

A psicossomática sob o olhar psicanalítico: relato de experiência

Psychosomatics from a psychoanalytic perspective: an experience report

Bianca Silveira Zanuzo¹ e Carla de Barros Menegat²

Resumo: O presente trabalho busca descrever as manifestações psicossomáticas observadas na prática clínica do estágio em psicologia, bem como relacioná-la com um aporte teórico da psicanálise, tratando-se de um relato de experiência. A paciente é moradora do Rio de Janeiro e esteve em tratamento psicoterápico de setembro de 2021 a julho de 2022, de maneira remota. O motivo da procura por tratamento se deu por conta de uma dificuldade de deglutição, sem causa orgânica, desencadeando crises de ansiedade. A paciente 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, trazendo conteúdos desde sua infância até o momento presente, sob a ótica psicanalítica. 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 compreender e nomear esses afetos, utilizando do *setting* terapêutico para expressão dessas emoções. 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; Continência; Rêverie.

Abstract: This paper seeks to describe the psychosomatic manifestations observed during the clinical practice of a psychology internship, relating it to a theoretical contribution from psychoanalysis through an experience report. The patient, a resident of Rio de Janeiro, received remote psychotherapeutic treatment from September 2021 to July 2022. She sought treatment due to difficulty swallowing, which had no organic cause and triggered anxiety crises. The patient was referred by her gastroenterologist, as is the case with most somatization cases that come to the clinic. Throughout the therapeutic work, we explored her childhood and present experiences from a psychoanalytic perspective to investigate what triggered her crises. We concluded that the patient kept much of her anguish to herself, struggling to externalize and verbalize what she disliked in her relationships. Part of our work consisted of understanding and naming these emotions, and using the therapeutic setting to express them. From understanding and translating these feelings expressed in the body, it was possible to achieve the remission of the symptoms, validating the idea of healing through speech presented by psychoanalysis.

Keywords: Psychosomatics; Psychoanalysis; Continence; Rêverie.

¹ Graduanda de Psicologia; Centro Universitário Cesuca. E-mail: biancazanuzo@hotmail.com

² Mestre em Psicologia; Centro Universitário Cesuca. E-mail: carla.menegat@cesuca.edu.br

Introdução

A psicossomática é um termo amplamente discutido entre as diversas áreas da saúde, em que se procura compreender a relação entre as enfermidades físicas e as dores psíquicas. Apesar de ser abordada por múltiplas áreas, Eizirik et al. (2015), ressaltam que a perspectiva da psicossomática tem sua origem no pensamento psicanalítico. Mesmo sendo vista 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 atualmente 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 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 a reminiscências, sendo mais tarde entendido como um “funcionamento histérico” da personalidade.

A palavra psicossomática tem origem grega que em tradução livre significa *psyche* = mente e *soma* = corpo, sendo vista pela psicanálise como um fenômeno onde o corpo é utilizado como saída para um sofrimento psíquico que não foi reconhecido de maneira consciente (Mcdougall, 2013). Desta forma, surgem sintomas e enfermidades das mais diversas: doenças autoimunes, gastrite, 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 et al., 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 (2013) 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 Zimmerman (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 mantêm inférteis por anos até que começam a engravidar com facilidade após a adoção de uma criança. Além disso, há evidências que comprovam níveis de somatizações ainda mais complexas, beirando o inexplicável, como mostram os estudos de psicoimunologia e dados de observações clínicas que constata quadros cancerígenos diante de perdas significativas, etc.

O que se sabe é que 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 a uma emoção que não pôde ser expressa de outra maneira. A somatização é um mecanismo de defesa primário, sendo observado desde os primeiros meses de nascimento do bebê, e surge para dar conta de uma falta de recurso que este enfrenta para expressar e simbolizar seus sentimentos. Nós não nascemos falando, mas nascemos sentindo todo tipo de emoção, logo, as experiências pré-verbais são registradas no corpo. Desta forma, desde muito novos, sendo incapazes de comunicar verbalmente nossas angústias, nos tornamos especialistas em utilizar o corpo como tela para expressar nossas emoções (Mcdougall, 2013).

Bebês tristes, com raiva ou estressados tendem a ficar ruborizados, perder o apetite, induzir vômitos, ter insônia, agitar o corpo, entre outros movimentos para manifestar sua insatisfação quando algo não vai bem. Caso o ambiente neste período seja insuficientemente bom, o bebê utilizará mais ainda da somatização para expressar suas angústias. Quando adulto, diante de situações emocionalmente difíceis poderão aparecer enxaquecas, gastrites nervosas, refluxos, dores tensionais, dermatites e tudo mais que sirva como recurso corporal para o alívio de angústias (Eizirik et al., 2015).

Frequentemente tais sintomas desaparecem de maneira inesperada em decorrência do tratamento psicanalítico, mesmo que não tenha sido investigado as causas e significados destas somatizações. Isso ocorre porque na psicoterapia psicanalítica o sujeito é estimulado a falar sobre suas emoções, fazendo com que o este passe a desenvolver uma capacidade de identificar e simbolizar afetos adormecidos, aliviando a carga psíquica presente nos sintomas corporais (McDougall, 2013).

Bion (1962) apresenta o conceito de continência como uma analogia entre a dupla analítica e a situação de amparo da relação mãe-bebê, tornando-se uma ótima ferramenta no tratamento com pacientes psicossomáticos. Nesta teoria, a mãe não é somente uma doadora de leite, mas também um órgão receptor que contém a angústia do bebê, a transforma e devolve de forma digerível para ele. Da mesma forma, o terapeuta é capaz de conter os elementos somatizantes do paciente, suportando durante o tempo necessário a angústia sentida através da identificação projetiva para, assim, transformá-la e, então, devolver a ele em forma de palavras (Bion, 1963). Essa função continente se dá através da capacidade de *rêverie* da mãe, onde esta é capaz de acolher as identificações projetivas do bebê, independentemente de serem percebidas como boas ou más. O mesmo acontece na relação do terapeuta com pacientes psicossomáticos: o analista auxilia o paciente a nomear seus afetos, transformando elementos *beta* em elementos *alfa*, tratando-se de uma *alfa-betação* emocional.

Rêverie vem do francês (*rêve* = sonho), designando uma condição em que a mãe/analista capta o que se passa com o bebê/paciente muito mais

através de um estado de sonho e intuição do que de atenção provinda dos órgãos do sentido. Desta forma, o estado de sonho proveniente da função de rêverie do analista possibilita que o paciente dê livre curso às suas fantasias, devaneios e emoções, semelhante ao conceito de “atenção flutuante” postulada por Freud. A mãe-rêverie é aquela que é capaz de acolher e conter as angústias do bebê maciçamente projetadas nela, decodificando esses elementos beta e devolvendo em doses apropriadas, devidamente nomeadas e significadas (elementos alfa) (Zimerman, 2004a).

Como postula Zimerman (1999) 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. 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 et al., 2015).

O presente trabalho pretende relatar a experiência de primeiro ano de estágio em Psicologia Clínica, descrevendo as manifestações psicossomáticas observadas tanto na paciente quanto na terapeuta, tendo como base o viés 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 setembro de 2021 a julho de 2022 totalizando 32 sessões.

Método

O presente artigo trata-se de um estudo qualitativo que foi desenvolvido a partir de um relato de experiência realizado em uma clínica de saúde mental localizada em Cachoeirinha, região metropolitana de Porto Alegre. O relato de experiência, conforme preconiza Mussi et al. (2021), é uma ferramenta da pesquisa descritiva que se utiliza da reflexão sobre ações profissionais no intuito de proporcionar *insights* para a comunidade científica. Desta forma, a experiência relatada abrange tanto as manifestações psicossomáticas da paciente, quanto suas reverberações psíquicas na terapeuta, sendo realizada uma reflexão sobre o processo terapêutico com pacientes com sintomas psicossomáticos. Para a compreensão e manejo do caso, foi utilizada a abordagem teórica da psicanálise.

O trabalho foi realizado entre os meses de setembro de 2021 a julho de 2022, durante o primeiro ano de estágio da terapeuta, totalizando 32 encontros. Os dados foram coletados por meio de registros das sessões e anotações pessoais da estagiária, sendo aqui utilizados com a devida autorização da paciente. Com o objetivo de atuar de forma ética, ela assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo informada sobre a utilização dos dados de atendimento em estudos acadêmicos. Além disso, a paciente será descrita com o nome fictício de Pietra, a fim de manter seu anonimato.

Relato de experiência

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. Ela 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-se 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 esta 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 ela 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, quando se engasgou com uma bala e quase faleceu nos braços da mãe. É importante relatar que Pietra se enxergava como alguém muito fechada e fria, que raramente chorava, algo que mudou desde que começamos o tratamento psicoterápico. Desde os primeiros momentos a paciente se mostrou muito colaborativa nas sessões, relacionando fatos de sua história com o surgimento dos sintomas corporais.

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 ela percebia que havia emagrecido. Podemos concluir que a paciente obtinha um ganho secundário com a disfagia, pois havia a perda de peso 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 desta 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 responsabilidade de cuidar dos sogros que moravam na casa ao lado, com os quais não tem um bom relacionamento. Pouco tempo depois, a paciente 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 consegue enfrentar, principalmente por ter de auxiliá-los contra sua vontade. Porém, fica evidente que a paciente se desorganiza ao se ver impotente diante das situações, e que é difícil manter-se intacta perante tantas adversidades. Percebe-se que a estabilidade é algo importante para ela, e que a ideia de não ter controle sobre sua vida soa desesperador para Pietra. 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.

O interessante é 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 (2013), onde ela 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, podemos perceber o quanto essa forma de somatizar é um ponto cego para a paciente, devendo estar sempre atenta aos seus modos de expressão de sentimentos. Para esta investigação foi preciso iniciar uma reconstrução cronológica dos acontecimentos, integrando datas a manifestações psicossomáticas, conforme sugere Santos Filho (1992, como citado em Soares et al., 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 a ele, tornando-se parte primordial do tratamento terapêutico.

Para o trabalho transcorrer de maneira satisfatória, 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. 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 continência, sendo capaz de lidar com tudo aquilo que o paciente projeta nele (Zimerman, 2004b). Além disso, é fundamental que o paciente reconheça o sofrimento psicológico para acessar os conteúdos que lhe acarretam sintomas físicos. Mesmo que digam que o sujeito 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, 2013).

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. 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 (Soares et al., 2015).

Em algumas sessões com a paciente, onde esta relatou períodos difíceis da sua história, saí da chamada com enxaqueca, extremamente cansada e com os olhos marejados, dado o conteúdo denso trabalhado na sessão. Esse fato se repetiu algumas vezes, onde eu sentia como se tivesse pegado para mim parte do sofrimento da paciente, sendo essencial neste período a discussão do caso em supervisão. Este parece ser um dos desafios de se trabalhar com pacientes psicossomáticos, onde sentimos por eles aquilo que é relatado de maneira desprovida de afeto, recebidos por meio da identificação projetiva. A tentativa de conexão com esses sentimentos somados à falta de experiência do terapeuta em período de estágio pode fazer com que seus próprios sentimentos extrapolem no corpo, manifestando a partir dele, sentimentos intensos sentidos pelo psicoterapeuta durante a sessão. Se não for possível identificar com o suporte de um psicoterapeuta mais experiente (em supervisão ou terapia pessoal) a dificuldade de separar o que é do paciente e o que é próprio do terapeuta, este pode acabar emaranhando-se na mesma teia envolta pelo seu paciente, falhando em lhe prestar a escuta necessária. Acerca disso, Dunker & Thebas (2019) trazem um olhar sincero sobre os desafios que o psicólogo enfrenta em seu trabalho de escuta e sustentação:

Não imagine que as pessoas estão sedentas por serem escutadas, pelo contrário, elas vão resistir. A maior parte dos desesperados está sequioso de ouvir algo muito específico que eles já sabem o que é, ou seja, a confirmação de suas crenças subjetivas (ainda que seja a confirmação de que não há nada a fazer). Em outras palavras, não é porque as pessoas vivem situações de desespero que isso as torna mais aptas ou disponíveis para se escutarem. Escutar o outro nessas circunstâncias é como se aproximar de alguém que está se afogando. Provavelmente você sairá machucado, um tanto aflito e engolirá água também. Se você se deixa levar pelo apelo e pelas mãos abertas em sua direção, certamente elas te agarrarão levando os dois para o fundo do mar. Em situação de desespero, a melhor aproximação é pelos lados, mantendo a calma e evitando responder à demanda, que provavelmente voltará em espelho contra você (p. 94).

Tal fala sintetiza muito bem a linha tênue na qual o psicólogo trabalha, onde oferecer sua escuta pode vir acompanhado de um desejo inconsciente de resolver os conflitos do paciente. Sobre isso, Bion (1967) traz um pensamento interessante acerca da postura que o terapeuta deve assumir durante as sessões: “o analista deve estar na sessão sem memória, sem desejo e sem ânsia de compreensão” (681), referindo-se ao estado de atitude interna do analista, em que este se priva de seus desejos e teorizações acerca do paciente e utiliza de sua intuição e atenção flutuante para conduzir a sessão (Zimerman, 2004). Bion (1967) complementa:

Quando não fomos analisados, ou quando estamos cansados, aparece o perigo da introdução de memória e desejos. Quanto mais uma pessoa

ficar ocupada com aquilo que ela quer que aconteça e com aquilo que aconteceu, ou aquilo que ela sabe sobre o paciente ou sobre psicanálise, menos espaço sobra para a incerteza. Se eu me tornar mais e mais dogmático, com mais e mais certeza de que o paciente, na última sessão, me disse isto, aquilo ou outra coisa, sei que vou acabar ficando cansado. Quando estamos cansados, nos é difícil sermos receptivos (p. 108).

Partindo da ideia 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 psicoterápico. 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” (sic) 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 em que as coisas fogem de seu controle, como o desemprego e a saúde da esposa, a paciente se vê tensa e com dificuldades em manejar suas emoções, passando a somatizar novamente.

Considerações finais

A ideia norteadora deste relato de experiência foi a de que ele possa contribuir para discussões e reflexões sobre a importância do manejo adequado do terapeuta com pacientes somatizantes. O presente trabalho buscou traçar uma relação entre eventos traumáticos e sintomas somáticos vivenciados por

uma paciente de 48 anos que foi atendida de maneira remota, bem como as reverberações psíquicas na terapeuta. 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 ela não pode controlar.

Percebe-se que o trabalho com esses pacientes pode mobilizar no terapeuta sentimentos difíceis de manejar em si mesmo, trazendo a necessidade de trabalhá-los fora da sessão, ou poderão se misturar ao caso, interferindo no processo terapêutico do paciente. Para isso, é necessário ter o suporte da supervisão e da psicoterapia pessoal, principalmente para estudantes em seu primeiro contato com a clínica.

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, que poderia se beneficiar deste conhecimento para realizar o tratamento adequado. Faz-se necessário um olhar diferenciado e com uma linguagem acessível que busque disseminar esse conhecimento para o público para além da área da saúde.

Referências

- Bion, W. R. (1962). *Aprendendo com a experiência*. Imago.
- Bion, W. R. (1963). *Elementos em psicanálise*. Imago.
- Bion, W. R. (1967). Notas sobre la memoria y el deseo. *Revista de psicoanálisis*, 26(1), 679-692. <http://apa.opac.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/19692603/p0679.dir/REVAPA19692603p0679Bion.pdf>
- Carneiro, B. V. & Yoshida, E. M. P. (2009). Alexitimia: Uma Revisão do Conceito. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 25(1), 103-108. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000100012>.
- Dunker, C. & Thebas, C. (2019). *O palhaço e o psicanalista* (10ª ed.). Planeta.
- Eizirik, C. L., Aguiar, R. W., & Schestatsky, S. S. (2015). *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos* (3ª ed.). Artmed.
- Freud, S. & Breuer, J. (1895/1995). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Imago.
- Gottlieb, L. (2019). *Talvez você deva conversar com alguém*. Vestígio.
- Marty, P. (1993). *A Psicossomática do Adulto*. Artmed.
- McDougall, J. (2013). *Teatros do corpo* (3ª ed.). Martins Fontes.
- Mussi, R. F. de F., Flores, F. F., & Almeida, C. B. de. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*, 17(48), 60-77. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>.
- Silva, L. T. L. (2016). Origens da psicossomática e suas conexões com a Medicina na Grécia antiga. *Analytica*, 5(8), 49-79. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/analytica/v5n8/04.pdf>.
- Soares, F. F., Blazius, R. 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. <https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/akropolis/article/viewFile/5764/3267>.
- Volich, R. M. (2000). *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*. Casa do Psicólogo.
- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática*. Artmed.
- Zimerman, D. E. (2004a). *Bion: da teoria à prática — uma leitura didática*. Artmed.
- Zimerman, D. E. (2004b). *Manual da técnica psicanalítica: uma re-visão*. Artmed.