

Somatizadores : a possibilidade de uma abordagem grupal

José Atilio Bombana
Cristiane Seixas Duarte

Quais as possibilidades, e as limitações, do atendimento aos pacientes somatizadores através da psicoterapia de grupo? Aqui, uma experiência de tipo psicodinâmico.

O fenômeno da somatização tem sido objeto de um crescente número de estudos nos últimos anos. Apesar de várias características do funcionamento psíquico dos pacientes com somatizações serem conhecidas há muito tempo, novas tentativas têm sido feitas, visando a uma apreensão mais ampla do que representa esse fato clínico. Essa tendência manifesta-se com a inclusão de categorias diagnósticas específicas (“transtornos somatoformes”) dentro das recentes classificações de doenças.¹ Deve-se considerar, no entanto, que o conceito de somatização, mais amplo, não é sinônimo de transtorno somatoforme.² A somatização é definida como uma tendência a experimentar, conceitualizar e comunicar estados mentais e desconforto pessoal na forma de queixas corporais e sintomas médicos.^{3,4}

Considerações sobre as somatizações (ou sobre pacientes somatizadores) podem ser elaboradas a partir de diferentes referenciais. Os pacientes podem ser assim compreendidos a partir de um referencial clínico-fenomenológico, no qual conta a descrição dos fatos e o estabelecimento de relações entre eles, portanto a partir de parâmetros naturais, ou pode ser utilizada uma perspectiva psicodinâmica-psicanalítica, priorizando as relações de significado que esses mesmos fatos guardam entre si, gerando uma

José Atilio Bombana é psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae e doutor em Psiquiatria pela Universidade Federal de São Paulo (Escola Paulista de Medicina)

Cristiane Seixas Duarte é psicóloga, pós-graduada do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo (Escola Paulista de Medicina)

estrutura simbólica de significados, portanto, utilizando parâmetros simbólicos ou culturais.⁵

A abordagem terapêutica a este grupo de pacientes tem se mostrado um assunto complexo e propício a divergências. Existem desde propostas que privilegiam um enfoque “médico” (importância das avaliações clínicas, papel fundamental do médico clínico na condução do tratamento, uso de medicamentos), enquanto outras se centram nos cuidados psicológicos dos pacientes (especialmente através de psicoterapias).

O modelo de psicoterapia a ser usado também comporta uma variabilidade expressiva. Existem pelo menos duas grandes correntes: uma que se fundamenta na psicologia experimental (como as terapias cognitivo-comportamentais e as que se baseiam na “psicologia do ego”) e outra na psicanálise.

Partindo da psicanálise, psicoterapias individuais e de grupo têm sido utilizadas nas últimas décadas. Importante contribuição tem sido desenvolvida pelo grupo de psicanalistas franceses da chamada Escola Psicossomática de Paris, com propostas próprias de psicoterapia.⁶

Uma experiência de atendimento

O Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina, situando-se numa grande instituição médica, é destino de razoável número de encaminhamentos de pacientes somatizadores. Essa demanda levou à organização de um núcleo de profissionais, que, há aproximadamente uma década, vem se ocupando do atendimento desses pacientes. Esse núcleo tem passado, com algumas exceções, por freqüentes mudanças na sua constituição, visto tratar-se de uma

instituição-escola, portanto com idéias e propostas que mudam ao longo do tempo.

O objetivo deste artigo é descrever e discutir tópicos do atendimento oferecido a um grupo de pacientes somatizadores, ao longo de aproximadamente um ano. Trata-se de um recorte dentro de um panorama maior de atendimento a pacientes somatizadores.

Uma relação baseada
numa experiência
pode nortear futuras
intervenções.

Esse grupo foi atendido num *setting* psicoterápico de base psicanalítica. A partir dos tópicos relatados, propomos discutir algumas questões suscitadas no atendimento e relacioná-las com as teorias existentes. Acreditamos ainda que uma reflexão baseada em uma experiência pode ser proveitosa, tanto para dar novos sentidos ao que já foi feito como para nortear futuras intervenções.

O processo de seleção dos pacientes iniciou-se através da divulgação do trabalho a ser realizado no serviço e nas outras clínicas, na medida em que isto foi possível. Os pacientes eram encaminhados para um membro da equi-

pe, que realizava uma avaliação com base em uma ou mais entrevistas. É importante esclarecer que, apesar do nosso interesse se voltar para uma compreensão psicodinâmica dos pacientes, e portanto de levantarmos questões dentro desta perspectiva, a seleção dos “somatizadores” foi feita segundo parâmetros fortemente indicados por dados descritivos, clínico-fenomenológicos, tais como característica predominante do quadro clínico, intensidade e duração dos sintomas. A consciência das limitações desse procedimento não impediu que dele fizéssemos uso.

Dentre os pacientes tirados estava, por exemplo, C., 34 anos, casada, mãe de dois filhos, que sofria de endometriose, já tendo passado por três cirurgias. Era também portadora de uma fratura no pé, que ocorrera há quatro anos, levando-a a ter que colocar um “pino”; o pé costumava inchar e a incomodava bastante, não permitindo por exemplo que usasse sapatos fechados, por causa da dor. As dores abdominais também causavam uma série de transtornos na sua vida, dentre eles dificuldades no relacionamento sexual com o marido. Uma outra paciente, A., empregada doméstica, queixava-se de dores nas pernas, seus nervos “endureciam”, dificultando que andasse. Há muitos anos tomava um ansiolítico, que julgava imprescindível para “relaxar” os nervos das pernas e das mãos, que por vezes também ficavam endurecidas.

Levava-se em conta a disponibilidade do paciente de comparecer semanalmente ao serviço para participar dos atendimentos. Buscava-se ainda avaliar as possibilidades de elaboração mental, e abertura para aceitar uma abordagem não estritamente orgânica (clínico/cirúrgica, que se baseasse apenas em exames e medicações).

O grupo tinha frequência semanal e as sessões duravam 50 minutos. De modo geral os pacientes, além de participar da psicoterapia, eram atendidos em outras clínicas (ginecologia, cardiologia), as quais, na maioria dos casos foram responsáveis pelo encaminhamento para o Departamento de Psiquiatria. No início dizia-se aos pacientes que o grupo teria duração preestabelecida (o início deu-se no mês de maio e o término aconteceria em dezembro), e que as faltas deveriam ser comunicadas à terapeuta por telefone. As sessões não tinham temas preestabelecidos. O grupo começou com cinco pacientes, e havia a abertura para a entrada de novos pacientes. Cada vez que um componente novo entrasse no grupo, o fato era comunicado com antecedência aos outros participantes, e quando o novo membro ingressava a terapeuta retomava os itens básicos do *setting* descritos acima. Finalmente formou-se um grupo composto por sete pacientes, sendo que as sessões contavam geralmente com cinco delas (todas mulheres). Havia uma discussão semanal, entre a terapeuta e um dos membros da equipe (autores deste trabalho), sobre o andamento do grupo.

Ao longo dos atendimentos foram observadas algumas tendências básicas de comportamento que pareciam comuns ao grupo como um todo, embora pudessem ser, em dado momento, mais visíveis em um ou outro participante.

Em primeiro lugar, notamos que as pacientes não falavam exclusivamente de suas somatizações, fato descrito como habitual neste tipo de pacientes, parecendo muito dispostas a conversar sobre temas da vida cotidiana (a relação com o marido, com os filhos, etc.). As queixas somáticas geralmente reapareciam diante de dificuldades vividas por um participante do grupo isoladamente ou pelo grupo como

um todo. A primeira sessão do grupo caracterizou-se por uma descrição detalhada das dores físicas de cada uma das participantes. A entrada de um novo membro no grupo, ou a constatação de que uma paciente não viria mais, também provocava o mesmo comportamento. Este fato ficou bastante claro quando se aproximou o final do grupo, época em que passaram a falar com maior frequência das dores.

D., 42 anos, é uma paciente que ilustra bem o comportamento descrito. D. participou da primeira sessão do grupo, recém saída de uma internação de duas semanas na Clínica de Cardiologia, devido a fortes dores no peito, que limitavam bastante sua vida. Na Cardiologia, recebeu o diagnóstico de "psicossomatização", e foi encaminhada para o grupo. Nesta primeira sessão dizia: "Eu sei que os médicos falam que coração não dói, que não tem como doer, e eu fico aqui pensando, pode ser que o coração de ninguém no mundo doa, mas que o meu dói, dói". Depois disso D. participou assiduamente do grupo, e chamava a atenção sua disposição para tentar compreender o que acontecia consigo mesma, não só no que se referia às suas dores (que logo se tornaram bastante amenas, permi-

tindo a retomada completa de sua vida), mas também interessada em descobrir o motivo de seus sentimentos e comportamentos (por que permanecia com um namorado que não lhe dava atenção, e do qual ela sabia que tinha outra mulher? por que se sentia raiva, "saía fora de si" e avançava sobre as pessoas, sem conseguir pensar em nada?). Muitas vezes esta curiosidade aparecia sob a forma de perguntas para a terapeuta: "Doutora, eu queria saber por que isso acontece comigo e se é normal"; mas por vezes também trazia sua própria idéia: "Sabe esse negócio de eu atacar as outras pessoas e não pensar em mais nada, e depois ficar tudo bem? Então, pensei em uma vez, eu era pequena, lá na roça, estava brincando, de repente eu olhei e tinha um bicho, acho que era uma lagarta enorme em cima de mim, acho que eu fiquei com tanto medo, tanto medo, que desmaiei, daí não vi mais nada, e acordei boa. Será que eu fiquei traumatizada e daí fiquei assim, desde aquela época?" Havia sido dito a D. que quando ficava com muito ódio, transformava-se em alguém que não reconhecia, que era muito estranha a ela, e que assim era como se ela mesma não fosse capaz de sentir tanto ódio.

As queixas somáticas geralmente reapareciam
diante de dificuldades vividas
por um participante isoladamente ou pelo
grupo como um todo.

Neste caso que estamos descrevendo, foi muito interessante como, na penúltima sessão grupal, reapareceu a dor no peito, que estivera, durante quase toda sua permanência no grupo, calada. A terapeuta perguntou a D. se algum evento ou sentimento importante ocorrera nos últimos tempos, e ela negou. Foi então colocada a idéia que D. passava por uma situação que podia ser difícil para ela, na qual teria que se desligar do grupo que ela dizia prezar tanto, e que isso também era uma dor. D. pareceu ter ficado muito interessada nesta possível associação, e deu a impressão de ter passado o resto do tempo investigando-a.

Um outro elemento interessante, observado no movimento do grupo como um todo, foram certas características da transferência estabelecida. Parecia haver uma tentativa de manter uma imagem muito idealizada da terapeuta: as pacientes só se referiam a ela como "Doutora", embora soubessem que não era médica, ou como "Senhora", embora fosse muito mais nova do que todas as participantes do grupo. Inicialmente as intervenções feitas pela terapeuta que chamavam a atenção para um movimento grupal em relação a ela, fosse o assinalamento da idealização ou a conjetura de que alguma emoção negativa poderia estar subjacente, provocava risos nervosos, ou expressões de estranheza, ou ainda uma negação absoluta do que havia sido sugerido. Vejamos um trecho de uma sessão que pode ilustrar esta idéia.

O grupo falava de situações muito difíceis frente às quais nada podiam fazer (situações "beco sem saída"); a solução encontrada seria unirem-se para rezar, talvez só Deus pudesse ajudar. Uma das pacientes diz que tem que fazer suas coisas, sustentar-se, e que não pode ficar só na Igreja rezando. Todas falam de suas ocupações, o que gostam e o que não gostam de fazer.

CL - Mas sabe que o que a gente faz do nosso jeito é muito melhor do que se for feito por outra pessoa; quando eu fui operada, a minha mãe e a minha sobrinha ficaram tomando conta de mim. Eu perguntava: "sacudiu a cama e varreu embaixo?" e elas diziam que sim, eu ia deitar e não tinham feito nada; às vezes eu fazia o maior esforço para olhar

Nossa atenção se dirigia
para a investigação
de algum conteúdo mental
ligado à experiência física.
As intervenções procuravam
introduzir novas perspectivas.

embaixo, com os pontos na barriga e estava tudo sujo, daí eu pegava a vassoura e ia varrendo devagarinho. E é óbvio que eu não ia falar nada, elas estavam ali me ajudando, a gente não quer magoar a pessoa.

A - Eu também tenho uma diarista [referindo-se a uma outra empregada da casa onde trabalha], que nem parece empregada, parece patroa, mas ela vai trabalhar como a criancinha que vai na escola por causa da merenda, sabe? Ela vai embora, eu passo a mão e está tudo cheio de pó, eu não falo nada por-

que senão a patroa despede, mas é "fogo". Nossa, a gente hoje está falando de tudo, e a doutora está tão quieta... Então, mas eu faço tudo muito bem, quer dizer, faço com amor, a minha patroa é que acha que é bom.

AM - É assim que eu acho que tem que ser, cada um tem que gostar do que faz, eu sou uma péssima patroa, não sei ficar dando ordem, mandando em ninguém, eu acho que cada um tem a sua responsabilidade.

Terapeuta - Vocês estão falando de como exercem bem as atividades de vocês, de como fazem a parte de vocês corretamente, e falam também de pessoas que são ineficientes, que não fazem como vocês gostariam, mas que vocês não falam nada para não magoar. Talvez seja difícil para vocês me dizerem quando as desagradou, quando fico quieta e não as ajudo a sair de situações "beco sem saída", e ficam frustradas porque gostariam muito que eu pudesse fazê-lo.

(C. e D. riem, AM olha espantada)

V - Quanto a mim eu não tenho queixa nenhuma da senhora, que me ouve, me deixa chorar, descarregar tudo o que se passa comigo sem reclamar.

A - Nossa, eu também não posso dizer nada da doutora, fiquei tão desesperada quando perdi o grupo na segunda-feira, chorei, me descabelei, disse para a minha patroa que queria vir de helicóptero.

Outra questão marcante desta experiência diz respeito à forma como abordamos as vivências e relatos dos desconfortos físicos das pacientes. De modo geral podemos dizer que a nossa atenção se dirigia para a investigação de algum conteúdo mental que estivesse ligado à experiência física. Desta forma, nossas intervenções procuravam, ao compartilhar com as pacientes uma outra percep-

ção, introduzir uma nova perspectiva, basicamente de ordem mental, para a apreciação de uma vivência. Eis um exemplo.

Uma das pacientes pede no início da sessão um atestado de que vem ao grupo para entregar na escola do filho (que falta às aulas quando ela vem ao grupo). Outras pacientes pedem um remédio que melhore o que sentem. A., a única paciente que toma calmantes, fala de sua experiência:

A - Eu tomo há muitos anos este remédio bem fraquinho, o Lexotan, já diminuí muito, agora é só de vez em quando, mas gosto sempre de ter em casa. Hoje tomei porque tive um dia muito cheio de coisas (...) quando o dia é assim minhas pernas ficam terríveis. Estou com duas meias hoje, senão meus nervos ficam congelados e não sinto as pernas. Este remédio que eu tomo serve para agitar os nervos.

C - E eu que não posso usar sapato, só chinelo. Fiz uma operação, tenho um "pino" no pé, se ponho sapato não agüento, desmaio, "fico fora de mim". Eu fui madrinha de um casamento e usei um saltinho, pequeno assim (antes eu usava uns enormes, o salto do meu casamento era deste tamanho), passei mal no altar, só melhorei quando tirei o sapato na porta da igreja. Quando eu estava grávida de sete meses do meu filho, caí e não podia operar por causa da gravidez, meu pé ficou enorme de inchado, o médico disse que fiquei com este problema porque o pé estava muito inchado na hora da operação, foi seis anos atrás. É horrível, me sinto feia, não dá para me arrumar (as outras pacientes dão sugestões de sapatos que ela poderia usar, C. diz que já tentou de tudo). Hoje eu vou ver uma sapatilha que a minha irmã falou, estou com esperança. Sabe que às vezes eu penso que a causa de todos os meus problemas é esse problema no pé?

A - Comigo também é assim, só posso usar estes tênis. Tenho dificuldade para subir e descer do ônibus, tenho que pedir para o motorista esperar para eu subir e descer.

C - Mas você pelo menos pode usar tênis, e eu? Fico pensando, sou nova, tenho 34 anos, não devia estar assim. Queria tanto poder usar sapato, e eu adoro, fico olhando nas vitrines, queria comprar um daqueles tênis bonitos.

A - E eu? Sou tão vaidosa. Também já avisei a minha família que não posso ser madrinha de ninguém. Mas eu já melhorei muito, o grupo me ajudou muito.

atendimento oferecido e fenômenos relevantes que estiveram presentes. Buscaremos, a seguir, efetuar uma reflexão teórica baseada nesta experiência, visando à problematização de alguns dos pressupostos utilizados, movimento que pode vir a ser proveitoso no sentido de uma ampliação ou modificação de nossa compreensão.

Algumas questões

Nossa discussão do material apresentado inicia-se com um exame mais detalhado de certas caracte-

Tem-se ainda uma situação obscura quanto à terminologia e às distinções entre as categorias diagnósticas, bem como quanto às suas inter-relações.

Terapeuta - Vocês estão falando das dificuldades que têm de uma forma bem definida, concretizando-as no pé, nas pernas, no sono, bem diferente da semana passada, quando falavam sobre coisas mais indefinidas, como a dificuldade de ser mãe, de cuidar dos outros e de si mesmas. Daí vocês falam sobre medidas bem claras que poderiam resolver estas dificuldades: o remédio, o sapato, um atestado que não deixe dúvidas para os outros.

Esperamos que a descrição de alguns dos itens do trabalho realizado, bem como os fragmentos de sessões apresentados, tenham sido úteis para dar ao leitor uma noção, ainda que limitada, sobre o tipo de

terísticas da população atendida. Embora tenha havido nos últimos tempos importante esforço e interesse em definir melhor conceitos como *somatização* e *transtornos somatoformes*, tem-se ainda uma situação obscura quanto à terminologia e às distinções entre as diferentes categorias diagnósticas e suas inter-relações.

Podemos tentar uma caracterização da nossa amostra dizendo que se tratava de pacientes que apresentavam "somatizações". Inúmeros relatos dão conta de que a maioria dos pacientes com somatizações são vistos em serviços não-psiquiátricos, em centros de saúde e ambulatórios de clínica médica. Muitos de-

les recusam encaminhamento para serviços de saúde mental. É possível que os pacientes por nós atendidos pertençam a um subgrupo particular dentro dos "somatizadores". Aceitariam não só o encaminhamento para a Psiquiatria, como também a participação num tratamento prolongado, de características basicamente verbais. Conforme foi dito anteriormente, no processo de triagem dos pacientes para o grupo levava-se em conta, além da presença de somatizações, a existência de uma re-

tização, ou se expressou justamente as possibilidades do nosso método de tratamento destes fenômenos, com base em uma determinada concepção teórica.

Tem sido relatado que a abordagem psicodinâmica desses pacientes apresenta particulares dificuldades. Alguns simplesmente a contra-indicam⁸, outros a ignoram⁹. Psicanalistas que têm se debruçado com pacientes somatizadores assinalam que os "operatórios típicos" não desenvolvem verdadeiras neuroses de transferên-

McDougall é que nos preocupemos em "detectar a existência de uma dimensão neurótica nos somatizantes graves, desde as primeiras entrevistas"¹².

No grupo citado, ficava evidente a coexistência de um movimento ocasional dos pacientes no sentido da utilização das funções mentais com a não-utilização destas funções, através da expressão de vivências puramente corporais. Zusman¹³ sugere que os pacientes somatizantes teriam uma forma de pensamento sîgnica, que seria o pensamento do corpo, muito próxima da ação, que não ganhou transformação simbólica. Este autor chama a atenção para o fato importante de que a psicanálise tradicionalmente enfatiza os processos simbólicos, e que existe uma tendência a abordar os pacientes sîgnicos (somatizantes) com interpretações simbólicas, o que de modo geral tem se revelado inútil. A partir desta reflexão, propõe que a aproximação terapêutica do paciente com somatizações deve ter como objetivo a transformação do signo em símbolo, ou seja, deve consistir na "nomeação paciente e repetida da emoção ou dos sentimentos que se apresentam mesclados com sintomas 'corporais' das queixas", movimento muito próximo ao que Bion¹⁴ identificou no contato precoce entre a mãe e o bebê e denominou de *rêverie* materna. Para Bion, uma das funções do pensamento é transformar as experiências emocionais e sensoriais em estado bruto, privadas de significado - elementos beta - em formas simbólicas que possam ser utilizadas para pensar, avaliar e decidir - função alfa. Se tal transformação não puder acontecer, os elementos beta se acumulariam sob a forma de estímulos que tendem a perturbar o aparelho mental e devem ser eliminados. Uma das formas de eliminação seriam as perturbações psicossomáticas.

Se a somatização pode ser uma tentativa de chegar a uma representação mental, e se contém o desejo de conhecer-se melhor, o tratamento indicado é a psicanálise.

lativa "capacidade psíquica" (elaboração mental) que possibilitaria o trabalho.

Este dado é muito importante, na medida em que pode determinar uma situação de viés no nosso estudo, e obriga-nos a questionar se os pacientes somatizadores em tratamento psicológico não constituem sempre uma amostra viciada: os pacientes com somatizações mais graves seriam encontrados no atendimento primário ou em clínicas médicas ou cirúrgicas, não aceitando e nunca se dirigindo para uma investigação ou tratamento psíquico.⁷

Talvez a pergunta que colocamos aqui para discussão seja se a seleção do grupo observado constituiu uma limitação à observação e tratamento do fenômeno da soma-

cia, mas apenas reações transferenciais que alguns classificam como "neuroses de comportamento"¹⁰, tornando o atendimento árido e desinteressante. Déjours, médico e psicanalista francês, desenvolveu um extenso trabalho sobre as articulações entre a psique e o corpo, a partir do qual propõe que estejamos atentos para a proposta do paciente: se observarmos que a somatização pode ser uma tentativa de chegar a uma representação mental e contém o desejo de conhecer-se melhor, o tratamento indicado é a psicanálise; mas se a somatização for o reflexo de uma ausência de representação, e percebermos que o paciente deseja apenas o alívio do sintoma, indica-se a terapia de apoio.¹¹ A recomendação de Joyce

Novamente há aqui a idéia de que a doença psicossomática está fora da área da função simbólica, indicando o fracasso das representações da vida emocional.¹⁵

O que entendemos ser importante considerar neste momento é como empregamos os recursos de que dispomos para tratar os pacientes com somatizações e quais são as conseqüências da nossa prática. Em primeiro lugar fica claro que a utilização do modelo psicanalítico tradicional, sem os acréscimos efetuados por autores posteriores que se concentraram no estudo do desenvolvimento mental primitivo (sínico, pré-verbal), é limitador. Mesmo assim, ainda devemos nos perguntar sobre as repercussões da nossa "ânsia simbólica" sobre os pacientes com somatizações. Não poderia esta postura ser entendida facilmente como uma desconsideração do sofrimento (dor) tal como ele pode se apresentar, e, se isso acontece, não temos aí a inviabilização de qualquer possibilidade de intervenção? Zuzman diz, a este respeito, que o analista deve aceitar a opção sínica do paciente, evitando um posicionamento superegótico que pode se expressar "encoberto nas malhas das interpretações simbólicas".¹⁶

Tomemos o exemplo da nossa interpretação de que as pacientes tentavam concretizar, circunscrever suas dificuldades para poder lidar com elas - a perna dói e o remédio é a solução; o pé que só aceita chinelos é a causa de todos os problemas, e se usar sapato fosse possível, isto resolveria tudo. Neste caso, o fato de explicitarmos a concepção de que a dor também pode ter um sentido mental e de privilegiarmos este sentido em detrimento dos outros implicaria em uma desautorização da dor que sentem? Esta é uma questão importante que não podemos perder de vista, porque muitas vezes este pode ser o entendimento daquilo que dizemos por parte dos pacientes.

Talvez seja interessante colocar a mesma questão de outra forma, para tentarmos avançar um pouco: será que, ao dar um sentido mental a uma vivência corporal, podemos estar proporcionando a oportunidade de construção de um sentido simbólico? Não temos uma resposta definitiva para esta questão, mas há alguns elementos que poderíamos entender como apontando neste sentido. Em primeiro lugar, seria interessante considerar que nossas interpretações são formuladas em um

fenômenos somáticos como expressivos de uma determinada condição mental. É importante também, no entanto, que tenhamos noção da limitação do alcance da nossa abordagem para lidar com estes pacientes.

Neste momento, caberia discutir os motivos da recomendação de um tratamento grupal para esta população específica. Grosso modo, devemos considerar dois elementos básicos, cuja separação aqui deve-se mais a um artifício facilitador do nosso raciocínio do

É preciso reconhecer os fenômenos somáticos como expressão de uma determinada condição mental, a fim de compreender a condição específica do paciente somatizador.

contexto de interesse por estas pacientes (que nos levaram a criar um grupo com encontros semanais, por exemplo); em segundo lugar, valeria a pena levar em conta que há um interesse por parte destas pacientes neste tipo de abordagem (elas aceitam e participam do grupo); e finalmente, devemos considerar que nós, terapeutas e pacientes, temos a experiência da sensação de ganho, de compreensão interna (*insight*) que corresponderia à passagem do signo ao símbolo.¹⁷

Assim, fica evidente que precisamos compreender a condição específica do paciente somatizador, aceitando e reconhecendo os

que a uma realidade encontrada na prática: o primeiro elemento, já tratado aqui, é o tipo de funcionamento mental dos pacientes somatizadores, e o segundo, as condições sócio-culturais dos pacientes que procuram atendimento no nosso ambulatório. Em termos gerais, poderíamos considerar estes dois elementos como dificultadores de um tratamento psicoterápico. O grupo, num primeiro momento, poderia parecer uma forma cômoda de atender uma grande demanda. O que percebemos, no entanto, é que a abordagem grupal tem vantagens mais profundas. Jurandir Freire Costa defende o tratamento grupal para

indivíduos que sofrem do que chamou de “doença dos nervos” da seguinte maneira: “(...) acreditávamos que este enquadramento poderia respeitar mais as particularidades sócio-culturais mencionadas. Em grupo, as pessoas talvez pudessem se sentir menos acuidadas pela figura do terapeuta e admitir com mais facilidade o enquadramento psicoterápico, posto que

de por parte destes pacientes em lidar simbolicamente com os afetos despertados pela relação com o terapeuta, e que a resposta ao aparecimento destes afetos se dê como manifestações somáticas. Isso pode contribuir para uma inviabilização ou uma aridez muito grande do tratamento psicoterápico destes pacientes, como é descrito por muitos autores.

Concluimos este breve relato enfatizando a importância do desenvolvimento de propostas de abordagem, acompanhadas por uma reflexão crítica, deste extenso grupo de pacientes, que continuamente busca ajuda para aliviar suas dores e sofrimentos, e que tantos desafios coloca à nossa prática clínica. ■

Devemos considerar as especificidades destes pacientes, para podermos reconhecer a forma como pedem ajuda e as peculiaridades das suas tentativas de se aproximar das vivências mentais.

se sentiriam acompanhadas na experiência por outros pares. Prevíamos, além do mais, que o estilo de comunicação que lhes era particular seria estimulado pela presença de terceiros, detentores dos mesmos códigos de fala. A seqüência da experiência veio comprovar o que supúnhamos”.¹⁸ Também na nossa experiência, o *setting* grupal mostrou-se viável e interessante.

Entendemos que o exame da forma particular de presentificação deste funcionamento mental na relação transferencial é essencial para o trabalho com os pacientes somatizadores. Se quisermos compreender este movimento transferencial em conexão com as reflexões que viemos desenvolvendo, devemos considerar que a transferência está baseada no fenômeno simbólico. É esperado, portanto, que haja uma dificuldade

Conforme descrevemos anteriormente, havia tentativas de negar qualquer vivência hostil na relação com a terapeuta, que muitas vezes tomavam a forma de idealizá-la. Entendemos que tal idealização observada na relação transferencial, embora tenha clara função defensiva, proporcionava às pacientes a possibilidade de permanecer no grupo, de manter um contato, a partir e dentro do qual podíamos tentar fazer alguns apontamentos sobre aspectos presentes na relação. Assim, concentrando-se em um aspecto da relação, as pacientes puderam suportar estar junto com outra pessoa. Fica evidente, portanto, a necessidade de termos um olhar que considere as especificidades destes pacientes, para que possamos reconhecer a forma como pedem ajuda, bem como as peculiaridades de suas tentativas de aproximação das vivências mentais.

NOTAS

1. CID-10 (1993) - Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID-10. Organização Mundial de Saúde, Porto Alegre, Artes Médicas.
2. C. T. Miranda e J. A. Bombana, “Transtornos Somatoformes”, in *Atualização Terapêutica. Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento*, Porto Alegre, Artes Médicas (no prelo).
3. A. J. Barsky & G. L. Klerman, “Overview: hypochondriases, bodily complaints, and somatic styles”, *American Journal of Psychiatry*, 140, 1983, p. 273-283.
4. Z. J. Lipowski, “Somatization: The Concept and Its Clinical Application”, *American Journal of Psychiatry*, 145:11, 1988, p. 1358-1368.
5. A. Eksterman, “Abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos”, *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28 (1), 1994, p. 9-24.
6. P. Marty, *A Psicossomática do Adulto*, Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1993.
7. Organização Mundial de Saúde, “Somatization - Evolution of the Concept and Issues for Future Research”, texto mimeografado.
8. P. E. Sifneos, “A Reconsideration of Psychodynamic Mechanisms in Psychosomatic Symptom-Formation in View of Recent Clinical Observations”, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 24, 1974, p. 151-155.
9. Organização Mundial de Saúde, “Somatization ...”
10. F. J. B. Rocha, “A Psicanálise e os Pacientes Somatizantes - Introdução às idéias de McDougall”, *Revista Brasileira de Psicanálise*, 22 (1), 1988, p. 27-41.
11. C. Déjours, *Repressão e Subversão em Psicossomática - pesquisas psicanalíticas sobre o corpo*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar editor, 1991.
12. J. McDougall, *Teatros do Corpo - O Psicossoma em Psicanálise*, São Paulo, Martins Fontes, 1991.
13. W. Zuzman, “A Opção Sigmica e o Processo Simbólico”, *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(1), 1994, p. 153-164.
14. W. R. Bion, *Elements of Psychoanalysis*, London, Karnac Books, 1963.
15. D. Meltzer, “Implicaciones psicossomáticas en el pensamiento de Bion”, *Psicoanálisis APdeBA*, 15(2), 1993, p. 315-338.
16. W. Zuzman, op. cit.
17. W. Zuzman, op. cit.
18. J. F. Costa, *Psicanálise e Contexto Cultural - Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias*, Rio de Janeiro, Editora Campus, 1989.