

Celso Azevedo Augusto

**As Defesas de Somatização na visão da
Análise Psicodramática.**

Trabalho apresentado com a finalidade de
obtenção de título de psicodramatista junto à
FEBRAP.

Orientador: Victor Roberto Ciacco da Silva Dias.

Escola Paulista de Psicodrama – 2009.

Índice

Introdução.....	Pg.03
Conceituação.....	Pg.05
Classificação.....	Pg.10
Ação psicoterápica.....	Pg.25
Estratégia psicoterapêutica.....	Pg.27
Técnicas.....	Pg.29
Considerações finais.....	Pg.36
Referências Bibliográficas.....	Pg.38

Introdução

DEFESAS DE SOMATIZAÇÃO

INTRODUÇÃO

Sob a denominação de somatização há vários sintomas e doenças subentendidas. Em função disso é necessária uma breve discussão sobre quais aspectos desse universo iremos tratar.

Muitas especialidades médicas apresentam sua visão na tentativa de encontrar uma definição que agrupe, uma causa que explique suas manifestações ou uma proposta terapêutica que as contemple satisfatoriamente. A esse universo tão amplo quanto imbricado nos conceitos e propostas trazemos a visão da Análise Psicodramática como uma contribuição terapêutica para esses desafiadores quadros que freqüentemente surpreendem os psicoterapeutas.

Para Victor Dias “*a somatização é um mecanismo pelo qual um conflito psicológico passa a ser descarregado em um órgão do corpo, o que pode causar uma lesão nesse órgão, conforme a intensidade, a freqüência e o tempo de duração. A angústia patológica é descarregada no órgão. Dessa forma o indivíduo não sente nem o conflito nem a angústia, mas sente dor, coceira, incômodo, etc.*”²⁶.

Para ele as somatizações são entendidas como um mecanismo de defesa na medida em que evitam o contato consciente com o material excluído na Zona de PCI

Através delas o conflito passa a ser descarregado em um órgão do corpo e, com isso, a angústia patológica gerada pela exclusão do material conflitado fica também depositada no órgão. Através desta defesa o indivíduo passa a não sentir nem o conflito nem a angústia sentindo apenas os sintomas físicos produzidos pela somatização.

Dias propõe uma maneira própria de compreender e classificar o fenômeno da somatização a partir dos pressupostos da teoria da “Programação Cenestésica” que desenvolveu utilizando o referencial da teoria do “Núcleo do Eu” de Bermudez.

Conceituação

CONCEITUAÇÃO

Para compreendermos o que engloba este tema torna-se importante esclarecer os aspectos conceituais que o delimitam, pois tanto na medicina quanto na psicologia há muitas confusões sobre o emprego do termo somatização. É comum ser utilizado como sinônimo de conversão, transtornos somatoformes, hipocondria, distonias neurovegetativas e mesmo das doenças psicossomáticas.

Enumeramos a seguir como a medicina, incluindo suas várias especialidades além da psiquiatria, define cada um desses termos para facilitar a compreensão do que tem sido considerado como somatização na atualidade e qual a compreensão da Análise Psicodramática para este evento.

A **conversão** é uma defesa intrapsíquica de caráter neurótico e próprio da histeria. Quando acionada essa defesa a manifestação se dá em determinada parte do corpo como consequência de uma transposição do conflito psíquico em sintomas somáticos. Só que basicamente compromete o sistema neuromuscular voluntário (paralises, por exemplo) e/ou o sensório-perceptivo (anestesias, por exemplo). Em geral tendem a desaparecer num tempo que varia de semanas a meses, em particular quando sua ocorrência se associou a um acontecimento emocionalmente traumático¹⁰. Freud introduziu esse termo referindo-se ao “*salto do psíquico para a inervação somática*” se referindo à transposição do sintoma psíquico para o corpo somático¹⁶.

Porém para Dias “*na conversão, o sintoma aparece no órgão, mas a angústia não é descarregada nele; o indivíduo não identifica o conflito, mas sente a angústia, e não existe lesão no órgão*”²⁶.

Assim ele nos demonstra que na conversão a angústia patológica permanece ao nível do psicológico, ou seja, mesmo no estado conversivo a pessoa continua sentindo a angústia, embora não consiga identificar o conteúdo do conflito. Ressalta ainda que as conversões não provocam nenhuma lesão estrutural nos órgãos nem na região pela qual se manifestam.

Os **distúrbios funcionais** se apresentam em grande parte dos sistemas e aparelhos do organismo. Os exemplos mais comuns são as do aparelho digestivo como a eructação e flatulência (gases estomacais e intestinais), diarréias, disfagia (dificuldade em deglutição), náuseas e vômitos psicogênicos e a encoprese (perda involuntária de fezes) psicogênicas. No aparelho geniturinário se manifestam pela enurese (perda involuntária de urina) ou retenção urinária psicogênicas, enquanto que no sistema cardiovascular a precordialgia (dor no peito), a lipotímia e a síncope (tonturas e desmaios) e a taquicardia paroxística (sem causa física) são seus sinais mais evidentes. No aparelho respiratório surgem como dispnéia suspirosa (falta de ar), tosse neurótica e a opressão torácica associada à angústia, por exemplo. Gagueira, afonias e alguns tipos de voz bitonal podem figurar como distúrbios funcionais da linguagem. Nessas situações os sintomas em geral se apresentam através de uma resposta exacerbada do funcionamento normal de um órgão ou aparelho, que afeta apenas suas funções fisiológicas, mas não a estrutura física do órgão e não apresenta nenhuma causa orgânica identificável. Usualmente são situações benignas que não evoluem para nenhuma doença grave^{11,14}.

Victor Dias entende que “*nos distúrbios funcionais o conflito é descarregado pelo papel psicossomático, não gerando angústia patológica*”²⁶.

Ele também os descreve como sendo “*sintomas, comportamentos e condutas que o indivíduo apresenta de forma pouco consciente e não-deliberada,*

de modo que evite contato com o material excluído e, ao mesmo tempo, descarregar as tensões decorrentes dessa exclusão”²⁶.

Desta forma explica que os distúrbios funcionais surgem pela utilização de um papel psicossomático no lugar do modelo psicológico. Isto quer dizer que o indivíduo apresenta um sintoma físico devido à hiperfunção, o funcionamento exagerado, de um órgão no lugar de apresentar um comportamento ou uma reação emocional diante de uma situação de tensão psíquica. “*Desse modo, o indivíduo consegue dar vazão aos conteúdos excluídos. É uma vazão de forma inadequada, mas que viabiliza (com os recursos psíquicos disponíveis) as funções psicológicas bloqueadas, dando-lhes a devida descarga, sem o contato do Eu consciente... conseguindo descarregar a angústia patológica com o distúrbio funcional*”²⁶.

Ele os considera como “*procedimentos saudáveis do psiquismo*”, porém utilizados de maneira inadequada, substituindo o mecanismo psicológico pela atividade funcional do órgão ou sistema em questão, com a finalidade de aliviar a tensão interna gerada pela exclusão de material intrapsíquico conflitado. A angústia patológica é descarregada de dentro do psiquismo para o meio externo evitando assim o contato consciente do indivíduo com o material excluído. Também não provoca por si só nenhuma lesão direta sobre o organismo²⁶.

Assim como Henry Ey, Victor Dias também inclui no capítulo dos distúrbios funcionais alguns dos distúrbios alimentares como a anorexia nervosa, a bulimia e alguns casos de obesidade; as disfunções sexuais como o vaginismo, a disfunção erétil masculina, ejaculação precoce, a inibição do orgasmo^{11, 26}.

Já os **transtornos somatoformes** fazem parte de uma categoria diagnóstica, introduzida na CID-10 em 1980, que corresponde a sete diferentes entidades sindrômicas dentro da clínica psiquiátrica. Caracterizam-se pela presença por longo tempo, meses ou anos, de queixas freqüentes de sintomatologia física, que sugerem a presença de um componente orgânico, mas que não são totalmente explicadas por nenhuma das doenças conhecidas, pois não há exames clínicos nem laboratoriais que as comprovem. Também não são totalmente explicáveis pelos efeitos diretos decorrentes da utilização de uma substância psicoativa como drogas e/ou álcool, nem por outro transtorno mental (transtorno do pânico, por exemplo). Mesmo na presença de doenças orgânicas comprovadamente diagnosticadas, não existe uma explicação lógica para toda a sintomatologia referida dada a multiplicidade de queixas e o envolvimento de múltiplos sistemas orgânicos afetados. Outra característica marcante desses transtornos é a dificuldade no estabelecimento de um vínculo médico-paciente, em decorrência de um questionamento constante por parte do paciente em relação às tentativas do profissional médico apontar para uma provável inexistência de substrato orgânico detectável. Em muitos casos existem transtornos de personalidade associados. Esses quadros estão associados com sofrimento psicológico significativo, prejuízo no funcionamento social e ocupacional através de comportamento de inúmeras procuras por serviços médicos com a finalidade de minimizar a exuberante sintomatologia referida¹⁵.

A **hipocondria** remonta a um dos mais antigos termos médicos relacionados ao que viria se constituir o conceito atual de somatização, juntamente com a histeria. Atualmente está incluída como uma das sete entidades clínicas dos transtornos somatoformes. Consiste em uma interpretação errônea de sensações corporais corriqueiras, que são percebidas como anormais pela pessoa, levando ao medo e à crença de que ela está gravemente doente. Já foi descrita como a “paranóia das vísceras”, estando o perseguidor dentro do próprio corpo do paciente⁷.

Dias considera a defesa paranóide como exacerbão da defesa de idéias depressivas cujo objetivo é o do indivíduo não se voltar para dentro, na psicopatologia dos defecadores graves, ou de evitar o contato com o conceito de identidade ambivalente, nos psicóticos²⁶.

A **distoria neurovegetativa**, ou DNV, corresponde a um considerável grupo de pacientes com queixas psíquicas e físicas freqüentemente entrelaçadas e imprecisas. Muitas vezes são chamados pejorativamente de pacientes "peripacosos" ou "poli queixosos". O termo corresponde a uma idéia sindrômica e não a uma entidade clínica psiquiátrica em si. Esse termo engloba indistintamente alguns transtornos de ansiedade, de ajustamento, somatoformes e conversivos⁶.

As **doenças psicossomáticas** já foram consideradas como sendo "todo sintoma ou síndrome funcional na qual o médico encontra, como unidade patológica, ao mesmo tempo uma expressão fisiológica e uma expressão psicológica manifestante coordenadas"¹¹. Algumas doenças como hipertensão arterial, reto colite ulcerativa, úlcera gastroduodenal, asma brônquica, tuberculose, eczema e psoriase, hipertireoidismo, artrite reumatóide etc. foram chamadas de "doenças psicossomáticas", tentando-se traçar perfis de personalidade específicos para cada um desses grupos de pacientes. Essa concepção foi progressivamente se mostrando inconsistente. Atualmente considera-se a psicossomática como uma atitude de medicina integral, que concebe o ser humano como ser biopsicossocial e não propriamente como um ramo da psiquiatria. Compreende uma ideologia sobre a saúde, com suas práticas e suas doenças, um campo de pesquisas sobre esses fatos e, ao mesmo tempo, uma prática de uma medicina integral. Hoje a psicossomática estaria mais ligada à visão ideológica desse movimento e às pesquisas que se fazem sobre essas idéias: sobre a relação corpo-mente e sobre os mecanismos de produção de enfermidades, principalmente sobre os fenômenos do estresse²¹.

Atualmente Rigatelli (2002) sugere que a medicina psicossomática apresenta uma sólida tradição no campo da pesquisa. "Não está mais associada a um grupo específico de patologias, mas é considerada como um modo completo de olhar todas as condições patológicas"⁸.

Na ótica do Somatodrama Cristina Freire propõe que "os sintomas e doenças físicas podem ser compreendidos como cristalizações de material de Zonas de PCI excluídas com as quais a pessoa estabelece estreita vinculação compensatória, entrando assim em contato diretamente com as experiências cenestésicas vivenciadas quando ainda não tinha capacidade de vivenciá-las no plano psicológico e emocional... Assim quando falham os mecanismos psicológicos de resolução diante de um problema em estado de crise ou no rompimento de vínculo compensatório a doença se instala como a representação corporal da angústia"¹³.

A **somatização** propriamente dita tem sua definição contemporânea criada por Zbigniew Lipowski (1924-1997) que a descreveu como "uma tendência a experimentar e comunicar sofrimento somático em resposta a estresse psicossocial e buscar auxílio médico por isso"¹⁷.

"O termo foi gerado pela tradução científica em inglês do termo alemão *Organsprache* ("fala dos órgãos"), originalmente criado por Wilhelm Stekel

(1868-1940) no início do século XX, e que podia representar tanto a manifestação física com lesões orgânicas quanto sintomas físicos sem explicação médica, desde que gerados por conflitos psicológicos inconscientes”²⁰.

Para a psiquiatria clássica a somatização pode ocorrer:

- a) como um modo de se expressar como uma variação individual normal;
- b) indicando uma doença orgânica ainda não diagnosticada;
- c) como parte de outras patologias psiquiátricas, exemplo na depressão;
- d) como um transtorno somatoforme⁷.

Admite-se que qualquer pessoa possa somatizar, se certo limiar de desconforto psíquico for ultrapassado. Nos anos 1960 a escola francesa de Pierre Marty e Michel de M’Uzan desenvolve a idéia de que os indivíduos “psicossomáticos” se diferenciam dos demais pela pobreza do mundo simbólico, apresentam pouca elaboração psíquica, cunhando o termo “pensamento operatório”. A escola americana de Sifneos e Nemiah, em Boston nos anos 1970, identificou uma marcada dificuldade desses pacientes em descrever seus sentimentos utilizando para isto o termo “alexitimia”, através da junção dos étimos “a” (privação) + “lex” (leitura) + “timos” (emoções). Sami-Ali (1987) postula haver uma possível ligação entre organização da atividade do sonho e a doença orgânica ao ocorrer o desaparecimento total da atividade onírica do indivíduo⁹.

Victor Dias considera as somatizações como um dos mecanismos de defesa psíquica, “pelo qual um conflito psicológico passa a ser descarregado em um órgão do corpo, o que pode causar uma lesão nesse órgão, conforme a intensidade, a freqüência e o tempo de duração”²⁶.

Para ele o psiquismo desenvolve essa defesa com a finalidade de evitar o contato do Eu consciente (POD) com material psíquico excluído, armazenado na Zona de PCI, à semelhança dos demais mecanismos de defesa psíquicos (como os distúrbios funcionais, as defesas intrapsíquicas, as defesas conscientes, as defesas projetivas e as defesas dissociativas).

“Dessa forma o indivíduo não sente nem o conflito nem a angústia, mas sente dor, coceira, incômodo etc”¹⁷. Afirma que na somatização a angústia patológica fica deslocada para algum órgão do corpo, como uma estratégia do psiquismo garantir que a mesma não seja sentida e que passa a se manifestar sob a forma de sintomas físicos, provavelmente mais suportáveis para o indivíduo do que o contato direto com angústia do conflito psicológico que a originou.

Diferentemente de autores da Medicina Psicossomática que descrevem tipos psicológicos para cada tipo de doença Dias entende que as somatizações não estão ligadas a nenhum tipo específico de modelo psicopatológico, ou seja, são inespecíficas quanto ao tipo de pessoa em que se instalaram.

Acrescenta que essa defesa pode também surgir ao longo do trabalho das psicoterapias por Zona de Exclusão (psicoterapia por decodificação de sonhos, psicodrama interno ou sensibilização corporal) na medida em que através dessas técnicas façam-se emergir conteúdos mais profundos e, portanto mais conflitados, pelos quais o psiquismo fica sobreacarregado sobremaneira e encontra dificuldades em integrar aquele material ao POD²⁶.

Classificação

CLASSIFICAÇÃO

A partir da visão exposta acima Victor Dias sugere uma classificação que considera a relação entre a somatização e a produção de lesão física ou não, sobre o órgão alvo da somatização.

Como não há estudos contundentes comprovando a etiologia psicológica dessas enfermidades considera o tipo de resposta que as doenças podem apresentar ao trabalho psicoterápico como critério para agrupá-las.

Entende que nessas doenças a angústia patológica não está mobilizada, mas somatizada.

Associa a existência ou não de lesão orgânica à resposta obtida na psicoterapia para caracterizar cada grupo.

As doenças foram relacionadas a guisa de exemplo, como forma de facilitar a compreensão sobre que tipo de paciente pode se beneficiar das intervenções. Não temos a pretensão de esgotar o tema nem a totalidade do universo dessas patologias. Procuramos descrever apenas as mais freqüentes na prática clínica e com maior probabilidade de surgir na rotina do psicoterapeuta.

A. Quando a somatização do conflito é a causa da doença. Nesses casos, quando o conflito intrapsíquico vem para a esfera do psicológico, através do processo psicoterapêutico, a angústia do conflito deixa de ser descarregada no órgão, existe uma remissão total das lesões e o órgão fica liberado da doença. Isto evidencia que as lesões eram diretamente causadas pela somatização.

São causas comuns de doenças dermatológicas, do aparelho digestivo, ósteo-articular, neurológico entre outras. Exemplos:

- **Alopecia areata:** é caracterizada pela perda rápida, parcial ou total de pêlos em uma ou mais áreas do couro cabeludo ou ainda em áreas como barba, sobrancelhas, púbis, etc. O renascimento dos pêlos pode ocorrer espontaneamente em alguns meses. Em alguns casos a doença progride, podendo atingir todo o couro cabeludo (alopecia total) ou todo o corpo (alopecia universal). Pode acometer tanto homens como mulheres. Entre as possíveis causas estão uma predisposição genética que seria estimulada por fatores desencadeantes, como o estresse emocional e fenômenos auto-imunes¹.
- **Bursites:** Inflamação da bursa, pequena bolsa contendo líquido que envolve as articulações e funciona como amortecedor entre tendões, músculos e ossos que as compõem. Os locais mais afetados são as articulações dos ombros, cotovelos, quadris e joelhos. Ela ocorre mais freqüentemente no ombro devido à grande quantidade de bursas ali existentes. Dentre suas causas figuram os traumatismos e infecções, lesões por esforço, uso excessivo das articulações, movimentos repetitivos, artrite e gota (distúrbio do metabolismo das proteínas). Também podem estar associados fatores emocionais que levem a uma tensão crônica na articulação, por estresse, com possível desenvolvimento do processo inflamatório característico. O paciente sente dor e restrição dos movimentos, podendo haver formação de inchaço no local^{5, 18}.
- **Cefaléia Tensional:** comprehende as dores de cabeça secundárias a contração constante da musculatura da cabeça e pescoço decorrente de tensão ou estresse emocional prolongado. A persistência da contratura

leva à constrição dos vasos sanguíneos locais o que provoca isquemia (falta de irrigação sanguínea no local). Segue-se uma dor insistente na região occipital que freqüentemente se irradia em faixa em torno da cabeça, provocando aumento da sensibilidade do couro cabeludo. Em geral surge ao final de um dia de trabalho estressante e tende a desaparecer após um período de relaxamento. Se o estresse continuar em situações subseqüentes, como no ambiente familiar, por exemplo, a dor persistirá noite adentro, aos finais de semana e férias¹⁵.

- **Dermatite atópica:** é um transtorno crônico e recorrente da pele que se caracteriza por lesões com vermelhidão, prurido (coceira) intenso e, freqüentemente, ressecamento em diferentes partes do corpo, que se apresenta em episódios agudos, por tempos e intensidade variáveis e, geralmente, também com períodos sadios de duração variável. Além disso, se caracteriza por manifestar uma reatividade muito alta da pele a estímulos físicos e irritantes diretos, e uma maior suscetibilidade a certo tipo de infecções cutâneas, como por exemplo, a fungos ou ao estafilococo (bactéria natural da pele humana). Essas pessoas são portadoras de pele muito delicada ou sensível. Tem-se podido demonstrar uma tendência genética hereditária nesta doença, freqüentemente ligada a outras doenças, tais como Asma Brônquica e Rinite Alérgica. Por isso se aventa a possibilidade de demonstrar a participação de reações alérgicas como a causa da grande maioria dos casos com este transtorno, ainda que se tenha de esclarecer outros muitos fatores que influenciam sua evolução e severidade. Anteriormente era conhecida como "*Neurodermatitis*", sugerindo que este tipo de pele teria uma reação anormal a certos estímulos cutâneos, devido a alterações nas terminações nervosas sensitivas. Essas terminações nervosas normalmente controlam, por exemplo, a sudorese, a dilatação dos capilares ou a secreção das glândulas sebáceas da pele. Atualmente se sabe, que, ainda que o estresse ou as emoções intensas possam exacerbar ou produzir um novo brote de dermatites, isto não quer dizer que esta seja a causa do transtorno em si. O estresse é mais um dos fatores que influenciam neste transtorno, assim como também o são o excesso de suor, de sol, de frio, o roce com roupas ásperas, o contacto direto com sustâncias irritantes como os solventes, sabões, detergentes, combustíveis, e certos metais¹⁸.
- **Dermatite Seborreica:** Trata-se inflamação crônica da pele que surge em indivíduos geneticamente predispostos. As erupções cutâneas características da doença ocorrem predominantemente nas áreas de maior produção de oleosidade pelas glândulas sebáceas. A causa é desconhecida, mas a oleosidade excessiva da pele juntamente e a presença do fungo *Pityrosporum ovale* estão envolvidos no desenvolvimento da doença. A maior atividade das glândulas sebáceas

ocorre sob a ação dos hormônios masculinos (androgênios), por isso, o início dos sintomas ocorre geralmente após a puberdade. Nos recém-nascidos também podem ocorrer manifestações da doença, normalmente devido a algum nível de androgênio materno ainda presente no sangue da criança. Tem caráter crônico, com tendência a períodos de melhora e de piora. A doença costuma se agravar no inverno e em situações de fadiga ou estresse emocional prolongado¹⁸.

- **Enxaqueca:** caracteriza-se por uma dor de cabeça paroxística e recorrente, acompanhada por alterações visuais como “moscas volantes” (pontinhos pretos na visão) e/ou náuseas e vômitos provocados por alterações na circulação arterial craniana. Fatores familiares, conflitos emocionais graves e estresse inespecífico estão fortemente associados ao desencadeamento de crises dolorosas¹⁵.
- **Hiperidrose:** é a produção de suor excessiva principalmente nas axilas, palmas das mãos e plantas dos pés desencadeada por fatores emocionais. Costuma ser a exteriorização de forte ansiedade. Difere da sudorese por elevação da temperatura que é mais evidente na testa, pescoço, tronco, dorso das mãos e antebraços. A produção crônica de suor pode levar a lesões de pele como erupções, bolhas e infecções que predispõem a outras afecções dermatológicas não relacionadas diretamente ao estresse¹⁵.
- **Fibromialgia:** refere-se a uma condição dolorosa generalizada e crônica. É considerada uma síndrome porque engloba uma série de manifestações clínicas como dor generalizada por um período maior que três meses, a presença de pontos dolorosos típicos (chamados “trigger points”), fadiga, indisposição e distúrbios do sono. Atinge principalmente mulheres em idade fértil (80 a 90% dos casos), numa incidência de aproximadamente 5% da população geral. Atualmente classifica-se a fibromialgia como uma forma de reumatismo associada à da sensibilidade do indivíduo frente a um estímulo doloroso e por envolver músculos, tendões e ligamentos. Porém não acarreta deformidade física ou outros tipos de seqüela. Pode prejudicar sobremaneira a qualidade de vida e o desempenho profissional do paciente. Não existem exames complementares que por si só confirmem o diagnóstico. Pode estar associada à presença do distúrbio funcional de diarréia psicogênica (síndrome do cólon irritável). Diferentes fatores, isolados ou combinados, podem favorecer as manifestações da fibromialgia, dentre eles doenças graves, traumas emocionais ou físicos e mudanças hormonais^{5,18}.
- **Lombalgia:** dor na região lombar, lombo-sacra ou sacro-ilíaca provocada por diversos fatores. Pode ser classificada em aguda e crônica, sendo que a aguda geralmente dura menos de três meses. Pode ser causada por esforços repetitivos, excesso de peso, pequenos traumas, condicionamento físico inadequado, erro postural ou posição não ergonômica no trabalho. No entanto, quando a magnitude da dor é desproporcional ao fator desencadeante e provoca reações emocionais excessivas como ansiedade e até depressão, em geral, está ligada a

defesa de somatização¹⁵. Já a forma crônica dura mais de três meses, tem períodos de melhora e piora e pode ser causada por doenças infecciosas, metabólicas, tumores, enfraquecimento da musculatura, osteoartrose da coluna, osteofitose (bico de papagaio) e osteoporose, que são causas também relacionadas à idade. Com o passar do tempo as articulações da coluna vão se desgastando, podendo levar à degeneração dos discos intervertebrais (hérnia de disco). Pode ser influenciada ainda por deficiência ou má qualidade crônica do sono, fadiga, falta de exercícios e fatores psicossociais²³.

- **Retocolite Ulcerativa:** inflamação da mucosa do intestino grosso (cólon) e do reto sigmóide fazendo com que a mesma se apresente inflamada, vermelha, coberta de muco e com ulcerações. Seus principais sintomas são cólicas abdominais e diarréia com presença de muco (catarro) e sangue nas fezes. Pode evoluir para formação de pseudopólipos (pequenos tumores benignos) na sua forma crônica. Há também uma forma fulminante e letal chamada megacôlon tóxico⁵. A incidência familiar, fatores genéticos e inabilidade em lidar com situações de tensão emocional crônica estão diretamente ligados ao surgimento dessa patologia. Está também intimamente relacionada à síndrome do cólon irritável¹⁵.
- **Tensão pré-menstrual ou Transtorno disfórico pré-menstrual:** caracteriza-se por alterações subjetivas cílicas de humor e do senso de bem-estar geral físico e psicológico correlacionadas com o ciclo menstrual. Os sintomas se iniciam logo após a ovulação e aumentam gradativamente até atingirem o máximo de intensidade nos cinco dias que antecedem a menstruação. São apontados como responsáveis pela sintomatologia fatores psicológicos, sociais e biológicos como alterações hormonais de estrogênios, androgênios e prolactina além do envolvimento de agentes opiáceos endógenos (produzidos pelo próprio corpo) e a produção de prostaglandinas pela musculatura uterina¹⁵.
- **Úlcera Gástrica:** é uma perda de tecido, bem circunscrita, que atinge principalmente a mucosa, a submucosa e a camada muscular do tubo digestivo exposto ao suco gástrico. As localizações mais comuns são a porção inferior do esôfago, o estômago ou a primeira porção do duodeno. Além da dor abdominal epigástrica de forte intensidade caracteriza-se por hemorragias contínuas para dentro do trato gastrointestinal, visualizadas pelo surgimento de melenas (fezes escuas como “borra de pó de café”). A ruptura de uma úlcera pode criar uma comunicação anormal entre o trato gastrointestinal e a cavidade peritoneal caracterizando uma emergência médica potencialmente letal⁵. As teorias atribuem ao estresse físico e/ou emocional e à ansiedade a produção exagerada de suco gástrico e de pepsina, que sobrepostas à infecção pela bactéria *Helicobacter pylori* levam à ulceração da mucosa¹⁵.

- **Urticária:** caracteriza-se pelo surgimento relativamente agudo de lesões avermelhadas (eritematosas), papulosas (em relevo elevado), numa área de pele circunscrita, que desaparece à pressão digital e se acompanha de prurido (coceira). Aparece de repente e pode desaparecer rapidamente em uma ou duas horas, podendo também durar até 24 horas. Freqüentemente se apresenta em grupos de manchas e aparecem novas manchas enquanto outras desaparecem. Era considerada uma doença essencialmente alérgica secundária à ingestão de certos alimentos ou medicamentos, mas o enfoque moderno deste problema aponta para causas alérgicas e não alérgicas. Quando permanece ativa por 6 semanas ou mais é denominada Urticária Crônica e tende a permanecer por longo tempo num eterno vai-e-vem das crises (em termos médios cerca de 5 anos). É uma doença de origem multifatorial, envolvendo células sanguíneas (mastócitos, linfócitos e eosinófilos) e estruturas protéticas (histamina) que se distribuem na constituição da pele, cujo mecanismo inflamatório não depende exclusivamente do envolvimento da pele, mas sim do organismo geral ¹⁸. Parece ser decorrente de um desequilíbrio entre esses fatores ocasionado por fatores emocionais, chegando a até 80% dos casos segundo alguns estudos (Diniz Moreira, 1983), in Melo Filho ²¹.

B. Quando a somatização do conflito emocional desencadeia e/ou agrava o curso de uma doença física, mas que não pode ser atribuída como uma de suas causas. Dias propõe que se agrupem aqui as doenças de auto-agressão. Podem figurar também algumas doenças infecciosas.

Como resposta à psicoterapia quando o conflito intrapsíquico vem para o psicológico ocorre uma redução nas crises de agudização dos sintomas, porque o conflito passa para a esfera psíquica e a angústia deixa de ser descarregada no corpo.

Há uma melhora na freqüência das crises tendendo a se tornar mais brandas e espaçadas. A resposta às medicações costuma ser mais eficiente, porém não se pode falar em cura porque a doença não desaparece do órgão comprometido, mas passa a se manifestar de maneira menos agressiva e/ou menos constante.

É o que ocorre nas doenças auto-imunes como:

- **Artrite Reumatóide:** é uma doença inflamatória crônica sistêmica que afeta as articulações e outros órgãos. A causa é desconhecida e não possui nenhum teste diagnóstico específico. O American College of Rheumatology estabeleceu como critério para o diagnóstico a observação contínua, por 6 semanas ou mais, de pelo menos 4 dos 7 critérios seguintes : a rigidez articular matinal com duração maior ou igual a 1 hora; edema (inchaço) de 3 ou mais articulações; edema das articulações das mãos interfalangeanas (dedos) e/ou metacarpo falangeanas (punho); edema simétrico (bilateral) dos tecidos moles periarticulares; presença de nódulos subcutâneos; teste para Fator reumatóide no sangue positivo; erosões articulares e/ou periarticulares com diminuição da densidade óssea, nas

mãos ou pulsos, observadas em exames radiológicos. Seu aparecimento ocorre entre a 4^a e 6^a década de vida (exceto a forma juvenil). As mulheres são mais freqüentemente acometidas que os homens (2 a 3 vezes). Sua etiologia permanece desconhecida e os pesquisadores tentam 3 pontos de investigação: os fatores genéticos, anormalidades autoimunes e uma infecção microbiana aguda ou crônica como gatilho para a doença. Os fatores emocionais modulam a intensidade e freqüência das crises ^{2, 15}.

- **Asma e bronquite psicogênicas:** fazem parte do capítulo das Doenças Pulmonares Obstrutivas que envolvem uma resposta inflamatória do aparelho respiratório que acaba por levar à obstrução da passagem do ar pelas vias aéreas inferiores. Ocorre devido a múltiplos estímulos que desencadeiam uma hiper-reatividade da musculatura que envolve as vias menores (brônquios e bronquíolos) resultando no estreitamento dessas vias de passagem, podendo obstruí-las parcial ou totalmente. Como resultado desse processo a pessoa apresenta dispnéia (falta de ar) que é sentida como mais acentuada na expiração. Pode se reverter espontaneamente ou necessitar de tratamento medicamentoso. Devido à repetição dos episódios pode levar a lesões residuais que se acumulam como seqüelas (esclerose) levando à cronicidade do quadro ^{15, 18}. Embora muitos dos fatores desencadeantes das crises de falta de ar sejam componentes alérgicos parece haver uma forte influência dos fatores emocionais no seu desencadeamento, tanto que alguns psicanalistas descreveram tipos de personalidade de “caráter asmático” que delineava o perfil desses pacientes ^{11, 15}.
- **Doença de Crohn:** é uma doença crônica que causa inflamação do intestino delgado, geralmente da parte inferior do intestino delgado, no chamado íleo. Também pode afetar qualquer parte do trato digestivo, da boca ao ânus. É sinônimo de ileite ou enterite. A inflamação pode causar dor e levar a evacuações freqüentes, resultando em diarréia. Seu diagnóstico pode ser difícil porque os sintomas são semelhantes aos de outros distúrbios intestinais, como por exemplo, a Síndrome do Côlon Irritável e a Retocolite Ulcerativa. Sua causa ainda não é conhecida. Fatores ambientais, alimentares, genéticos, imunológicos, infecciosos e raciais têm sido exaustivamente investigados como possíveis causadores da patologia. Uma das teorias mais populares é a imunológica em que o organismo reagiria a algum vírus ou bactéria, causando inflamação contínua do intestino, sob clima de forte tensão emocional ^{5, 18}.
- **Doença de Raynaud:** também chamado de “fenômeno de Raynaud” está associado à contração de pequenas artérias e arteríolas da pele fazendo com que ela se apresente com alterações na sua coloração e temperatura, characteristicamente nas extremidades dos dedos das mãos e pés. Inicialmente surge como palidez e esfriamento da pele devido à redução brusca da circulação sanguínea local, associados ou não a dor, seguidos por arroxeamento (cianose) e amortecimento ou formigamento intermitentes, às vezes entremeados por rubor (avermelhamento) e calor reflexos. Pode ser precipitado ou agravado por baixas temperaturas e muitas vezes associado a doenças arteriais obstrutivas. Algumas descrições atribuem o desencadeamento das crises a situações de tensão emocional e estresse externo ^{15, 18}.

- **Lúpus Eritematoso Sistêmico:** Moléstia de origem desconhecida é caracterizada clinicamente por cansaço, perda de peso, febre, dores musculares e articulares, anemia e queda do número de glóbulos brancos sanguíneos (leucopenia) e freqüentemente surge lesão característica, avermelhada e bem delimitada na pele da região da face, em forma de asa de borboleta (erupção cutânea eritematosa). Ocorre por alterações fundamentais no sistema imunológico da pessoa, atingindo predominantemente mulheres em qualquer idade, mas com incidência maior entre 16 e 55 anos. O corpo desenvolve anticorpos que reagem contra células normais podendo atingir a pele e causar lesões irreversíveis nas articulações, nos olhos e rins entre outras. Evolui através de períodos de exacerbação dos sintomas seguidos por remissão da doença (fase inativa). O fenômeno de Raynaud é comum nessas pessoas. A maioria dos casos ocorre esporadicamente, indicando que fatores genéticos e ambientais têm um papel importante na determinação da doença, além do estresse como freqüente disparador do processo^{15,18}.
- **Miastenia gravis:** doença que afeta grupos musculares do corpo causando fraqueza e fatigabilidade a partir da movimentação progressiva daquela musculatura. Atinge especialmente grupos musculares responsáveis pela movimentação dos olhos, músculos extra-oculares, causando queda das pálpebras (ptose palpebral) e/ou visão dupla (diplopia) comprometendo a leitura ou o dirigir veículos, por exemplo. Quando afeta aqueles envolvidos na deglutição causa dificuldades no mastigar e engolir alimentos associados ou não a problemas na fala. Com sua evolução pode também atingir a musculatura envolvida na respiração ocasionando dificuldade respiratória grave e morte. É uma doença auto-imune provocada pela produção de anticorpos que lesam receptores situados na região da membrana das células musculares que recebe a transmissão do impulso nervoso para se movimentar, denominada placa mio-neural. Devido ao fenômeno da produção de auto-anticorpos muitas vezes está associada a outras doenças causadas por mecanismo semelhante como a tireoidite auto-imune ou o lúpus eritematoso sistêmico. Pode surgir em qualquer idade, porém quando se inicia em adultos jovens é três vezes mais comum em mulheres que em homens e quando começa na terceira idade afeta igualmente tanto homens como mulheres. Como nas demais doenças auto-imunes pode ser agravada por estressores emocionais¹⁸.
- **Psoríase:** doença inflamatória da pele, crônica, caracterizada pelo aparecimento de placas vermelhas, cobertas de escamas imbricadas branco-prateadas. Atinge especialmente as superfícies de extensão do corpo e do couro cabeludo. Patologistas do Hospital Saint Louis, de Paris (Ortonne e colaboradores), afirmam que a Psoríase é uma dermatose inflamatória resultante de um equilíbrio epidérmico anormal, caracterizado pela proliferação exagerada e diferenciação anormal dos queratinócitos (células da epiderme responsáveis pela produção de queratina), e também por uma ativação anormal do sistema imunológico. As escamas em placas que cobrem as lesões da Psoríase são compostas de células mortas e a vermelhidão das lesões é causada pelo aumento da irrigação sanguínea nesse local para favorecer, indevidamente, o crescimento rápido de novas células. A questão emocional atua como um dos fatores desencadeantes

da Psoríase em pessoas com predisposição genética para a doença. Fala-se em componente genético porque cerca de 30% das pessoas que têm Psoríase também têm familiares acometidos por ela. A Psoríase não é uma doença contagiosa, portanto não há necessidade de evitar o contato físico com outras pessoas, apesar das lesões apresentarem características às vezes repulsivas^{5, 18}.

- **Tireoidites auto-imunes:** Corresponde a um grupo de doenças em que o corpo passa a produzir anticorpos contra estruturas da glândula tireóide resultando numa produção hormonal alterada. Quando se trata de uma síndrome clínica resultante da produção elevada de hormônio da tireóide produz clinicamente nervosismo, taquicardia e palpitações, ansiedade acompanhada por fadiga, tremores finos, olhar vago, sudorese aumentada e retardo do movimento de piscar os olhos. Esse processo se chama hipertireoidismo, pode levar semanas para se apresentar, como na **Doença de Graves**, em que o paciente pode manifestar, no início do quadro, afeto embotado, labilidade emocional, perda de peso e fraqueza muscular que pode afetar as funções cardiovasculares com arritmias ou insuficiência cardíaca. Outras vezes chega a provocar um fenômeno chamado “**tempestade tireoidiana**” ou tireotoxicose que se constitui num quadro mais agudo e grave manifesto por febre, rubor, sudorese, taquicardia intensa podendo levar a quadros de arritmia cardíaca severa, agitação psicomotora acentuada e delírios, culminando em coma. Diarréia, náuseas e vômitos podem também acompanhar esses episódios¹⁸. Outra doença que se inaugura com quadro semelhante, mas que evolui gradualmente para a diminuição até a suspensão total da produção hormonal da tireóide é a **tireoidite de Hashimoto**. Esta decorre da Inflamação persistente e lenta da glândula resultando freqüentemente em hipotireoidismo, situação oposta ao hipertireoidismo. Caracteriza-se por fadiga, lentidão motora e do pensamento, fraqueza, intolerância ao frio, queda de cabelos, pele seca, ganho de peso, constipação intestinal, dores musculares e irregularidade menstrual. Comumente é confundida com quadro de depressão. Pode ocorrer em qualquer faixa etária sendo mais comum entre mulheres de meia idade. Não raramente está associada com outros distúrbios endócrinos auto-imunes como diabetes melito, doença de Addison, hipoparatireoidismo, hipopituitarismo, entre outros. Com incidência de 1:10.000 pessoas tem como fatores de risco a herança genética e predominância no sexo feminino. À semelhança das demais doenças auto-imunes, sofre grande influência do estado emocional e comumente pode ser desencadeada por situação de forte estresse psicológico¹⁸.
- **Tonturas, vertigem e labirintite:** são termos usados como correlatos, porém são manifestações de diferentes problemas de saúde cujo denominador comum é alguma alteração no equilíbrio do corpo. Podem ser a expressão de outros sintomas como dor de cabeça, a sensação que antecede um desmaio, uma falha na visão, debilidade fugaz nas pernas, uma leve sensação de náuseas, desorientação no espaço ou confusão mental entre outros. No entanto, tontura é a sensação errônea de movimento do nosso corpo em relação ao ambiente ou deste em relação ao nosso corpo. Quando esta sensação adquire característica rotatória é chamada vertigem. Muitas vezes, os quadros de vertigens são acompanhados de náuseas e vômitos e, quando muito intensos, de uma

sensação angustiante de morte iminente. No entanto são sintomas de alguma doença.

Já a labirintite é uma doença específica, com origem no labirinto, órgão posicionado junto ao ouvido interno responsável pelas informações sobre a orientação espacial e pelo equilíbrio do corpo, cujo quadro clínico se apresenta por tontura, náusea e vertigem.

Todos esses problemas podem alcançar grande desconforto a ponto de causar prejuízos à atividade diária e a qualidade de vida da pessoa. Sintomas de desequilíbrio costumam provocar insegurança física e psíquica que podem desencadear ou agravar quadros de ansiedade e depressão. Suas causas vão desde problemas circulatórios como a hipertensão, alterações das vias de condução neurológica do equilíbrio ou da visão, transtorno de ansiedade ou outras patologias psiquiátricas, secundária ao uso de medicamentos, de infecções, disfunções da articulação temporo-mandibular ou mesmo ter origem genética. O tratamento envolve medicamentos sintomáticos, os específicos para a doença de base e a psicoterapia com o foco na possível defesa de somatização, que pode agravar ou mesmo desencadear alguma das patologias associadas citadas¹⁸.

- **Vitiligo:** doença caracterizada pela perda da coloração natural da pele que se manifesta por manchas mais claras que a pele normal, que vão se tornando mais acentuadas, cujas bordas vão escurecendo, tomando formas e dimensões variáveis. Com tendência a se localizarem de maneira simétrica podem assumir a forma localizada, se restringirem a um segmento do corpo ou chegarem à forma universal, atingindo toda extensão da pele. Acomete de 1 a 2% da população em geral e pode ocorrer em qualquer idade, sem predominância quanto ao sexo, sendo que mais da metade dos casos surge antes dos 20 anos de idade. A predisposição genética parece estar presente em 30% dos casos, porém outras teorias levantam possíveis causas neuro-hormonais, químicas e auto-tóxicas. No entanto as maiores evidências apontam para processos auto-imunes, ao evidenciarem nas lesões o desaparecimento das células produtoras do pigmento que dá o tom da pele do indivíduo, a melanina, caracterizada pela ausência destas células na epiderme desses pacientes. Os fatores mais freqüentemente associados como desencadeantes são os eventos psicológicos traumáticos, além de doenças específicas, queimaduras ou ferimentos. Talvez isto explique sua associação com tireoidite de Hashimoto, diabetes, lúpus eritematoso sistêmico, miastenia gravis entre outras¹⁸.

Entre as doenças de origem infecciosa podemos citar:

- **Herpes genital e labial:** de origem infecciosa a forma genital é doença considerada sexualmente transmissível. A pessoa contrai o herpes vírus simples tipo 2 (HSV-2) através do contato direto com secreções infectadas, na região genital pertinente ao tipo de atividade sexual praticada. A população sexualmente ativa de maior risco figura nas estatísticas americanas na faixa etária de 14 a 29 anos. Após 2 a 7 dias de incubação o vírus se replica no interior das células do epitélio que recobre o órgão (pele dos genitais externos e períneo, mucosa vaginal, do colo

uterino e/ou do ânus) rompendo-as, formando vesículas com líquido transparente em seu interior, tornando o local inchado, avermelhado e doloroso. Os linfonodos locais (gânglios linfáticos) aumentam de volume ficando igualmente dolorosos. Persistem por 7 a 14 dias, acompanhadas por febre e mal-estar à época da infecção. Desaparecem espontaneamente. Após algum tempo de latência em que permanece inativo o vírus volta a se multiplicar, a partir de um reservatório que estabelece em um gânglio nervoso da região acometida, e passa a se manifestar periodicamente, em surtos recorrentes, precipitados por estressores psicológicos e/ou físicos, como quadros depressivos ou menstruação por exemplo. Muitas das vezes o ressurgimento das lesões é caracteristicamente precedido por alteração da sensibilidade local, como formigamento ou queimação. Nesses pacientes os benefícios da psicoterapia são de grande utilidade na prevenção das crises de recidiva das lesões. A forma labial é igualmente de origem infecciosa através do contato direto com lesões em torno da boca de outra pessoa e se desenvolve de maneira semelhante ao herpes genital, porém em gânglios linfáticos cranianos. Tem comportamento de surgir em crises desencadeadas por estresse físico e/ou emocional e se beneficia igualmente das intervenções psicoterápicas¹⁸.

- **Tuberculose:** doença contagiosa, transmitida de um doente com a doença pulmonar cavitária (lesão que destrói parte do pulmão formando verdadeiras cavidades em seu interior), por via respiratória, para pessoa suscetível e que nunca tenha sido contaminada pelo agente *Mycobacterium tuberculosis*. De início insidioso se manifesta por sudorese noturna ou calafrios e fadiga. Metade dos pacientes apresenta febre baixa, tosse por períodos prolongados e catarro com sangue (hemoptise). Os grupos populacionais mais vulneráveis são os lactentes, crianças, adolescentes e os idosos. Pode se manifestar sob formas extrapulmonares como a tuberculose meníngea, a miliar(disseminada por um ou mais órgãos), a óssea e a articular. Doenças que deprimam o sistema imunológico, em especial as que afetam a imunidade celular como AIDS, por exemplo; doenças metabólicas como diabetes melitus; outras doenças concomitantes como sarcoidose, silicose e condições médicas prévias como gastrectomia, alcoolismo entre outras podem contribuir para a progressão da tuberculose¹⁹. Henry Ey ressalta a influência da “*perda do principal apoio afetivo nos meses que precedem o início da tuberculose pulmonar*” referindo-se às pesquisas que demonstram a magnitude dos fatores emocionais no desenvolvimento desta doença¹¹. Kaplan aponta que o início e/ou o agravamento da doença está comumente associado a estresse agudo ou crônico¹⁵.

C. Quando a somatização do conflito emocional apenas agrava uma doença pré-existente. É o que costuma acontecer nas doenças crônicas e/ou incuráveis. Nestas geralmente o paciente tem dificuldade em se tratar, em se responsabilizar pelo tratamento e segui-lo a contento, a despeito das consequências prejudiciais à evolução do processo. Como no trabalho da psicoterapia o conflito vem para o psicológico, há melhora da resposta às medicações e maior receptividade do paciente ao tratamento clínico e/ou cirúrgico de que venha a necessitar. Melhora significativamente a aderência ao tratamento. O doente fica mais disponível para se tratar apesar de continuar doente. São doenças em que a herança genética e/ou os fatores ambientais atuam como seus determinantes, mas os aspectos emocionais exercem um papel preponderante como coadjuvantes em sua evolução.

Enumeramos algumas das doenças mais freqüentemente encontradas nessas circunstâncias:

- **AIDS:** A síndrome da imunodeficiência adquirida (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) é a denominação de um conjunto de distúrbios causados pela disfunção do sistema de defesa contra infecções do organismo, resultante da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV - *Human Immunodeficiency Virus*). O HIV destrói os linfócitos T, células responsáveis por parte das defesas do organismo, tornando a pessoa vulnerável a outras infecções e doenças oportunistas, assim chamadas por surgirem nos momentos em que o sistema imunológico do indivíduo está enfraquecido. A transmissão do vírus se dá através de contato sexual ou sangue contaminado (transfusão de sangue e derivados, uso compartilhado de drogas injetáveis ou da mãe para o filho durante a gestação, parto ou amamentação). A infecção pelo HIV pode ser dividida em quatro fases clínicas: 1) infecção aguda; 2) fase assintomática ou de latência clínica; 3) fase sintomática inicial e 4) AIDS. Nas fases de infecção e assintomática o vírus pode ficar silencioso e incubado por muitos anos e a pessoa infectada não apresenta nenhum sintoma ou sinal da doença. O período entre a infecção pelo HIV e a manifestação dos primeiros sintomas da AIDS irá depender, principalmente, do estado de saúde da pessoa¹⁸. Como nas demais doenças que envolvem o sistema imunológico, a produção de anticorpos e demais fatores de defesa do organismo, também nesta doença são diretamente influenciados pelo estado emocional do indivíduo. Daí a importância da abordagem psicoterápica adequada e eficiente, atrelada ao tratamento medicamentoso, no sentido de retardar ao máximo o desencadeamento da fase sintomática. E uma vez manifesta a doença se aplica como importante coadjuvante para promover a aderência ao tratamento, realização dos inúmeros exames de controle e diagnósticos, além de auxiliar na manutenção das condições de saúde do indivíduo como agente preventivo às infecções oportunistas. Cabe salientar que a psicoterapia ocupa papel fundamental nas diversas fases da doença na medida em que aborda os aspectos psicossociais implicados nessa patologia em especial. Por ser uma doença de transmissão sexual, historicamente vinculada a condutas socialmente reprováveis (homossexualidade, promiscuidade sexual, drogadição, prostituição) ainda hoje carrega os estigmas que a acompanham desde o início da epidemia. Essas questões desencadeiam forte angústia circunstancial no paciente.

Além desta se sobrepõe uma angústia existencial, visto que terá que rever seu projeto de vida em função de suas condições de saúde e psicossociais, alteradas desde o diagnóstico da infecção e complicadas pelo posterior surgimento da doença. Ao superar esses obstáculos abre-se a possibilidade da auto-aceitação, o que muito colabora para o auto-cuidado e auxilia nas questões da re-inserção afetiva junto a seus pares, seja no âmbito familiar, de amizades, profissional como socialmente.

Muitas vezes os empecilhos são impostos pelo próprio doente, uma vez deflagrada sua angústia patológica. A partir da detecção desta dá-se início ou seguimento ao processo de psicoterapia, independente da condição de ser portador do vírus ou já ter manifesto a doença.

- **Cardiopatias:** doenças que acometem o coração sejam de origem primária ou do próprio órgão, como as decorrentes da má formação de suas estruturas durante a gestação (cardiopatias congênitas); de problemas inerentes ao músculo cardíaco em si (cardiomiopatias); de alterações da condução do estímulo elétrico cardíaco (arritmias cardíacas); de problemas dos vasos que irrigam o músculo cardíaco (coronariopatias); ou secundárias de doenças em outros órgãos e sistemas que afetam o funcionamento cardíaco por causarem sobrecarga do mesmo, como acontece na má formação dos grandes vasos sanguíneos; moléstias pulmonares com repercussão cardíaca (asma, enfisema, hipertensão pulmonar); doenças renais (hipertensão arterial, insuficiência renal); doenças metabólicas, hormonais, tumorais ou infecciosas (diabetes melitus, tireotoxicose, feocromocitoma, doença de Chagas, etc.). Clinicamente o paciente apresenta falta de ar progressiva aos esforços, fraqueza e indisposição, inchaço dos membros inferiores que costuma piorar ao final do dia. Com a piora da função cardíaca a falta de ar vai se intensificando até se fazer presente mesmo com a pessoa em repouso e o inchaço progride até atingir todo o corpo. O tratamento depende da origem e das doenças associadas, o que compromete significativamente a qualidade de vida do indivíduo. A estabilidade emocional contribui significativamente para o enfrentamento da doença em si assim como auxilia na aderência e na resposta aos tratamentos instituídos¹.
- **Diabetes mellitus:** doença devido à produção insuficiente ou inadequada de insulina pelo pâncreas. A insulina é o hormônio que promove a utilização da glicose (tipo de açúcar) circulante no sangue pelas células do corpo. Clinicamente a doença se apresenta pela excessiva eliminação de urina (poliúria) e por sede intensa (polidipsia). Com a evolução a doença atinge secundariamente o metabolismo das gorduras e das proteínas promovendo perda de peso, apesar do aumento da ingesta alimentar, cansaço, abatimento físico e um característico hálito cetótico (cheiro de maçã verde). Devido a essa falha hormonal a glicose vai se acumulando na corrente sanguínea, além dos níveis adequados, até chegar ao quadro comumente inaugural da doença, de hiperglicemia (excesso de açúcar no sangue) e coma que se não detectado a tempo pode ser fatal. Cronicamente, devido à deposição de subprodutos do metabolismo alterado dos carboidratos nos pequenos vasos de todo corpo, provoca micro-infartos por obstrução dos pequenos vasos arteriais podendo causar

nos olhos cegueira (retinopatia diabética), nos pés ulcerações que levam freqüentemente a amputações de membros inferiores, além de problemas neurológicos (neuropatia diabética). Ao longo do tempo provoca progressiva má circulação arterial nos rins que culmina com quadros terminais de insuficiência renal. Existem dois tipos principais de diabetes mellitus. O tipo I que acomete pessoas jovens e crianças é devido à inexistente ou baixa produção de insulina, tem moderada influência genética (50% dos casos) e geralmente é precipitado por resposta auto-imune decorrente de infecção por vírus, toxina associados e/ou fatores psicológicos. O tipo II geralmente ocorre em pessoas acima de 40 anos e se deve ao fato da insulina não conseguir agir apesar de sua produção ser normal, o que é chamado de resistência periférica à insulina; tem grande influência genética (80 a 100% dos casos) e geralmente está associado à obesidade e ao avanço da idade. Ambos os tipos são suscetíveis às variações emocionais, em especial os pacientes com o tipo I, o que faz com que a psicoterapia seja coadjuvante importantíssimo às medidas clínicas^{15, 18}.

Clouse e cols (2003) apontam que também a depressão pode ser um importante fator de risco para o desencadeamento da diabetes, principalmente no tipo 2, sugerindo que o estado depressivo provoca uma alteração hormonal capaz de provocar o diabetes .

- **Hipertensão arterial:** Corresponde ao aumento da pressão sanguínea acima dos valores estabelecidos como normais para a manutenção da vida. Pode ser ocasionado por alguma doença física de base como doenças renais, vasculares, alterações hormonais ou por decorrência de uso de medicamentos ou drogas. Nessas circunstâncias é denominada de hipertensão secundária. Porém existe um significativo número de casos (20% de algumas estatísticas americanas) em que não se detecta nenhuma causa orgânica que explique sua ocorrência, sendo então chamada de hipertensão primária ou essencial. Nesses casos o que se aventa é a possibilidade de um desequilíbrio entre os vários fatores de regulação pressórica. Entre eles os fatores emocionais atuam de maneira importante. Podem participar diretamente como desencadeantes de crises hipertensivas, na vigência ou após evento traumático. Indiretamente podem atuar como fator desencadeante ou coadjuvante de determinadas patologias que possam levar ao aumento dos níveis pressóricos, como é o caso da obesidade, uso abusivo de álcool, cigarros ou de outras substâncias psicoativas, por exemplo¹⁸.
- **Neoplasias:** Derivado de radicais gregos (neos = novo + plassein = formar) o termo é utilizado para denominar os vários tipos de câncer. São os tumores que se formam pela multiplicação de células atípicas, de maneira independente do restante do corpo e de forma contínua. Essa multiplicação consegue imitar todo tipo de tecido, podendo surgir a partir de qualquer órgão pré-existente. Classificados como malignos seu crescimento é rápido e infiltrativo, não tem limites precisos, causando a destruição dos tecidos circunvizinhos. Podem originar metástases, que são focos à distância do tumor original, formados pela migração de células que se desprendem do mesmo, caminham pela circulação sanguínea ou linfática, e se alojam em outras partes do corpo. Como o crescimento é indefinido e sem nenhuma função útil, consome boa parte dos nutrientes que se destinariam a manter o organismo vivo e saudável, podendo levar

a um quadro de desnutrição grave e avançada chamado caquexia. As repercuções do desenvolvimento de uma neoplasia são muito variáveis de um indivíduo para outro e até num mesmo indivíduo. Essa variabilidade de manifestações depende não só da neoplasia em si como também dos mecanismos de defesa do doente¹⁸. Esta peculiaridade abre as chances adicionais de se modificar o curso da doença através do processo de psicoterapia, após a instituição do tratamento médico mais adequado para cada caso ¹. Vale assinalar que como o crescimento tumoral está intimamente interligado ao sistema imunológico pode-se adicionar às neoplasias a somatória do raciocínio das doenças auto-imunes, uma vez que a redução da angústia patológica desempenha destacada função coadjuvante ao tratamento medicamentoso, cirúrgico, químico e/ou radioterápico, além das indicações descritas para este terceiro grupo de doenças.

- **Pneumopatias:** doenças que acometem o pulmão, seja de origem primária, como as decorrentes da má formação congênita de suas estruturas (pneumopatias congênitas); de alterações das vias aéreas (asma, tuberculose, tumores); alterações da superfície de troca entre os gases do ar e do sangue (enfisema, bronquiectasias, pneumatoceles, silicose) ou secundárias que são as doenças que afetam o funcionamento pulmonar como consequência de problemas em outros órgãos e sistemas, como ocorre na má formação dos grandes vasos sanguíneos; na má formação da caixa torácica; nas doenças cardíacas com repercussão respiratória (insuficiência cardíaca congestiva); doenças infecciosas ou degenerativas (tétano, miastenia gravis) entre outras. Os sinais clínicos mais evidentes são falta de ar, arroxeamento da pele e mucosas (cianose) em geral progressivamente incapacitantes. Muitas vezes levam os doentes a dependerem de máscaras de oxigênio, de broncodilatadores e/ou de respiradores artificiais para manterem a vida ¹.

Ação psicoterápica

Ação psicoterápica

Como se trata de uma situação particular dentro do processo de psicoterapia torna-se necessária a correta identificação de que o problema em questão é uma defesa de somatização e não uma doença física. E que, para tais sintomas, deverá ser utilizada a abordagem mais adequada em cada caso.

O processo de psicoterapia deverá ser direcionado no sentido de retirar o conflito do somático e trazê-lo para o psicológico. "*A loucura vem para o psiquismo e sai do corpo, da doença somática*", como diria Victor Dias.

Para tanto, no 1º grupo de doenças, aquelas em que a somatização é a causa da doença, quando o conflito vem para a esfera do psicológico, a angústia deixa de ser descarregada no órgão, existe uma remissão total das lesões e o órgão fica liberado da doença. Ou seja, ocorre a cura do órgão acometido.

No 2º grupo, quando a somatização desencadeia e/ou agrava o curso de uma doença física, mas que não pode ser atribuída como uma de suas causas, quando o conflito somatizado no órgão vem para o psicológico ocorre um abrandamento das crises de agudização de sintomas. Não há cura, mas a doença passará a se manifestar de maneira menos intensa e agressiva e/ou passa a surgir em episódios menos freqüentes com que se apresentava até então.

No 3º grupo, em que a somatização apenas agrava uma doença orgânica pré-existente, com o processo de psicoterapia o que se obtém é uma mudança no padrão de evolução da doença para aquele indivíduo. O doente ficará mais disponível para se tratar apesar de continuar doente. Com a maior aderência ao tratamento ocorrerá a melhora da resposta às medicações, uma vez que o paciente fica mais receptivo às intervenções de que venha precisar. Decorrente disso a pessoa passa a apresentar um novo padrão de respostas orgânicas ao tratamento da patologia de base, da doença física.

Estratégia psicoterapêutica

Estratégia psicoterapêutica

Como estratégia inicial deve-se fazer umclareamento que visa informar ao cliente as peculiaridades desse tipo de processo psicoterápico.

Esse cuidado visa delimitar o percurso que será realizado durante o trabalho. Isto oferece maior segurança ao cliente sobre o tipo de estratégia que será adotada para aquela situação. Quando o cliente está ciente do procedimento a que será submetido sente-se localizado e tende a ser mais colaborativo e não será surpreendido por algo que possa não estar esperando.

Deve-se explicar que o objetivo do trabalho é trazer para a esfera do psicológico possíveis conflitos psíquicos até então não percebidos conscientemente por ele e que, por isso, desencadearam a defesa de somatização.

É importante esclarecer que, apesar do sintoma ser físico, as sessões deverão caminhar no sentido de serem atingidos os aspectos psicológicos inconscientes envolvidos naquele problema de saúde.

Isso inclui alertá-lo de que com o avanço do processo ele irá entrar em contato com a angústia patológica ligada àquela doença e que passará a senti-la a partir de então.

Deverá ser prevenido de que, ao sentir a angústia, poderá achar que está piorando, porém é importante ressaltar de que este é um sinal de evolução esperado dentro desse processo.

Explicar que os objetivos do trabalho estarão sendo alcançados, que este é o caminho natural para se conseguir chegar à regressão da somatização em si.

Assinalar que haverá uma mudança do foco das sensações, que deixarão de ser sentidas como sintomas físicos para serem vivenciadas como questões do âmbito psicológico.

Essas medidas têm por finalidade garantir o vínculo terapêutico e dar ao cliente a sensação de que ele tem certo controle sobre o que irá se passar com ele no decorrer do processo.

Técnicas

Técnicas

Na compreensão da Análise psicodramática as defesas de somatização não estão ligadas a nenhum modelo psicológico específico (Ingeridor, Defecador, Urinador). É considerada como uma defesa inespecífica, uma vez que sua estruturação se estabelece num período muito primitivo dentro do desenvolvimento psíquico humano. Ocorre mesmo antes do desenvolvimento do papel de Ingeridor.

Essa defesa pode surgir durante o trabalho da psicoterapia, ao emergirem conteúdos mais profundos de uma determinada zona de exclusão. Outras vezes o cliente procura a psicoterapia devido a uma queixa de algum sintoma físico, o qual teria sido identificado como uma somatização por outro profissional.

As técnicas indicadas por Victor Dias são a Sensibilização Corporal, o Psicodrama Interno, a Decodificação de Sonhos, o Somatodrama, a Pesquisa Intrapsíquica e o Espelho que Retira²⁷.

Ele ressalta que, assim como a defesa é inespecífica também não há uma técnica específica a ser adotada para essa defesa.

Em seu livro "Sonhos e Psicodrama Interno na Análise Psicodramática" Dias sugere que, devido à Defesa de Somatização ser a manifestação somática da angústia patológica diretamente ligada à zona de exclusão, as técnicas de eleição são a Sensibilização Corporal, o Psicodrama Interno e a Decodificação de Sonhos devido à peculiaridade de acessarem diretamente a zona de exclusão, sem acionar nenhum tipo de defesa.

"Utilizando Psicodrama Interno e Sensibilização Corporal fui desenvolvendo uma postura de tentar trabalhar o material excluído sem torná-lo consciente e, desta forma, não mobilizar os bloqueios..."

A psicoterapia na Zona de Exclusão consiste em trabalhar o material excluído dentro da própria Zona de Exclusão sem a preocupação de torná-lo consciente. Dessa forma, não ocorre um confronto intenso entre POD e Material Excluído e diminui muito a mobilização de Defesas Intrapsíquicas, assim como diminui o sofrimento da vivência da Zona de PCI no desmonte dos vínculos compensatórios...

Assim, uma vez mobilizado um Material de Zona de Exclusão, esse material deve ser trabalhado sem o auxílio do entendimento consciente do cliente, pois esse entendimento está no POD, que está sendo questionado e, portanto, vai mobilizar resistências ao afloramento do material excluído...

A partir dessa experiência, comecei a trabalhar com os sonhos da mesma maneira, isto é, apenas decodificando-os e, desta forma, estimulando o cliente a continuar a sonhar"²⁷.

Feitas essas ressalvas passamos à descrição das técnicas mencionadas.

Sensibilização Corporal

Para Victor Dias esta técnica "Consiste em fazer com que o indivíduo volte sua atenção para suas sensações corporais e vá detectando e delimitando suas zonas de stress..."²⁷.

Para realizá-la peça ao cliente que permaneça confortável, sentado ou deitado em posição de maior relaxamento físico possível. Orientá-lo que permaneça de olhos fechados durante todo o trabalho. O terapeuta se posiciona próximo ao cliente fazendo contato exclusivamente pela voz, evitando-se qualquer contato físico para não interferir no reconhecimento das sensações corporais do cliente e, consequentemente, no contato com seu mundo interno. Solicitar que preste atenção às sensações físicas que mais chamem sua atenção. Ao identificá-las ele deve descrevê-las no sentido de ir delimitando as regiões corporais em que se situam as sensações. Esse trabalho vai auxiliar o psiquismo a localizar as áreas de conflito, ligadas à angústia patológica. Pede-se que compare as sensações entre si e vá tentando caracterizá-las enquanto extensão, forma, localização entre outras, a fim de facilitar sua diferenciação durante o trabalho. Isto visa auxiliar o trabalho de identificação e evolução dos confrontos e tentativas de resolução dos conflitos. Evitar racionalizar ou deixar que o cliente tente explicar o que sente. É interessante ele se deixe levar pela sucessão de mudanças que as sensações sofrem para que o trabalho transcorra livremente, sem interferência do Eu consciente.

Ao término do trabalho pedir que o cliente vá movimentando lentamente as extremidades, despertando o corpo relaxado e imerso na vivência psíquica para que comece a se ater aos ruídos do ambiente da sala e, aos poucos, vá retomando a consciência de onde está. Ao estar totalmente presente, abrir os olhos.

Psicodrama Interno

Muitas vezes decorre do trabalho de Sensibilização Corporal quando, na evolução do processo, da seqüência das sensações físicas advém uma imagem mental. Pode também ser utilizado quando o cliente já traz uma imagem como queixa. A partir dessa imagem a condução deverá caminhar no sentido de colocar a pessoa em contato com seu desejo e dos personagens, tentando realizá-los. Ao surgirem os medos, conduzir o cliente ao enfrentamento das cenas temidas e não evitá-las. É importante que não se utilize nenhum tipo de racionalização, evitando-se os porquês, para não acionar o POD do cliente e mantê-lo em contato com a Zona de Exclusão. Pode-se lançar mão de dispositivos de proteção à integridade psíquica do cliente como desdobramento de sua imagem pessoal, instrumentos ou vestimentas isolantes que garantam a sensação de segurança durante as ações que o cliente irá realizar, entre outras. Os recursos servem para auxiliar o enfrentamento das situações amedrontadoras ou desafiadoras. A sessão se encerra no momento em que o cliente resolve o conflito ou quando o terapeuta avalia ter alcançado o limite possível para aquele cliente naquela oportunidade.

Para encerrar a intervenção solicitar que o cliente comece a mexer lentamente os dedos e depois o restante do corpo para que ele volte gradualmente ao contato com a realidade e com o meio externo, por fim abrir os

olhos. É importante o terapeuta manter o contato visual com o cliente nesse momento para reforçar a continência do vínculo terapêutico.

O entendimento da vivência é secundário à experiência em si, na medida em que as mudanças já aconteceram ao nível inconsciente, no trabalho direto com o material excluído.

Nas sessões seguintes pode-se processar o que ocorreu, situando o cliente sobre a evolução de sua psicoterapia.

Resumindo, Victor Dias define o Psicodrama Interno como “um processo de intervenção por imagens onde se deve evitar a mobilização dos aspectos racionais (POD) do cliente, privilegiando sempre o desejo e as sensações. O terapeuta deve evitar consignas que possam mobilizar os aspectos racionais do cliente evitando colocar valores morais e censuras no material que está sendo trabalhado... Uma forma de se sair do impasse (POD X Material Excluído) é transformar e codificar o Material Excluído em imagens e mensagens simbólicas. A outra é transformar o Material Excluído em sensações corporais”²⁷.

Exemplos elucidativos da prática clínica são descritos por Victor Dias²⁷, Fonseca¹² e Bártilo³.

Decodificação de Sonhos

Victor Dias desenvolveu sua própria forma de trabalhar com material onírico: a Decodificação de Sonhos.

Define-a como sendo "...um método baseado no referencial teórico da Análise Psicodramática, que consiste de uma forma específica de trabalhar com os sonhos, diferente de outras, que abordam o mesmo fenômeno... partiu da observação clínica, quando o terapeuta apenas fazia alguns comentários, sem tentar interpretar a simbologia contida no sonho. O cliente geralmente voltava a sonhar e, subsequentemente, os elementos e mesmo o enredo do sonho começavam a se repetir ao mesmo tempo que os símbolos iam se tornando cada vez mais claros. Dessa maneira, fui observando a possibilidade de o próprio psiquismo poder, na verdade, dar a resposta e decodificar o seu próprio material simbólico... Entendemos assim que a mensagem sonhada de forma codificada é uma tentativa de o psiquismo do próprio indivíduo enviar para o Eu Consciente uma informação de Material Excluído que existe no psiquismo desse indivíduo... como uma tentativa de autocura do psiquismo por ele mesmo..."²⁸.

Utiliza esse método para evitar que o Eu Consciente do sonhador interprete de maneira projetiva os conteúdos surgidos no sonho, para não alterar seu verdadeiro significado, estabelecendo uma interface com a Zona de Exclusão que estimule o psiquismo do próprio indivíduo a decifrar seus próprios símbolos, através da repetição destes na seqüência de sonhos.

Classifica os sonhos em cinco grupos:

- 1)sonhos de realização de vontades,
- 2) sonhos de constatação,
- 3) sonhos de 2ª Zona de Exclusão,
- 4) sonhos de 1ª Zona de Exclusão,
- 5) sonhos de reparação.

Para decodificá-los identifica em cada sonho os tópicos:

- a) Foco Afetivo do sonho;
- b) Elementos do sonho: Elemento de Enquadre, Marcador de Época e Elementos Simbólicos;
- c) Personagens;
- d) Relação entre os elementos;
- e) Enredo;
- f) Decodificação do sonho propriamente dita.

O recontar o sonho ao sonhador, fazendo a leitura de acordo com o método acima, decodificado, estimula o psiquismo a tentar solucionar os conflitos por ele trazidos, na perspectiva de sua resolução e superação. Concomitantemente os conteúdos irão sendo revelados ao paciente que poderá assimilá-los e conscientizar-se deles de maneira a trazer para o psicológico o material depositado nas Zonas de Exclusão.

Gradativamente o sonhador irá sentir as mudanças de seu psiquismo manifestas como alterações em seu comportamento. A evolução da psicoterapia segue através da sucessiva decodificação de sonhos até que o material depositado seja esclarecido e conscientizado. A partir desse ponto segue-se a pesquisa intrapsíquica e aplicação das técnicas pertinentes a cada estágio de evolução da psicoterapia, segundo os pressupostos da Análise Psicodramática.

Para melhor compreensão e detalhamento do método sugerimos a leitura do livro "*Sonhos e símbolos na Análise Psicodramática: glossário de símbolos*" escrito pelo autor²⁴.

Espelho que Retira

*"É o espelho mais utilizado e consiste em que o terapeuta ou o ego auxiliar repitam o discurso do cliente, no papel deste e em direção a uma almofada que passa a representar o terapeuta. Assim, o cliente fica no papel do observador de si mesmo e do seu próprio discurso. O papel de observar a si mesmo e ao próprio discurso propicia que o cliente faça associações com o que está sendo dito, mobilizando sentimentos, lembranças e imagens de situação de vida."*²⁷

Como Victor Dias entende que esta técnica permite abordar os Determinantes Psíquicos descritos por Freud na técnica de associação livre, conduz o cliente a fazer essas associações em campo mais relaxado, porque se encontra mais distanciado do material exposto ao ser colocado na posição de observador.

Como pode ser utilizado nas situações de superaquecimento e também para estimular a fase de auto-questionamento essa técnica funciona como recurso que desaquece o sintoma somatizado, produzindo uma situação mais propícia para que o cliente comece a questionar o possível significado psicológico que o sintoma físico possa ter, através dos questionamentos que o terapeuta introduz para aquela situação de doença. Leva o conflito a sair do somático e ganhar uma representação simbólica que demonstre o conflito psíquico acoplado àquele sintoma. Por não ter podido ser nomeado até então, ganha toda uma compreensão que permite o surgimento da angústia patológica ligada ao conflito do Material Excluído naquela porção de PCI.

Pesquisa Intrapsiúquica

Consiste no conjunto de procedimentos psicoterapêuticos utilizados pela Análise Psicodramática com vistas a organizar e integrar as cotas de PCI, transformando-as em POD, através da resolução dos conflitos que resultaram nos bloqueios do desenvolvimento psicológico do cliente.

Essa sistemática foi desenvolvida por Victor Dias, inicialmente apresentada na publicação do livro “Psicodrama: teoria e prática” (20) posteriormente modificada no livro “Análise psicodramática e teoria da programação cenestésica”²⁴.

O autor organiza e descreve esses procedimentos em treze fases:

- 1) Caracterização dos tipos de Angústia;
- 2) Situação de Vida não Resolvida;
- 3) Caracterização do Conflito;
- 4) Divisão Interna;
- 5) Caracterização da Divisão Interna;
- 6) Identificação das Figuras de Mundo Interno;
- 7) Situação de Vida não Resolvida com as Figuras de Mundo Interno;
- 8) Enfrentamento das Figuras de Mundo Interno;
- 9) Identificação dos Vínculos Compensatórios e das Funções Delegadas;
- 10) Decidir e Assumir a Função Delegada;
- 11) Vivência dos Afetos da Zona de PCI;
- 12) Catarse de Integração;
- 13) Organização e Diferenciação do Psiquismo Integrado.

Esse método comprehende todo processo de uma psicoterapia. Situa o profissional em qual estágio o cliente se encontra ao identificar em que situação se encontra a angústia patológica, o que a mobiliza, o discurso e a proposta de relação interna complementar patológica. A partir desses diagnósticos permite a escolha das condutas e técnicas mais adequadas para cada caso, inclusive quando o cliente está apresentando defesas de somatização, quando a angústia está somatizada e não mobilizada.

Somatodrama

Freire desenvolveu toda uma técnica partindo do raciocínio de que, pela teoria da Programação Cenestésica, como a área Corpo é a última a se constituir no psiquismo o indivíduo só passa a ter a noção e consciência da existência do corpo apenas no final do desenvolvimento cenestésico.

Entende que a defesa de somatização se origina na Área Corpo, devendo ser trabalhada na fase do desenvolvimento que denominou de “pré-Eu” ou do “Ego arcaico” ou do “Eu cenestésico”¹³.

Quando o cliente chega com uma defesa de somatização está vivenciando a angústia circunstancial, desencadeada pela presença do sintoma, acoplada à vivência do clima inibidor que impediu que aquela cota de PCI se transformasse em POD. Propõe realizar um trabalho nas Zonas de Exclusão a partir das sensações cenestésicas, acionando o material encoberto, “...trabalhando o simbólico através do simbólico, sem consultar o POD”¹³. Como a angústia patológica não está mobilizada, mas está somatizada e internalizada, entende a

defesa de somatização como a representação corporal da angústia frente a um Ego arcaico frágil. Esse tipo de defesa seria a própria cristalização do PCI com seus climas inibidores.

Como a angústia é a porta de entrada do processo de busca propõe, através do Somatodrama, tentar desenvolver aqueles aspectos que eram esperados acontecer durante o desenvolvimento psicológico daquela pessoa, a fim de se obter a sensação de completude do que ficou faltando naquela cota de PCI, que se manifesta através da produção de sintomas físicos.

Como nesta fase a continência é dada exclusivamente pela mãe, ou por quem desempenha esta função para o bebê, orienta que o terapeuta empreste sua continência às vivências de Ego arcaico. Através do estabelecimento de um Vínculo Compensatório o terapeuta auxilia a pessoa a suportar o processo de finalização de seu desenvolvimento cenestésico não vivido, em substituição à função materna original ineficiente.

O Somatodrama tem como modelo de trabalho a constituição de três tempos: Vinculação, Consciência Corporal e o Resgate das Emoções.

Na entrevista inicial, no levantamento das queixas e na realização do contrato é que vai se estabelecendo o Vínculo terapêutico. Consolidando o vínculo considera ter se iniciado o processo terapêutico.

Esta fase inclui clarear que os níveis de tensão intrapsíquicos estão elevados e que os sintomas são decorrência disto. Que "... a obtenção da cura se dará quando o indivíduo conseguir ressignificar aquele sintoma psicologicamente, ressignificar o corpo simbólico e, consequentemente, ressignificar sua própria vida" ¹³.

Na fase da formação da Consciência Corporal aplicam-se técnicas psicodramáticas de aquecimento para o resgate da espontaneidade bloqueada pela cristalização das sensações corporais para se obter a "...rematrização das primeiras experiências vivenciadas pelo ser humano no desenvolvimento e na formação dos papéis psicossomáticos de ingeridor, defecador e urinador." ¹³.

Na fase de Resgate das Emoções se dá o processo de diferenciação e individuação "... pelo reconhecimento das emoções como próprias e pessoais... é o início do reconhecimento do corpo como próprio." ¹³.

Como técnicas se utilizam a Sensibilização Corporal, o Psicodrama Interno e/ou a Decodificação de Sonhos, dependendo da fase e do que melhor se aplica a cada momento da psicoterapia ¹³.

Considerações finais

Considerações finais

A discussão sobre somatização enquanto uma defesa nos remeteu a entender quais aspectos as diferenciavam das doenças psicossomáticas e a sintomatologia a elas associada. Ficou evidente a divergência entre os vários autores e pesquisadores sobre a origem, definição, classificação e quais os mecanismos psicodinâmicos envolvidos na produção dessas doenças.

Mostrou-se não ser possível esgotar um capítulo tão amplo e imbricado com as inúmeras outras áreas que envolvem essas patologias além da psiquiatria e da psicologia.

Muito há o que se estudar, pesquisar e aprimorar dentro desse campo tão vasto da medicina para que em algum momento quiçá possa se chegar a um consenso.

Por compreender um aspecto muito peculiar dentro da prática psicoterápica e dada a diversidade de modelos teóricos que pretendem dar conta desse tipo de demanda torna-se ainda mais importante a contribuição da Análise Psicodramática, com as premissas teóricas inovadoras de Victor Dias.

Seu caráter prático, visando alcançar resultados concretos de maneira eficaz, demonstra o valor diferenciado desse tipo de intervenção terapêutica.

Visto serem patologias muito freqüentes na população em geral, mais ainda entre pessoas que fazem psicoterapia, quer como queixa inicial quer como uma das defesas que podem se instalar durante a evolução do processo psicoterapêutico, o entendimento dos procedimentos envolvidos na resolução desse problema pode representar um importante instrumento a ser desenvolvido no arsenal técnico do terapeuta.

Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

1. **Andreoli T, Bennet J C, Carpenter C C J, Plum F.** Cecil – Medicina Interna Básica. 4^a edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998.
2. **Ballone GJ** - *Da Emoção à Lesão* - in. PsiqWeb Psiquiatria Geral, Internet, 2001 - disponível em <http://gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica/raiva.html>
3. **Bártolo M C A.** Psicossomática e psicodrama. Revista da FEBRAP. Vol. 2. São Paulo. 1994.
4. **Bártolo M C A.** Uma contribuição psicodramática às vivências psicossomáticas. Revista da FEBRAP. Vol. 6. São Paulo. 1995.
5. **Blakiston.** Dicionário Médico. Organização Andrei Editora Ltda. 2^a ed. São Paulo: 1979.
6. **Bombana J. A.** A tradução psiquiátrica do diagnóstico “DNV” (Distonia Neurovegetativa) feito pelo médico não especialista. [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1993.
7. **Bombana, J. A.** Somatização e conceitos limítrofes: delimitação de campos. Psiquiatria na Prática Médica. São Paulo: Centro de Estudos – Depto Psiquiatria UNIFESP/EPM; 2001/02 vol. 34, nº 4.
8. **Castro, M. G.; Andrade, T. M. R.; Muller, M. C.** Conceito Mente e Corpo através da história. Estudos de psicologia.Maringá: 2006 Vol. 11, nº 1.
9. **Cerchiari, E. N. A.** Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. Psicologia ciência e profissão. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul: 2000 vol.20, nº 4, p.64-79.
10. **CID 10 - Classificação Internacional de Doenças.** Edusp. 10^a revisão – atualização de 2003.
11. **Ey,H.; Bernard, P.; Brisset, C.H.** Tratado de psiquiatria. 5^a ed. São Paulo: Masson/Atheneu. 1965
12. **Fonseca J.** O doente, a doença e o corpo. Visão através do psicodrama interno. O corpo físico, o corpo psicológico e o corpo energético. Revista da FEBRAP. Vol. 2. São Paulo. 1994.
13. **Freire, C.A.** O corpo reflete seu drama: somatodrama como abordagem psicossomática. São Paulo: Ágora, 2000.
14. **Jeammet, P.** – Manual de Psicologia Médica, Editora Masson do Brasil Ltda. São Paulo. 1999
15. **Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA.** Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7^a edição. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.
16. **Laplanche J, Pontalis JB.** Vocabulário da psicanálise. 9a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1986. p. 148-50.
17. **Lipowski, Z.J.** Somatization: the concept and its clinical application. American Journal of Psychiatry, 1988; 145(11):1358-68.
18. **Lopes AC et cols.** Diagnóstico e tratamento. Sociedade Brasileira de Clínica Médica – vol. II. Barueri – SP. Manole; 2006.
19. **Maffei WE.** Os fundamentos da medicina. 2^a edição. Vol. 2. São Paulo: Artes Médicas. 1978.
20. **Mai, F.** Somatization Disorder, a practical review. Canadian Journal of Psychiatry 2004; 49(10):652–662
21. **Mello Filho J.** Concepção Psicossomática: Visão atual. 7^a edição. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1994.
22. **Organização Mundial da Saúde.** Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

23. **Rubin, R.** Lombalgia. Revista Saúde Paulista. Unifesp. Ano 4, nº 12, jan-mar/2004.
24. **Silva Dias, V. R.** Análise psicodramática e teoria da programação cenestésica. São Paulo: Ágora, 1994.
25. **Silva Dias, V. R.** Psicodrama: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 1987.
26. **Silva Dias, V. R.** Psicopatologia e psicodinâmica na Análise Psicodramática. São Paulo: Ágora, 2006, Vol.1.
27. **Silva Dias, V. R.** Sonhos e Psicodrama Interno na Análise Psicodramática. São Paulo: Ágora, 1996.
28. **Silva Dias, V. R.** Sonhos e símbolos na Análise Psicodramática: glossário de símbolos. São Paulo: Ágora, 2002.