

## *Trabalho Destaque*

### **Para onde vão as emoções? O fenômeno psicossomático a partir do viés psicanalítico: um estudo de caso<sup>1</sup>**

Bianca Silveira Zanuzo<sup>2</sup>

Carla de Barros Menegat<sup>3</sup>

**Resumo:** O presente trabalho tem como objetivo descrever as manifestações psicossomáticas observadas na prática clínica do estágio em psicologia, bem como relacioná-la com um aporte teórico da psicanálise. Trata-se de um estudo de caso que foi desenvolvido em uma clínica de saúde mental localizada em Cachoeirinha. A paciente recebe o nome fictício de Pietra, é moradora do Rio de Janeiro, tem 47 anos, e esteve em tratamento psicoterápico de setembro de 2021 a junho de 2022, de maneira remota. Os atendimentos ocorreram na clínica Amor à Vida e o motivo da procura por tratamento se deu por conta de uma dificuldade de deglutição, sem causa orgânica, desencadeando crises de ansiedade. A mesma foi encaminhada pelo gastroenterologista para tratamento psicológico, como ocorre na maioria dos casos de somatização que chegam até a clínica. Com o decorrer do trabalho terapêutico foi possível investigar junto à paciente as causas desencadeantes das crises de disfagia psicogênica, trazendo conteúdos desde sua infância até o momento presente, a partir do viés psicanalítico. Concluiu-se que a paciente guardava para si muito de suas angústias, sentindo-se incapaz de externalizar e verbalizar aquilo que a desagradava em suas relações. Parte do trabalho foi de nomear e compreender esses afetos, utilizando do *setting* terapêutico para expressão dessas emoções. O ambiente acolhedor e a escuta ativa foram imprescindíveis para que a paciente se sentisse segura para acessar emoções que lhe causavam grande angústia. A partir da compreensão e tradução destes sentimentos expressos no corpo, foi possível alcançar a remissão dos sintomas, fazendo valer a ideia de cura pela fala proposta pela psicanálise.

**Palavras-chave:** Psicossomática; Psicanálise; Disfagia.

## **1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A psicossomática é um termo amplamente discutido entre as diversas áreas da saúde, onde se procura compreender a relação entre as enfermidades físicas e as dores psíquicas. Apesar de ser abordada por múltiplas áreas Eizirik, Aguiar & Schestatsky (2015), ressaltam

---

<sup>1</sup> Este trabalho foi destaque na XVI Mostra Científica do Cesuca.

<sup>2</sup> Estudante do Curso de Psicologia do Centro Universitário Cesuca. E-mail: biancazanuzo@hotmail.com

<sup>3</sup> Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Cesuca. Mestre em Psicologia. E-mail: carla.menegat@cesuca.edu.br

que a perspectiva da psicossomática tem sua origem no pensamento psicanalítico. Mesmo sendo visto pela primeira vez por Hipócrates na Grécia Antiga ao enxergar a mente como uma unidade reguladora para o corpo (Volich, 2000), a compreensão moderna de psicossomática fundamenta-se nos estudos da psicanálise no século XX. As concepções de histeria por Freud e Breuer, a Escola Psicossomática de Paris de Pierre Marty, a Medicina Psicossomática de Franz Alexander, além das contribuições de Georg Groddeck e Sandor Ferenczi embasam o que entendemos hoje sobre o tema (Silva, 2016).

Uma introdução ao que percebemos hoje como traços de uma personalidade psicossomática foi descrita por psicanalistas da Escola Psicossomática de Paris, ao criar o conceito de *pensamento operatório* para referir-se à pacientes que possuem uma maneira “desafetada” de lidar com as situações, como se não houvesse recursos suficientes para relacionar atos e afetos (Marty, 1993). Tais estudos inspiraram Sifneos (1977, como citado em Carneiro & Yoshida, 2009) a criar o conceito de *alexitimia* para descrever pacientes que não possuem palavras para nomear seus estados afetivos, na maioria das vezes sem conseguir reconhecer que estão sentindo algo. O termo é de origem grega e significa *a* = sem; *lexis* = palavra; *thymos* = coração/emoção. Antes disso, Freud e Breuer (1895/1995) já haviam percebido um funcionamento semelhante ao analisarem pacientes que apresentavam sintomas físicos que pareciam estar ligados às reminiscências, sendo mais tarde entendido como um *funcionamento histérico* da personalidade.

A somatização é vista como um fenômeno onde o corpo é utilizado como saída para um sofrimento psíquico que não foi reconhecido de maneira consciente. Desta forma, surgem sintomas e enfermidades das mais diversas: doenças autoimunes, gastrites, dores musculares, gripes, asma, prisão de ventre e enxaquecas, para citar alguns exemplos. O sujeito que somatiza não percebe ligação entre a dor mental e o sintoma físico, o que dificulta muito a procura por ajuda adequada para tratar o quadro (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2015). Com isso, muitos pacientes não vêm por iniciativa própria e acabam chegando à clínica encaminhados por especialistas da medicina que prescrevem a psicoterapia no tratamento dessas somatizações. McDougall (1991) escreve:

Percebi que só se descarrega na ação quando a sobrecarga afetiva e a dor mental ultrapassam a capacidade de absorção das defesas habituais. Ao invés de contermos nossas emoções e de refletirmos sobre ela para encontrarmos uma resposta adequada, somos levados a *fazer* alguma coisa: comer demais, beber demais, fumar demais, provocar uma briga com o namorado, destruir um automóvel... pegar uma gripe! Essas diferentes expressões-através-do-ato, cujo objetivo é dispersar o afeto tão

depressa quanto possível, constituem frequentemente a origem de tratamentos analíticos intermináveis (p.17).

É importante frisar, como relata Zimerman (1999) que as manifestações psicossomáticas vêm desde os casos mais simples, como a palidez e taquicardia provocados pelo medo, às mais complexas como o caso de mulheres que embora desejem muito gerar um filho, se mantém inférteis por anos até que começam a engravidar com facilidade após a adoção de uma criança. Além disso, há evidências que comprovam níveis de psicossomatizações ainda mais complexos, beirando o inexplicável, como mostram os estudos de *psicoimunologia* e dados de observações clínicas que constata quadros cancerígenos diante de perdas significativas, etc.

Todos temos a tendência a somatizar em algum momento da vida em que situações internas ou externas extrapolam nossa capacidade psíquica. Isso ocorre sem que nos demos conta de que estamos utilizando o corpo para dar vazão à uma emoção que não pôde ser expressa de outra maneira. Frequentemente tais sintomas desaparecem de maneira inesperada em decorrência do tratamento psicanalítico, mesmo que não tenha sido investigado as causas e significações de tais somatizações (Mcdougall, 1991). Isso ocorre pois na psicoterapia psicanalítica o sujeito é estimulado a falar sobre suas emoções, o que faz com que o mesmo passe a desenvolver uma capacidade de identificar e simbolizar afetos adormecidos, aliviando a carga psíquica presente nos sintomas corporais.

Dunker & Thebas (2019) trazem a importância da escuta para que o paciente se sinta à vontade para falar sobre o que o angustia. Com isso, o *setting* terapêutico se torna um poderoso instrumento em casos de somatização, pois se o ambiente não lhe parece seguro, dificilmente o paciente vai falar sobre suas emoções de forma genuína. Para tanto, é necessário que o terapeuta possua uma capacidade de contenção e continência, sendo capaz de lidar com tudo aquilo que o paciente traz consigo (Calligaris, 2021). Além disso, é fundamental que o paciente reconheça o sofrimento psicológico para acessar os conteúdos que lhe acarretam em sintomas físicos. Mesmo que digam que o paciente necessita de tratamento psicoterápico, é preciso que o próprio esteja engajado no processo terapêutico, caso contrário os *insights* acerca desta problemática, quando ocorrem, aparecem com muito custo ao decorrer do tratamento Mcdougall (1991).

Como postula Zimerman (2004) é necessário que o psicoterapeuta considere que a partir do corpo o paciente narra uma história, como se este servisse de cenário para descarregar emoções e sensações primitivas que não puderam ser representadas com

palavras ou que foram fortemente reprimidas e negadas. O psicoterapeuta deve absorver esses afetos a partir da identificação projetiva, elaborá-los e devolvê-los ao paciente de maneira mais tolerável para ele. A psicanálise promove a cura pela fala, estimulando a conversação a partir de abordagens indiretas sobre temas de difícil acesso ao paciente, além de interpretações psicodramáticas com o intuito de instigá-lo a querer compreender melhor a si mesmo e seu funcionamento mental. Ao discorrer sobre seus sentimentos é possível nomear afetos que antes passavam despercebidos, sendo expressos de modo somático pelo paciente (Eizirik, Aguiar & Schestatsky, 2015).

O presente trabalho tem como objetivo descrever as manifestações psicossomáticas observadas na prática clínica do estágio em psicologia, bem como relacioná-la com um aporte teórico da psicanálise. A experiência relatada foi realizada com uma paciente de 48 anos de idade, que procurou a clínica ao ser encaminhada pelo gastroenterologista para tratar uma disfagia de origem psicogênica. O tratamento ocorreu entre os meses de agosto de 2021 a abril de 2022 tendo um total de 26 sessões.

## **2 METODOLOGIA**

O trabalho trata-se de um estudo de caso realizado em uma clínica de saúde mental localizada em Cachoeirinha, região metropolitana de Porto Alegre. De acordo com Ventura (2007), o estudo de caso tem suas raízes na pesquisa médica e psicológica, com o objetivo de analisar detalhadamente um único caso, a fim de compreender a dinâmica de uma patologia individualmente. Com essa análise, é possível tomar conhecimento de diferentes manejos para uma mesma problemática.

A construção deste trabalho se deu de forma qualitativa, com o objetivo de atuar de forma ética, a paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo informada sobre a utilização dos dados de atendimento em estudos acadêmicos. Além disso, a mesma será descrita com o nome fictício de Pietra, a fim de manter o sigilo da paciente.

## **3 CASO CLÍNICO**

Pietra é moradora da cidade do Rio de Janeiro e iniciou o tratamento em setembro de 2021 de maneira remota. A busca por tratamento pela paciente se deu por conta de uma dificuldade em deglutir os alimentos, sem causa orgânica. A mesma teve uma hérnia de hiato

grau 1 da qual foi tratada, porém após a remissão dos sintomas teve seu primeiro episódio de disfagia psicogênica. Ela relata que ao sentar à mesa para se alimentar sentiu que sua garganta fecharia e começou a sentir tremores, falta de ar e taquicardia. O episódio se repetiu e a mesma passou a ter medo de que sua garganta pudesse fechar, tendo crises de ansiedade sempre que precisava se alimentar. Após consultar diversos médicos e realizar uma série de exames, foi descartada a possibilidade de qualquer enfermidade orgânica, sendo encaminhada para tratamento psicológico.

Durante a entrevista inicial foram observados momentos em sua história que podem ter colaborado para o aparecimento dos sintomas. Pietra vem de uma criação extremamente rígida e distante por parte dos pais, tendo perdido o pai aos 14 anos (momento em que ela identifica o início de suas crises de ansiedade) e a mãe aos 18 quando estava grávida de seu primeiro filho. Após o nascimento do filho teve depressão pós parto e passou por grandes dificuldades em seu relacionamento, sendo desafiador dar conta de tudo o que acontecia em sua vida naquela época. A paciente vê seu relacionamento com o filho mais velho como muito distante, chegando a se emocionar sempre que é falado dele.

A paciente relata que após se separar de um relacionamento que a tolhia de diversas formas possíveis, iniciou um curso de massoterapia e passou a trabalhar na área até que a pandemia se instaurou e a mesma perdeu o emprego. Pietra relata uma vida muito ativa antes de entrar em quarentena, visitando amigos e frequentando bares e academias, algo muito diferente do que vivia quando iniciou o tratamento após 1 ano e meio reclusa em casa. Além disso, conta de um episódio do qual não se lembra, mas que relataram a ela que ocorreu aos seus 7 anos, a mesma se engasgou com uma bala e quase faleceu nos braços da mãe. É importante relatar que a paciente se enxergava como alguém muito fechada e fria, que raramente chorava, algo que mudou desde que começamos o tratamento psicoterápico. Desde o primeiro momento a paciente se mostrou muito colaborativa nas sessões, relacionando fatos de sua história com o surgimento dos sintomas corporais.

#### **4 DISCUSSÃO**

Foi identificado junto à paciente o peso que o trabalho exercia em sua vida, simbolizando sua emancipação desde que se separou de seu antigo relacionamento. Esse aspecto teve grande impacto na saúde mental da paciente, que viu sua vida “retroceder” ao ter de interromper suas atividades por conta da covid-19. Além disso, Pietra alega ter

ganhado alguns quilos desde que iniciou a quarentena, sendo algo que foi identificado posteriormente como um dos gatilhos para os sintomas de disfagia. Apesar de nunca ter tido problema com seu corpo ou aparência, a paciente conta que seu ex-marido criticava seu corpo e a constrangia na frente de amigos quando era elogiada com frases como “*se você acha que ela é bonita é porque não a viu sem roupa*” (sic). A paciente perdeu muito peso desde que teve seu primeiro episódio de disfagia por conta da dificuldade em se alimentar, voltando ao peso que tinha antes. Com o decorrer das sessões foi percebido que os episódios somáticos tinham início sempre que a paciente se olhava no espelho e percebia que estava engordando. Da mesma forma, os sintomas diminuía quando a mesma percebia que havia emagrecido. Podemos concluir que a paciente obtinha um ganho secundário com a disfagia, pois havia o emagrecimento como consequência de sua dificuldade de alimentação.

A paciente apresentou uma melhora significativa dos sintomas de ansiedade e disfagia desde os primeiros atendimentos, o que se deve principalmente à postura e engajamento da mesma desde o início do processo terapêutico. Passando-se alguns meses em uma crescente evolução na terapia, Pietra apresentou dificuldades em se alimentar novamente, além de dores de cabeça e refluxo. Sua esposa estava com a saúde muito debilitada e seu filho não estava se adaptando à nova escola, da qual a paciente depositou muitas expectativas. Com a saúde fragilizada de sua esposa, Pietra teve de assumir a responsabilidades de cuidar dos sogros que moravam na casa ao lado, com os quais não tem um bom relacionamento. Pouco tempo depois, Pietra foi desligada de seu trabalho, onde prestou serviços por 12 anos.

Podemos traçar uma relação entre o funcionamento rígido de seus pais e o de seus sogros, que trazem à tona sentimentos e memórias que a paciente não quer enfrentar, principalmente por ter de auxiliá-los contra sua vontade. Porém, fica evidente que a paciente se desorganiza tal qual sua vida, e que é difícil manter-se intacta perante tantas adversidades. Percebe-se também, que a estabilidade é algo importante para a paciente, e que a ideia de não ter controle sobre sua vida soa desesperador para ela. Com todas essas dificuldades, a paciente deixou de expressar seu incômodo em algumas situações, engolindo em seco sua insatisfação e somatizando novamente, como ocorrera antes do tratamento.

É interessante que, chegamos a esta conclusão somente após muita investigação, pois a paciente não percebia sua falta de emoção em situações angustiantes, mesmo após meses de tratamento. O mesmo ocorrera com os pacientes de Joyce Mcdougall (1991), onde a

mesma relata que seus pacientes sequer recalavam seus afetos conflituosos (como ocorre nas neuroses), eles eram apagados da consciência, ou como diria Freud, eram *forcluídos*. Desta forma, pudemos perceber o quanto essa forma de somatizar é um ponto cego para a paciente, devendo estar sempre atenta aos seus modos de expressão dos sentimentos. Para esta investigação foi preciso iniciar uma reconstrução cronológica dos acontecimentos, integrando datas a manifestações psicossomáticas, conforme sugere Santos Filho (1992, apud Blazius, Soares & Zadinello, 2015). Essa consolidação deve ser feita com muita cautela, respeitando o tempo lógico do paciente, onde o terapeuta reconstitui aos poucos a trajetória somática junto ao paciente, tornando-se parte primordial do tratamento terapêutico.

Para o tratamento, foi imprescindível a construção de um ambiente acolhedor a partir da escuta empática para que a paciente se sinta à vontade para falar sobre suas angústias. Como postula Zimerman (1999), o *setting* terapêutico é de grande valia em casos de somatização, pois se o ambiente não lhe parece seguro, dificilmente o paciente irá falar sobre suas emoções de forma genuína. Para isso, é exigido do psicoterapeuta uma capacidade de contenção e continência, para ser capaz de lidar com tudo o que o paciente possa trazer.

Da mesma forma que ocorrera com a paciente, a maioria dos casos de somatização que chegam até a clínica ocorrem por encaminhamento de outras especialidades da área da saúde, como médicos gastroenterologistas, por exemplo. A busca dificilmente ocorre de maneira espontânea, até mesmo pela dificuldade do paciente em relacionar os sintomas físicos com causas emocionais (Blazius, Soares & Zadinello, 2015). Desta forma, é mais comum que a procura por tratamento psicoterápico ocorra por encaminhamento de especialista ou para tratar outra demanda do paciente, sendo a somatização percebida após algum tempo de tratamento.

É importante salientar a necessidade da supervisão em casos complexos como este, a fim de ter um maior aporte técnico e teórico para sustentar o tratamento. Além disso, faz-se necessário o uso da psicoterapia individual, principalmente para psicólogos em formação, evitando que o mesmo seja tomado pelos sentimentos que emergem nas sessões com seus pacientes de forma que atrapalhe seu trabalho terapêutico. Partindo do pressuposto de que todos temos a tendência a somatizar em algum momento, fica nítido o quanto a história de vida do paciente pode atravessar percursos de vida do próprio terapeuta, que precisa ter seu próprio espaço para dar vazão aos seus sentimentos. Conforme Gottlieb (2019):



Um terapeuta erguerá um espelho para os pacientes, mas os pacientes também erguerão um espelho para seus terapeutas. A terapia está longe de ser unilateral; ocorre em um processo paralelo. Diariamente, nossos pacientes expõem questões que precisamos refletir para nós mesmos. Se eles podem ver com mais clareza através das nossas reflexões, podemos nos ver com mais clareza através das reflexões deles. Isso acontece com os terapeutas quando estamos atendendo, e também acontece com nossos próprios terapeutas. Somos espelhos refletindo espelhos refletindo espelhos, mostrando uns aos outros o que ainda não conseguimos ver (p.20).

Desta forma, é de grande valia, além da supervisão para melhor manejo dos pacientes, a terapia pessoal para trabalhar as emoções despertadas no próprio terapeuta durante o processo do paciente. Por vezes a carga emocional depositada no psicólogo durante o processo terapêutico é muito grande, sendo necessário refletir sobre esta contratransferência durante sua própria sessão de terapia (Dunker & Thebas, 2019). A terapia pessoal, seguido da supervisão com um terapeuta mais experiente, é fundamental para que o terapeuta esteja preparado para lidar com as demandas que surgirão no consultório.

Apesar disto, são observadas melhoras a respeito dos sintomas em relação às primeiras sessões com a paciente Pietra que desde começo se mostrou colaborativa com o tratamento, fazendo reflexões quando fora da sessão. A paciente diz ter encontrado um equilíbrio em suas ações, conseguindo se colocar melhor nas situações. Foi identificado certa dificuldade em estabelecer limites e uma dificuldade em expressar aquilo que a desagrada, com isso, passou muito tempo “engolindo sapos” para não se indispor com ninguém. Com essas mudanças de comportamento, a paciente teve a oportunidade de se reconectar consigo mesma, compreendendo seus próprios limites. Mesmo assim, em momentos onde as coisas fogem de seu controle, como o desemprego e a saúde da esposa, a mesma se vê tensa e com dificuldades em manejar suas emoções, passando a somatizar novamente.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho buscou traçar uma relação entre eventos traumáticos e sintomas somáticos, a partir de um estudo de caso com uma paciente de 48 anos, sendo atendida de forma remota. A partir deste estudo, foi possível identificar situações diversas que serviram como gatilhos para desencadear os sintomas psicossomáticos e ansiedade da paciente, principalmente no que se refere a circunstâncias das quais a mesma não pode controlar. Embora haja muitos estudos na psicologia e medicina sobre os fenômenos somáticos,



podemos perceber que este ainda é um assunto de difícil compreensão para a população geral, sendo necessário um olhar diferenciado que busque disseminar esse conhecimento para todos os públicos.

## REFERÊNCIAS

- Aguiar, R. W., Eizirik, C. L. & Schestatsky, S. S. (2015). *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos*. (3ª ed.). Artmed.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V*. (5ª ed.). Artmed.
- Blazius, R. F.; Soares, F. F. & Zadinello, V. U. (2015). O fenômeno psicossomático pelos conceitos de pensamento operatório e alexitimia: possibilidades de intervenção psicoterapêutica. *Akrópolis Umuarama*, 23(2), 165-180.
- Breuer, J. & Freud, S. (1995). *Estudos sobre a histeria*. In: Salomão, J. (trad.). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- Calligaris, C. (2021). *Cartas a um jovem terapeuta*. (2ª ed.). Planeta.
- Carneiro, B. V. & Yoshida, E. M. P. (2009). Alexitimia: Uma Revisão do Conceito. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 25 (1), 103-108.
- Dunker, C. & Thebas, C. (2019). *O palhaço e o psicanalista*. (10ª ed.). Planeta.
- Marty, P. (1993). *A Psicossomática do Adulto*. Artmed.
- Gottlieb, L. (2019). *Talvez você deva conversar com alguém*. Vestígio.
- McDougall, J. (2013). *Teatros do corpo*. (3ª ed.). Martins Fontes.
- Silva, L. T. L. (2016). Origens da psicossomática e suas conexões com a Medicina na Grécia antiga. *Analytica*, 5(8), 49-79.
- Bolicho, R. M. (2000). *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*. Casa do Psicólogo, Coleção Clínica Psicanalítica
- Zimmerman, D. E (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática*. Artmed.
- Zimmerman, D. E. (2004). *Manual da técnica psicanalítica: uma re-visão*. Artmed.