente foi avaliado e diagnosticado e pela equipe da medicina. O estudante de psicologia acompanhou o atendimento e fez observações do comportamento durante o mesmo convidando-o, ao final, para uma entrevista psicológica num



outro momento (quinze dias após a data da primeira consulta médica, porque coincidia com o dia marcado pela medicina para o retorno da primeira consulta).

A entrevista inicial é feita pelo o graduando, acompanhado do profissional responsável pelo caso em uma sessão única que teve o tempo de duração de uma hora aproximadamente. Essa entrevista tem a proposta de colher dados gerais do sujeito com o objetivo de complementar os dados médicos.

Após a entrevista seguem-se as sessões iniciais de avaliação e tratamento que tinham a duração de uma hora e foram planejadas, preferencialmente, a cada quinze dias, já que este era o período considerado adequado para o caso e este era o espaço de tempo que o doente vinha ao hospital para consultas médicas. Eventualmente, aconteceu do paciente vir uma vez por semana quando se sentia que era necessário para melhor andamento do tratamento. Nas sessões iniciais buscou-se uma melhor socialização e gerenciamento inicial dos sintomas, em seguida, procurou-se a restauração do humor do sujeito, eficácia na resolução dos problemas emergenciais e melhorar as habilidades e recursos cognitivos e comportamentais. O tratamento encontra-se



atualmente em fase de fechamento, monitoração e prevenção de recaídas que deve se dar nas próximas sessões.

### 3.1.4. - RESULTADOS:

#### História da Doença

A cefaléia na região periorbital e frontal direita começou há dois anos e era tão intensa que o incapacitava para o trabalho. Apresenta ainda alterações de humor, atividade e apetite (refere ter emagrecido 5 quilos nos últimos dois anos). Além disso, sente dores no ouvido direito, com perda da: acuidade visual, fotofobia, lacrimejamento dos olhos. Há cinco meses essas dores deixaram de melhorar com a medicação. Tem crises diárias desde o início e já houve caso em que teve que parar de trabalhar por quinze dias por causa das dores.

Após as crises sente parestesia de todo o couro cabeludo e do braço direito. Inchaço de lábios e olhos, tontura, diarréia e pontadas na região lombar direita que aparece e melhora



espontaneamente. É freqüente ter dores de madrugada chegando a acordar por causa da dor.

Relata hábitos irregulares de trabalho, alimentação e sono. É fumante desde os oito anos de idade e atualmente consome um maço e meio de cigarro por dia. Relata ansiedade e a dor aumenta quando fica nervoso.

### Medicação

Amitriptilina 50mg – 1comprimido à noite

Amplictil 4% – 10 gotas à noite

Indometacina 25mg - 1 comprimido de 12 em 12 horas

Omeprazol 20 mg – 1 comprimido ao dia

### Diagnóstico Clínico

Cefaléia Crônica Diária

### Observação

Ficou marcado o retorno para a consulta médica e a entrevista psicológica inicial.



### **A - Entrevista Inicial:**

O caráter didático da Liga de Dor permite que os estudantes de psicologia acompanhem os atendimentos médicos, desde a chegada dos doentes de dor na Liga. Essa observação é importante tanto para o aprendizado desses estudantes, como para o auxílio na identificação dos doentes que mais necessitam de atendimento psicológico.

A partir dessa identificação, os estudantes de psicologia da Liga, acompanhados de um profissional responsável, faz uma entrevista semi dirigida onde os objetivos são: o de obter um panorama geral do quadro do doente, sem o aprofundamento de nenhuma das áreas específicas do indivíduo; e avaliar a adequação do mesmo para uma psicoterapia. O sujeito em questão formou um bom vínculo com o estagiário de psicologia desde o atendimento médico.

O graduando julgou necessário e sugeriu uma avaliação psicológica que foi aceita e realizada posteriormente. O paciente foi encaminhado pelo graduando de psicologia porque, nos atendimentos médicos, relatou estar sem vontade de fazer nada e falou sobre o suicídio do pai.



## **Dados da Entrevista Inicial**

A.E.Z.C. é homem, 43 anos, chileno, vive no Brasil já há mais de 18 anos. Está no terceiro casamento e possui três filhos, sendo que dois moram com ele. O diagnóstico foi o de cefaléia crônica diária intensa.

Escolaridade superior incompleto em informática, atualmente trabalha como autônomo dando aulas e assistência técnica em empresas e particulares. Fumante, diz que fuma um maço e meio de cigarro por dia. Refere nunca ter feito nenhum tratamento psicológico ou psiquiátrico anterior.

Com relação às mudanças no seu estilo de vida desde que a cefaléia começou, houve diminuição do apetite, perdeu 5 quilos até o momento. O sono ficou mais difícil, chegando a tomar remédios para dormir. Atualmente não está mais se utilizando dessa medicação porque a falta de sono tem melhorado.

Durante as crises não consegue se concentrar em nada. Fica difícil sentar, deitar, caminhar e perde o equilíbrio muito facilmente. Não tem vontade de conversar, ver televisão, realizar qualquer tarefa doméstica, manter relações sexuais



ou carregar objetos. A dor afeta o seu relacionamento familiar porque não tem paciência com eles. Quando ele está com dor, não costuma participar das atividades de lazer.

A sensação dolorosa ocorre, em geral, três vezes ao dia e dura em média uns 15 a 20 minutos. O período das três às quatro horas da madrugada costuma ser o período em que a dor aparece com mais intensidade. Diz que fica nervoso por não conseguir fazer as coisas por causa da dor. Faz de tudo para não ser um fardo para os outros. Lembra das coisas que gostava de fazer, mas não consegue como, por exemplo, tocar violão.

### **Escala Visual Analógica**

**VAS = 8**

### **B - Avaliação Psicológica:**

Esta avaliação se deu depois de quinze dias da primeira entrevista e um mês depois da primeira consulta médica na Liga. Vale aqui ressaltar, que durante esse período ocorreu



uma piora do quadro álgico (primeira VAS = 8 e depois VAS = 10), como consta no protocolo médico. Inicialmente, como havia ficado combinado, o doente passou primeiro na consulta médica, vindo para a avaliação psicológica, logo em seguida da mesma. Essa é uma prática bastante comum dentro da Liga de Dor, como uma forma de facilitar o fluxo dos atendimentos. Foi realizada apenas a verificação do humor, já que a avaliação da intensidade da dor é sempre feita a cada consulta médica.

Para a verificação do Humor foram utilizados os seguintes instrumentos:

BDI = 16 (depressão moderada)

BAI = 18 (alto grau de ansiedade)

BHS = 2 (desesperança leve)

## **História De Vida**

A.E.Z.C. é o terceiro filho de sete irmãos. Toda sua família mora no Chile e só ele encontra-se no Brasil. Sua mãe tem boa saúde e seu pai faleceu. Refere que seu pai suicidou-se



com um tiro na cabeça aos 47 anos por causa da dor de cabeça. Quando o pai morreu, ele era para ele o super-herói. Foi um choque muito grande.

Saiu do Chile há 18 anos para vir morar no Brasil, inicialmente veio para morar com um irmão que já trabalhava aqui. Esse irmão voltou para o Chile e ele ficou aqui. Não se adaptaria mais no Chile porque gosta muito do Brasil.

Passou muito tempo morando ilegalmente aqui no Brasil e enfrentou situações de muito medo porque quando a polícia o descobria, tinha que subornar os policiais para ser solto. Muitas vezes apanhava muito na prisão e tinha medo de ser deportado.

Foi casado pela primeira vez no Chile e ficou casado por três anos. Consegiu anular seu primeiro casamento porque já estava fora do País há muitos anos. O segundo casamento foi aqui no Brasil e durou quatro anos.

Separou-se a treze anos de seu segundo relacionamento e atualmente encontra-se casado pela terceira vez há 12 anos. Tem três filhos, um de cada casamento. Tem uma filha de 22 anos que mora no Chile com a primeira esposa. Ela é muito chegada, apesar da distância (sic).



Fez um breve um relato breve da queixa principal (cefaléia) e depois explorou-se as diversas áreas de vida do paciente (familiar, profissional, social, sexual, autoconceito). Além disso, buscou-se esclarecimento sobre as expectativas do paciente com respeito a terapia, verificou-se a adequação do caso para o modelo de terapia cognitivo e informou-se o paciente sobre os detalhes do processo terapêutico que estava sendo oferecido, instruindo-o sobre o modelo cognitivo.

Foi dado o feedback ao doente no final, e ele foi instruído a respeito do que é cefaléia, que é um tipo de dor crônica, que a dor é uma percepção que envolve aspectos cognitivos, afetivos, comportamentais, sociais, que existe a demanda de tratamento médico e não-medicamentoso a médio e longo prazo, que a cefaléia pode impedir determinadas atividades até incapacitar, quando não tratada adequadamente e sobre as implicações familiares, profissionais e sociais que elas acarretam.

Após as informações serem passadas para o indivíduo e ele ter concordado com o processo psicoterapêutico proposto, fez-se um resumo da sessão de avaliação inicial e



programou-se os atendimentos seguintes junto com o doente.

## **Aspectos Sensitivos**

A.E.Z.C. relata dor diária na região frontal com exaltação de veias temporais, fotofobia que piora com ruídos. As crises são incapacitantes e acompanhadas de tonturas e perda da acuidade visual, principalmente do lado esquerdo. A dor ocorre três vezes ao dia: de madrugada (3 a 4hrs da manhã), logo que acorda e à noite. Ela dura uns 15 a 20 minutos e depois melhora.

Na Escala Visual Analógica (EVA), A.E.Z.C classifica sua dor como de intensidade 10 (máxima ou a pior dor possível).

No Questionário de Dor McGill (QDMG), a dor se localiza na região frontal e, principalmente, do lado esquerdo, embora também a sinte do lado direito. São dezenas de descritores utilizados pelo doente, sendo sete descritores sensoriais (latejante, em lança, estralhaça, fisgada, queimação, pesada e rachando), seis adjetivos de conteúdo afetivo (exaustiva, enjoada, cruel, maldita, mortal e



enlouquecedora), um descritor de caráter avaliativo (insuportável) e dois de miscelânea (congelante e torturante).

## **Aspectos Comportamentais**

A.E.Z.C. relata passar muito tempo no computador, sendo viciado em jogos e ficando até altas horas jogando. É fumante desde os 8 anos, apresentando um comportamento ansioso com relação a esse vício. Atualmente, fuma mais de um maço de cigarros por dia.

Quando está com dor, busca o isolamento, não quer que ninguém fale com ele e não fala com ninguém, até melhorar. Fica bastante irritado com todos e com tudo. Sempre que está com dor, procura ficar no escuro.

Algumas vezes perde o equilíbrio quando sente dor. Sua alimentação é desregrada, relatando que não come quando sente dor.

Durante a entrevista psicológica observou-se contrações faciais que indicam comportamento doloroso. O doente informou que não estava tomando a medicação prescrita na



última consulta, porque não havia conseguido os remédios na farmácia.

### Aspectos Afetivos

A.E.Z.C. mostrou alto grau de ansiedade na entrevista, confirmado pelo BAI manifestada principalmente através de tremores nas mãos, desconforto no abdômen, medo do pior, inquietude, incapacidade de relaxar e nervosismo.

O BDI e a entrevista apontam para uma depressão moderada, com diminuição da energia, do prazer e interesse pelas coisas, sentimentos de culpa, agitação e dificuldade de concentração, comprometimento do padrão do sono, um excessivo cansaço, irritabilidade, além do aumento da auto-critica e sentimentos de menos valia.

O BHS, porém, demonstra que sua esperança está preservada, indicando que, apesar de sua condição de saúde atual, suas expectativas com relação ao futuro são positivas e otimistas.



## **Aspectos Cognitivos**

Apresenta pensamentos catastróficos como e tem medo de que aconteça com ele o que aconteceu com seu pai que se suicidou por causa das dores de cabeça (sic). Acredita que a equipe de saúde vai resolver seu problema de dor, mas que vai depender da medicação o tempo todo. Tem medo de se tornar um peso para a família por incapacidade física.

## **Aspectos Psicossociais**

**Família:** o relacionamento familiar estava bastante comprometido uma vez que ficava sempre irritado, nervoso e agressivo quando tinha dor. Buscava isolar-se e evitava qualquer forma de contato, perdendo o prazer sexual e apresentando ataques de fúria por qualquer motivo. Posteriormente sentia culpa por esses ataques, apresentando medo do que pudesse fazer de mal para eles. Desta forma isolava-se da família e do convívio social.



**Ocupação:** ficou alguns dias sem trabalhar, pois a dor estava insuportável. Como trabalha como autônomo, também ficou sem ganhar e tudo ficou mais complicado. Voltou a trabalhar, mas não está ainda cumprindo todos os seus compromissos profissionais, pois não tem paciência ainda para dar aulas, atendendo apenas quando é chamado de empresas para arrumar os computadores.

**Lazer e Social:** não sai de casa para lugar nenhum, porque não tem vontade. Não consegue assistir TV e nem tem nem tocado violão, pois a dor lhe tira a vontade. Só fica no computador jogando.

### IV- 3. Planejamento de Intervenção:

Na fase inicial, irá se trabalhar a área de saúde que seria a mais urgente no momento. Para uma melhor compreensão e convivência com a dor, procurará abastecer o indivíduo com informações sobre o modelo Psicoterapêutico Cognitivo-Comportamental e sobre cefaléia crônica diária, fatores desencadeantes e conseqüentes de dor e o uso de medicamentos preventivos.



Procurando instrumentalizar o doente para que ele se sinta mais seguro para a administração da dor crônica, serão ensinadas técnicas como: respiração abdominal, relaxamentos, desvio de atenção, aumento e flexibilização das alternativas de enfrentamento. Com isso, pretende-se também minimizar os níveis de ansiedade do doente, e aumentar sua motivação para o tratamento.

Na fase intermediária as intervenções serão feitas para que o doente possa analisar suas próprias associações entre o pensamento, emoção e os comportamentos que fazem perpetuar os sintomas da cefaléia, tentando-se substituir os comportamentos que podem desencadear crises de cefaléias (fumo, alimentação e sono irregulares) por aqueles que podem preveni-las.

Tratar-se-á a depressão e a ansiedade ligadas à dor, buscando melhorar o humor e a agressividade do doente. Este se mostra pouco assertivo, comprometendo sua área afetiva e seus relacionamentos sociais. Nesta fase pretende-se melhorar a comunicação familiar através do treino da assertividade, melhorando assim, o interrelacionamento entre eles.



Além disso, procurar-se-á envolver a família no tratamento, diminuir a ingestão de medicamentos analgésicos e trabalhar-se-á as cognições e emoções ligadas à cefaléia.

Na fase final, procurou-se o estabelecimento de pensamentos, emoções e de atitudes comportamentais mais adequadas em todas as suas áreas de vida com a reestruturação cognitiva desse sujeito, treinamento da confiança, fomentando expectativas realistas e a prevenção de recaídas.

### C - Tratamento e Discussão:

Analizando-se junto ao paciente sobre os eventos que antecedem as crises de cefaléia e os conseqüentes, A.E.Z.C constatou que a dor reforçava sua crença de que o pior pode acontecer e pensamentos catastróficos (se matar como o pai, expulso do país, traído pela esposa). Foi possível a identificação da raiva, do medo que sentia, da ansiedade e depressão que esses pensamentos traziam. Como padrão comportamento, utilizava a dor, o isolamento e evitação social, além da agressividade e nervosismo.



Após o tratamento ter sido iniciado, as crises de cefaléia diminuíram tanto em quantidade, como em intensidade. A.E.Z.C foi aos poucos normalizando sua rotina diária e retomando seus relacionamentos de uma forma mais satisfatória. Pode retornar a atividade de dar aulas de informática, o que antes era impossível e o relacionamento familiar e afetivo passou a ser mais assertivo. Estava mais empenhado na divulgação dos seus serviços e passou a usar a medicação segundo a orientação médica.

### **3.1.5. - CONCLUSÕES**

O caso ilustra bem como uma dor pode incapacitar e a importância do trabalho psicoterapêutico Cognitivo Comportamental para o tratamento da cefaléia crônica diária. Os aspectos da educação em saúde desse tipo de abordagem minimizam as crenças distorcidas a respeito da doença e informam adequadamente o doente sobre o seu aparecimento, curso e tratamento da mesma. Além disso, elas ajudam na aliança terapêutica na medida em que favorece uma relação de confiabilidade, o que faz com que



aumente a motivação para as mudanças necessárias ao tratamento.

As avaliações de humor permitem ao psicólogo acompanhar a evolução do tratamento de forma objetiva e traçar novas metas para resolução dos problemas. O sujeito é orientado a identificar situações-problema, pensamentos disfuncionais, erros cognitivos, emoções desagradáveis e comportamentos desadaptativos.

Sâmia Aguiar Brandão Simurro

### **3.2.- Intervenção Psicológica Baseada na Relação Mãe-Bebê de Winnicott e Psicossomática**

#### **3.2.1- INTRODUÇÃO**

Enquanto procurava uma definição sobre o binômio saúde/doença tive uma experiência de atendimento que me trouxe essa reflexão:

Onde começa a saúde e termina a doença?

Ou uma se complementa com o outra?



Até que ponto a saúde é doença e a doença é saúde?

Estranho pensar em saúde como doença e doença como saúde!

Uma menina de apenas sete meses de idade, repetidas vezes teve de retornar ao hospital onde nascera, para restabelecer seu estado de saúde, pois ora se apresentava com icterícia , ora com gripe, ora com pneumonia, até chegar ao ponto de levantarem a hipótese de ser necessária a retirada de um pedaço de seu fígado para se fazer uma biopsia, pois esse se apresentava crescendo de tamanho.

### **3.2.2- RESUMO DO CASO**

Esta criança é a 3<sup>a</sup> filha do casal, o irmão mais velho tem 19 anos e a irmã 15 anos; foi gerada, num encontro dos pais , quando os mesmos estavam separados fazia 16 meses, e o pai se encontrava amasiado com outra mulher. Já neste primeiro encontro, veio a gravidez.

A mãe relatou que quando soube da gravidez ficou apavorada, com vergonha dos filhos e principalmente de seu irmão mais velho que considerava como pai, tinha muito medo do que iriam pensar, e que não conseguia



reatar o casamento, uma vez que o ex-marido não acreditava nela, e ainda a culpava de tê-lo traído ( coisa que não assumiu). Disse que chegou a pensar em abortar, porque se sentia muito só. Passou a gravidez tentando uma reaproximação, mas as vezes que se encontraram, somente tiveram relações sexuais, com nenhuma possibilidade de retorno. Coisa que vem acontecendo até hoje.

Ficou sabendo recentemente que a atual mulher do marido está grávida. Comentou que sente medo do ex-marido, pois já apanhou dele e sabe que ele bateu em outras companheiras e que bate na atual, mas não sabe por que ainda se sente presa a ele, é só ele chamar que ela vai correndo.

Quando foi para a maternidade para ter sua filha, somente sua cunhada a acompanhou e a ajudou, a mesma que acompanhou no nascimento dos outros filhos, pois o ex-marido, nunca esteve presente. Relatou que quando se viu só com a filha no quarto, ficou apavorada, não sabia o que fazer: como pegá-la, tratar dela e amamentá-la. Nem o nome sabia escolher, chegou a chamar a filha por três nomes, escolhendo o último, que vamos chamar de “Vivi”.



Quando saíram da maternidade, já em casa, começou a perceber que Vivi estava muito amarela, e como já havia passado pelo mesmo sintoma no nascimento dos outros filhos, reconheceu que era icterícia e voltou com Vivi para o hospital. Ela ficou internada por alguns dias, voltou para casa e começou a apresentar novas doenças cada vez piores, ficando num ir e vir constante e sempre se sentindo só nestas horas.

Relatou que, quando precisou voltar a trabalhar, sua filha mais velha passou a cuidar de Vivi. Só vê a filhinha à noite, quando volta do trabalho. Relatou que tanto o marido como as outras pessoas vivem dizendo que não entendem como Vivi adoece tanto, pois tem aparência de um bebê gordinho e saudável.

Diante deste relato, pude perceber o quanto esta mãe está mais envolvida com o ex-marido do que com seu bebê que necessita tanto de sua atenção, principalmente nesses primeiros meses de vida.

**Comecei a questionar:**

O que estaria representando essa “aparência saudável”?



Estaria no lugar de quê? Para dar conta de quê ou quem?

Em qual lugar estaria Vivi, uma vez que essa mãe havia depositado tanta expectativa de retorno do marido?

Até que ponto demonstrar saúde não seria um tipo de “máscara” para se proteger da fragilidade dos que cuidam dela e assim poder ter alguma atenção?

A doença não seria então sinal de saúde, apresentando-se como uma defesa contra a possibilidade de uma sensação de “colapso”, “aniquilamento”?! Uma possibilidade de significar o impensável, mesmo porque o aparelho psíquico nem bem formado ainda está para conceber e dar significados?

Aqui se apresenta o ser humano se agarrando a todas as possibilidades de continuar a ser, procurando existir, ora através de uma aparência saudável, ora através de um corpo doente, que falam o que ainda não pode ser dito. E que da maneira que é visto e, por quem é visto; será entendido!

Cheguei a conclusão de que, nesse momento, quando não se pode significar, pois o aparelho psíquico não está ainda formado para tanto, o corpo pode expressar o que está sentindo, e é isso o que está acontecendo com essa bebê de sete meses!



E é aqui que fica clara a afirmação de que somos seres psicossomáticos!

### **3.2.3- PROCEDIMENTOS**

Retornando ao atendimento, combinei com a mãe nos encontrarmos para buscarmos juntas uma maneira de melhorarmos a relação mãe/bebê, procurando resgatar na mãe a preocupação materna primária , estado este que, D. D. Winnicott nos apresentou como de extrema importância para o desenvolvimento emocional, e no qual acredo.

Em nossos encontros, pude dar atenção aos anseios da mãe, transmitir alguns tratamentos, como a técnica do “Shantala”, onde enfatizei a importância de se preocupar em estar inteira com a filha, sem se importar em fazer corretamente os movimentos da massagem.

Procurei transmitir também a importância de a mãe conversar com Vivi , no sentido de transmitir o quanto a amava, o quanto ela era importante por simplesmente existir, e que se algum dia havia passado a ela o compromisso de trazer seu pai de volta para casa , a partir de agora poderia se considerar livre , pois esse



entendimento cabia somente aos pais, se algum dia fosse possível o retorno.

Em cada encontro, fui percebendo que a mãe se tornava mais confiante em cuidar de Vivi, demonstrava prazer quando falava da filha, dos momentos que ficavam juntas, e que passou até a observar e se preocupar mais com os outros filhos também. Aprendeu até a dar carinho, coisa que sentia dificuldade.

### 3.2.4- RESULTADO

Quando chegou o momento de retornar ao hospital para fazerem a biópsia, orientei-a no sentido de pedir antes outra ultrassonografia, pois acreditava que com a atenção que ela havia dedicado durante este tempo à Vivi, poderia ter diminuído o tamanho de seu fígado e sendo assim não seria necessária a retirada de um pedaço do mesmo para a biópsia.

Ela assim o fez e os médicos ficaram impressionados com a melhora de Vivi, não precisou fazer a biópsia.



### **3.2.5- CONCLUSÃO**

Concluí que a partir do momento que a mãe se sentia cuidada por mim, podia também cuidar. Winnicott nos mostra claramente a importância dos cuidados do “ambiente” à essa pessoa que começa a ser mãe, que comprehende cuidados do marido ou pessoas que convivem com ela, para que a mãe possa se dedicar única e exclusivamente aos cuidados do bebê que acaba de chegar.

Este atendimento veio me confirmar a importância de buscar um conhecimento maior para entender esse ser tão complexo chamado “ser humano”. E pude compreender melhor alguns pontos deste caso, pois estou aqui, conhecendo a Psicossomática que me leva a entender o ser humano em sua totalidade bio-psico-social.

Sônia Maria Estácio Ferreira

### **3.3.1.- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

International Headache Society. Headache Classification Committee. Classification and diagnostic criteria for



headache disorders, cranial neuralgias and facial pain.  
Cephalalgia 1988;8(Suppl 7):1-96.

Classificação e Critérios Diagnósticos das Cefaléias, Neurálgias Cranianas e Dor Facial. Tradução autorizada pela Sociedade Brasileira de Cefaléia e pela Sociedade Internacional de Cefaléia 1997.

BECK, Aaron et alli. Terapia Cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BECK, A. T. & STEER, R. A. Beck Depression Inventory. Harcourt Brace, San Antonio, 1978.

BECK, Judith. Terapia Cognitiva - teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Rasmussen BK, Lipton RB. Epidemiology of headache. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds. The Headaches. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p.17-24.



Edmeads J. The treatment of headache: a historical perspective. In: Gallagher RM, editor. Drug therapy for headache. New York: Marcel Dekker Inc;1990. p.1-8.

Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ, eds. Headache in clinical practice. Oxford: Isis Medical Media; 1998. p. 219.

Holroyd KA, Martin PR. Psychological treatment of tension-type headache. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. The Headaches. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2000. p. 643-50.

CARLSON, N. L. (1998) - Physiology of Behavior - Ally and Bacon - Needham Heights, MA, USA - pp. 205-213 - ISBN 0-205-27340-8.

GRAEFF, F. G.; BRANDÃO, M. L.(Eds) (1999) - Neurobiologia das Doenças Mentais - São Paulo - Lemos - pp 179-198.



HOLROYD,K.A.,LIPCHIK,G.L., Psychological management of recurrent headache disorders: progress and prospects. In: GATCHEL, R.J, TURK, D.C. (Eds). Psychosocial factors in pain: critical perspectives. New York: Guilford Press, 1999. p. 193-212.

Lake, A.E. - III Cognitive-behavioral Therapy for Headache, In: Saper, J.: Help for Headaches: A Guide to Understanding their Causes and Finding the Best Methods of Treatment. Warner Books, New York, pp 183-97, 1983.

Winnicott, Donald Woods. A Importância do Setting no Encontro com a Regressão na Psicanálise(1964). In: Explorações Psicanalíticas; D. W. Winnicott/ Clare Winnicott, Ray Shepherd & Madeleine Davis; Trad.: José Octávio de Aguiar Abreu- Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

Winnicott, Donald Woods. O Conceito de Indivíduo saudável(1989). In: Tudo Começa em Casa; D. W. WinnicottTrad.:Paulo Sandler- São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora LTDAL, 1989.



Winnicott, Donald Woods. A integração do Ego no desenvolvimento da criança(1962). In: O Ambiente e os processos de maturação;W. Winnicot; Trad.: Irineu C. S. Ortizu- Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1990.

Winnicott, Donald Woods. O primeiro ano de vida . O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê(1958). In: A Família e o Desenvolvimento Individual; D. W. Winnicott; Trad.: Marcelo B. Cipolla-São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora LTDAl , 1993.

\*\*\*\*