

A escuta do corpo: psicoterapia do sujeito somatizante no contexto hospitalar

*Glória Heloise Perez
Gislaine Chaves
Sibelle Mendes Piassi Lopes*

PEREZ, G. H.; CHAVES, G. ; Lopes S.M.P. . A Escuta do Corpo: Psicoterapia do Sujeito Somatizante no Contexto Hospitalar. In: Valéria de Araújo Elias; Glória Heloise Perez; Maria Lívia Tourinho Moretto. (Org.). Horizontes da Psicologia Hospitalar - Saberes e Fazeres. 1ed.São Paulo: Atheneu, 2015, v. 1, p. 145-156

Peculiaridades do sujeito somatizante

O trabalho do psicólogo no contexto hospitalar envolve o atendimento de um paciente com um sintoma no corpo, que está sob investigação diagnóstica ou tratamento médico. Dessa maneira, a relação entre o psíquico e o somático é uma questão que permeia a prática do psicólogo junto a este paciente. É preciso ter claro qual é o conceito sobre esta relação que sustenta este trabalho.

Na década de 1960, um grupo de psicanalistas franceses, liderados por Pierre Marty, estudou os movimentos psíquicos, assim como suas relações nos pacientes somáticos, investigando as articulações entre os processos psicoafetivos e os processos biológicos. Formularam a Teoria Unitária da Organização Psicossomática e fundaram a Escola Psicossomática de Paris.

Na concepção psicossomática de Marty (1993), o ser humano deve ser concebido como uma unidade psicossomática, com base em uma perspectiva de continuidade evolutiva e funcional entre o orgânico e o psíquico. Portanto, nesta perspectiva existe uma unidade entre psíquico e somático e que funcionam de maneira interdependente. Consequentemente, neste referencial todas as doenças são psicossomáticas, porque sustenta-se no pressuposto de que a unidade psicossomática é uma característica inerente ao ser humano.

Ressalta-se que existe um uso indiscriminado e muitas vezes equivocado dos termos “psicossomático”, “somatização”, “hipocondria”, “histeria” para fazer referência ao paciente

com sintoma no plano somático. Geralmente, essas denominações são atribuídas a distúrbios somáticos onde fenômenos psíquicos expressam-se de forma mais evidente. Cabe uma primeira distinção importante, considerando-se o referencial psicanalítico. O sintoma hipocondríaco e a conversão histérica são sintomas psíquicos que se expressam através do corpo, e têm um aspecto simbólico.

Os termos “sintoma psicossomático”, bem como “somatização” são geralmente utilizados, inclusive entre os profissionais de saúde, para os casos onde se pressupõe que o sintoma seja psicogenético ou que haja a influência de aspectos psicológicos naquela expressão sintomática. No entanto, na literatura psicanalítica os termos “sintoma psicossomático”, bem como “somatização” são utilizados para fazer referência às doenças orgânicas, em geral. Dessa maneira, no referencial da psicossomática psicanalítica, diferente do sintoma de conversão histérica e do sintoma hipocondríaco, o fenômeno psicossomático não tem um significado. Trata-se de uma disfunção do corpo biológico, em consequência de uma falha da organização pulsional (Ranna, 1997).

Uma outra confusão quanto ao uso do termo deve-se à própria história da teoria psicossomática. Na década de 1930, de acordo com a teoria dos perfis psicossomáticos da Escola de Chicago, apenas algumas doenças eram denominadas psicossomáticas. Para esta teoria seriam consideradas psicossomáticas as doenças associadas a um determinado perfil psicossomático que se constituía de alguns traços de caráter e conflitos inconscientes específicos que predisporiam o indivíduo a uma certa doença somática entre elas: a hipertensão, a úlcera gástrica, as dermatites, a asma, a artrite reumatoide, a colite ulcerativa...

Na Teoria Unitária de Organização Psicossomática não se faz esta distinção sendo o sintoma psicossomático uma possibilidade de reorganização, que se estabelece numa organização psíquica qualquer, nos seus movimentos de adaptação a estímulos desorganizadores internos e/ou externos. (Marty, 1993)

Um elemento central na teoria psicossomática de Pierre Marty (1965) é considerar haver uma relação entre a qualidade da vida representativa e a vulnerabilidade à somatização. “Na clínica dos doentes somáticos, conforme os indivíduos e, para alguns deles, conforme o momento, aparecem diferenças marcantes quanto à quantidade e à qualidade das representações” (Marty, 1998 p. 29)

Marty (1998), analisando esta relação salienta que a emergência e o afluxo das excitações dos instintos e das pulsões dadas pela experiência dos acontecimentos e situações da vida, exigem escoamento ou descarga, para o reequilíbrio psicossomático. A reorganização, diante do desequilíbrio gerado pela vivência de uma situação traumática, o que se faz através da descarga do aumento da excitação pulsional decorrente, pode ocorrer em três planos: no psíquico, no comportamental ou no somático. Assim sendo, o trauma (*afluxo excessivo de excitações, relativamente à tolerância do indivíduo e à sua capacidade de dominar e elaborar psiquicamente estas excitações*¹) atinge, em primeiro lugar, as estruturas mais evoluídas, as mais recentemente adquiridas durante o desenvolvimento (Marty, 1965), e portanto o aparelho psíquico deverá, através da elaboração psíquica, neutralizar o efeito traumático. Quando não houver um aparelho psíquico em condições de assimilar o traumatismo, devido à uma vida representativa pobre ou por este trauma ser excessivo e superar a capacidade de elaboração psíquica, o excesso de excitação pulsional pode descarregar-se no plano dos comportamentos (através da ação, por ex. comendo compulsivamente, fumando, agredindo fisicamente...) ou poderá haver um transbordamento para o soma, que resultará numa somatização (Vieira, 1997). O elemento que definirá a capacidade do aparelho psíquico em assimilar o traumatismo no plano psíquico é a qualidade da vida representativa, uma vez que é esta que permitirá o trabalho de elaboração psíquica. “[...] quanto mais o pré-consciente de um sujeito mostrar-se rico em representações em permanência ligadas entre si, mais a patologia eventual terá chance de situar-

¹ Laplanche J, Pontalis JB- Vocabulário da Psicanálise 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes ed; 1983, p. 678

se na vertente mental. Quanto menos o pré-consciente de um sujeito mostrar-se rico em representações, de ligações entre elas, e de sua permanência, mais a patologia eventual corre o risco de situar-se na vertente somática” (Marty, 1993 p.46)

Dessa maneira, uma vida representativa rica permitirá a simbolização, o processo de elaboração psíquica, a identificação e nomeação dos afetos, a associação de idéias e a organização das defesas. Numa vida representativa pobre, os conteúdos conscientes e pré-conscientes são muito próximos da pura percepção, concretos, “pouco aptos a operar com situações emocionais mais complexas, as representações mentais são insuficientes e inadequadas para correlacionar, comparar, ponderar e distribuir as cargas afetivas”. (Vieira, 1997, p.18). Nesse caso, o processo de reorganização poderá ter de servir-se das ações para efetivar-se, e se assim também não for suficiente, podem ocorrer as somatizações.

Assim, fica claro a importância da qualidade da vida representativa, ou seja do aparelho e das funções mentais como reguladores da economia psicossomática. “Partindo desta constatação, P. Marty define a mentalização como um conjunto de operações de representação e simbolização por meio das quais o aparelho psíquico busca regular as energias instintivas e pulsionais, libidinais e agressivas. Com vistas a esses objetivos, a atividade de fantasia, o sonho e a criatividade se constituem como funções essenciais” (Volich, 2010 p. 203). E, assim quanto *mais* rica a vida representativa *menor* a vulnerabilidade à somatização, porque o reequilíbrio psicossomático poderia se dar no plano psíquico.

Na teoria de Pierre Marty, as estruturas de funcionamento mental na quais a mentalização, ou seja, a capacidade de assimilação mental, é mais precária estão mais sujeitas à somatização, ao adoecimento mais frequente e por doenças graves e/ ou crônicas, ao longo da vida. Isto implica em que muitos dos pacientes que atendemos no contexto hospitalar tenham este tipo de organização psíquica que foi denominada de pensamento operatório e, segundo Volich (2010), se caracteriza por:

- Pobreza de vida de fantasia e vida afetiva
- Ausência quase absoluta de sonhos, de sintomas neuróticos, de lapsos, de devaneios ou de atividade criativa
- Aderência extrema ao factual e à realidade material
- Pouco contato com seus desejos
- Ausência de reações afetivas diante de perdas e acontecimentos traumatizantes
- Pensamento ligado aos fatos, tendendo a reduplicar a realidade como um espelho
- Utilização empobrecida da linguagem
- Tendência a apresentar no lugar de manifestações psíquicas ou emocionais, expressões corporais, mímicas faciais, manifestações senso-motoras e dores
- Relações interpessoais caracterizadas por indiferenciação

Psicoterapia do sujeito somatizante

A psicoterapia do sujeito somatizante nos coloca uma questão: como é o fazer clínico junto a um sujeito cujo funcionamento psíquico apresenta importantes prejuízos na capacidade de nomear os próprios afetos, pobreza discursiva, e inexistência de manifestações simbólicas, de fantasia, de sonhos? A pobreza da vida simbólica e as dificuldades de se expressar através do discurso dificultam muito que se engajem em um processo psicoterápico, pois refletir, pensar sobre suas experiências não lhes é algo natural.

De acordo com Marty (1993) o trabalho clínico com o paciente somatizante deve se iniciar com a investigação do percurso da organização psicossomática, ou seja não somente de aspectos do funcionamento psíquico, mas também do plano somático, da economia do paciente.

A investigação psicossomática inclui a verificação de como o paciente se encontra organizado psiquicamente, qual seu funcionamento habitual e não habitual na vida íntima e relacional e, a partir daí, como sua doença somática se deu, quais mudanças vieram antes ou concomitantemente a ela, e a que referências da infância e primeira infância as evoluções das

doenças somáticas atuais ou passadas podem remeter. Recomenda-se também especial atenção às características da comunicação verbal estabelecida, considerando a forma e a qualidade dos conteúdos expressos através do discurso, e as comunicações não-verbais. A análise da expressão corporal acrescenta dados relevantes à investigação psicossomática, já que os sujeitos somatizantes são identificados como aqueles em que muito de sua afetividade e de seus conflitos revela-se através de atividades físicas ou manifestações em sua motricidade (Marty, 1993).

A investigação psicossomática inclui também, a identificação dos traumatismos ocorridos ao longo da história do paciente, principalmente, aqueles relacionados ao aparecimento das doenças orgânicas no passado e, especialmente, no momento atual. A investigação dos traumatismos revela as situações que mais levaram a falhas na assimilação mental, bem como o seu prejuízo presente no aparelhamento psicossomático, seu nível de excitabilidade e mecanismos de defesa. (Marty, 1993)

Dadas as características de carência de recursos simbólicos de muitos pacientes somatizantes, a psicoterapia psicossomática consiste em envolver o paciente no processo terapêutico, auxiliando-o no encontro (ou reencontro) com o melhor funcionamento possível de seu aparelho psíquico. O psicólogo atua no sentido de sustentar o pré-consciente enriquecendo-o, revitalizando-o e organizando-o. (Volich, 1997).

A psicoterapia com o paciente somatizante baseia-se na qualidade da relação paciente-terapeuta. Muitas vezes é necessário que o terapeuta adote uma postura mais ativa, em função da pobreza discursiva, das dificuldades do sujeito somatizante de se expressar verbalmente. O modelo “face a face” é indicado, uma vez que favorece a adaptação à dinâmica afetiva de tais pacientes, no entanto, no início do processo, é importante que o psicoterapeuta não promova o incremento de excitações através de interpretações ou postura demasiadamente enrijecida, haja vista o risco nocivo que representam, de um desequilíbrio psicossomático e possibilidade de

abandono do processo terapêutico. A atuação no modelo "face a face", comumente empregado no hospital, favorece o trabalho clínico junto a este paciente, uma vez que permite ao psicólogo intervir em nível não verbal, "sob forma de expressões, de excitações ou de para-excitações gestuais ou mímicas" (Marty, 1993 p. 58).

Marty (1993) propõe que as intervenções do psicólogo respeitem o ritmo do paciente - atendendo aos objetivos da psicoterapia psicossomática - e possibilitem a criação das condições necessárias para favorecer o amadurecimento do aparelho psíquico do paciente somatizante, ressaltando que, para tanto, uma estratégia terapêutica a ser desempenhada pelo terapeuta é: a "função maternal".

Na díade mãe-bebê, a mãe funciona como "para-excitação", ou seja, modera os estímulos que chegam ao bebê a fim de impedir a sobrecarga em seu mundo interno, uma vez que ele não apresenta ainda capacidade para tal. Nos pacientes somatizantes, compreende-se que pode ter havido uma falha materna no desempenho dessa função e que a tendência à somatização seja consequência do transbordamento para o soma de excessos de estímulos desorganizadores que o aparelho psíquico não consegue integrar. Portanto, na psicoterapia o terapeuta pode atuar na para-excitação dos estímulos desorganizadores do equilíbrio psicossomático, procurando, por meio dessa relação permeada pelas palavras, favorecer as "primeiras bases de uma proximidade bilateral identificatória" (Marty, 1993 p.64) e o desenvolvimento de recursos psíquicos para o enfrentamento de tais excessos no plano psíquicos, protegendo o soma . De acordo com o autor, o psicólogo no exercício dessa estratégia, atuará de forma empática e identificada, contendo as angústias e balizando a organização psíquica do paciente, devendo exercer tal função até que o paciente dê os primeiros sinais de independência, sobrevivendo "da função materna à psicanálise" (Marty, 1978 apud Volich, 1997 p.94).

Aisenstein (2015) caracterizando elementos técnicos da psicoterapia com o paciente somatizante salienta que há muitas considerações técnicas que precisam ser ponderadas. Frequentemente, não buscam psicoterapia por iniciativa própria, mas são encaminhados por especialistas que “prescrevem” uma psicoterapia. A pobreza da vida simbólica e as dificuldades de se expressar através do discurso, desfavorecem o seu envolvimento em um processo psicoterápico. A tarefa psicoterápica pode ser a de atrair o paciente ao processo de pensamento, com a “arte da conversação”. Tal arte consiste no favorecimento da comunicação paciente-psicólogo, instigando o processo de pensamento do paciente, convidando-o a pensar junto, envolvendo-o no processo psicoterapêutico. Trata-se, como aponta a autora, de um tipo de “sedução” (p.662) cuja finalidade é mostrar ao paciente que todos temos uma história e que vale a pena o esforço de buscar as palavras para contá-la. Tudo deve ser feito para apoiar e estimular o trabalho pré-consciente e, assim, ajudar o paciente a descobrir e partilhar o prazer do funcionamento mental

É psicoterapia, o atendimento psicológico realizado com o paciente hospitalizado?

Uma discussão frequente na prática da Psicologia Hospitalar: O que se oferece ao paciente pode ser caracterizado como uma psicoterapia? Para que se possa levar tal discussão adiante, se faz necessário, primeiramente, considerar a definição de psicoterapia.

Esta é uma tarefa complexa, uma vez que a literatura a respeito constitui-se de acordo com a abordagem teórica norteadora do processo psicoterápico. Entretanto, há alguns elementos comuns a todas elas: a finalidade terapêutica da relação profissional-paciente, o estabelecimento do enquadre e a utilização de uma técnica pautada por determinada abordagem psicológica (Roth & Fonagy, 2005; Cordioli, 2008).

Roudinesco e Plon (1998) e Kaplan (1998) conceituam a psicoterapia como um método de tratamento psicológico, que tem por objetivo auxiliar as pessoas a lidarem de forma mais

saudável com suas dificuldades e sofrimentos, propiciando condições para o enfrentamento de crises, conflitos ou transtornos psíquicos, os quais podem ser vivenciados e manifestados de diferentes formas, tanto no âmbito físico quanto emocional. Braier (1986) afirma que “a psicoterapia pode ter objetivos limitados, que podem colocar-se em termos da superação de sintomas e problemas atuais da realidade do paciente, o que implica antes de tudo, o propósito de que este possa enfrentar mais adequadamente situações conflitivas e recuperar sua capacidade de autodesenvolvimento” (p.16). Considerando este conceito podemos afirmar, então, que o que se pratica no hospital é psicoterapia. No entanto, a psicoterapia no contexto hospitalar tem muitas peculiaridades que merecem ser discutidas.

A prática clínica junto ao paciente hospitalizado, se diferencia de todas as outras, a começar pelo próprio ambiente físico no qual se dão os atendimentos. Na maioria das vezes, ele ocorre à beira do leito com o paciente monitorado, rodeado de aparelhos e recebendo medicação endovenosa. Paciente e terapeuta inseridos num ambiente totalmente voltado ao tratamento médico da doença, por vezes pouco acolhedor, sem privacidade e até barulhento! Além disto, o setting, já pouco estruturado, está sujeito a constantes interrupções de profissionais por conta da necessidade de algum procedimento, ou da chegada de visitas. Em grande parte das vezes, o atendimento psicológico se faz em meio a outras pessoas, sejam profissionais da saúde ou outros pacientes, como no caso de enfermarias coletivas, frequentemente lotadas.

O que corrobora a desestruturação do setting terapêutico diz respeito, também, ao tempo: seja a duração variável (e muitas vezes reduzida) do período das sessões, afetadas pela rotina hospitalar em si, seja a duração do próprio tratamento psicológico, haja vista a possibilidade de alta hospitalar acontecer a qualquer tempo, o que acaba por interromper abruptamente o tratamento psicológico.

“O setting terapêutico é o espaço dinâmico, a serviço do bom andamento de toda terapia, na qual se envolvem paciente e terapeuta. É o ambiente que se estabelece a fim de propiciar as melhores condições para a instalação de um bom clima de trabalho” (Pechansky, 2015 p. 236). É certo, que esta definição não se refere ao ambiente físico propriamente dito, mas ao clima que favoreça o desenvolvimento da relação terapeuta-paciente. Mas, certamente não se pode desconsiderar que o ambiente hospitalar, ao invés de proteger, expõe o par paciente-terapeuta a uma série de circunstâncias e estímulos externos que se constituem num verdadeiro ataque às fronteiras do espaço terapêutico. Esta realidade impõe ao terapeuta a tarefa de cuidar pela manutenção dessas fronteiras, o que deve ser feito integrando estes elementos do cenário hospitalar ao processo terapêutico,

De acordo com Simonetti (2011), o atendimento psicológico no contexto hospitalar deve “ajudar a fazer a travessia da experiência do adoecimento” (p.19), favorecendo o início de um processo de “elaboração simbólica do adoecimento”.

Cabe a discussão da caracterização, considerando-se o contexto de atendimento psicoterapêutico no ambiente hospitalar, de outros elementos que constituem o setting terapêutico, essenciais para a manutenção e preservação do processo terapêutico: a neutralidade, a abstinência e o anonimato. As regras técnicas do trabalho psicoterapêutico exigem neutralidade e a abstinência do terapeuta, ou seja “não dirigir o tratamento em função de um ideal qualquer e abster-se de conselhos”, bem como “manter distância das expectativas e pressões do meio externo” (Pechansky, 2015). Pensamos que a neutralidade e abstinência ficam sob ameaça, se considerarmos que em algumas situações o atendimento psicológico do paciente no contexto hospitalar se dá para atender uma solicitação da equipe de saúde (da qual o psicólogo faz parte), sendo o motivo da solicitação por exemplo, o comportamento pouco colaborativo do paciente, ou a sua recusa de submeter-se a um tratamento indicado para o seu quadro clínico. Este tipo de situação, sem dúvida exige do psicólogo um cuidado extremo com

as regras da sua neutralidade e abstinência. Demanda-se ao terapeuta um esforço de resistir à tentação de satisfazer a equipe, atendendo à sua demanda latente de tornar o paciente mais submisso aos seus cuidados, ou de buscar convencer o paciente a se submeter a um procedimento médico visando protegê-lo do risco de agravamento ou morte, pelo não tratamento daquele quadro clínico. Cabe ressaltar que neste tipo de situação a configuração da neutralidade e da abstinência requer especial atenção, evitando-se dessa maneira o risco de mais sobrecarregar o paciente com uma demanda que é da equipe, do que auxiliá-lo oferecendo uma escuta para os aspectos do seu funcionamento psíquico que estão sustentando a sua relação com o tratamento que lhe é oferecido e possibilitando a consciência para uma atitude de acordo com seu desejo.

Um outro aspecto do setting terapêutico que merece destaque diz respeito a parecer ser maior a dificuldade de não satisfazer os pedidos do paciente neste contexto em que se mostra tão fragilizado e de setting estruturado de maneira tão diferente da clínica clássica. No entanto, é inegável que satisfazer os pedidos do paciente, o que certamente liga-se à necessidade de alívio da ansiedade do terapeuta frente aos seus próprios sentimentos de impotência diante do adoecer e da morte, pode alimentar no paciente uma maneira onipotente de enfrentar as situações limites experienciadas na hospitalização, ao invés de ajudá-lo a tomar contato e lidar com a angústia de castração.

São muitas as variáveis que influenciam a prática da psicologia no contexto hospitalar, bem como as limitações que cerceiam os atendimentos. Diante desta realidade, é possível afirmar que os atendimentos psicológicos ali realizados aproximem-se ora do conceito da psicoterapia breve ou focal, dada a necessidade de se trabalhar aspectos relacionados à experiência de adoecimento e hospitalização em certo período de tempo e considerando que esta possua objetivos mais limitados e, conseqüentemente, mais “modestos” que as psicoterapias tradicionais, ora de um modelo de psicoterapia de apoio a depender daquilo que

se mostra possível e necessário frente à situação vivida pelo paciente no momento daquele atendimento, por exemplo uma situação de crise aguda dada pela perda abrupta da condição de saudável, de diagnóstico de doença grave, necessidade de hospitalização urgente....

Como é possível perceber, a prática hospitalar requer sensibilidade e capacidade de manejo, mas, primordialmente, a disponibilidade em se estar junto, suportar a angústia que acompanha o peso do adoecer e suas implicações.

Para isto, deve-se considerar que tanto a complexidade do processo de adoecimento quanto a própria diversidade entre os ambientes no âmbito hospitalar, corroboram a importância de sempre questionar, colocar em discussão o fazer do psicólogo nesta área.

O sujeito somatizante e a demanda para a psicoterapia

Segundo Ferrero (2006), enquanto o conceito de queixa ou “motivo de consulta” em psicologia se refere a uma descrição concreta de sintomas ou problemas objetivos, o de demanda vai além, pois envolve o reconhecimento, por parte do paciente, de uma necessidade subjetiva e o desejo de pedir ajuda, e traz consigo aspectos relacionados à motivação e aos interesses subjetivos do paciente em se implicar na resolução destes problemas.

Assim, ainda exposto por Ferrero (2006), mostra-se equivocado considerar unicamente a queixa como a ponte que conduz à exploração dos sinais e sintomas que permitirão o diagnóstico psicológico e o processo psicoterapêutico. A queixa é importante, sendo condição necessária para o engajamento na psicoterapia, mas, para além dela, é essencial investigar a demanda implícita nesta, isto é, é imprescindível que a queixa possa expressar-se na forma de uma demanda psicológica.

Se não houver esta demanda, ou seja a necessidade subjetiva de ajudar-se e o reconhecimento do sofrimento, não há como se constituir a tarefa terapêutica.

No hospital, entre tantas peculiaridades presentes no contexto do adoecimento e suas implicações, em grande parte dos casos, o paciente é encaminhado por membro da equipe de

saúde para avaliação ou atendimento psicológico, o que significa que a demanda pode, não ser do próprio paciente, mas de quem o está encaminhando.

O paciente somatizante, geralmente é encaminhado para uma psicoterapia, na maior parte das vezes por um médico ou por outro profissional de saúde e é muito mais frequentemente atendido em ambulatórios médicos, no mesmo onde realiza o tratamento médico da sua doença somática, do que em clínicas de psicologia. Encaminhado, este paciente comparece ao atendimento psicológico no ambulatório da mesma maneira que ao laboratório clínico para a coleta de sangue, para a realização de um exame solicitado. Cumprindo uma prescrição médica. Pouco apropriado da doença e pouco implicado no seu tratamento, muitas vezes não sabe porque foi encaminhado e não tem propriamente uma queixa. Parece depositar no médico, nos profissionais de saúde e também no psicólogo toda a responsabilidade do cuidado consigo próprio. Quando está hospitalizado, muitas vezes este paciente recebe do psicólogo, a oferta de atendimento psicológico, como procedimento de rotina do hospital. Nota-se que este paciente, muitas vezes surpreendido com a oferta de atendimento psicológico ou mesmo mal diferenciando um tratamento psicológico de um tratamento médico, está, da mesma maneira que na consulta médica, esperando ouvir algo e não falar sobre o seu mal-estar, no atendimento psicológico. Sua fala restringe-se aos sintomas da sua doença somática. A pergunta que se coloca é: este paciente tem demanda para psicoterapia? Se não tem, como se realiza o trabalho psicoterapêutico? É possível realizar um trabalho psicoterapêutico nessas condições?

Dessa maneira, circunscreve-se a tarefa do psicólogo junto ao sujeito somatizante. Como assinala Volich (2010) cabe-nos o desafio de ao paciente cujos recursos representativos limitam sua capacidade de perceber e comunicar seu sofrimento, que podem apenas reconhecer a realidade concreta da lesão corporal ou da dor, propiciar um espaço que permita pensar sobre este sofrimento e integrar no plano psíquico o que está sendo vivido no corpo, buscando tornar acessível o sofrimento que não encontra outros meios para se expressar. O objetivo do trabalho psicoterapêutico pode ser o de ajudá-lo a dar um significado para a experiência de adoecimento

e hospitalização e integrá-la na sua história de vida. Um grande desafio, que podemos começar por ajudar o paciente a formular uma queixa, nomeando o motivo do seu comparecimento ao atendimento psicológico para o qual foi encaminhado, no ambulatório. Para o paciente hospitalizado, o atendimento psicológico oferecido e realizado durante o período de internação pode ser entendido como uma preciosa oportunidade de atrair este sujeito somatizante para o processo de pensamento e com este trabalho poder ajudá-lo a se aproximar psiquicamente, entre outras, da experiência do adoecer e de hospitalização e, como objetivo último, criar uma demanda de psicoterapia após a alta hospitalar

Estado da arte da pesquisa em psicoterapia com o paciente somatizante

A clínica contemporânea tem demonstrado a necessidade de aproximar pesquisa e prática, salientando a importância do desenvolvimento de técnicas interventivas eficazes para aqueles que procuram o atendimento psicológico. A prática da psicoterapia baseada em evidências é um importante meio metodológico que integra as melhores evidências científicas identificadas em estudos, levando em conta as especificidades do paciente e o ambiente no qual está inserido (APA, 2005).

Analisando-se a literatura atual sobre os resultados da psicoterapia com pacientes somatizantes (Chaves e Lopes, 2015), observa-se que a população mais frequentemente investigada nos estudos publicados é a de pacientes oncológicos e que há poucos estudos avaliando o processo psicoterapêutico realizado.

Os estudos apontam resultados que relacionam o êxito do processo psicoterápico com pacientes somatizantes associando-o à remissão ou redução sintomatológica, mas não fazem referência a nenhum elemento do processo psicoterapêutico, propriamente dito. A investigação é realizada através da utilização de variados instrumentos de avaliação específicos para a análise de sintomas, como dor, fadiga, alterações no sono, sintomas depressivos, ansiosos, de estresse, entre outros. Detecta-se que a concepção de resultados da psicoterapia com pacientes

somatizantes considerada nas pesquisas é a da remissão ou eliminação de sintomas, que geralmente se caracterizam por co-morbidades ou sintomas da doença somática e nada dizem respeito aos aspectos do funcionamento psíquico e suas eventuais modificações a partir da intervenção psicoterapêutica. Conceção esta que se aproxima da posição filosófica de cura da medicina, ou seja a de eliminação de sintomas.

A abordagem Cognitiva Comportamental é a predominantemente utilizada nos estudos sobre comprovação de resultados e emprego de instrumentos de avaliação em psicoterapia junto ao paciente somatizante. Compreende-se que tal prevalência se justifica, uma vez que sua proposta de intervenção, que é através de um conjunto de técnicas e estratégias terapêuticas, a mudança de padrões de pensamento e, conseqüentemente, de comportamentos (Dobson, 2010), ser bastante valorizada pela medicina atual.

Por fim, observou-se que o campo de pesquisas de resultados do processo psicoterapêutico em nosso meio, principalmente, aquelas cuja amostra refere-se a pacientes somatizantes, carece de mais desenvolvimento. Observa-se, no entanto, que existem alguns pesquisadores dedicando-se fortemente nesse sentido, transparecendo um movimento interessante de pesquisas no campo.

Referências bibliográficas:

Aisenstein, M. (2015). Abordagem psicodinâmica do paciente psicossomático. In Eizirik, C. L., Aguiar R. W. & Schestatsky S. S. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (3ª ed. pp. 659-667). Porto Alegre: Artmed.

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2005). Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol. American Psychologist*, 61(4), 271-85. Recuperado de <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-statement.pdf>.

Braier, E. A. (1984). *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes

Chaves, G. S. & Lopes, S. M. P. (2015). *Instrumentos de avaliação de resultados em psicoterapia individual com pacientes adultos acometidos por doenças orgânicas: uma revisão sistemática*. Trabalho de conclusão de curso de Aprimoramento e Especialização em Psicologia Clínica em Cardiologia do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Cordioli A. V. (2008). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Editora Artmed

Dobson, D. & K. S. Dobson. (2010). *A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed.

Farrero, P. M. (2006). Del motivo de consulta a la demanda em psicologia. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatria*, 26(97), 53-69.

Kaplan, H. I. (1998). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Marty, P. (1965). *Los movimientos individuales de vida y muerte*. Barcelona: Toray.

Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto* (P. C. Ramos, Trad). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Marty, P. (1998). *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pechansky, I. (2015). Setting psicoterápico: neutralidade, abstinência e anonimato. In Eizirik, C. L., Aguiar, R. W. & Schestatsky, S. S. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (3ª ed., pp. 224-237). Porto Alegre: Artmed.

Ranna, W. (1997). Psicossomática e o infantil: uma abordagem através da pulsão e da relação objetual. In Ferraz, F. C. & Volich, R. M. (Orgs.). *Psicossoma: psicossomática psicanalítica* (pp. 103-125). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What work for whom? A critical review of psychotherapy research*, (2nd ed.). New York: Guilford. Recuperado de <http://books.google.com.br/books?id=tCQbJT5UPz4CHYPERLINK>

["http://books.google.com.br/books?id=tCQbJTUPz4C&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0"&HYPERLINK -](http://books.google.com.br/books?id=tCQbJTUPz4C&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0)

Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Simonetti, A. (2011). *Manual de Psicologia Hospitalar: O mapa da doença* (6ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Vieira, W. C. (1997). A psicossomática de Pierre Marty. In Ferraz, F. C. & Volich, R. M. (Orgs.). *Psicossoma: psicossomática psicanalítica* (pp. 15-22). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Volich, R. M. (2010). *Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise* (7ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Volich, R. M. (1997). Reflexões sobre a terapêutica psicossomática. In Ferraz, F. C. & Volich, R. M. (Orgs.). *Psicossoma: psicossomática psicanalítica* (pp. 85-98). São Paulo: Casa do Psicólogo.