



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO: PSICOLOGIA

PRODUZIR ENFERMIDADES: UM ESTUDO DE CASO SOBRE
A SINTOMATOLOGIA PSICOSSOMÁTICA NA PERSPECTIVA
DA GESTALT TERAPIA

RENATA BEVILÁQUA CHAVES

BRASÍLIA
JUNHO/2006

RENATA BEVILÁQUA CHAVES

PRODUZIR ENFERMIDADES: UM ESTUDO DE CASO
SOBRE A SINTOMATOLOGIA PSICOSSOMÁTICA NA
PERSPECTIVA DA GESTALT TERAPIA

Monografia apresentada como requisito
para conclusão do curso de Psicologia do
UniCEUB - Centro Universitário de
Brasília.

Professora Orientadora: Dra. Carlene
Maria Dias Tenório

Brasília/DF, Junho de 2006

*“O ser humano é feliz
quando consegue olhar
dentro de si mesmo.”*
Valdeti Poli

RESUMO

Serão apresentadas neste trabalho proposições acerca das doenças psicossomáticas, doenças que têm no psíquico a causa de enfermidades fisiológicas. Serão apresentadas: a evolução histórica dos conceitos de saúde e doença, a evolução dos conceitos acerca das doenças psicossomáticas e os principais mecanismos de formação dos sintomas psicossomáticos. A base teórica para a análise do tema será a Gestalt Terapia, portanto serão apresentados os conceitos de saúde e doença dentro dessa teoria, a psicopatologia na perspectiva da Gestalt Terapia e a psicossomática na visão dessa abordagem. Será apresentado ainda uma discussão de caso clínico para uma melhor compreensão acerca do tema e suas implicações práticas.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	05
DESENVOLVIMENTO	07
1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	07
1.1 Evolução Histórica do Conceito de Saúde e Doença	07
1.2 As Doenças Psicossomáticas e a Evolução de Seus Conceitos	12
1.3 Principais Mecanismos de Formação dos Sintomas Psicossomáticos	16
1.4 A Psicopatologia na Perspectiva da Gestalt Terapia	21
1.5 A Psicossomática na Perspectiva da Gestalt Terapia	33
2. METODOLOGIA DE PESQUISA	41
2.1 Pesquisa Qualitativa: Principais Características	41
2.2. Estudo de um Caso Clínico	43
2.2.1 Objetivos do Estudo e Escolha do Caso	43
2.2.2 Procedimento de Coleta de Dados referentes ao Caso	43
2.2.3 Descrição do Caso	44
2.2.4 Análise do Caso à Luz da Gestalt Terapia	46
3. DISCUSSÃO	51
CONCLUSÃO	55
ANEXOS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

INTRODUÇÃO

O adoecer é um processo comum na vida de todas as pessoas, assim, manter-se saudável é uma busca constante. Porém, nota-se atualmente uma ascensão das chamadas doenças psicossomáticas, doenças que têm no psíquico a causa de suas manifestações somáticas, analisar esses processos é o que se pretende neste trabalho.

Sendo a saúde um assunto tão complexo e essencial às pessoas, é de extrema importância conhecer as diversas formas em que ela pode ser afetada, como é o caso das doenças psicossomáticas. É preciso que o psicólogo esteja preparado, ao menos teoricamente, para lidar com tais doenças. Para tanto, este trabalho foi desenvolvido, no sentido de fundamentar teoricamente as manifestações psicossomáticas no enfoque da Gestalt Terapia.

Com o objetivo de relacionar a teoria com a prática e verificar empiricamente os pressupostos explicativos desenvolvidos pela abordagem gestáltica, é feita a descrição, análise e discussão de um caso clínico acompanhado pela autora desta monografia, por ocasião do estágio profissionalizante realizado no Centro de Formação de Psicólogos do UniCEUB.

A fundamentação teórica deste trabalho é apresentada e discutida a partir de autores conceituados como Fritz Perls, por exemplo, por outros menos conhecidos e até mesmo a partir de letras de músicas brasileiras que expressam poeticamente alguns conceitos apresentados.

É importante compreender como as concepções de saudável e patológico foram sendo desenvolvidas ao longo dos tempos, desde a Antiguidade até a Atualidade, essas proposições servem de base para a posterior compreensão do conceito de psicossomática.

Existe uma grande variedade de mecanismos e funções psicofísicas geradoras de insegurança, depressão, ansiedade, estresse e outras formas de manifestações psicológicas não saudáveis que, depois de atingirem certa estabilidade no plano da personalidade, afetam de diversas maneiras o funcionamento orgânico (González Rey, 2004).

Essas variáveis são explicadas neste trabalho e estando com esses processos entendidos a autora desta monografia passa a compreendê-los dentro da teoria da Gestalt Terapia, já que o objetivo final deste trabalho é analisar a psicossomática sob a perspectiva dessa abordagem. Para tanto são apresentados os principais conceitos da teoria que esclarecem as formas de estruturação

do “eu”, a formação da neurose, o conceito de contato e os principais mecanismos de interrupção do contato.

Em seguida, é proposta uma conexão entre a psicopatologia, mais especificamente, a neurose e a produção de enfermidades psicossomáticas. Sob a perspectiva holística da Gestalt Terapia – corpo e mente formando uma unidade – são apresentadas idéias sobre como as emoções contidas, ou seja, não expostas, são expressas corporalmente sob a forma de doenças.

A pesquisa qualitativa utilizada neste trabalho pode ser justificada pela essência subjetiva do objeto de estudo, a compreensão do processo de somatização do conflito psíquico, que não poderia ser feita a partir de dados meramente quantitativos.

Para se discutir o tema são estudados os dados relatados por um sujeito a partir de sessões de psicoterapia. Com base nesses relatos é feita uma discussão sobre o caso clínico, onde são analisados os principais aspectos da personalidade do sujeito, seus mecanismos de interrupção do contato, suas formas de interagir com o meio e as relações que podem ser estabelecidas com a teoria apresentada ao longo deste trabalho, permitindo assim uma melhor compreensão sobre os processos de formação dos sintomas psicossomáticos neste sujeito.

Portanto, o que se pretende ao final deste trabalho é obter um maior conhecimento sobre a temática em questão e possibilitar maiores formas de intervenção frente ao sujeito somatizador, permitindo-lhe um funcionamento mais saudável.

1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 Evolução Histórica do conceito de saúde-doença

A relação saúde-doença vem sendo discutida há muito tempo. Inúmeras formas de se compreender essa díade foram construídas ao longo dos anos. Algumas delas serão apresentadas neste trabalho para uma compreensão da evolução deste conceito.

Na Antiguidade o adoecer era considerado uma manifestação de forças sobrenaturais e a cura era baseada em rituais, principalmente, religiosos. Sendo assim, as concepções de vida, saúde e de morte eram intimamente ligadas a essas crenças. Os curandeiros, que eram os conhecedores dos rituais e das ervas medicinais, lutavam contra as forças do mal. Eles eram intermediários entre os homens e as entidades superiores, tentavam neutralizar as forças malignas por meio da magia e de sua capacidade de evocar poderes divinos (Volich, 2002).

Em diferentes culturas, paralelamente a essas visões, foram surgindo concepções e procedimentos que buscavam uma sistematização de eventos que estariam implicados no adoecer. Desde a civilização assírio babilônica (III milênio AC) curas, rituais e mágicas coexistiam com tentativas de estabelecer procedimentos por analogia, com referências à mitologia, à metafísica e à astrologia (Volich, 2002).

Os primeiros sinais de um raciocínio analógico na compreensão de sintomas e melhor escolha terapêutica surgiram no Egito Antigo (Volich, 2002). Na cura de seus doentes os médicos egípcios usavam grande variedade de drogas, entre elas o ópio e a cicuta, quando os pacientes morriam eram embalsamados. Ao se considerar as múmias e as refinadas técnicas de embalsamento utilizadas pelos médicos-sacerdotes no Egito pode-se imaginar que estes eram bons em anatomia, e eram até certo ponto. Na verdade partindo da leitura dos hieróglifos da época a anatomia parece ter evoluído do estudo de animais (Margotta, 1998). Os papiros mostram também que os egípcios tinham formas de tratar feridas, fraturas e luxações, que não eram muito diferentes dos métodos usados atualmente.

Segundo Volich (2002), durante a Idade Média, a religião e o pensamento filosófico impregnaram a compreensão da doença e do corpo humano. Nesta época tanto as doenças físicas quanto as mentais eram tratadas procurando-se atingir a pessoa como um todo, procurando

alcançar sua alma (Howard e Lewis, 1993). A magia e a sugestão eram importantes instrumentos terapêuticos. Males como a impotência, perda de memória, histeria e outros eram atribuídos à bruxaria ou ao próprio demônio, era, portanto, natural que o exorcismo fosse considerado uma prática terapêutica (Margotta, 1998).

O Renascimento foi marcado pela valorização do homem e da natureza em oposição ao divino e ao sobrenatural. Na época do Renascimento intensificou-se a investigação da anatomia do homem já que este encontrava-se numa encruzilhada: de um lado uma visão abstrata e idealista do humano, do outro desafiado a desvendar sua realidade material (Volich, 2002).

Margotta (1998), explica que as idéias de Andreas Vesálio celebrado como pai da anatomia deram grande contribuição para a evolução da Medicina publicando trabalhos mostrando a anatomia humana. Muito tempo se passou até que o trabalho de Vesálio fosse aceito por outros cientistas. O conhecimento da anatomia revelou-se fundamental para compreender o adoecer e sua terapêutica (Volich, 2002).

Na postura de Descartes a dicotomia alma corpo alcança seu ápice, tendo grande influência no pensamento médico da época. A postura de Descartes era denominada dualista e preconizava que a medicina deveria ocupar-se do corpo que deveria ser entendido como uma máquina a ser conservada e entendida (Canova, n.d).

O francês Ambroise Paré – considerado o maior cirurgião da Renascença – começou a atuar como cirurgião-barbeiro (o nível mais baixo na hierarquia médica). Paré tornou-se cirurgião doméstico num hospital parisiense, depois tornou-se cirurgião do exército (Margotta, 1998). Foi mobilizado como cirurgião na guerra entre França, Espanha e Alemanha. Sentiu grande compaixão pela humanidade e os doentes. Paré assistiu aos doentes e teve uma postura médica autônoma e independente, diferente do que já havia sido tentado antes. Paré estava preocupado sobretudo com a moral e o bem-estar dos doentes. Ele aliava o desejo de seus pacientes de se livrar da dor com a necessidade de experimentação; desenvolveu novos métodos de tratamento e transformou a cirurgia em uma atividade respeitável. Paré foi considerado o pai da cirurgia moderna e abriu caminho para novas técnicas cirúrgicas possibilitando que esta chegasse até a posição que ocupa nos dias atuais (Volich, 2002).

Durante séculos aceitou-se que as emoções seriam capazes de causar doenças. Porém na segunda metade do século XIX, com o avanço nos estudos sobre a ação dos microorganismos como causadores de males específicos grande parte da compreensão antiga da natureza humana e

o papel das emoções no desenvolvimento das doenças foi levado ao esquecimento (Howard e Lewis, 1993).

A possibilidade de curar a doença através da eliminação de seus sintomas ou de partes do corpo que foram atingidas, favorecia uma mudança no foco do tratamento ao doente. Priorizando o sintoma podia-se negligenciar a dinâmica do sujeito, as origens de sua doença e sua relação com ela. Os caminhos abertos por Paré e outros pretendiam não apenas conhecer o corpo humano, mas modificar sua estrutura. Essa perspectiva permitia ao homem vislumbrar uma proximidade com a divindade (Volich, 2002). Paré *apud* Volich (2002) certa vez declarou “Eu o tratei, Deus o curou”. Volich (2002) sugere que esta frase revela a ambivalência do cirurgião, que por um lado se mostra humilde e subserviente a uma força superior, por outros se sente enebriado pela sensação de proximidade com os poderes divinos.

Essa visão, presente até os dias atuais, leva alguns médicos a sentirem-se semi-deuses, com isso a doença é o que importa e o sujeito passa a figurar em segundo plano, sendo até muitas vezes negligenciado. A saúde é vista simplesmente como a ausência de sintomas. Segundo (Castro, n.d) a doença e o sintoma não são vistos (por alguns médicos) como tendo um sentido de busca pela recuperação do equilíbrio, são para serem pesquisados, publicados, instrumentalizados, tratados com medicação e muitas vezes extirpados a qualquer preço. De acordo com este autor os benefícios do adoecer e do sintoma como forma de interromper um processo estressante para o organismo, cuidar-se e ser cuidado por um outro não tem sentido. O que importa é a produção, o número, o uso de equipamentos de última geração.

González Rey (2004) traz que para a medicina tradicional a doença definiu-se por diferentes expressões semiológicas, sendo assim considera-se como saúde a ausência de sintomas. Porém, com a evolução de todas as ciências vinculadas ao homem torna-se cada vez mais insustentável um conceito de saúde apoiado na inexistência de sintomas.

A saúde é, e deve ser vista, como um processo qualitativo complexo que define o funcionamento completo do organismo, integrando o somático e o psíquico de maneira sistêmica, formando uma unidade em que ambos são inseparáveis (González Rey, 2004, p.01). Felizmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a saúde como um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (Mello Filho, 1992).

Hipócrates já considerava o homem como uma unidade organizada, passível de desorganizar-se. A desorganização propiciaria a emergência de uma doença (Volich, 2002).

Howard e Lewis (1993) traduzem o pensamento de Hipócrates: “Para que as curas se efetivassem seria necessário que os médicos possuíssem um conhecimento da totalidade das coisas” (p.07). É a visão de homem como sistema, com partes inter-relacionadas e inter-dependentes.

Uma outra forma de conceber o conceito de saúde-doença é sob a perspectiva da física (quântica e clássica), segundo essa teoria o ser humano é um fenômeno da natureza que (se apresentado) em nível macrocômico se manifesta biologicamente e (se apresentado) em nível microcômico se manifesta psicologicamente (Ramos, 1998).

Pode-se dizer que psíquico e corpo são aspectos da mesma coisa, segundo essa teoria a distinção entre corpo e psíquico não existe na realidade. Tudo é uma questão de possibilidade e impossibilidade de percepção. Psíquico é corpo e corpo é psíquico formando o *macromicro*. Sendo o ser humano macromicro tudo aquilo que é vivenciado em nível macrocômico também é vivenciado em nível microcômico, e vice-versa (Ramos, 1998)

Pode-se dar um exemplo: a partir do instante em que um estímulo externo atinge o ser humano macromicro, este é incorporado pelo seu sistema perceptivo e passa a vibrar tal e qual qualquer estímulo interno, e mesmo que cessada a fonte do estímulo externo este prosseguirá em potencial como um estímulo interno (Ramos, 1998, p. 123). Logo, qualquer estímulo externo significativo continuará ecoando internamente, mesmo na ausência desse estímulo.

O que se pode perceber é que o conceito de saúde-doença ainda é bastante discutido, pensamentos como os expressos na Antiguidade são ainda aceitos e continuam existindo paralelamente à compreensão médica. Os curandeiros são personagens bastante vivos no cotidiano de diversas culturas. González Rey (2004) traz de forma clara e abrangente os conceitos que devem ser contemplados para o melhor entendimento dessa relação, são eles:

“a) Não se deve associar a saúde a um estado de normalidade, visto que, de forma individual, é um processo único que não se repete e que apresenta manifestações próprias. (...)

b) A saúde não é um estado estático do organismo, é um processo que se desenvolve constantemente, do qual o indivíduo participa de forma ativa e consciente na qualidade de sujeito do processo.

c) Na saúde, combinam-se estreitamente fatores genéticos, congênitos, somato-funcionais, sociais e psicológicos. A saúde é uma expressão plurideterminada e seu curso não se decide pela participação ativa do homem de forma unilateral. Esse é um dos elementos que intervém no desenvolvimento do processo, pois muitos dos fatores da saúde são alheios ao esforço volitivo do homem.

*d) A expressão sintomatológica da doença resulta de um funcionamento estável das funções e mecanismos que expressam o estado de saúde.
A saúde não é a ausência de sintomas, mas sim um funcionamento integral que aumenta e otimiza os recursos do organismo para diminuir sua vulnerabilidade aos diferentes agentes e processos causadores da doença” (p. 02,03).*

E a doença, segundo Perestrello (1974), pode ser entendida como uma reação particular do indivíduo, a multicominação de fatores diversos que cercam sua vivência a assim uma forma de expressar-se em circunstâncias adversas.

1.2 As Doenças Psicossomáticas e a Evolução de Seus Conceitos

A psicossomática tem seus pilares assentados sobre os conhecimentos da Filosofia, da Psicologia Social, da Patologia Geral, das Psicologias Dinâmicas (especialmente a Psicanálise) e das concepções holísticas (Mello Filho, 1992).

O propósito deste capítulo não é rever a história da medicina, como fora brevemente exposto no capítulo anterior, porém para um melhor entendimento do conceito de psicossomática e sua evolução será necessária a recaptulação de alguns momentos importantes.

As tentativas de se compreender a unidade funcional soma-psique ocuparam lugar de destaque nas especulações e reflexões acerca do funcionamento do organismo humano. Será apresentado um breve panorama contendo as diferentes correntes que marcaram essas reflexões para possibilitar uma melhor compreensão acerca do lugar ocupado pela psicossomática nesse processo.

O problema corpo-espírito pode ser considerado sob duas vertentes: o monismo e o dualismo. A teoria *monista* preconizava a existência de um único princípio no homem: corpo ou alma. Dentro dessa teoria tem-se o idealismo e o materialismo. No *idealismo* a alma espiritual é a única realidade existente – Hegel é um defensor dessa teoria. Já para os *materialistas* o corpo é a única realidade, Hobbes é um representante dessa teoria (Haynal, Pasini e Archinard, 2001).

O *dualismo* preconizava a existência de dois diferentes princípios no homem, o corpo e a alma e estes poderiam se relacionar de diversas formas: hilemorfismo, interacionismo, paralelismo e paralelismo psicofísico (*idem*).

Para o *hilemorfismo* corpo e alma formam uma única substância, Aristóteles é seu representante mais famoso. Para o *interacionismo* corpo e alma são duas substâncias tendo uma influência recíproca, Descartes representa essa teoria. Para o *paralelismo* corpo e alma são duas substâncias agindo de modo independente, Leibniz representa essa teoria. E no *paralelismo psicofísico* ou *teoria do duplo aspecto*, representado por Wundt, tem-se que o homem é um organismo que se manifesta sob dois aspectos diferentes: mental e corporal (*idem*).

Como visto no capítulo anterior, durante a Idade Média a enfermidade era atribuída aos maus espíritos. Para Franz Alexander (1989) reconhecer a ação de forças psicológicas na análise das doenças parece a alguns um retorno à “ignorância” da Idade Média, entretanto reconhecer

essa ação (das forças psicológicas na análise das doenças) é essencial para a compreensão da psicossomática.

A medicina grega oferece uma concepção diferente da apresentada na Idade Média, oferece uma visão dinâmica da doença, não mais localizante mas totalizante. A doença não está em alguma parte do homem, está em todo homem e é toda dele. Entretanto a doença não é só desequilíbrio ou desarmonia, ela é também o esforço exercido, pela natureza, sobre homem para obter um novo equilíbrio (Canguilhem, 1982).

Na medicina existem predominantemente duas teorias: a *ontológica* que atribui as causas das doenças a agentes externos e a *dinamista* que admite a possibilidade de agentes externos e internos provocarem doenças. As doenças infecciosas ou parasitárias reafirmam a teoria ontológica; as perturbações endócrinas e as doenças marcadas pelo prefixo *dis* reafirmam a teoria dinamista. No entanto essas duas concepções têm um ponto em comum, ambas encaram a doença, o estar doente como uma situação polêmica, seja na luta do organismo contra um ser estranho, seja na luta interna de forças que se afrontam. Sob a perspectiva de Canguilhem (1982): “A doença é uma reação generalizada com intenção de cura. O organismo fabrica uma doença para curar a si próprio” (p. 21).

Franz Alexander (1989) – líder mundial em medicina psicossomática – afirma que “o postulado filosófico fundamental da medicina moderna é que o corpo e suas funções podem ser compreendidos em termos de química-física, que os organismos vivos são máquinas físico-químicas e que o ideal é tornar-se um engenheiro do corpo” (p. 20).

Este autor critica a evolução da medicina que se dividiu em especialidades, estuda cada órgão e função como entidades separadas. Para ele é importante considerar o organismo como unidade, incluindo também a personalidade do doente (Volich, 2002).

Voltando um pouco na História constata-se que o termo psicossomática (do grego *psyche* = alma e *soma* = corpo) foi introduzido em 1818 por Heinroth médico psiquiatra alemão que procurou explicar fenômenos sem causas orgânicas evidentes. Heinroth introduziu também o termo somatopsíquico, o termo aplicava-se às doenças em que o fator somático modifica o estado psíquico. O termo psicossomática referia-se à influência das paixões sexuais na tuberculose, epilepsia e câncer (Haynal, Pasini e Archinard, 2001).

Segundo estes mesmos autores a história da psicossomática moderna começou pela observação de doenças que tinham início em momentos de crise psicológica ou social sendo profundamente influenciada por esses fatores.

De acordo com Figueiredo e Santi (2003) Sigmund Freud, graduado em Medicina especializou-se em doenças do sistema nervoso. Freud recebia pacientes denominados histéricos, com sintomas de paralisias e anestésias localizadas. Seus mestres não reconheciam nestes pacientes uma doença pois não conseguiam identificar lesões orgânicas. Se não havia lesão, não haveria doença. As paralisias de que os pacientes reclamavam não correspondiam ao mapeamento nervoso ou muscular do corpo, o que fazia com que os médicos não reconhecessem aquele sofrimento como legítimo.

Diante do sofrimento de seus pacientes Freud não se contentou com a atitude de seus colegas médicos e pôde compreender que a lesão de que se tratava na histeria não incidia sobre um nervo, mas sobre a idéia relativa à determinada parte do corpo. Freud faz a articulação entre um evento corporal, no caso a conversão histérica, e seu universo representativo. Assim, os sintomas histéricos passaram a figurar como resultado de uma dinâmica psíquica composta por conflito, repressão e retorno do reprimido. Esses sintomas têm necessariamente a característica da deformação para que a consciência não reconheça o desejo presente, já que são manifestações inconscientes. Portanto falar em sintoma é dizer que seu sentido não reside em si, mas é representativo de um desejo inconsciente, algo invisível diretamente (*idem*).

Segundo González Rey (2004) foi a Psicanálise de Freud que, pela primeira vez, demonstrou e tratou de maneira terapêutica a relação entre o psíquico e a regulação de processos somáticos. A importância de Freud para a evolução da Psicossomática foi enorme, todos os pioneiros da psicossomática – dentre eles Franz Alexander e Georg Groddeck – tiveram, de alguma forma, contato com as formulações freudianas.

Franz Alexander empenhou esforços pioneiros para ligar a Psicanálise à Psicologia do corpo. Ele era um mestre em seu entendimento das relações entre personalidade, conflito emocional e o sistema endócrino. Reconheceu que o estresse psíquico de alguma forma interagia com o hipotálamo, o qual, por sua vez, estimulava o sistema endócrino inteiro via hipófise e tireóide. O hipotálamo era uma ponte entre a psique e o soma – e talvez um mediador da própria consciência (Rossi, 2003, p.31). Para Franz Alexander (1989) *apud* Volich (2002), toda doença é

psicossomática pois fatores emocionais influenciam todos os processos fisiológicos pelas vias nervosas e humorais (este processo será melhor explicado no capítulo seguinte).

Segundo Mello Filho (1992) na *Psicossomática Moderna* o conceito de psicossomática evoluiu para o estudo da pessoa como ser biopsicossocial, um sistema único constituído por corpo, mente e social que acabou adquirindo a configuração de um movimento médico, buscando-se a promoção da saúde dentro desses princípios.

De acordo com este autor deve-se compreender – e essa é a tendência da Psicossomática atual – os processos de adoecer como uma resposta a um sistema de uma pessoa que vive em sociedade. O indivíduo constrói e estrutura no decorrer do seu desenvolvimento formas de ser, agir e reagir frente aos diferentes estímulos no sentido de manter a homeostase de seu sistema. Wolff (1952) *apud* Mello Filho (1992) relata que “os distúrbios da relação do homem com seu ambiente físico e psicossocial podem gerar emoções desprazerosas e estimular reações de vários tipos. A doença é uma reação ativa do organismo e não apenas um efeito aos estímulos nocivos” (p.97).

O termo psicossomática recebeu durante as últimas décadas uma significação muito mais ampla, não fazendo mais referência a um mecanismo etiopatogênico específico. Para Kellner as síndromes e os distúrbios psicossomáticos são distúrbios físicos nos quais os processos emocionais desempenham um certo papel em alguns pacientes. Segundo Von Korff, Katon e Lin, psicossomática designa situações clínicas nas quais uma perturbação psicológica aumenta o risco de desenvolver ou agravar uma doença física. (Haynal, Pasini e Archinard, 2001, p.31). Para esses autores o emprego da expressão psicossomática não é isento de confusão ou mal-entendidos.

González Rey (2004) corrobora com os autores afirmando que pesquisas recentes demonstram que todas as doenças têm uma etiologia psicossomática porque o psíquico participa, de uma forma ou de outra, na aparição e no desenvolvimento da enfermidade, sendo assim, o termo psicossomática – tal como foi proposto inicialmente – torna-se impertinente. Porém, o que se pretende analisar neste trabalho não é a pertinência do termo. Nas palavras de Caldeira e Martins (2001) “articular a idéia de emoções como estados permanentes do corpo, sua participação nos fenômenos do adoecer, de vivê-los e expressá-los, torna-se a grande meta e verdadeira prática da psicossomática” (p.XVI).

1.3 Mecanismos de Formação dos Sintomas Psicossomáticos

González Rey (2004) afirma que o mental afeta o somático não pela aparição do sintoma, mas pela variedade de mecanismos, manifestações e formações funcionais geradoras de insegurança, depressão, ansiedade, distresse (considerado um padrão muito elevado de estresse) e outras formas de expressões psicológicas não saudáveis que, depois de atingirem certa estabilidade no plano da personalidade, afetam de diversas formas o funcionamento somático do sujeito. Está claro para este autor que a tensão negativa advinda do estresse tem efeitos bioquímicos e fisiológicos no plano somático.

De acordo com Mello Filho (1992) Hans Seyle, endocrinologista, contribuiu profundamente para o entendimento dos fenômenos psicossomáticos. Seyle elaborou a teoria conhecida como Síndrome de Adaptação Geral (SAG) ou Síndrome do Estresse Biológico, ele utilizou este termo para designar um conjunto de reações desenvolvidas por um indivíduo ao ser submetido a uma situação que exige esforço para adaptação. Para desencadear a SGA é necessária a produção de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) produzidas pela glândula supra-renal (Ballone, 2002). Os três estágios da SAG são (1) reação de alarme, (2) estágio de resistência, (3) estágio de exaustão.

A *reação de alarme* pode ser definida como uma revolução orgânica que começa com a ativação do eixo que vai do hipotálamo até as glândulas supra-renais, o chamado eixo hipotalâmico-hipófise – supra-renal. A essa série de respostas hormonais dá-se o nome de reação de alarme (Ballone, 2002). Segundo Rossi (2003) a reação de alarme é caracterizada pela ativação do sistema nervoso simpático que estimula a liberação de epinefrina e norepinefrina da medula supra-renal. São esses hormônios, dentre outros, que modulam a retenção da memória.

O *estágio de resistência* caracteriza-se pela hiperatividade das supra-renais por ação contínua da hipófise e do hipotálamo, essa reação pode aumentar o córtex da supra-renal, atrofiar o baço e estruturas linfáticas, causar leucocitose e ulcerações (Mello Filho, 1992).

O *estágio de exaustão* é desencadeado quando os estímulos estressores continuam por muito tempo e a resposta hipotalâmica – supra-renal ocorre, mas com diminuição na intensidade de suas respostas (Ballone, 2002). Poderá ainda haver falha no mecanismo de defesa, gerando

dificuldade na manutenção de mecanismos adaptativos, perda de reservas e até a morte (Mello Filho).

Segundo Sapolsky *apud* Rossi (2003), a definição de Seyle para o terceiro estágio está errada. Sapolsky afirma que o estresse crônico não leva a uma exaustão das moléculas mensageiras de ativação do estresse, tais como a adrenalina e o cortisol. O que acontece é exatamente o contrário. É o excesso crônico de adrenalina e cortisol que, no decorrer de um período (mesmo que determinada situação de emergência não esteja mais presente), leva a uma eventual ruptura coletiva em várias partes da mente-corpo. O que pode ser chamado de resposta de estresse ou psicossomática. O estresse torna-se patogênico quando persiste ao longo do tempo porque perde a capacidade de desligar os sinais da mente-corpo que existem ou que têm sido um problema.

Atualmente aceita-se na fisiologia do estresse que fatores psicológicos poderiam modular a qualidade de conter o estresse, em um estressor. Fatores psicológicos poderiam acionar uma resposta de estresse na ausência de quebra homeostática, ou seja, o psicológico é capaz de desencadear uma reação ao estresse mesmo na ausência do fator estressante (Rossi, 2003).

Segundo Mello Filho (1992), as reações de estresse resultam de um esforço de adaptação. Se a reação ao agente estressor for muito intensa ou prolongada, poderá haver como consequência a doença ou maior propensão a esta.

Uma das mais surpreendentes e alarmantes descobertas da neurociência clínica atualmente é que o estresse crônico é capaz de levar à morte os neurônios do hipocampo do cérebro, associados a memória e aprendizagem. O hipocampo também desempenha um papel central no circuito de feedback negativo, isto é, informa às glândulas supra-renais para pararem de segregar cortisol (glicocorticóides) durante o estresse (Sapolsky, 1992 *apud* Rossi, 2003). Durante o estresse crônico os glicocorticóides podem inibir a utilização de glicose e oxigênio pelos neurônios hipocampais fazendo com que o feedback mensageiro de memória, aprendizagem e hormonal seja isolado em um ciclo de piora constante. Assim, junto com a hipersecreção dos glicocorticóides acontece a morte neuronal real.

Rossi (2003) traz um exemplo para demonstrar que a aprendizagem e a memória adquiridas durante a reação de alarme de Seyle tendem a ser dependentes de estado. Rossi explica que uma pessoa que foi vítima de um acidente traumático experimenta um intenso fluxo de hormônios durante a reação de alarme. Mesmo após o trauma as memórias detalhadas do acidente

são entrelaçadas com o complexo estado psicofisiológico associado a esses hormônios. As memórias do acidente se tornam ligadas-ao-estado, isto é, elas se ligam ao estado psicofisiológico evocado pela reação de alarme junto com as impressões sensório-perceptuais do acidente.

Para este mesmo autor algumas alterações hormonais durante a armazenagem da memória em nível neuronal mente-cérebro levam a uma fase em que os sintomas psicossomáticos tornam-se evidentes e problemáticos. Resgatando o exemplo do acidente, a resposta psicossomática poderia ser qualquer parte da reação de alarme que fosse experienciada na origem do fato, quer seja: ansiedade, dor, paralisia histérica, dores de cabeça, entre outros. Este é um caso em que a origem inicial do estresse – o acidente – desapareceu e ainda a mente-corpo, tendo aprendido um novo e defensivo método de adaptação – a psicossomática – continua com ele. Rossi (2003) explica: “O método psicossomático de adaptação foi aprendido durante uma situação (usualmente traumática) psicofisiológica dependente-de-estado especial; ela continua porque se conserva ligada-ao-estado, ou fechada sob aquela situação psicofisiológica especial, mesmo depois que o paciente aparentemente retorna ao seu método normal de funcionamento” (p.93).

Mello Filho (1992) explica que a memória de situações estressoras anteriores perpetua seu potencial nocivo. O perigo parece ser maior em situações onde a energia mobilizada pelo estresse não pode ser consumida. Seyle lembra que as doenças de adaptação são conseqüências do excesso de hostilidade ou excesso de reações de submissão.

Para González Rey (2004) o funcionamento neurótico implica freqüentemente transtornos somáticos. Evidencia-se na personalidade neurótica a presença de formas inadequadas de regulação psicológica que estão na base de um conjunto de sintomas expressando ansiedade e limitando a expressão sadia e criativa da personalidade.

Segundo este autor as características funcionais da personalidade neurótica podem ser assim descritas: rigidez extrema; ausência de perspectivas futuras; fixação no passado; incapacidade para reavaliar situações que lhe geram estados emocionais; baixo nível de autodeterminação para regular-se sobre o comportamento.

A patologia psíquica se caracteriza pela incapacidade do indivíduo para produzir novos sentidos subjetivos diante de diferentes contextos. Os conteúdos neuróticos estão sempre acompanhados de ansiedade que chega a ser tão incontrolável quanto a expressão do próprio comportamento. O sujeito neurótico não regula conscientemente seus conteúdos psíquicos, estes

se tornam objeto da tensão compulsiva e imediata resultante do caráter de necessidade desses conteúdos (*idem*).

González Rey (*op.cit.*) aponta que a doença psicossomática e a expressão neurótica não são duas entidades separadas. O funcionamento neurótico é um dos possíveis aspectos produtores de manifestações somáticas não saudáveis.

Segundo Jung (1971) uma neurose constitui para o sujeito uma derrota e será sentido dessa forma por todos aqueles que não têm consciência de seu funcionamento psíquico. Sendo assim, o sujeito vai perdendo a confiança em si mesmo na proporção de sua neurose. Por exemplo, um sujeito vai ao médico e este lhe diz que não há nada de errado com ele (paciente) ao menos não fisicamente, isso faz com que o sujeito se sinta derrotado por algo que não é real, algo que é fruto de sua fantasia. E quanto mais acreditar ser isso um “mal imaginário” mais um sentimento de inferioridade de apodera de sua personalidade.

Este exemplo de Jung será usado para justificar a busca do sujeito por outras possibilidades de cura. Um homem dotado de inteligência, sabendo que seu sintoma é puramente psíquico encontra-se perdido, por não saber de onde vem essa fantasia e porque não consegue reverter a situação. Não havendo dúvidas de que as neuroses provêm de causas psíquicas é possível que um sintoma, até mesmo físico, possa ser influenciado ou curado através da discussão de certos conflitos psíquicos (Jung, 1971).

Porém não são apenas os indivíduos submetidos ao distresse, ou com manifestações neuróticas que estão suscetíveis a doenças psicossomáticas. Existem pessoas que geram um sistema de atividade vital fraco, expresso em um modo de vida pobre e carente de estímulos capaz de comprometê-lo ativamente nas diversas esferas de sua vida. Apresentam-se, geralmente, numa postura passiva diante da vida, têm interesses pobres, cultura individual pobre e acabam ingressando em atividades que podem prejudicar sua saúde como o tabaco, a bebida, maus hábitos alimentares, entre outros (*idem*).

Mello Filho (1992), explica que são vários os agentes patogênicos, sejam eles ambientais ou sócio-econômicos-culturais. O homem é capaz de responder às ameaças simbólicas decorrentes da interação social (como necessidade de aceitação, por exemplo) e não apenas das ameaças concretas (como microorganismos, por exemplo). Porém parece não estar bem preparado para reagir de forma adequada.

Dados da Organização Mundial de Saúde afirmam que há uma multiplicidade de manifestações de doenças decorrentes de desequilíbrios psicossociais. Situações como quebra de laços familiares, quebra da estrutura social, perda do emprego, separação, aposentadoria, são potencialmente danosos à saúde da pessoa. O desgaste a que as pessoas são submetidas diariamente, no seu processo de viver é um dos cofatores mais potentes no desenvolvimento e manutenção de doenças (*idem*).

Segundo Mello Filho (*op.cit.*) é importante compreender que a situação de conflito a que está submetido o sujeito, seja com ele mesmo ou com agentes externos, é suficiente para originar transtornos funcionais.

Como explicam Haynal, Pasini e Archinard (2001) a vida social tem grande influência sobre a saúde. Ao se analisar a doença deve-se analisar seu contexto social, algumas doenças apresentam ganhos secundários para o sujeito já que a doença modifica a situação social do sujeito na pequena comunidade familiar, com o parceiro, na comunidade profissional e mesmo na sociedade. Sendo assim, o comportamento do doente deve ser examinado em seus contextos social e cultural. As perturbações sociais e o campo psicossocial agem através dos problemas psicológicos que os doentes trazem. A doença pode ser para alguns uma maneira de tentar dominar as dificuldades ou de reagir a elas. Desse modo, fatores ambientais, atividade profissional também são fatores que podem estar ligados ao processo de somatização.

Segundo Haynal, Pasini e Archinard (2001), estabelecer a importância, a natureza e os mecanismos existentes entre os fatores intrapsíquicos e relacionais e o desencadeamento, diagnóstico e evolução da patologia humana são muito difíceis de se definir e avaliar. Levando-se em conta a complexidade desses fenômenos (psicossociais e somáticos) é muito pouco provável que se consiga estabelecer uma relação causal ou etiológica direta e simples. O que se pode conseguir são hipóteses, e a hipótese mais aceitável acenta na interação entre fatores sociais, cognitivos, afetivos e comportamentais.

1.4 A Psicopatologia na Perspectiva da Gestalt Terapia

Para se compreender a psicossomática, objeto principal deste estudo, é essencial que se entenda a psicopatologia na Gestalt Terapia. Para tanto serão analisados alguns conceitos que são fundamentais para essa teoria. Eles serão brevemente apresentados no decorrer desse capítulo.

Segundo Ribeiro (1997) a teoria da Gestalt Terapia está centrada no conceito de contato, que pode ser compreendido a partir da dinamicidade do processo de formação e destruição de figuras. O contato pode ser considerado excelente quando uma gestalt foi fechada, isso quer dizer que o processo seguiu seu curso, ou seja, o sujeito não ficou fixado em determinada situação. Fechar uma gestalt significa experienciar uma situação em todos os seus aspectos, envolvendo todos os sentidos do sujeito, envolvendo a emoção e a ação.

De acordo com este mesmo autor, fechar gestalts ou completar figuras é o caminho para a saúde, porque quanto mais situações inacabadas se têm, menos saudável é o sujeito e mais pobre é o seu contato. Fechar gestalts é encontrar o próprio sentido, a própria fisionomia, significa “tornar-se senhor de si mesmo” (*op. cit*, p.38).

Polster e Polster (1973/01) explicam a formação de uma situação inacabada. Estes autores caracterizam a percepção, entre outras coisas, como o movimento do indivíduo na direção do fechamento, no sentido de completar a figura. Eles afirmam que mais do que um reflexo perceptual este impulso no sentido de inteireza das unidades da experiência é também um reflexo pessoal importante mas que acaba sendo, freqüentemente, impedido pelos acontecimentos sociais da vida que interrompem as pessoas em seus processos de fazer aquilo que gostariam de fazer. Essas ações incompletas permanecem, forçadamente, no fundo, inacabadas e incômodas, normalmente distraindo o sujeito daquilo que está fazendo no momento.

O contato é expressão da realidade interna de cada um, já que o grau de individuação, maturidade e auto-entrega de uma pessoa em determinado momento pode ser expressa pela forma como ela faz contato consigo e com o mundo externo (Ribeiro, 1997).

O contato, na concepção de Ribeiro (1997) pode ser entendido como: “...um ato de autoconsciência totalizante, envolvendo um processo no qual as funções sensoriais, motoras e cognitivas se unem, em completa interdependência dinâmica, para produzir mudanças na pessoa e na sua relação com o mundo, através da energia de transformação que opera em total interação na relação sujeito-objeto” (p.33).

Segundo Ginger e Ginger (1995) no contato pleno ocorre a diferenciação entre o organismo e o meio, é um momento de abertura ou abolição da fronteira do contato. No contato pleno há a coesão entre a percepção, a emoção e o movimento.

De acordo com Rodrigues (2000), saúde implica um reconhecimento, por parte do sujeito, de sua capacidade para manter-se em contato com seu contexto, podendo optar sobre a melhor forma e melhor momento de efetuar suas trocas com o mundo. Ao poder reconhecer que tem essa capacidade de manter-se em contato e fazer escolhas (mesmo que o sujeito não utilize tais escolhas ou opte por permanecer fechado para o mundo) há um sinal de que a saúde está presente.

O contato permite que o indivíduo se torne observador da realidade externa, procurando se distinguir do outro. Assim, o contato ocorre na fronteira, como lugar de encontro das diferenças. Porém quando o sujeito mergulha profundamente na realidade do outro vai extinguindo suas relações subjetivas com o mundo, perde sua individualidade e o sentido de sua individuação. Acaba confluindo neuroticamente com o mundo fora de si. Esta pode ser considerada uma forma de interrupção do contato, já que o sujeito perde aquilo que é autenticamente seu e aceita passivamente o que vem do outro (Ribeiro, 1997). Os processos de interrupção do contato serão tratados posteriormente.

Ginger e Ginger (1995) afirmam que existem patologias pesadas, doentes profundamente perturbados, neuróticos desesperados, pessoas com problemas existenciais “comuns”, enfim, uma infinidade de sintomas. Entretanto é difícil definir onde acaba o normal e onde começa o patológico. O objetivo da Gestalt Terapia, segundo esses autores, não é simplesmente explicar a origem das dificuldades, mas experimentar pistas para novas soluções, prefere o “sentir” ao “saber porquê”. Nesse sentido serão apresentados pensamentos de alguns teóricos da Gestalt Terapia para auxiliar na compreensão da patologia e do funcionamento saudável dentro dessa teoria.

Segundo Tenório (2003), os teóricos da Gestalt Terapia desenvolveram uma compreensão da psicopatologia a partir do estudo dos processos de auto-regulação orgânica e das formas saudáveis de funcionamento da fronteira de contato no campo organismo-meio. A qualidade desse contato se dá pela forma como o “eu” está estruturado.

Buscando descrever o funcionamento saudável do indivíduo, o processo de estruturação do “eu” e uma teoria que explicasse o surgimento da neurose Perls (1942/75) *apud* Tenório

(2003) postulou estágios de desenvolvimento relacionados às etapas de nascimento dos dentes. Classificou esses estágios em a) *pré-natal*: a fome do bebê está em total confluência com a fome da mãe, ele recebe o alimento de forma passiva; b) *pré-dental (0-6 meses)*: a fome do bebê começa a ser diferenciada da fome da mãe. Nesta fase percebe-se uma incoerência entre a necessidade e o desejo de satisfação. Não existe ainda diferenciação entre satisfação e insatisfação; c) *incisiva (6-18 meses)*: a fome está bem delimitada, emergindo como figura e manifestada pela agressividade oral. O bebê já pode morder para conhecer as coisas e obter do meio o que precisa. A grande questão nessa fase é que existe uma resistência do meio em relação às necessidades e agressividade expressas pelo bebê; d) *molar (18-36 meses)*: necessidades do bebê se manifestam de forma ativa e particular. Já se manifesta um *eu* estruturado em relação às suas preferências alimentares. Controla o próprio corpo e pode mastigar o que vem de fora, é capaz de dizer “não” para o que não lhe agrada. A grande questão nessa fase é que nem sempre o meio confirma essa individualidade da criança.

O “eu” é estruturado a partir das relações estabelecidas com o meio, essas relações são definidas pela forma como a criança lida com os estímulos externos e a forma como estes refletem em seu mundo interno. O “eu” na perspectiva da Gestalt Terapia pode ser entendido como a consciência de si mesmo como individualidade existencial, capaz de pensar, sentir e agir de forma particular no campo organismo-meio, de maneira que sua auto-imagem se estrutura embasada nas experiências vivenciadas na fronteira do contato e permanece de forma mais ou menos estável, garantindo a manutenção da própria identidade (Tenório, 2003).

Para Perls (1947/02) a agressividade oral é essencial para o desenvolvimento saudável da personalidade pois permite a seleção, transformação e assimilação dos estímulos externos, gerando o crescimento e integração do “eu”. Para ele o uso dos dentes é a principal representação biológica da agressão.

A partir das experiências vividas as formas de estruturação do “eu” podem ser definidas como: eu dominado, eu dominador, eu real e eu ideal. O *eu dominado* é o eu primário, não introjetado, baseados nas experiências organísmicas e que não foram distorcidas e nem contaminadas pelas necessidades dos outros. O *eu dominador* é um eu introjetado, ele é secundário, baseado nas experiências não organísmicas e distorcidas pela necessidade de aceitação do outro. O *eu real* está relacionado com os aspectos e experiências inerentes ao

sujeito. O *eu ideal* está relacionado às experiências e aspectos almejados pelo sujeito, aquilo que ele deseja ser. Partindo dessas concepções o “eu” pode ser real ou ideal, dominado ou dominador.

Perls (1942) *apud* Tenório (2003) acreditava que existem muitas formas de resistência mas as mais importantes são as resistências orais, relacionadas à recusa em deixar entrar, remetendo às primeiras rejeições de alimento por parte da criança. A impossibilidade de recusar o alimento fazia com que a criança engolisse por inteiro (para não sentir o gosto ruim do alimento), dessa forma a rejeição era feita apenas emocionalmente. Por exemplo, a criança poderia pensar: ‘estou comendo isto porque me mandaram, mas eu não gosto, não queria comer.’ Perls chama isso de introjeção, que é uma forma alternativa de resistência criada pelo organismo depois de ter fracassado na luta contra a imposição (pelo outro) de algo nocivo. Introjetar significa aceitar passivamente algo que vem de fora. A partir disso um impasse existencial pode ser gerado já que este acontece quando o indivíduo não consegue integrar suas necessidades primárias (organísmicas) com as necessidades do meio.

Neste sentido Perls (1975/77) sugere que é difícil para o sujeito integrar-se internamente, satisfazendo suas necessidades organísmicas, e ainda assim ser aceito socialmente. Isso acontece porque as expectativas da sociedade levam o indivíduo a dissociar-se cada vez mais de sua própria natureza. Ele identifica sua existência total com sua existência social, se sua posição social for ameaçada ele entra em crise existencial. A fim de compactuar com as regras sociais, a pessoa aprende a ignorar seus próprios sentimentos, desejos e emoções.

Perls (1947/02) afirma que para evitar conflitos e permanecer dentro dos limites ditados pela sociedade ou outras unidades representativas de autoridade, o indivíduo aliena partes de sua personalidade, de seu ego, que levariam a conflitos com o meio externo. A evitação desses conflitos (externos) resultaria na criação de conflitos internos. Assim, quanto mais o caráter permanece em conceitos prontos e formas fixas de comportamento, em idéias pré-concebidas sobre como o mundo deveria ser, mais ele se afasta de seus próprios sentimentos e necessidades. O bloqueio de seu potencial e a distorção de sua perspectiva são resultado dessa alienação de sentidos. Agindo assim o sujeito constrói um (eu) ideal imaginário de como deveria ser e não de como realmente é. O sujeito se torna falso e fóbico, evita encarar suas limitações e desempenha papéis sem base em seu potencial criativo. Esses podem ser considerados exemplos de introjetos tóxicos.

Os aspectos do impasse existencial que geram o introjeto tóxico (no sentido de ser nocivo para o sujeito) estão ligados ao sentimento de dependência, inferioridade, submissão em relação ao outro dominador. A introjeção funciona como defesa diante da impossibilidade de resolver um impasse existencial através da agressividade oral – no sentido de mastigar e não engolir inteiro – ou do contato pleno. O contato pleno é evitado porque existe um conflito entre o “eu dominado” e o “eu dominador” porque seus aspectos acabam sendo incompatíveis. Então, na tentativa de evitar conflitos o contato pode ser interrompido em seus vários aspectos (Tenório, 2003).

Os bloqueios ou interrupções do contato podem ser divididos em diferentes tipos de processos, que se diferenciam por terem aspectos específicos próprios da identidade de cada um deles e assemelhados por terem traços típicos da neurose como um todo. Todos são formas de evitação do contato, uma forma encontrada pelo “eu” para se defender dos conflitos intoleráveis que ameaçam sua estrutura. Resultam também da incapacidade do “eu” para distinguir o que é seu e o que é do outro (Dias, 1994 *apud* Tenório, 2003). Por isso pode-se considerar que os mecanismos de bloqueio de contato têm a introjeção e confluência como processos originais, a base desses mecanismos.

De acordo com Perls (1947/02) o problema da evitação do contato é que esta acarreta a deterioração da função holística. Através da evitação, as esferas de ação e a inteligência se desintegram. Todo contato, hostil ou amigável, amplia as esferas, integra a personalidade e por conseguinte contribui para ampliação das capacidades de ação.

Deslile (1999 b) *apud* Tenório (2003) chama as experiências tóxicas introjetadas de microcampos introjetados. Quando os microcampos são introjetados eles precisam manter-se como fundo já que se vierem a emergir como figura poderão trazer à tona impasses existenciais e com eles toda experiência intolerável introjetada. Para impedir que os microcampos introjetados saiam do fundo, o *self* mobiliza todas as defesas. Todos os mecanismos de interrupção do contato são utilizados pelo “eu” (função ego do *self*) a fim de impossibilitar que a experiência introjetada seja revivida. Porém, por serem situações inacabadas, os microcampos introjetados estão constantemente ameaçando vir à tona, isso acontece porque é só assim, emergindo como figura, que o contato pode ser completado possibilitando a assimilação e reintegração da totalidade do *self*.

A filosofia básica da Gestalt Terapia, segundo Perls (1975/77) é da essência: diferenciação e integração. Somente a diferenciação leva a polaridades, como dualidades as

polaridades lutarão e se paralisarão. Se os opostos forem integrados é possível devolver ao sujeito sua completude. É possível dessa forma, enxergar a situação total, a gestalt completa, sem perder os detalhes. É possível lidar com a realidade mobilizando seus próprios recursos sem estar constantemente esperando o apoio social, já que esse apoio se fundamentará em si mesmo. Isto quer dizer que o sujeito precisa se diferenciar do outro, resgatar sua individualidade para então ser capaz de se integrar internamente, diferenciando o que é seu e o que é do outro, só assim poderá ser capaz de um contato pleno com o outro.

Porém, num funcionamento neurótico o sujeito não consegue atuar com tal autonomia. Ele se sente constantemente preso e alienado (em relação às suas próprias necessidades) em função das necessidades do meio. O sujeito tem uma necessidade enorme de controle e esse desejo resulta da cooperação insuficiente entre organismo e função egóica. Um ego tirano, controlador e ditador, incapaz de assumir a responsabilidade pelo organismo, a impõe ao *id* – principalmente como culpa – ou ao corpo como se fosse algo não pertencente ao *self*.

O *self*, segundo Tenório (2003), é considerado na teoria da Gestalt Terapia como uma totalidade essencial e existencial do organismo psíquico, composta de estruturas e processos conscientes e inconscientes, com características de funcionamento estáveis, determinadas pelas potencialidades inatas e características instáveis que são determinadas através de sua relação com o meio, as quais são desenvolvidas e atualizadas por meio de três funções básicas: *id*, *ego* e *personalidade*.

De acordo com Perls (1947/02) o ego, na perspectiva da Gestalt Terapia é quem tem a função de possibilitar a satisfação das necessidades organísmicas, ele tem uma espécie de função administrativa que conecta as ações do organismo total às principais necessidades. O ego evoca as funções do organismo que são necessárias à satisfação das necessidades mais urgentes; o organismo identificando-se com tal exigência a defende completamente. Portanto, as funções egóicas são indispensáveis no sentido de administrar e dirigir todas as energias disponíveis para satisfazer determinada necessidade organísmica e manter o funcionamento saudável do sujeito. A neurose é considerada, portanto, uma perda na função do ego.

Na neurose a escolha da atitude adequada é difícil ou desadaptada. Na neurose o *id* consegue perceber as necessidades do mundo interno e externo porém a resposta do “eu” não é satisfatória. É portanto um conjunto de respostas obsoletas que foram enrijecidas numa estrutura que reproduz comportamentos em outros tempos e lugares (Ginger e Ginger, 1995). Um

neurótico não experienciar sensações ao invés de emoções, mas tendo perdido parcialmente sua *awareness* sensomotora (a sensação de si mesmo) experienciar uma situação incompleta, um ponto cego para manifestação psicológica da emoção (Pels, 1947/02). Porém, mesmo com respostas obsoletas o sujeito precisa manter sua homeostase, ou seja, precisa buscar seu equilíbrio interno para sobreviver e evitar o sofrimento, para tanto utiliza-se de mecanismos de defesa.

Os mecanismos de defesa humanos são vários: gestalts inacabadas, ciclos de contato interrompidos por perturbações na fronteira do contato, perturbações de origem externa ou interna, entre outros. O que define esses mecanismos como saudáveis ou patológicos é a intensidade, a maleabilidade e o momento em que intervêm diante das diferentes situações (Ginger e Ginger, 1995).

Alguns mecanismos de interrupção do contato serão brevemente apresentados neste trabalho, são eles: fixação, deflexão, introjeção, projeção, proflexão, egotismo e confluência.

Fixação

Segundo Ribeiro (1997) a fixação é caracterizada pelo medo de correr riscos. O sujeito se sente incapaz de explorar novas situações, teme o novo, assim ele se prende às emoções, às pessoas e às coisas.

Perls (1947/02) define fixação como um imenso apego (amor excessivo, ódio excessivo, sentimentos de culpa) a uma pessoa ou situação. Seu oposto sempre aparece, a evitação do contato com qualquer elemento fora das fronteiras da fixação. Na fixação o sujeito não muda de figura, não parte para o novo. É difícil saber o que vem primeiro, se o medo do contato externo ou a aderência a situações familiares.

Deflexão

Na deflexão o contato é evitado de várias formas: ou é feito de maneira vaga e geral, desperdiçando energia na relação com o outro, usando palavras vagas ou contato cortês, sem ir direto ao ponto. O sujeito nessas condições sente-se incompreendido, pouco valorizado e acredita que as coisas nunca dão certo em sua vida (Ribeiro, 1997).

Para Polster e Polster (1973/01) a deflexão é um meio encontrado pelo sujeito para evitar o contato real. A pessoa que deflete sente, com frequência, que não está retirando muito daquilo

que faz, que seus esforços não lhe trazem a recompensa esperada. Ela não consegue aquilo que almeja em suas atividades. A pessoa pode falar e mesmo assim sentir-se intocada ou mal compreendida, suas interações podem falhar. Mesmo que um sujeito se expresse de maneira objetiva e precisa, se ele não é capaz de atingir o outro, ele não será sentido plenamente.

Segundo Clarkson (1989) *apud* Tenório (2003) a pessoa que deflete não consegue falar diretamente sobre seus sentimentos com toda a intensidade de suas emoções, ao invés disso ela escolhe uma linguagem abstrata, descrições vagas ou evita o contato pelo olhar.

Introjeção

“As frases são minhas, as verdades são suas...” a letra da música de Zeca Balero traduz bem o funcionamento do indivíduo na introjeção. Quando o sujeito introjeta perde a consciência acerca de suas próprias necessidades e a verdade do outro passa a ser sua própria verdade.

Na introjeção acontece a substituição do instinto ou apetite potencial pelos de outra pessoa. A convenção de determinada situação pode ser coercitiva e incompatível com o desejo do sujeito, para evitar o crime do não pertencimento o sujeito inibe seu próprio desejo e a situação odiada é tanto aceita quanto aniquilada, sendo engolida por inteiro e suprimindo o desejo (Perls, Hefferline e Goodman, 1951/97).

Perls (1947/02) explica que dessa forma o sujeito preserva as coisas ingeridas com a mesma estrutura, enquanto o organismo ordena sua destruição. Engole idéias, hábitos, princípios sem ter o cuidado de os transformar, destruir, desestruturar para assimilá-los.

Segundo Perls, Hefferline e Goodman (1951/97) o introjetor aceitará todo ponto de vista oficial, mesmo que seja contrário ao que pensa acreditar. Como o indivíduo engole as coisas passa a conter seu impulso para morder, agredir, rejeitar ou modificar qualquer coisa intolerável imposta pelos outros.

A pessoa introjetora minimiza as diferenças entre o que está engolindo e aquilo que poderia realmente desejar se permitisse a si mesma fazer tal discriminação. Dessa forma ela anula sua própria existência ao evitar a agressividade necessária para destruir aquilo que existe. A pessoa que utiliza a introjeção deseja receber tudo mastigado (Polster e Polster, 1973/01). Prefere a rotina de situações facilmente controláveis porque deseja mudar mas tem medo dessa mudança.

Costuma pensar que os outros sabem o que é melhor para ele. Na música de Paula Toller: “Já não raciocino nem respiro mais... e em tudo que você disser eu vou acreditar...”

Projeção

A projeção pode ser considerada o inverso da introjeção. Segundo Perls *apud* Ginger e Ginger (1995) a projeção é a tendência do sujeito a atribuir ao meio externo a responsabilidade por aquilo que tem origem no *self*.

Carlene Tenório explica que o indivíduo projetor sente o mundo como seu grande vilão. Ele enxerga nos outros dificuldades que são suas e facilmente atribui ao outro a culpa por sua infelicidade e fracassos. Entretanto a projeção não está relacionada necessariamente a sentimentos ruins. Pode envolver sentimentos positivos e negativos, uma pessoa que não se considera inteligente pode projetar nos outros essa inteligência, achando os outros mais inteligentes que ela (informação verbal).

Perls (1947/02) afirma que o caráter saudável expressa suas emoções e idéias enquanto o caráter paranóide as projeta. A projeção é um fenômeno essencialmente inconsciente. A pessoa não consegue distinguir satisfatoriamente entre os mundos interior e exterior. Ela enxerga no mundo exterior aquelas partes de sua própria personalidade com as quais se recusa a se identificar. O organismo as sente como exteriores às fronteiras egóicas e por conseqüência reage com agressão ao outro. Passa a não identificar um sentimento como seu próprio sentimento, tornando-o definido e vinculado a outra pessoa.

As projeções, principalmente de culpa (a culpa é sempre do outro) proporcionam um alívio temporário mas privam a personalidade das funções egóicas de contato, identificação e responsabilidade. As projeções podem estar relacionadas a objetos e a diversas situações. É bastante comum a projeção no passado, ao invés de expressar uma emoção do presente a pessoa remete a uma lembrança (*idem*).

Segundo Polster e Polster (1973/01) o sujeito projetor é alguém que não pode aceitar seus sentimentos e ações porque não deveria sentir ou agir de determinada maneira. Segundo esses autores as dificuldades aumentam para o sujeito projetor quando estas formam uma auto-sustentação paranóide, isso acontece quando a pessoa experiencia os outros como estando contra ou a seu favor. Assim o sujeito não consegue retomar suas próprias características.

Proflexão

Crocker *apud* Ginger e Ginger (1995) define a proflexão como uma combinação entre a projeção e a retroflexão. Ela pode ser definida pela seguinte premissa: “faço aos outros o que gostaria que os outros me fizessem”.

Na proflexão o sujeito manipula o outro na expectativa de receber dele aquilo que necessita. Tem dificuldades para encontrar em si mesmo sua fonte de nutrição, aflige-se por não receber o contato externo desejado e pela dificuldade do outro em satisfazer suas necessidades.

Segundo Tenório (2003) a proflexão pode ser descrita, dentre outros, a partir de alguns enunciados, são eles:

- Costuma dar ao outro aquilo que gostaria de receber;
- Embora precise muito do outro não gosta de demonstrar para este suas carências e fraquezas;
- Procura demonstrar ser o que não é, na expectativa de conquistar o outro;
- Tem grande necessidade de que o outro preencha suas carências, já que lhe faltam auto-suporte, auto-confiança e auto-estima.

Retroflexão

“Confesso entretanto que sou incapaz de jogar fora assim as minhas lágrimas, prefiro dormir sozinha no quarto, talvez eu esteja bem melhor ao acordar...” A música de Paula Toller é usada para ilustrar um pouco sobre o funcionamento do indivíduo refletor. É comum no sujeito que retroflete controlar seus impulsos (como colocar o choro para fora, por exemplo) e achar que pode viver melhor sozinho.

Segundo Polster e Polster (1973/01), na retroflexão o sujeito faz para si mesmo aquilo que ele gostaria de fazer a outra pessoa, faz consigo mesmo o que gostaria que outra pessoa fizesse. Significa que alguma função que é por origem dirigida do indivíduo para o mundo muda sua direção e se volta para o originador (Perls, 1947/02).

Quando uma pessoa retroflete freqüentemente, ela bloqueia seus impulsos para o mundo e permanece presa por forças opostas e estagnadas. O problema é que a pessoa permanece marcada por experiências passadas que a impossibilitam de ter novas vivências diferentes daquelas. Essa cisão cria um atrito interno e um estresse muito grande já que a pessoa permanece autocontida e não se move para a ação necessária (Polster e Polster (1973/01).

Com relação a essas características Ribeiro (1997) afirma que o retrofletor arrepende-se com frequência das coisas que faz por se considerar inadequado, faz coisas repetidamente para não se sentir culpado depois. Acredita que pode fazer melhor as coisas sozinho do que com a ajuda de outros. Deixa de fazer as coisas com medo de machucar e ser machucado. Sente-se muitas vezes como inimigo de si mesmo.

De forma neurótica o refletor evita a frustração tentando não estar envolvido em absoluto, ele tenta desfazer o passado, seus erros. Esse processo porém é obsessivo e repetitivo já que ele não inclui material ambiental novo e ao invés disso revisa o mesmo material repetidas vezes (Perls, Hefferline e Goodman, 1951/97).

Egotismo

No egotismo o sujeito se coloca sempre como o centro das coisas, exerce um controle rígido e excessivo sobre o mundo fora de si. Pensa em todas as possibilidades para prevenir fracassos ou possíveis surpresas. Impõe sua vontade e deixa de prestar atenção nas pessoas a sua volta. Tem muita dificuldade em dar e receber (Ribeiro, 1997).

Ele evita surpresas do ambiente por medo da competição, tenta isolar-se como sendo a única realidade, isto ele faz assumindo o controle do ambiente e tornando-o seu. Na medida em que o indivíduo impede que a experiência seja nova, sente-se aborrecido e solitário (Perls, Hefferline e Goodman, 1951/97).

O egotismo, segundo Ginger e Ginger (1995) é um reforço deliberado da fronteira de contato, uma hipertrofia do ego. É uma exacerbação da capacidade da pessoa em se perceber e se auto-observar. No egotismo a fronteira que separa o “eu” do outro está tão rigidamente definida que dificilmente ela se abre para incluir aspectos da realidade externa. Assim, a consciência é ampla quando se refere a si mesmo mas é pouco produtivo em sua relação com o outro Dias (1994) *apud* Tenório (2003).

Confluência

Segundo Ribeiro, a confluência é um processo onde não se diferencia o que é seu e o que é do outro. Na confluência o *self* não pode ser identificado, já que existe uma fusão entre o “eu” e o outro por ausência na fronteira do contato.

A confluência no plano social impede qualquer confronto e qualquer contato verdadeiro já que este implica a diferenciação entre duas pessoas, impede portanto qualquer evolução social (Ginger e Ginger, 1995).

Estes autores explicam que a confluência não é necessariamente algo negativo, existem alguns tipos de confluência que são normais no processo de individuação, como por exemplo a confluência entre a mãe e a criança, quando a criança se percebe como uma continuação da mãe, não diferenciando suas próprias necessidades das necessidades da mãe e no processo de estruturação do “eu” a criança começa a identificar suas próprias necessidades. Esse processo, chamado de retração, é essencial para um bom desenvolvimento do *self*. A retração permite ao sujeito encontrar sua própria identidade, reconquistando sua fronteira de contato. Quando essa retração se torna difícil e a confluência se torna crônica o funcionamento pode ser classificado como patológico (neurótico ou psicótico).

Segundo Tenório (2003) a pessoa que funciona em confluência tem, entre outras, as seguintes características:

- Evita conflitos tentando manter suas relações em harmonia;
- Não consegue, via de regra, perceber claramente aquilo que quer;
- Sente-se culpada quando não consegue fazer aquilo que os outros querem;
- Para evitar ser abandonada se dedica inteiramente aquela pessoa que gosta esquecendo-se de cuidar de si mesma

1.5 A Psicossomática na Perspectiva da Gestalt Terapia

Os textos da Gestalt Terapia essencialmente voltados para o estudo da psicossomática são poucos; isto talvez aconteça por causa da visão holística de ser humano aceita por esta teoria. enxergar o homem como totalidade conduz ao entendimento de que corpo e mente estão integrados e quando uma parte adocece, o todo adocece. Partindo-se desse pressuposto não seria necessário estudar a psicossomática já que nesse sentido, todas as doenças seriam psicossomáticas. Contribuindo para este pensamento Rodrigues (2000), explica que na Gestalt Terapia corpo e mente não se diferenciam, formando a unidade **psico** (alma, mente) e **soma** (corpo, matéria) resultando em **psicossomática**.

Sobre a Medicina Psicossomática, Perls (1973/88) critica o fato de que mesmo com o surgimento desta, estreitando a relação entre atividade mental e física, o conhecimento continua atado aos conceitos de causalidade, tratando-se a doença psicossomática como um distúrbio físico causado por um fato psíquico. Para uma melhor compreensão da díade mente-corpo e sua relação com a psicossomática na Gestalt Terapia será brevemente explicada a doutrina holística na concepção desta teoria.

O homem é capaz de funcionar qualitativamente em dois níveis diferentes: o nível do pensar e do agir; porém a independência que um tem em relação ao outro é apenas aparente. A mente, descrita como a sede da atividade mental, é uma estrutura capaz de exercer sua vontade não apenas sobre o corpo, mas também sobre si mesma. Assim, pode reprimir pensamentos e recordações que não julgue agradáveis. É capaz de mudar sintomas de uma área do corpo para outra (Perls, 1973/88).

Perls (*op.cit*) afirma que as pessoas tendem a aceitar mais dados sobre o corpo do que sobre a mente, isso acontece porque a análise quantitativa de dados fisiológicos progride mais rapidamente que a de dados sobre os processos mentais. Muitos processos fisiológicos são bastante conhecidos, porém a compreensão que se tem acerca do cérebro humano e seu modo de funcionar é ainda limitada. Entre elas está a habilidade de aprender e manipular símbolos e abstrações.

De acordo com este autor, a capacidade humana para usar símbolos requer muita habilidade, tanto para lidar com os símbolos quanto para combinar abstrações. Quando o homem

usa essa habilidade está fazendo simbolicamente o que gostaria de fazer fisicamente. Perls (1973/88) sugere que o pensar inclui atividades como sonhar, imaginar, teorizar, antecipar, entre outras; fazendo o uso máximo da capacidade humana de manipular símbolos. Tudo isso é chamado, por ele, de **fantasia**. Fantasia está sendo empregada neste contexto para traduzir a tendência que o ser humano tem de, através da adoção de símbolos, reproduzir a realidade numa escala reduzida. Como atividade que envolve o uso de símbolos, deriva do real, já que os símbolos são inicialmente derivados da realidade.

Os símbolos começam então como rótulos para objetos e processos, se multiplicam e crescem como rótulos para rótulos. Podem até não estar próximos da realidade, mas a começam. Perls (*op.cit*) esclarece que o mesmo acontece com o uso interno da atividade de simbolização, aqui a reprodução da realidade pode se distanciar muito de suas origens, porém, está sempre (de algum modo) relacionada com a realidade com a qual era conectada originalmente. Para esclarecer melhor esta questão será dado um exemplo: se uma pessoa tem um problema e pensa sobre ele, antecipa em fantasia o que acontecerá na realidade, isto é um fato suficientemente forte para basear suas ações. Assim, a atividade mental parece agir como um economizador de energia e tempo para o sujeito.

A atividade mental parece ser aquela que a pessoa total exerce num nível energético inferior (ou seja, que exige menos gastos de substâncias corporais) que os das atividades denominadas físicas. A atividade corporal oculta transforma-se em atividade latente (mental) por causa de uma diminuição de intensidade. O organismo age e reage a seu meio, com maior ou menor intensidade. A proporção em que a intensidade é diminuída, o comportamento físico transforma-se em comportamento mental e vice-versa (*idem*).

A energia economizada pelo sujeito quando ele pensa em determinada situação ao invés de agir sobre ela pode ser investida para um enriquecimento de sua vida. A habilidade do sujeito para abstrair e combinar abstrações, sua capacidade de simbolizar, tudo isto está ligado à sua capacidade de fantasiar. Essas capacidades são transmitidas de geração em geração, cada geração acumula fantasias herdadas da geração anterior, isto possibilita um maior conhecimento e compreensão por parte do sujeito (Perls, 1973/88).

Quando se concebe a vida e os comportamentos como constituídos por níveis de atividade é possível ver os lados mental e físico do comportamento humano, não como entidades independentes que poderiam existir em separado, mas permite ver o homem como ele é, um todo

e analisar seu comportamento como se manifesta, no nível explícito da atividade física e no nível oculto da atividade mental. A partir do momento em que se reconhece o pensamento e a ação como feitos da mesma matéria, pode-se traduzir e transpor de um nível para o outro (*idem*).

Neste sentido, Perls, Hefferline e Goodman (1951/97) afirmam que na teoria física e psicológica da Gestalt Terapia observa-se que totalidades significativas existem por toda natureza, tanto nos comportamentos físicos quanto nos comportamentos conscientes, no corpo e na mente. Essas totalidades são significativas no sentido de que o todo explica as partes; elas têm uma finalidade porque demonstram uma tendência em completar os todos.

Essa proposição nos permite inferir que as limitações do homem na forma de atuar no mundo, de estabelecer contato serão manifestadas no corpo e na mente. Sobre isso Rodrigues (2000) explica, que o corpo (o “eu”, a totalidade) não poderá agir ou se expressar diferentemente da forma que transparece nas relações estabelecidas com o mundo, pois a maneira com a qual limita tais relações se dá necessariamente através do corpo.

Ribeiro (1997) corrobora com esse pensamento explicando que o organismo sempre reage diante de uma totalidade, se em suas relações com o mundo o indivíduo adocece, ele adocece por inteiro, embora sempre conserve partes intocadas e se restabelece por inteiro, embora algumas partes sigam um movimento próprio em seu processo de reestruturação.

Já que o organismo reage como um todo frente às diversas situações vivenciadas em seu meio, um fato emocional não será colocado fora do corpo. Pelo contrário, a emoção está presente no corpo de alguma maneira, mesmo que ela não seja expressa ou que se tente ignorá-la ou esquecê-la. Todas as emoções sentidas alteram o estado normal do corpo, produzem substâncias que reagirão no sistema nervoso, nos músculos... produz uma excitação que visará algum tipo de conclusão: chorar, sorrir, xingar... (Rodrigues, 2000).

Portanto, os fatos psicológicos não devem ser tratados como se existissem isolados do organismo. Se uma situação psicológica produziu uma excitação no organismo, sua tendência é tornar-se prioritária (figura), exigindo a atenção do sujeito na tentativa de fechar uma situação inacabada. O indivíduo procurará a auto-regulação, ou seja, a conclusão para tal excitação que se tornou precípua (Perls *apud* Rodrigues, 2000)

Por isso, Rodrigues (2000) explica que é imprescindível lidar com o campo como um todo, onde a emoção pode se tornar o foco principal, a figura a ser trabalhada mas que não deixa de ter um fundo sobre o qual se distingue.

Isso é necessário porque o corpo é um todo, não uma soma de órgãos, membros e ossos envolvidos pela pele, mas sim uma unidade. Cada parte do corpo não pertence a mim (meu braço, minha perna), mas sim “sou eu” (Rodrigues, 2000, p.79). Este autor critica a tendência que as próprias pessoas têm de encarar seus corpos como a soma das partes, elas mesmas se vêem assim. Quando procuram curar uma doença, querem tratar o órgão adoecido e não a doença. Por exemplo, se a pessoa sofre com um prego o pé, quer somente tirar aquele prego dali, mas enquanto o prego não é retirado a pessoa não consegue andar direito, afetando também sua coluna e outros músculos, com isso acontecendo irá andar mais devagar. Este exemplo é dado para mostrar que o corpo quando afetado é afetado como um todo por aquilo que o atinge, isso quer dizer que não existem problemas isolados no corpo, por isso não deveria haver tratamentos isolados.

Rodrigues (*op.cit*) afirma que as formas como as relações e as emoções serão limitadas corporalmente podem ser melhor compreendidas ao se analisar o trabalho de Wilhelm Reich, que exerceu grande influência sobre a Gestalt Terapia. Segundo este autor Reich interessou-se pelas questões corporais na manutenção de sintomas que não desapareciam, mesmo com acompanhamento analítico. Reich percebeu, através de pesquisas, que as emoções são reprimidas corporalmente através de contrações musculares, que quando em estado crônico, tornam-se couraças de caráter que impediriam a energia vital de circular.

De acordo com Reich (1998) o caráter funciona essencialmente como uma proteção para o ego e provavelmente originou-se como uma forma de evitar o perigo. É importante ressaltar que o caráter na teoria de Reich pode ser entendido como uma entidade causativa, a formação do caráter é dada em termos de economia da libido. Entretanto, não se pretende neste estudo compreender a fundo a teoria de Reich, mas sim entender a contribuição dada por este autor à Gestalt Terapia.

Reich (*op.cit*) explica: “o grau de flexibilidade do caráter, a capacidade de se abrir ou de se fechar ao mundo exterior, dependendo da situação, constitui a diferença entre uma estrutura orientada para a realidade e uma estrutura de caráter neurótico” (p.152). Segundo este autor a couraça de caráter é formada devido ao choque crônico entre as exigências pulsionais e um mundo externo que constantemente frustra essas exigências. Assim, os conflitos existentes entre a pulsão e o mundo externo são a força e a razão de ser dessas couraças. A couraça se forma em

torno do ego, precisamente em torno da parte da personalidade que se situa na fronteira entre a vida pulsional biofisiológica e o mundo externo.

Sobre essa questão – o conflito existente entre o mundo interno e externo – Perls (1975/77) sugere que a sociedade tem papel fundamental no desenvolvimento das neuroses na medida em que exige do sujeito respostas fixas para cada uma de suas exigências, e quanto mais a sociedade exige do indivíduo um funcionamento de acordo com seus conceitos e idéias, menos ele consegue funcionar eficientemente. Este conflito resulta em um grande gasto de energia para o sujeito que se força a reprimir suas emoções, a negar seus desejos e necessidades em prol das exigências sociais.

Como visto anteriormente, uma emoção reprimida será sempre manifestada no corpo. A emoção acontece no corpo, produz descargas hormonais, altera batimentos cardíacos, frequência respiratória. Ao tentar reprimir uma emoção é preciso também um esforço enorme para impedir os reflexos no corpo. Como o contexto social valoriza muito o controle emocional todo esforço é despendido para que se mantenha o controle (Rodrigues, 2000).

Sobre as emoções Perls (1947/02) afirma que elas são energias misteriosas, têm grande poder e precisam ser descarregadas para que o sujeito recupere seu equilíbrio orgânico. Essa homeostase interna garante a manutenção dos equilíbrios vitais e ajustamento externo às condições flutuantes dos meios físico e social. Perls (*idem*) cita a tristeza como exemplo, uma tristeza pode durar horas ou dias se não juntar bastante impulso para descarga num acesso de choro que restaurará o equilíbrio orgânico.

Perls (*op.cit*) acredita que a contenção das emoções conduz a uma intoxicação emocional, da mesma forma que a contenção de urina causa uremia. Se as pessoas não conseguem descarregar sua fúria contra um objeto particular elas se tornam envenenadas pela amargura contra o mundo inteiro. Este autor acredita que as emoções estão conectadas a ocorrências somáticas de forma que, freqüentemente, a emoção inacabada e a ação inacabada dificilmente são diferenciadas.

Segundo Perls (1973/88) o neurótico não se sente como uma pessoa total. Seus conflitos e vivências inacabadas o divide em vários pedaços. Sentindo-se assim ele facilmente dissocia sua mente de seu corpo, não reconhece os dois aspectos como intimamente ligados. Sendo assim a psicossomática na Gestalt Terapia pode ser observada ao se analisar os processos de interrupção do contato, fortemente presentes nos indivíduos neuróticos.

Stevens (1975/77) explica que essas pessoas estão constantemente controlando seus corpos. Este fato faz com que produzam tensões e dores (psíquicas e físicas também) cada vez mais freqüentes. Controlar emoções é controlar o corpo, uma emoção contida é sentida corporalmente.

Segundo esta autora, para evitar isso é preciso deixar o corpo fazer aquilo que ele quer fazer, o simples fato de entrar em contato com sensações corporais desagradáveis já as diminui ou elimina. Esta autora explica que é importante mover-se com a dor, deixar o foco interior fluir em direção a ela. Deve-se ficar em contato com a dor, estar com a dor, assim é possível mover-se com facilidade para ou com qualquer outra coisa que apareça.

Isso quer dizer que quando uma pessoa não evita a dor e ao invés disso a sente por completo, procurando entender essa dor é capaz de eliminar as sensações desconfortáveis. Por exemplo, se uma pessoa se deita no chão e o local onde sua cabeça encosta está doendo a pessoa deve, ao invés de simplesmente colocar um travesseiro, entrar em contato com a dor, se a dor ficar mais ou menos intensa deve-se deixar que aconteça, deve-se deixa-la ser o que é (*idem*).

Stevens (*op.cit*) afirma que muitas pessoas se assustam ao descobrir que quando entram em contato com a dor ela não os aborrece mais, pelo contrário, ela desaparece. Isso seria o ideal para que as pessoas mantivessem sua homeostase saudável, porém isso não acontece com freqüência. As pessoas estão constantemente interrompendo o contato, principalmente para evitar a dor, o sofrimento. Como os processos de interrupção do contato já foram explicados no capítulo anterior eles serão citados apenas em relação à psicossomática.

Polster e Polster (1973/01) explicam que o indivíduo que retroflete, por exemplo, mobiliza toda sua energia para impossibilitar a satisfação de um impulso que ela teme. A pessoa se mantém em guarda para evitar sentimentos hostis, como a raiva, por exemplo. Ele sente como se a outra pessoa formasse um campo de batalha proibindo comentários destrutivos, maldosos, afiados, sente uma enorme necessidade de controle que é expressa pela tensão e contração da mandíbula afim de evitar a expressão da raiva.

Estes autores explicam que um sujeito hostil que tem a mandíbula tensa e que constantemente interrompe seus próprios impulsos agressivos e danosos, pensa porque outras pessoas se permitem fazer piadas ou insultos risonhos se ele tem, sob as mesmas circunstâncias, uma reação pesada e punitiva.

Dessa forma sentimentos de necessidade de controle ficam imbutidos, esquecidos mas a tensão resultante é algo presente. Não fica oculto, pois o corpo tem muitas formas de registrar o esquecido, o resultado são infinitas estruturas disfuncionais como estômagos complicados, quadris presos e peitos afundados (*idem*).

Perls, Hefferline e Goodman (1951/97) explicam o mecanismo psicossomático em indivíduos que retrofletem:

O ambiente tangível do refletor consiste somente em si próprio, e nessa tarefa acaba com as energias que mobilizou. Se foi um medo de destruir que despertou sua ansiedade, agora ele tortura sistematicamente seu corpo e produz enfermidades psicossomáticas. Se estiver envolvido num empreendimento, trabalhará de maneira inconsciente para o fracasso deste. Este processo é conduzido muitas vezes engenhosamente para produzir resultados secundários que realizam a intenção inibida original: por exemplo, para não machucar sua família e amigos, ele se volta contra si próprio e produz enfermidades e fracassos... (p.256).

Já na confluência neurótica, o indivíduo se apega a situações antigas porque estas são estáveis e lhe trazem segurança, mesmo não trazendo mais satisfação o sujeito não quer abdicar dessa estabilidade. A atitude do sujeito frente a essa situação é no sentido de impedir que a situação estável lhe seja retirada. Mantém um controle enorme nas relações interpessoais, seu maxilar está fixo na mordida (remetendo a mordida firme da criança de peito), essa paralisia muscular impede qualquer sensação prazerosa (*idem*).

Essa busca por controle acarreta ao indivíduo medo e frustração. Não há satisfação já que esta só é possível na espontaneidade desvinculada da vigilância do ego. As respostas confluentes estão em nível primário, infantil, desvinculado. O objetivo é persuadir o outro a fazer todo o esforço enquanto ele aguarda passivamente o retorno (*idem*).

A partir dessas reflexões, a psicossomática pode ser entendida na Gestalt Terapia como uma forma encontrada pelo sujeito para simbolizar um sofrimento psíquico. Muitas vezes o indivíduo neurótico sente-se dicotomizado, não consegue expressar o que se passa em sua mente, expressa seus sentimentos em seu corpo, na forma de doença buscando uma solução para sua dor.

Agressividades contidas expressas sob a forma de bruxismo (ranger noturno dos dentes); excesso de opressão sobre aquilo que se quer falar expresso sob a forma de dores de garganta constantes. Estes exemplos conduzem à reflexão sobre a determinação do órgão afetado por uma emoção. Qual correspondência poderia haver entre uma emoção reprimida, um conflito

inconsciente e um órgão específico do corpo? Nogueira (1996) sugere que o sintoma é imposto ao sujeito sem que este tenha consciência dele. Ele surge de dentro do sujeito com uma coerência muito particular, cheia de mistérios e revelações. O sintoma não é apenas fruto de um acontecimento atual, mas de toda uma vida cheia de experiências introjetadas que emergem como figura no aqui-agora.

Portanto a doença deve ser entendida com um fenômeno repleto de sentido capaz de trazer à consciência conflitos não resolvidos. É preciso entender o significado oculto dos sintomas, decifrar a mensagem da doença (Dahlke, 2006). A doença é relacional, não deve ser considerada em si, mas em relação à pessoa e ao campo total (social, biológico, emocional) no qual esta existe. Entendendo-se a relação harmoniosa entre os campos deve-se tratar a pessoa adoecida, a relação que se quebrou entre ela e o mundo, rompendo a homeostase entre os diferentes campos. Deve-se passar do sintoma para o processo de formação deste. O sintoma não deve ser eliminado *a priori*, pois sua função é revelar um aspecto oculto da totalidade e é através dele que essa totalidade pode ser atingida (Ribeiro, 1997).

Neste sentido, Perls, Hefferline e Goodman (1951/97) afirmam que o sintoma tem um duplo aspecto: a rigidez torna o homem apenas um exemplo de um tipo de caráter e o sintoma na qualidade de obra de seu próprio self criativo expressa a singularidade de cada homem; por exemplo, uma pessoa diabética desenvolveu a doença com uma forma muito particular de simbolização, vários são os fatores que fizeram aquela pessoa ficar diabética. Porém, no âmbito social essa pessoa é enquadrada junto com várias outras que também têm diabetes, como se formassem uma só categoria. Nesse sentido, os autores questionam a existência de alguma concepção científica que se atreva, *a priori*, a abranger toda gama de singularidades humanas, e portanto que seja capaz de criar uma cura universal.

2. METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1 Pesquisa Qualitativa: Principais Características

A pesquisa qualitativa se diferencia da quantitativa na medida em que procura entender o significado, o sentido daquilo que é pesquisado, não se atém a dados numéricos, procurando ir além deles. Pretende analisar a fundo os problemas buscando uma solução favorável a eles. Não busca enumerar ou mensurar eventos e a direção da pesquisa vai sendo tomada a medida em que a pesquisa é desenvolvida.

A pesquisa qualitativa foi escolhida como método neste trabalho por conta das características de seu objeto de estudo. O objeto de estudo deste trabalho envolve processos de saúde-doença. Esses processos são desenvolvidos de diversas maneiras, variando de indivíduo para indivíduo e envolvem múltiplas formas de expressão em um nível singular, muito particular, configurando a subjetividade da constituição humana. Assim, a busca por modelos de comportamento e perfis estáveis que permitam, a partir de correlações estatísticas diferenciar os sujeitos saudáveis dos doentes, conduz a dados probabilísticos que pouco contribuem para uma construção acerca do tema. Devido a essa multiplicidade de processos torna-se impossível isolar os fatos em variáveis analíticas, as quais não se tem acesso de maneira direta, através de observação direta ou qualquer outra técnica de caráter descritivo-constatativo. Por isso podem ser aplicáveis a este estudo os princípios gerais do que foi definido por González Rey (1997) como uma Epistemologia Qualitativa (González Rey, 2004).

Os princípios gerais da Epistemologia Qualitativa podem ser assim resumidos:

(...) a natureza construtiva-interpretativa da geração do conhecimento, o significado do singular como via de pesquisa e a natureza interativa do processo de construção do conhecimento, todos princípios gerais aplicáveis às ciências humanas. A Epistemologia Qualitativa orientaria uma forma diferente de pesquisa qualitativa na qual a ênfase aparece na natureza qualitativa dos processos envolvidos na produção do conhecimento, e não na utilização de instrumentos qualitativos, os quais são utilizados, com frequência, desde uma estratégia epistemológica positivista na pesquisa qualitativa (González Rey, 2004, p.122).

Na concepção da Epistemologia Qualitativa, o lugar da construção teórica é enfatizado e a produção do conhecimento é definida como um constante processo de elaboração que segue suas próprias necessidades, na proporção em que explicitamente atende o comportamento do objeto de estudo, o qual aparece de diversas maneiras no decorrer da pesquisa. É importante ressaltar que sua condição de objeto é definida, neste contexto, apenas pelo fato de ser fonte de informações que são necessárias para a realização deste estudo. O objeto neste caso é um sujeito de atividade intencional, capaz de experienciar mudanças devido à sua capacidade de interagir consigo mesmo e com os múltiplos sistemas de vida social. Diante dessa situação, a teoria torna-se condição para se ter acesso aos fenômenos complexos não observáveis, isto é, que não são explicitados verbalmente pelo sujeito e que definem os processos de saúde-doença e a psicossomática (González Rey, 2004).

Segundo este autor, na Epistemologia Qualitativa a vinculação entre a pesquisa e a evolução das construções teóricas será produzida pela atividade intelectual do pesquisador e não será definida pela expressão consciente de nenhum dado empírico. Neste sentido será apresentado um estudo de caso onde serão analisados – a partir de sessões de psicoterapia – aspectos da personalidade do sujeito, seus mecanismos de interrupção do contato, suas formas de interagir com o meio e as relações estabelecidas com a teoria apresentada, permitindo assim, a compreensão do processo de formação de sintomas psicossomáticos.

Com base em todas essas considerações, o estudo de caso é um tipo de procedimento muito utilizado na pesquisa qualitativa por possibilitar a obtenção de dados referentes à experiência subjetiva e particular do sujeito, facilitando uma discussão e uma compreensão mais profunda sobre o fenômeno pesquisado tal como é apresentado em seus relatos verbais.

2.2 Estudo de um Caso Clínico

2.2.1 Objetivos do Estudo e Escolha do Caso

O que se pretende com este estudo de caso é verificar as variáveis psicológicas que podem interferir no processo de somatização de um indivíduo em particular. Pretende-se compreender o modo como o indivíduo está estruturado, a forma como ele se relaciona socialmente, enfim, como suas relações, de um modo geral, afetam sua saúde psicofísica. É também interesse deste estudo perceber como as características neuróticas do sujeito se relacionam com os fenômenos psicossomáticos.

Para se alcançar este objetivo será analisado um cliente que está fazendo psicoterapia, cuja terapeuta é a autora desta monografia, que no momento cursa o estágio profissionalizante realizado no Centro de Formação de Psicólogos (CENFOR) do UniCEUB. Este caso foi escolhido porque ao longo das sessões de psicoterapia foi percebido que o cliente se queixava de sintomas que poderiam ser classificados como psicossomáticos.

Embora apenas um sujeito tenha sido estudado, sua história pessoal é bastante rica e proporciona muitos dados para análise dentro dessa temática; podendo-se, dessa forma, validar a teoria apresentada, estabelecendo-se conexões coerentes e significativas no sentido de enriquecer este trabalho com questões que vão além de especulações teóricas.

2.2.2 Procedimento de Coleta de Dados Referentes ao Caso

O sujeito participou de sessões de psicoterapia semanais no CENFOR, com duração média de 50 minutos cada sessão. Os dados foram colhidos por aproximadamente três meses (no período de março a maio de 2006). Após o término de cada sessão, depois que o cliente se retirava da sala, eram feitos minuciosos relatórios contendo informações sobre as sessões.

Para se realizar este estudo foi pedido ao sujeito sua autorização para que os dados colhidos pudessem ser usados nesta monografia. Foi explicado a ele que sua identidade seria preservada e que o objetivo do estudo seria apenas didático. O cliente demonstrou-se solícito assinando prontamente o termo de consentimento (Anexo I) que formalizava a autorização.

Após a autorização do sujeito os dados foram analisados à luz da teoria apresentada neste trabalho, tendo-se como base os relatórios realizados, que descreviam detalhes importantes de cada sessão, como a postura do cliente, suas principais falas, momentos que expressaram emoções, principais queixas, dentre outros. É importante ressaltar que durante a realização dos relatórios não eram feitas interpretações, a autora deste trabalho procurava descrever aquilo que o sujeito transmitia, as análises dos dados foram feitas *a posteriori*.

Assim, a análise realizada neste trabalho está totalmente embasada nos relatos do sujeito, por isso, todas as informações consideradas relevantes foram destacadas, contendo, inclusive citações literais de falas do próprio sujeito (falas que estarão designadas pela sigla “*sic*”). Informações não-verbais, como postura corporal do sujeito, também foram anotadas e utilizadas para enriquecer a análise dos dados.

Ressalta-se ainda que o sujeito não foi forçado a prestar informações, todos os dados colhidos foram espontaneamente expostos pelo cliente. Nada do que está descrito neste trabalho foi diretamente perguntado, a demanda surgia no decorrer do processo psicoterápico.

2.2.3 Descrição do Caso

O sujeito será identificado pela sigla AE, é uma jovem de 28 anos, faz faculdade de Administração de Empresas, é solteira mas mora com o companheiro. Procurou terapia há um ano atrás mas só conseguiu a vaga no CENFOR neste ano.

Sua principal queixa é estresse, ela diz que anda muito estressada e que se irrita facilmente, diz que esses sintomas têm piorado desde o último ano. Se queixa de bruxismo e resolveu procurar psicoterapia porque o dentista indicou dizendo que só o tratamento com ele não iria resolver o problema. Não se sente satisfeita em vários aspectos de sua vida (profissional, pessoal e sexual).

Com o desenvolver das sessões AE informa ser muito tímida e fechada, diz que essas características a incomodam muito e acha que seria uma pessoa melhor sem elas. AE conta que foi filha única até os sete anos de idade, quando sua primeira irmã nasceu. AE que até então era o mimo da casa foi (a seu ver) deixada de lado e sentiu-se excluída, permanecendo com esse

sentimento infantil até os dias de hoje. A.E culpa seus pais por a terem mimado demais e quando sua irmã nasceu não souberam administrar a atenção entre as duas.

Atualmente AE mora com o companheiro, eles moram juntos há sete anos e o fato de não serem legalmente casados a incomoda. O seu namoro não foi aceito por seus pais, ela acredita que isso aconteceu porque ele é negro, acha que ele não foi aceito por racismo de seus pais. Como eles não iriam mais permitir seu namoro, eles resolveram morar juntos. A família de seu companheiro aceita a união mas em sua família a relação entre eles é, ainda hoje, estremecida e eles não o aceitam plenamente. Essa situação faz com que A.E frequentemente questione se ama de verdade seu companheiro já que ficaram juntos por forças adversas e porque ainda era muito nova quando tudo aconteceu.

A.E não tem boa relação com os pais, se sente rejeitada e excluída por eles, principalmente por causa de sua primeira irmã. AE tem outra irmã que está hoje com 13 anos, diz que sua relação com ela é ótima, sente como se fosse uma mãe para ela, embora não tenha muito tempo para dedicar à irmã. Acredita que os pais não dão atenção suficiente para ela também, na visão de AE só quem recebe atenção é sua primeira irmã. Por conta de todo esse sentimento negativo acumulado por sua primeira irmã, sua relação com ela é extremamente conflituosa. Na verdade, AE hidrata um rancor muito grande por essa irmã, que roubou (a seu ver) seus pais dela. Por isso, estão sempre brigando e discutindo e AE acha que sua mãe sempre defende a irmã.

Ela explica que quando eram crianças sua mãe sempre fazia isso, AE diz que sua irmã aprontava, fazia coisas erradas e colocava a culpa em AE e sua mãe sempre acreditava na irmã e era sempre AE que fazia tudo errado. AE se sente muito triste e magoada porque, a seu ver, a mãe ainda age da mesma forma e não consegue enxergar a “personalidade ruim dela” *sic.*(sua irmã). Mantém o mesmo sentimento infantil agindo da mesma forma que agia quando era criança, acredita não ter capacidade para mudar a situação e acha que precisa se submeter aos caprichos da irmã que ainda hoje faz coisas erradas e culpa AE por elas, e, assim como acontecia quando crianças, AE permite que ela faça isso.

Ela frequentemente compete com a irmã pelo amor dos pais e evita questionar as ações da irmã para os pais na tentativa de não perder ainda mais esse amor. Isso faz com que não consiga ter uma relação harmoniosa, nem com a irmã nem com os pais, principalmente com a mãe, isso acontece porque os conflitos internos gerados em AE, por conta dessa situação, lhe trazem muito sofrimento e então ela prefere evitar enfrentar a situação. Uma forma de se perceber essa evitação

é quando AE diz que sentia muita falta da mãe mas que hoje não sente mais, diz que hoje essa falta é menor porque tem seu companheiro, sua principal fonte de afeto. Pode-se levantar a hipótese de que ela (incoscientemente) usa o companheiro para não pensar na falta que o amor de seus pais lhe traz. Isso faz com que mantenha uma relação de dependência com ele projetando nele as carências deixadas pelo sentimento de rejeição dos pais.

Foi percebido que quando AE passa por situações que considera estressantes ela não consegue dormir bem a noite por causa do bruxismo, diz que sente muita dor. Relata também que as vezes passa a semana inteira sentindo fortes dores de cabeça, normalmente elas vêm quando AE está passando por alguma situação conflituosa.

2.2.4 Análise do Caso à Luz da Gestalt Terapia

Para se compreender melhor o funcionamento de AE, suas principais características serão analisadas, utilizando-se para tanto alguns dos principais pressupostos da Gestalt Terapia. Desta forma, destacando-se os principais traços de personalidade de A.E percebe-se que ela tem uma estrutura extremamente rígida, inclusive corporalmente, sempre se senta ereta na cadeira com os braços e pernas encostadas nela. Não se mexe muito e quando se toca em algum assunto que mexe com seus sentimentos mais profundos ela se fecha, cruzando os braços. Tem uma postura introvertida.

Está constantemente preocupada com o que os outros vão pensar a seu respeito. E costuma agir de acordo com o pensamento dos outros. Costuma pedir a opinião dos outros e achar que eles sabem o que é melhor para ela. Está sempre preocupada em não errar, em causar uma boa impressão, ser perfeita em tudo que faz, por isso demonstra ser perfeccionista, com necessidade de fazer tudo bem feito e de seguir fielmente às regras.

Freqüentemente se isola e diz que isso acontece porque o outro é “uma pessoa difícil” *sic*. Demonstra ser uma pessoa rancorosa, guarda mágoas, prefere se excluir a se expor a possibilidade de sofrer novamente. Não demonstra controle sobre suas emoções, não consegue expressar seus sentimentos adequadamente, então constantemente chora ou então se irrita em proporções extremas. Não gosta quando não consegue segurar o choro e chora na frente dos

outros. Costuma engolir a raiva e quando faz isso sente seus músculos faciais se enrijecerem e a face se enrubescer.

Seus contatos sociais são empobrecidos, sente dificuldade para demonstrar afeto às pessoas. Acredita que elas devem se aproximar primeiro e que devem gostar dela pelo que ela é, sem que precise demonstrar nada sobre si.

Percebe-se em AE um conflito grande entre o “eu dominado” e o “eu dominador”, seu “eu dominador” diz que ela deve ser uma pessoa forte, perfeita em suas ações, e seu “eu dominado”, frágil não consegue se controlar, não suporta a pressão e AE freqüentemente descarrega suas emoções em crises de choro ou irritação extrema.

Assim, a partir de suas experiências vividas AE desenvolveu alguns mecanismos de defesa, chamados na teoria da Gestalt Terapia de mecanismos de bloqueio do contato. Eles estão ligados ao impasse existencial gerados pelos introjetos tóxicos de AE, como o fato de se sentir rejeitada pelos pais, dependente, o fato de ter sempre que seguir as regras. Esses conflitos resultam da incapacidade de AE para distinguir o que é seu e o que é do outro. Esses impasses impedem AE de vivenciar plenamente as situações, eles a impedem de ter um contato pleno, fazendo com que ela constantemente interrompa o contato. Neste sentido, os principais mecanismos percebidos, pela autora deste trabalho, em AE são:

Fixação: A fixação é caracterizada pelo medo de correr riscos, isso é percebido em A.E, ela teme o novo, se prende às coisas por medo do que pode vir a ocorrer. Como exemplos tem-se seu medo de deixar a faculdade (ela reclama que o curso a cansa e desgasta), de terminar seu relacionamento (ela questiona a qualidade de seu relacionamento), sua fixação é tanta que ela evita até pensar a respeito dessas possibilidades.

Deflexão: Na deflexão o sujeito se sente incompreendido, pouco valorizado e acredita que as coisas nunca dão certo em sua vida. Quando A.E se sente agredida costuma evitar o confronto isolando e desprezando o outro. Se sente insatisfeita, mal compreendida e mal recebida pelos outros e em seus relacionamentos. Não consegue ser assertiva, clara e direta em suas comunicações.

Introjeção: A.E introjeta bastante tudo de negativo que dizem a seu respeito. Se sente inferior, rejeitada. Sente-se mais segura com a rotina, costuma seguir as regras sociais, costuma se sentir culpada quando não consegue satisfazer às expectativas dos outros. Acha que os outros sabem o que é melhor para ela.

Proflexão: A.E facilmente se angustia por não receber o contato externo desejado, porém embora precise muito do outro não gosta de demonstrar suas carências e fraquezas. Deseja que os outros preencham suas carências já que lhe falta auto-suporte, auto-confiança, auto-estima. Constantemente A.E diz: “não faço isso com os outros e não gostaria que fizessem comigo.”

Retroflexão: De forma neurótica, embora precise do outro, sente que se basta e que pode viver muito bem sem precisar dos outros, costuma controlar excessivamente seus impulsos de raiva; prefere ficar só a dividir com alguém suas dificuldades (tem poucos amigos); é cautelosa e prudente em tudo que faz limitando assim sua criatividade; acredita que pode fazer melhor sozinha aquilo que deveria fazer com a ajuda de outras pessoas.

Projeção: A.E freqüentemente atribui aos outros a culpa por coisas ruins que acontecem em sua vida. Projeta sentimentos negativos, atribuindo-os às outras pessoas, tendo dificuldade de identifica-los em si mesma.

Pode-se dizer que todas as experiências vividas são, de alguma forma, introjetadas, algumas positivamente, outras negativamente. Como o foco da psicoterapia está pautado naquilo que incomoda o sujeito, a autora desta monografia se centrará principalmente nos aspectos negativos da introjeção em AE.

Pois bem, essas experiências tóxicas introjetadas são chamadas de microcampos introjetados. Eles são experiências que estão freqüentemente buscando emergir como figura para serem trabalhadas, mas o “eu” como uma forma de defesa, através dos mecanismos vistos acima, procura os manter no fundo porque se eles emergirem, trarão consigo sentimentos dolorosos com os quais o sujeito não quer, ou não está preparado, para lidar.

Neste sentido pode-se dizer que os microcampos introjetados por AE são: o sentimento de exclusão e rejeição tanto no âmbito social quanto familiar. Introjetou que precisa ser perfeita para

conseguir o amor dos pais, como não consegue ser perfeita sempre sofre bastante com isso. Acredita que os pais amam mais a irmã do que a ela, e está constantemente entrando em conflito com eles por causa da diferença entre o que ela almeja e do que ela obtém, ou seja, ela deseja afeto e obtém desprezo. Assim, acredita que a irmã é mais esperta porque consegue enganar a mãe e obter o amor dos pais e como não consegue agir da mesma forma se acha burra.

Não se considera uma pessoa sociável, AE acredita que a irmã é sociável e ela não. O sentimento de AE em relação a irmã é ambíguo pois ao mesmo tempo em que sente raiva porque ela obtém a atenção dos pais a admira e parece desejar ser como ela.

Diante da incapacidade de AE para distinguir o que é seu e o que é do outro, em função dos microcampos introjetados e como parte de um funcionamento neurótico, seu “eu” pode ser dividido entre aquilo que foi introjetado e o que não foi introjetado. Infelizmente o sujeito não tem plena consciência dessa divisão o que dificulta a rejeição do que é tóxico. Como o sujeito não diferencia acaba tornando-se intoxicado pelo que vem de fora. No caso de AE seu **eu real introjetado**, ou seja, relacionado àquilo que foi introjetado a partir de suas vivências, pode ser exemplificado da seguinte maneira: acredita ser uma pessoa tímida, irritada e com poucas potencialidades. Procura ser responsável e cumprir com seus compromissos, na verdade pode-se levantar a hipótese de que essa necessidade de AE tenha surgido pelo fato de sua mãe frequentemente considerar seus atos errados e hoje ela introjeta que deve fazer tudo certo para conquistar o amor de sua mãe.

O **eu real não introjetado** de AE é constituído por suas necessidades mais autênticas, percebidas a partir de suas vivências, que resulta na crença de ser uma pessoa confiável e amiga (para aqueles que considera seus verdadeiros amigos).

O **eu ideal introjetado**, diz respeito aquilo que AE almeja, mas que na verdade está contaminado pelas impressões do que os outros julgam como ideal, pode ser considerado: o fato de achar que deve ser perfeita em tudo que faz, ser organizada e responsável. Deve agir conforme as regras sociais. Deve estar sempre disposta para fazer o que os outros querem que faça.

E por fim, o **eu ideal não introjetado**, que é aquilo que AE autenticamente almeja para si e é vivenciado através da vontade de dar um basta em algumas situações que a incomodam, gostaria de ter um tempo para si mesma. Gostaria de ser mais sociável, amigável, menos fechada.

Com relação ao seu tipo de personalidade, A.E apresenta uma personalidade neurótica, fixada em padrões rígidos de comportamento. Sente necessidade de demonstrar para os outros

que é auto-suficiente, restringe sua vida basicamente ao meio familiar, principalmente ao companheiro, sua principal fonte de apoio e afeto.

A.E tem uma estrutura fixada no fechamento. Permanece numa postura de retraimento, desconfiança e afastamento generalizado com relação ao mundo fora dela. Frequentemente demonstra atitudes de desconfiança, desapego e alienação do outro.

Essa fixação está relacionada com a forma como a pessoa faz contato entre seu mundo interno e o mundo externo. Quando a pessoa está mais voltada para si mesma, sua fronteira de contato está aberta para dentro e fechada para fora, ou seja, o próprio “eu”, o mundo interno da pessoa são figuras, enquanto o outro e o mundo externo permanecem como fundo. Assim, o contato maior é consigo mesma e não com o outro (Tenório, 2003).

É claro que esta forma de entender o sujeito não é fixa. A.E apresentou dois mecanismos de interrupção do contato essencialmente caracterizados por um estado de abertura na fronteira do contato (a introjeção e a proflexão), manifestados por uma atitude de confiança, apego e identificação com o outro; apresentou também três mecanismos de interrupção do contato que são caracterizados, essencialmente, por um estado de fechamento da fronteira do contato, são eles a projeção, a deflexão e retroflexão; apresentou ainda um mecanismo que é comum a essas duas tipologias básicas da personalidade, que é a fixação. Porém, percebe-se que A.E apresenta, de forma geral, uma postura mais voltada para o fechamento, pois apesar de querer o contato com o outro A.E constantemente se isola e acha que vive melhor sozinha.

Entretanto, é importante ressaltar que esta forma de se relacionar com o mundo não é estagnada e A.E pode, no decorrer do processo psicoterápico, encontrar formas mais saudáveis de se relacionar consigo mesma e com o meio.

3. DISCUSSÃO DO CASO

A doença psicossomática e sua expressão no plano neurótico são entidades relacionadas, já que o funcionamento neurótico constitui um dos possíveis aspectos produtores de manifestações somáticas não-saudáveis. Um neurótico sente-se incapaz de expressar devidamente suas emoções, sente-se preso a padrões de funcionamento inadequados, vive em função de regras e normas sociais, tem dificuldade para diferenciar o que é seu e o que é do outro, diferenciar quais são suas verdadeiras necessidades; possui uma rigidez extrema, tem a tendência de se ater ao passado tomando-o sempre como referência, possui uma incapacidade para reconceituar ou reavaliar situações que lhe geram algum estado emocional. Assim, uma forma – inconsciente – encontrada pelo sujeito para expressar suas emoções é através de seu corpo sob a forma de doenças.

Segundo González Rey (2004), o aparecimento de uma emoção envolve o desenvolvimento da subjetividade do sujeito e está relacionado com a qualidade das interações que o sujeito irá estabelecer com o meio. Dessa forma, considerando sua condição processual, a emoção representa um fenômeno complexo, com diversas formas de expressão, e a doença é uma delas.

A partir desses pensamentos, será estabelecida uma relação entre a teoria apresentada ao longo desse trabalho e os dados colhidos através do estudo de caso apresentado. Percebe-se que A.E tem um funcionamento neurótico, com padrões rígidos de funcionamento, evita se expor a situações novas, constantemente se remete ao passado, acreditando ter vivido melhor anteriormente.

A.E relata que sempre permitiu que a irmã colocasse a culpa nela pelas coisas erradas que ela (sua irmã) fazia e sua mãe sempre justificava e aceitava as coisas que sua irmã fazia de errado. Ela sente vontade de se impor, de expor para sua irmã que isso a incomoda, mas normalmente fica calada e se fecha, porque a mãe fica sempre do lado da irmã. Essa situação parece abalar muito A.E. Durante as sessões ela menciona essa situação e com frequência se queixa de bruxismo, diz que é tão forte que às vezes acorda com as gengivas sangrando. Assim, diante da tendência de A.E de responder passivamente às situações que lhe trazem sofrimento, como por exemplo, a situação mal resolvida com sua irmã e com sua chefe, pode-se inferir que o

bruxismo de A.E é uma manifestação somática não saudável, pois reflete sua forma fixada de interagir com o mundo, sua dificuldade de expor suas necessidades de maneira autêntica, o que pode ser caracterizado como um mecanismo retrorefletor. O bruxismo é definido como o hábito de ranger os dentes durante o sono e pode, neste caso, expressar a necessidade de descarregar a tensão mantida durante o dia. Pode representar uma agressividade contida, não expressa no dia a dia, desejos inconscientes de morder, de agredir o outro. Logo, seu bruxismo pode ser justificado por sua necessidade de conter a raiva.

A.E explica que quando está numa situação que lhe traz sentimentos negativos sente seus músculos faciais se enrijecerem e então ela se cala. Como durante o sono seu controle não é tão grande sua raiva é expressa pelo ranger dos dentes.

Como explicam Polster e Polster (1973/01) um sujeito hostil que tem a mandíbula tensa e que constantemente interrompe seus próprios impulsos agressivos e danosos, pensa porque outras pessoas se permitem fazer piadas ou insultos risonhos se ele tem, sob as mesmas circunstâncias, uma reação pesada e punitiva. A.E relata ter passado várias vezes por essa situação, principalmente no seu serviço, quando as pessoas a criticam por ser muito fechada, isso a incomoda porque expressa um grande conflito: o desejo de ser mais extrovertida e a realidade de ser extremamente fechada.

Como expressei antes, a relação de A.E com sua irmã é muito sofrida para ela, mas A.E acredita que a responsabilidade de se desculpar e tentar resolver a situação é da mãe e da irmã, que ela (A.E) não precisa e nem quer se posicionar para não se machucar mais. Percebe-se nessa situação a tendência de A.E no sentido de interromper o contato e não vivenciar plenamente a situação. Atribuí ao outro a culpa e a responsabilidade pelo que aconteceu e acontece em sua vida, esta é uma grande característica presente no indivíduo projetor. Se sente presa a essa situação e constantemente se remete a esse fato. Esse pode ser considerado um fator importante para seu processo de adoecimento.

Uma das características da neurose é o fato da pessoa, constantemente, manifestar suas necessidades de forma irracional, pode, por exemplo, manifestar comportamentos agressivos quando na verdade a sua necessidade é por afeto. A.E freqüentemente se queixa do fato das pessoas dizerem que ela é muito séria e fechada, que não sorri. Ela diz que esse é o seu jeito e que gostaria que as pessoas se aproximassem dela. Ela acha que algumas de suas reações são exageradas, que é muito agressiva, mas pensa que não consegue muda-las.

Outro exemplo dessa situação é o fato de A.E se irritar com o companheiro. Se irrita porque quase não se vêem pois trabalham em horários diferentes e quando se encontram estão ambos cansados. Porém ela gostaria de ter mais tempo com o companheiro e ao invés de demonstrar afeto se irrita com ele. Ela sente que o sufoca, o cobra demais: atenção e carinho. Isso provavelmente acontece porque A.E projeta no companheiro o amor que gostaria de ter recebido dos pais e assim o sufoca com suas carências.

Um outro exemplo de manifestação somática não saudável por parte de A.E seriam suas dores de cabeça e enxaquecas. Ela relata que as vezes passa uma semana inteira com dores de cabeça fortíssimas, entretanto suas dores de cabeça estão sempre relacionadas com situações de tensão vividas por A.E. Ela frequentemente coloca muita pressão sobre si, tem necessidade de agir com perfeição em tudo que faz para suprimir seu sentimento de inferioridade e incapacidade.

Esse fato pode ser melhor esclarecido a partir da seguinte situação: durante uma das sessões de psicoterapia A.E relatou que estava vindo para sessão quando se irritou com o motorista da van, que olhou para ela de cara feia. Ela então desceu da van, no meio do mato, onde não passavam outros ônibus. Como não conseguia pegar outro ônibus A.E chegou atrasada em sua sessão e se sentiu extremamente angustiada porque não conseguiu honrar seu compromisso, não conseguiu ser pontual e isso aconteceu, segundo ela, por culpa de outra pessoa. Este é um exemplo de projeção, A.E não assumiu a responsabilidade por sua atitude, que foi descer da van, delegando seu fracasso a outra pessoa. A.E não consegue lidar bem com o fracasso e isso a faz colocar muita pressão sobre si justamente para evita-lo, porém dificilmente é bem sucedida.

A.E sempre reage às situações com uma grande quantidade de carga emocional, traz para cada situação lembranças de experiências semelhantes e reage em proporção a todas elas (como no caso da van). Ela relata também que quando sua chefe chama sua atenção na frente dos outros se sente extremamente diminuída, sente vontade de chorar e diz que quando sua chefe faz isso ela se lembra de quando seu pai fazia a mesma coisa, gritava com ela na frente de pessoas desconhecidas.

Ela não gosta de demonstrar fraqueza, quer se mostrar forte e diz odiar quando não consegue segurar o choro porque assim estará demonstrando fraqueza. Porém esse conflito interno faz com que A.E se descontrole mais facilmente e ela então chora por motivos ínfimos.

Diante dessa análise, pode-se perceber a estreita relação existente entre a doença psicossomática e a neurose. Percebe-se então que a doença reflete um comprometimento na

capacidade de escolha do sujeito e sua paralisação em um determinado tipo de resposta, no caso a patologia, atuando sobre necessidades que não são mais atuais, mas que estão presentes na vida do sujeito, projetadas na forma de fantasia. Ou seja, o sujeito atua no mundo em função de situações passadas mas que ele não consegue perceber que não estão mais atualizadas, para ele aquela situação é atual.

Assim, o sintoma corporal deve ser encarado, pelos psicólogos, como a via encontrada pelo sujeito para permitir um contato direto com ele. O sintoma atrai para si a atenção do sujeito, toma sua energia, e o força a entrar em contato com ele, mesmo que seja doloroso. Como o sintoma é visto pelo sujeito como uma perturbação, a necessidade primeira do indivíduo passa a ser a eliminação do sintoma. Como no caso apresentado, A.E só procurou psicoterapia porque ao procurar um dentista para tratar seu bruxismo este indicou um psicólogo, alegando ser seu problema fruto do estresse.

Segundo Dahlke (1992), mais do que aliar-se ao sujeito contra seus sintomas, deve-se aliar-se ao sintoma, reconhecendo o que falta ao indivíduo e ajudando-o tanto com os sintomas quanto com suas carências. Assim, o sintoma quando liberado de sua valoração negativa torna-se um aliado na indicação de caminhos e uma imensa possibilidade de crescimento para o sujeito.

Neste sentido, trabalhar dentro da Gestalt Terapia com um indivíduo somatizador implica no reconhecimento de seu funcionamento integrado corpo-mente, intensificando-se o exercício da *awareness* do indivíduo, isto é, investir em sua tomada de consciência, acompanhando o fluxo de sensação, emoção e pensamento, ampliar sua possibilidade de percepção e integração entre esses níveis (Gouvêa, n.d). Pode-se, nessa teoria, trabalhar o corpo para se atingir a emoção. O trabalho corporal com o sujeito somatizador visará sua ressensibilização, para que ele possa reestruturar novas respostas criativas que atendam às suas necessidades atualizadas.

CONCLUSÃO

As proposições expostas nesse trabalho permitem a reflexão sobre vários assuntos, um deles é sobre o papel da sociedade no processo de adoecimento. A sociedade exige cada vez mais do sujeito, em termos de trabalho, de relações pessoais e sociais, em termos de conduta. Isso contribui para o adoecimento do indivíduo que se sente na obrigação de cumprir tais exigências. Como visto ao longo desse trabalho, essa dicotomia – entre as necessidades do sujeito e as necessidades do meio – e o conflito gerado por elas é um fator essencial para o processo de formação das neuroses, que por conseguinte é determinante nos mecanismos de formação dos sintomas psicossomáticos, assim pode-se considerar que a sociedade é patologizante e manter-se plenamente saudável psíquica e fisicamente é tarefa extremamente difícil.

Porém a busca por esse funcionamento saudável é constante e parece ser a força que move as pessoas. Percebe-se, a partir da evolução do conceito de saúde e doença, que esta questão está presente desde a Antiguidade, quando as enfermidades ainda eram atribuídas aos maus espíritos e as pessoas precisavam ser exorcizadas para serem curadas. Hoje em dia tem-se outras concepções mas a busca pela cura, pelo equilíbrio continua presente.

Pode-se dizer que a doença psicossomática é também uma forma do indivíduo buscar sua homeostase. Como muitas pessoas não conseguem expressar verbalmente suas emoções, ficando essas contidas e gerando sofrimento, o sujeito busca formas – mesmo que inconscientes – para liberar essa energia, presa pela emoção contida e uma dessas formas é a doença. A doença, como qualquer outro sintoma, atrai a atenção do sujeito no sentido de querer se livrar daquela dor, daquele sofrimento. Então, numa perspectiva psicológica e não médica, não se deve simplesmente tratar o sintoma, mas também procurar entender a mensagem que esse quer transmitir, a mensagem da emoção reprimida expressa num determinado sintoma. Quando se consegue fazer isso o sujeito torna-se capaz de libertar-se de um sentimento que o ataca e traz sofrimento, dessa forma é possível ao indivíduo que resgate seu equilíbrio interno.

Porém, não se deve esquecer que um sintoma psicossomático surge, principalmente, a partir de um tipo de funcionamento neurótico, marcado por padrões rígidos de comportamento, com tendência para fixação no fechamento das fronteiras do *self*, que também precisam ser modificados. O caso apresentado nesse trabalho permitiu uma percepção clara de como um

funcionamento neurótico é capaz de produzir sintomas psicossomáticos, na medida em que impossibilita o sujeito de agir adequadamente diante das mais diversas situações. Como não consegue se expressar de forma adequada, não consegue perceber suas verdadeiras necessidades, seus sentimentos acabam sufocados pelas defesas criadas pelo sujeito, assim, o indivíduo se fixa em determinados padrões de comportamento na tentativa de sobreviver e buscar sua homeostase. É uma das formas encontradas pelo indivíduo nessa busca é a doença psicossomática, que é uma manifestação inconsciente na tentativa de expressar certas emoções que foram contidas. As emoções, quando contidas, tornam-se tóxicas e vêm à tona de alguma maneira, isso quer dizer que toda emoção será expressa, mesmo que corporalmente.

Neste sentido, percebe-se, a partir da teoria estudada, que o caminho para mudança desses comportamentos inapropriados é a vivência e ampliação da consciência destes. Metaforicamente a letra da música de Rita Lee pode traduzir esse processo:

“Um belo dia resolvi mudar e fazer tudo que eu queria fazer, me libertei daquela vida vulgar ... No ar que eu respiro, eu sinto prazer, de ser quem eu sou, de estar onde estou...”

Se libertar de comportamentos inadequados, sentir prazer por ser quem é abrindo e fechando suas fronteiras em relação aos outros em um ritmo apropriado às circunstâncias internas e externas, percebidas sem a interferência do passado são passos essenciais para um funcionamento saudável, evitando-se, por conseguinte, a produção de enfermidades. Por isso, é de extrema importância que o psicólogo conheça sobre os mecanismos de formação dos sintomas psicossomáticos para que possa ajudar, da melhor maneira possível, o seu cliente no sentido de não ter a intenção de eliminar *a priori* seus sintomas, mas sim de compreendê-los, auxiliando o sujeito em seu processo de crescimento pessoal.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, ____ (nome do sujeito) _____ autorizo Renata Beviláqua Chaves – Registro Acadêmico nº 2016115/2 a utilizar, para elaboração de monografia de final de curso, os dados concedidos por mim durante as sessões de psicoterapia no Centro de Formação de Psicólogos do UniCEUB (no período de março a junho de 2006), desde que para fins estritamente didáticos e que seja preservada minha identidade.

Brasília, 25 de março de 2006.

(Assinatura do sujeito)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balero, Z. Nosty & Nilo, F. (2005). Versos Perdidos [Zeca Balero]. Em *Baladas do asfalto e outros blues*. [CD]. Rio de Janeiro: MZA music.
- Ballone, G.J. (2002). *Estresse*. Recuperado em 06 de abril, 2006 de <http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress1.html>
- Canguilhem, G. (1982). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense – Universitária.
- Canova, C.R. (n.d). *O que é psicossomática*. Recuperado em 06 de abril, 2006 de <http://psicopatologia.tripod.com.br/psicossomatica.htm>
- Castro, J.R.S. (n.d). *Interdisciplinaridade na saúde*. Recuperado em 06 de abril, 2006 de <http://www.psicossomatica.org.br/artigo002.asp>
- Dahlke, R. (1992). *A doença como linguagem da alma – Os sintomas como oportunidade de desenvolvimento*. São Paulo: Cultrix.
- Dahlke, R. (2006). *A doença como símbolo – Pequena Enciclopédia de Psicossomática – Sintomas, significados, tratamentos e remissão*. São Paulo: Cultrix.
- Figueiredo, L.C.M & Santi, P.L.R. (2003). *Psicologia – Uma (nova) introdução*. São Paulo: Educ.
- Ginger, S. & Ginger, A (1995). *Gestalt – Uma terapia do contato*. São Paulo: Summus.
- González Rey, F. (2004). *Personalidade, Saúde e Modo de Vida*. São Paulo: Thompson.
- Gouvêa, G. (n.d). *Abordando o Corpo Gestalticamente – Psicossomática e Gestalt-Terapia*. Recuperado em abril, 2006 de <http://www.geocities.com/HotSprings/Resort/2631/hugo.htm>
- Haynal, A , Pasini, W. & Archinard, M. (2001). *Medicina Psicossomática – Abordagens Psicossociais*. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Howard, R. & Lewis, M.E. (1993). *Fenômenos Psicossomáticos – Até que ponto as emoções podem afetar a saúde*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Jung, C.G. (1965). *Psicologia e Religião*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1962).
- Lee, R. & Sérgio, Luis. (1998). Agora só falta você [Rita Lee]. Em *Rita Lee – Acústico MTV*. [CD]. Rio de Janeiro: PolyGram.

- Margotta, R. (1998). *História Ilustrada da Medicina*. São Paulo: Manole.
- Mello Filho, J. (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Nogueira, R.P.P. (1996). *O sintoma e a dissociação psico-somática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Perestrello, D. (1974). *Medicina da Pessoa*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Perls, F.S. (1977). *Isto é gestalt*. São Paulo: Summus. (Obra original publicada em 1975).
- Perls, F.S. (1988). *A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia*. Rio de Janeiro: LTC. (Obra original publicada em 1973).
- Perls, F.S. (2002). *Ego, Fome e Agressão – Uma revisão da teoria e do método de Freud*. São Paulo: Summus. (Obra original publicada em 1947).
- Perls, F.S., Hefferline, R. & Goodman, P. (1997). *Gestalt – Terapia*. São Paulo: Summus. (Obra original publicada em 1951).
- Polster, E. & Polster M. (2001). *Gestalt - Terapia integrada*. São Paulo: Summus. (Obra original publicada em 1973).
- Ramos, M.B.B. (1998). *Macromicro – A ciência do sentir – Uma visão revolucionária do ser humano, a partir da física quântica, da teoria da relatividade, da psicanálise, da biologia e das artes*. Rio de Janeiro: Mauad.
- Reich, W. (1998). *Análise do caráter*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1953).
- Ribeiro, J.P. (1997). *O ciclo do contato – Temas básicos na abordagem gestáltica*. São Paulo: Summus.
- Rodrigues, H.E. (2000). *Introdução à Gestalt – Terapia – Conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Rossi, E.L. (2003). *A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo – Novos Conceitos de Hipnose Terapêutica*. Campinas, SP: Livro Pleno.
- Stevens, B. (1977). *Trabalho Corporal*. In: Perls, F.S. *Isto é gestalt* (p.211). São Paulo: Summus. (Obra original publicada em 1975).
- Tenório, C.M.D. (2003). *Os transtornos da personalidade histriônica e obsessivo-compulsiva na perspectiva da gestalt terapia e da teoria de Fairbairn*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, UnB.

Toller, P. (1996). Apenas Timidez. [Kid Abelha] Em *Meu mundo gira em torno de você*. [CD]. Rio de Janeiro: WEA Music Brasil.

Toller, P. (1996). Baixa Pressão. [Kid Abelha] Em *Meu mundo gira em torno de você*. [CD]. Rio de Janeiro: WEA Music Brasil.

Volich, M.R. (2002). *Psicossomática – Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.