

# O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO PELOS CONCEITOS DE PENSAMENTO OPERATÓRIO E ALEXITIMIA: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA

THE PSYCHOSOMATIC PHENOMENON THROUGH THE OPERATORY THOUGHT AND ALEXITHYmia CONCEPTS: POSSIBILITIES OF PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION

Fernanda Fagnani Soares<sup>1</sup>  
Raquel Fernanda Blazius<sup>2</sup>  
Victor Umberto Zadinello<sup>3</sup>

SOARES, F. F.; BLAZIUS, R. F.; ZADINELLO, V. U. O fenômeno psicossomático pelos conceitos de pensamento operatório e alexitimia: possibilidades de intervenção psicoterapêutica. **Akrópolis** Umuarama, v. 23, n. 2, p. 165-180, jul./dez. 2015.

**RESUMO:** O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica realizada através de referências ligadas ao campo de estudo da psicossomática. Os objetivos desse trabalho serão relacionar o conceito de pensamento operatório desenvolvido por Pierre Marty com o conceito de Alexitimia segundo Peter Sifneos buscando explicar o fenômeno psicossomático e expor possibilidades de intervenção psicoterapêutica com esses pacientes psicossomáticos. Para isso, inicialmente buscou-se conceituar psicossomática e expor a influência da psicanálise sobre ela. Em seguida apresentar brevemente os conceitos de pensamento operatório e alexitimia e as teorias que os embasam. Esses dois conceitos foram desenvolvidos em relação ao estudo da psicossomática. Ambos possuem semelhanças e compartilham principalmente a incapacidade de elaboração e simbolização psíquica e dificuldades de expressar emoções como características marcantes em seus portadores. Ambos os conceitos parecem terem sido influenciados pelo conceito de neurose atual de Freud, que já apontava para a falha de elaboração psíquica nas somatizações. Por fim, buscará manifestar possibilidades de intervenção psicoterapêutica com esses pacientes que possuem dificuldade de manifestar seus sentimentos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Psicossomática; Pensamento operatório; Alexitimia; Psicoterapia.

**ABSTRACT:** The present study presents a bibliographic review performed through references connected to the psychosomatic field of study. The objectives of this work are to relate the operatory thought concept developed by Pierre Marty to the Alexithymia concept by Peter Sifneos, seeking to explain the psychosomatic phenomenon and exposing possibilities of psychotherapeutic intervention with these psychosomatic patients. In order to attain that, the study seeks to conceptualize psychosomatic and the psychoanalysis influences over it. Afterwards, the concepts of operatory thought and alexithymia are briefly presented, along with the theories underlying them. These two concepts have been developed in relation to the study of psychosomatic. Both have similarities and share mainly the incapability of psychic elaboration and symbolization, and the difficulties in expressing emotion as striking characteristics in their carriers. Both concepts seem to have been influenced by Freud's current concept of neurosis, which already pointed to the failure of the psychic elaboration in somatizations. Finally, it will seek to manifest possibilities of psychotherapeutic intervention with the patients that present difficulty in manifesting their feelings.

**KEYWORDS:** Psychosomatic; Operatory thought; Alexithymia; Psychotherapy.

<sup>1</sup>Docente do curso de Psicologia da Universidade Paranaense - UNIPAR, Campus Cascavel. E-mail: fernandafagnani@hotmail.com. End. Rua Presidente Bernardes, 1003. Ciro Nardi. Cascavel-PR. CEP: 85802-020.

<sup>2</sup>Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Paranaense - UNIPAR, Campus Cascavel. E-mail: psico-raquelblazius@hotmail.com. End. Rua Jorge Lacerda, 798. Centro. Ed. Quinta do Sol, bloco A7, ap. 33. Cascavel-PR. CEP: 85810-220.

<sup>3</sup>Acadêmico do curso de Psicologia da Universidade Paranaense - UNIPAR, Campus Cascavel. E-mail: victor.uz@hotmail.com. End. Rua Fagundes Varela, 1919. Coqueiral. Cascavel-PR. CEP: 85807-480.

## INTRODUÇÃO

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica feita por meio de referências ligadas à área de estudo da psicossomática. O primeiro objetivo deste estudo é relacionar o conceito de pensamento operatório, criado pelo psicanalista Pierre Marty e o conceito de alexitimia desenvolvido pelo psicanalista Peter Sifneos, ambos os constructos buscam explicar o fenômeno psicossomático. O último e principal objetivo deste trabalho será apresentar possibilidades de intervenção psicoterapêutica com pacientes psicossomáticos que possuem pensamento operatório e alexitimia.

Para se chegar a esses objetivos, primeiramente no capítulo intitulado “PSICOSSOMÁTICA” será realizado um breve resumo conceituando psicossomática, que segundo Ávila (2002 apud VARELA, 2006), a questão que esta estabelece é a questão do corpo, sua particularidade, suas limitações e suas manifestações. O sintoma psicossomático pode ser compreendido como um processo em que algo subjetivo prossegue uma via oposta ao invés de conseguir consentir à mente como representação, ou seja, processo mental; essa circunstância se traduz de forma corporal, exibindo-se como manifestação no soma. O processo psíquico dá lugar ao processo somático: no sintoma psicossomático, uma questão subjetiva ao invés de se simbolizar, ela se expõe. Também nesse capítulo será exposta a influência da psicanálise sobre esse campo de estudo bem como a diferenciação entre eles.

Os conceitos de pensamento operatório e alexitimia dentro da Psicossomática discorrem de mecanismos parecidos ao que Freud (1986 apud VALENTE, 2012) chamou de neurose atual: o aumento da estimulação somática sem a atividade psíquica necessária pode fazer surgir sintomas somáticos. Elas parecem influenciadas por esse conceito de Freud para compreender as somatizações, conceito esse determinado pela falta do processo de simbolização, sendo assim, no segundo capítulo intitulado “**O conceito de pensamento operatório segundo Marty**” será apresentado de forma breve, o conceito de pensamento operatório e a teoria que o fundamenta. Marty e M’Uzan (1994 apud PERES, 2006), desenvolveram o conceito de “pensamento operatório” para fazer referências a pacientes psicossomáticos que comumente manifestam pen-

samentos superficiais, desguarnecidos de valor libidinal, direcionados em demasia para o mundo externo e intimamente ligados à materialidade dos fatos. Dessa forma, propuseram que os pacientes em questão se caracterizam por um déficit da habilidade de simbolização. Além disso, sugeriram que esse comprometimento tende a se desenvolver em uma notável limitação do trabalho fantasmático e em um considerável apagamento de toda manifestação de ordem psíquica, o que indica uma ausência do funcionamento psíquico (HORN; ALMEIDA, 2003; SILVA; CALDEIRA, 1993 apud PERES, 2006).

Em seguida, no capítulo “O CONCEITO DE ALEXITIMIA SEGUNDO SIFNEOS” será feito o mesmo caminho que no capítulo anterior, mas desta vez com o conceito de alexitimia. Conceito este que foi desenvolvido quando Peter Sifneos e John Nemiah observaram em seu trabalho na Escola de Medicina de Harvard, em Boston, que alguns pacientes psicossomáticos apresentavam muita dificuldade para dizer sobre seus sentimentos e emoções, dando a sensação de não entenderem o significado dessas palavras (FREIRE, 2010). Sifneos (1972 apud FREIRE, 2010) desenvolveu o termo alexitimia para explicar esse modo de se comportar.

Depois de caracterizados os dois conceitos, ambos (pensamento operatório e alexitimia) serão relacionados entre si, por meio dessa relação serão apontadas semelhanças entre eles.

Por fim, no último capítulo, levando em consideração as características que serão apresentadas de pacientes psicossomáticos portadores de alexitimia e pensamento operatório, serão expostas possibilidades de intervenção psicoterapêutica com esses pacientes que possuem dificuldade de expressar seus sentimentos.

Pacientes que estão conscientes dos seus sentimentos e que são capazes de os diferenciar respondem mais rapidamente à terapia do que pacientes que têm que desenvolver essas competências. Clientes que estejam mais motivados para a mudança estarão mais permeáveis às questões do terapeuta do que pacientes que questionam o valor da terapia. Alguns pacientes têm mais facilidade em se focarem em si próprios e desenvolverem narrativas coerentes, enquanto outros necessitam de desenvolver estas competências de um modo que possibilite fazerem um bom uso das intervenções terapêuticas. Colocadas estas diferenças parece importante

pensar em formas de intervir que sejam mais úteis para os pacientes com maior dificuldade de atingir resultados terapêuticos satisfatórios, como é o caso de pacientes com níveis elevados de alexitimia (SILVA; VASCO; WATSON, 2013, p. 206).

## PSICOSSOMÁTICA

A palavra “psicossomático” foi utilizada primeiramente no início do século XIX por um psiquiatra alemão chamado Heinroth para descrever um tipo de insônia. O termo foi reutilizado 100 anos depois, para caracterizar uma nova concepção da medicina. Esta, introduzindo fatores psicológicos no determinismo de alterações orgânicas, abrirá um espaço no positivismo reductor que qualificava a medicina clássica desde o final do século XIX (MARTY, 1993).

A psicossomática é um campo de estudos que possui cada vez mais interessados, ela é uma disciplina autônoma e se difere da medicina e da psicanálise, mas tem sua origem nesta última. Sua particularidade habita nas respostas que traz à discussão sobre a unidade essencial do ser humano. Estudando essa problemática por meio da dialética das interações que um indivíduo, em sua totalidade biológica, social, histórica e psicológica mantém, tanto com si mesmo quanto com os outros, a psicossomática apresenta uma compreensão objetiva e coerente dos fenômenos de somatização (MARTY, 1993).

Compreender o adoecimento a partir da relação entre fatores biológicos, psíquicos e sociais mostra uma concepção de doença como sendo multifatorial. Sendo assim, não se pode resumir-la em uma única esfera, como a sugestão da psicogênese clássica que faz construir um conjunto etiológico de enfermidades específicas, como as “doenças psicossomáticas”. A influência do psiquismo no processo de adoecimento acontece seja na origem, conservação ou restauração, de forma que questões emocionais diminuam ou aumentam a susceptibilidade do indivíduo para o adoecimento, mas sempre na relação com o organismo e o ambiente social em que está inserido (VALENTE, 2012).

De maneira clássica, psicossomático é determinado como todo distúrbio relativo ao corpo que possui em seu determinismo um elemento psicológico que intervém, não de modo passageiro, como pode acontecer com qualquer doença, mas por uma participação essencial na

origem da doença (JEAMMET, 1989 apud ANDRADE; CASTRO; MULLER, 2006).

No começo do século XX, os estudos de Freud, assinalando o papel de conflitos psíquicos no surgimento de sintomas que não possuíam nenhuma causa física imediata, possibilitaram, a partir dos anos 30, toda uma linha de desenvolvimento da chamada Medicina Psicossomática (CASTIEL, 1992; SARAFINO, 1994 apud TRAVERSO-YÉPEZ, 2001).

Foi nesse período que os conceitos derivados da teoria psicanalítica, como a relação do sintoma orgânico com a dinâmica psíquica e o infantil, a distinção entre as psiconeuroses e as neuroses atuais, a dimensão econômica do funcionamento psicossomático, entre outros, foram referenciais para o desenvolvimento das teorias psicossomáticas atuais (EY; BERNARD; BRISSET, 1977; MOREIRA, 2003; PENNA, 1980 apud CAPITÃO; CARVALHO, 2006, p. 23).

Por meio das neuroses, Freud tornou evidente duas vias pelas quais processos psíquicos interagem e interferem nos processos orgânicos: pela psiconeurose, em que conflitos psicológicos podiam produzir sintomas somáticos, como a histeria; pela neurose atual, em que os sintomas somáticos poderiam ser gerados pela ampliação da estimulação somática sem o trabalho psíquico necessário. Um caminho acontece a partir do trabalho psíquico, e outro pela falta deste. Essas duas vias transmitem diferentes sentidos de compreensão da influência do psiquismo sobre o somático, com suas individualidades, meios e resultados particulares, de tal forma que suas expressões são diferentes, apesar de não ser incomum acontecerem simultaneamente (VALENTE, 2012).

Freud se interessa pelas psiconeuroses do ponto de vista psicopatológico das neuroses, pois as neuroses atuais não teriam como serem interpretadas e analisadas por não fazerem parte do psiquismo. A discriminação entre psiconeuroses e neuroses atuais se deve ao mecanismo que atua por trás: diferente das psiconeuroses, as neuroses atuais contêm em sua etiologia não um mecanismo psíquico, mas a aplicação não adequada de energia sexual. Diz respeito a uma quantidade acumulada de estimulação somática que aparece no corpo, mas que não atinge à esfera psíquica para encontrar uma saída; volta, numa deflexão, para o próprio soma, causando

assim angústia, hipocondria, irritabilidade, etc. Não acontece um trabalho de elaboração psíquica que efetue a simbolização dessa energia. Não nasce de defesa, mas se origina de um mecanismo que não está localizado no psíquico (FREUD, 1896 apud VALENTE, 2012).

Segundo Knobloch (1998 apud VALENTE 2012), a problemática daquilo que não é representável na vida psíquica aparece na teoria de Freud a partir da segunda teoria do aparelho psíquico, denominada de segunda tópica, com o conceito de id, quando a demasia pulsional será compreendida como o que resiste à inclusão no registro representacional. Ainda segundo essa pensadora, Freud, com a segunda tópica e a partir da noção de um id não identificado com o inconsciente, aponta para o fato de sua dimensão evidenciar não só a existência do inconsciente, mas também das pulsões sem representação, ou seja, pulsões que não foram inscritas e não se assentaram em representantes-representação. Na segunda teoria do aparelho psíquico, o id é o local, portanto, da pulsão que não possui representação. Ainda de acordo com essa autora, só se pode pensar em um aparelho psíquico no nível da representação inconsciente. Logo, ao estabelecer a pulsão como constituinte do aparelho psíquico, Freud se vê na obrigação de levar em consideração o irrepresentável, o infigurável.

Contudo, já no início da obra freudiana, essa compreensão do não representável já se mostrava presente. A lógica da representação não esgota a problemática do corpo. Assim, com essa possibilidade da inscrição no corpo de algo que foge a essa lógica da representação, abre a possibilidade para pensar o sintoma corporal como uma descarga para o corpo, como um “transbordamento” da libido, uma vez que ela não pôde passar por um trabalho de elaboração psíquica (FERNANDES, 2003 apud VALENTE, 2012, p. 15).

Ao estabelecer o corpo como uma construção particular que o sujeito faz sobre o seu próprio organismo, há o aparecimento de um corpo que é representado. Não rejeita o corpo biológico, mas parte dele e o inclui na vida psíquica, numa interação dinâmica e direta. O corpo é o local onde se desenvolve as complexas relações entre o somático e o psíquico, e personagem desse conjunto de relações. Na medi-

da em que Freud se distancia da compreensão até então presente na Medicina do corpo como causa de todas as enfermidades humanas, ele faz um retorno, ao declarar o seu desempenho central na formação do próprio sujeito e de seus destinos. Essa regressão, porém, ocorre sobre outra perspectiva, a da Psicanálise, que compreende o corpo não apenas como um organismo biológico, mas também como um organismo psíquico (VALENTE, 2012).

Essa dupla racionalidade, entretanto, tem um limite muito frágil. Ambas se interagem de forma dinâmica, se regulam e se constroem de tal maneira que não é possível pensar o psíquico e o somático de forma separada. Esse saber, que recorda a Antiguidade Clássica, foi agora recuperado de forma sistematizada e enfática por Freud e assumido como herança pela Psicossomática. Desse modo, a Psicanálise desenvolve sua teoria com base nesse raciocínio do corpo, promovendo uma visão integrada sobre, considerando tanto aspectos somáticos como psíquicos (VALENTE, 2012).

Desde o começo do século XX, com o desenvolvimento da psicanálise, Freud, por meio do conceito de determinismo psíquico, recupera a importância dos fatores internos do homem. Se observa que desde seu início a teoria psicanalítica partiu de estudos relacionados ao corpo, com os estudos de Freud acerca da histeria e sua atenção às conversões (CATALDO, 1991 apud ANDRADE; CASTRO; MULLER, 2006). Mesmo que Freud não tenha se empenhado particularmente pela psicossomática, ele parece ter sido seu incentivador (MARTY, 1993).

A psicossomática e a psicanálise estão intimamente conectadas, mas não se misturam. A psicossomática procede de forma direta da psicanálise. Suas posições e seus descobrimentos importantes são produtos do trabalho de psicanalistas clássicos que possuem interesse pelos pacientes somáticos. O estilo, o método, a interpretação geral do estudo da psicossomática moldam-se sobre os da psicanálise (MARTY, 1993).

A psicossomática não se reduz à psicanálise, da qual contém teoricamente o domínio econômico. Na prática, difere dela globalmente: quanto aos pacientes que trata (pacientes somáticos cujo *status* está, às vezes bastante distante, pelo empobrecimento da sexualidade, daquele dos neuróticos mentais de sexualidade inibida ou distorcida); quanto aos

objetivos que persegue (permitir ao paciente, antes de mais nada, restabelecer seus mecanismos de defesa e a organização, mesmo neurótica, de sua sexualidade); quanto às técnicas que emprega (responsabilidades eventualmente partilhadas com outros terapeutas médicos ou de ordem paramédica, utilização das “transferências laterais”, ritmo modulado e frequentemente mais lento das sessões, duração dos tratamentos adaptada à conjugação doença somática-qualidade fundamental e variações do funcionamento psíquico, posição face à face dominante, relação da base prevalecendo sobre a da transferência) (MARTY, 1993, p. 8-9).

Também, a psicossomática não é uma especialidade da medicina, sua concepção encaminha-se a todas as áreas da medicina (MARTY, 1993).

A psicossomática se atenta, portanto, aos movimentos relativos ao soma e aos movimentos psíquicos. Ela também se interessaria em estudar as interações dinâmicas e harmônicas do somático e do psicológico nos sujeitos saudáveis de acordo com sua idade, assim como as desarmonias menores dessas interações. Ela trabalha com pacientes portadores de doenças somáticas de diferentes faixas etárias, desde adultos, adolescentes, crianças até bebês (MARTY, 1993).

Segundo Andrade, Castro e Muller (2006, p. 41), doença psicossomática pode ser compreendida “como uma conjugação de fatores originados do corpo, da mente, da sua interação e da interação também com o ambiente e o meio social.”

“As doenças psicossomáticas questionam a divisão que se faz entre doenças físicas e psíquicas, como se fossem de natureza diferente, decorrendo esta divisão da tradição cartesiana que separa a mente do corpo.” (ANDRADE; CASTRO; MULLER, 2006, p. 42).

Segundo Marty (1993, p. 7), “o homem é psicossomática por definição”.

Logo, denominar de “psicossomáticos” as afecções somáticas e os pacientes somáticos só pode, instituir uma razão de desvio ou de problema. O qualificativo psicossomático apenas adquire um valor quando se emprega a concepções gerais, para denominar o setor julgado das ciências humanas: a medicina psicossomática, a ciência psicossomática, por exemplo. A palavra enquanto substantivo nos possibilita de forma

igual que se fale de psicossomática do adulto ou da criança, por exemplo. A utilização da palavra “psicossomática” como adjetivo para as doenças e os pacientes, nos parece dessa forma, supérfluo, a conter uma certa ambivalência frente ao empreendimento psicossomático (MARTY, 1993).

Ainda segundo Marty (1993), alguns estudiosos da psicossomática continuam a usar as expressões “pacientes psicossomáticos”, “doenças psicossomáticas”. Isso não teria importância, se não fosse expressão de sua hesitação entre o tradicional dualismo psique-corpo e a visão monista que a psicossomática defende em relação ao dualismo. É importante ter conhecimento disso como também saber que, de acordo com as situações, a ênfase dada ao somático ou ao psíquico não expressa uma visão dualista.

O termo psicossomático é entendido como a indissociabilidade e interdependência dos fatores biológicos e psicológicos (RAMOS, 1994 apud ANDRADE; CASTRO; MULLER, 2006).

Segundo Caldeira e Silva (1992), o conceito de psicossomática tem mudado segundo a abordagem teórica de quem o utiliza. Muitos autores têm se esforçado para construir uma estrutura teórica consistente apta para explicar e de tornar inteligível a manifestação psicossomática. Desse modo, são muito conhecidas as ideias de F. Dumbart sobre perfis psicossomáticos; os conflitos específicos de F. Alexander; a nomeação das enfermidades psicossomáticas; a suposição de se tratar de doentes portadores de doenças psicossomáticas, de fenômenos psicossomáticos, entre os mais importantes. Também foram desenvolvidos os conceitos de pensamento operatório e alexitimia, relativos ao estudo da psicossomática, sendo o primeiro criado pela escola francesa e o segundo pela escola americana.

Os conceitos de pensamento operatório e alexitimia dentro da Psicossomática discorrem de mecanismos parecidos ao que Freud (1986 apud VALENTE, 2012) chamou de neurose atual: o aumento da estimulação somática sem a atividade psíquica necessária pode fazer surgir sintomas somáticos. Elas parecem influenciadas por esse conceito de Freud para compreender as somatizações, conceito esse determinado pela falta do processo de simbolização.

Sendo assim, a seguir serão apresentadas de forma resumida as teorias que embasam o conceito de pensamento operatório segundo

Pierre Marty e o de alexitimia de acordo com Peter Sifneos. Após ambas as apresentações, os dois conceitos serão relacionados entre si.

## O CONCEITO DE PENSAMENTO OPERATÓRIO SEGUNDO MARTY

Segundo Valente (2012), em 1962 Marty faz uma virada epistemológica e muda a maneira de pensar a Psicossomática. Antes ele era influenciado pela linha teórica de Alexander, nesta, o caminho a ser seguido parte do sujeito para se chegar à enfermidade e dessa forma determinar as causas e uma sintomática. Agora, ele faz o caminho contrário, não para chegar à doença, mas para chegar ao sujeito, estabelecendo uma nova perspectiva no pensamento psicossomático que influencia até hoje, ao ouvir o sujeito, como relata Dias (1992 apud VALENTE, 2012), por meio de uma “escuta analítica” em vez de escutar “via órgão”.

Pierre Marty criou o Instituto de Psicossomática de Paris em 1972, tomando como ponto de partida conceitos psicanalíticos, ele compreende a doença somática como produto da incapacidade de elaboração da excitação por meio de recursos psicológicos do indivíduo, devido a uma estruturação falha, no plano emocional e representativo do aparelho psíquico (HAYNAL; PASINI; ARCHINARD, 2001 apud CAPITÃO; CARVALHO, 2006).

Segundo Marty (1993), a perspectiva da Escola de psicossomática de Paris harmoniza as inconstâncias temporais da psique com as do corpo nos sujeitos que possuem uma doença somática. Essa perspectiva permite o estudo da dinâmica dos diversos tipos de personalidades dos pacientes somáticos, da dinâmica dos diferentes tipos de enfermidades somáticas, e também do dinamismo dos embates entre os pacientes e suas doenças.

A teoria sugerida por Marty (1993, 1998 apud CAPITÃO; CARVALHO, 2006), destaca a noção de que uma maior vulnerabilidade somática é derivada de um baixo nível de atividade mental. Frente a um trauma, um indivíduo com atividade mental pouco desenvolvida não possuiria recursos em sua mente suficientes para lidar com a demasia de excitação e esta desorganização passaria então a atingir as funções relativas ao corpo menos evoluídas. Deste modo, na suposição de uma construção inacabada ou de um funcionamento incomum do aparelho psíquico

dos pacientes somáticos, nasceriam novos conceitos nosográficos, como “Depressão Essencial”, “Desorganização Progressiva” e “Pensamento Operatório”, diferente dos neuróticos.

Segundo Marty (1993), o psiquismo é um grupo de funções complexas, que seriam devido à evolução mais novas do que o somático e, por isso, mais sensível à desorganização. Ele foi desenvolvido para que o organismo humano pudesse lidar com mais eficiência diante do mundo, logo para lidar com os impactos emocionais ele seria quem primeiro iria ser instalado. Por meio de processos mentais, a circunstância emocional é trabalhada e dispersada. Sendo o psiquismo falho nessas funções mentais, ele poderia se desorganizar frente a um estado emocional, no que foi denominado de “desorganização progressiva”, pertencendo assim ao somático a tarefa de lidar com o estado emocional. O somático apelaria a pontos de fixação, que em parte seriam constituídos pela história de vida do indivíduo e em parte seriam herdados.

Frente a situações traumáticas, alguns sujeitos podem desenvolver o que se denominou de “depressão essencial”, compreendida pelo rebaixamento do tônus libidinal sem nenhuma compensação. Acontece um desaparecimento de toda dinâmica da mente (introjeções, projeções, descolamentos, condensações, identificações, vida onírica e fantasmática), não acontecendo a relação libidinal retrógrada e ruidosa de outros tipos de depressões neuróticas ou psicóticas. A energia vital perde-se por causa da desorganização e da desintegração do funcionamento psíquico. Dessa maneira, frente à necessidade de lidar com um conflito emocional e não possuindo ferramentas psíquicas o bastante para tal, o sujeito ficaria vulnerável ao adoecimento, porque seu psiquismo encontra-se enfraquecido (MARTY, 1993).

A depressão essencial se estabelece quando experiências traumáticas desorganizam funções psicológicas, cujas habilidades de elaboração falham. Ela é de modo frequente antecedida por angústias difusas que expressam o tormento profundo do indivíduo, provocado pelo fluxo de movimentações pulsionais não domadas pelo Ego. Uma das principais características deste estado é o desaparecimento dos sentimentos de culpa inconscientes, e a anulação das funções psíquicas normalmente ativas acontece no sistema pré-consciente (MARTY, 1993 apud CAPITÃO; CARVALHO, 2006).

A partir da depressão essencial, Marty compreendeu como a desorganização do aparelho psíquico possuiria a capacidade de aumentar a susceptibilidade de o sujeito adoecer. Porém, Marty também diz de um modo de organização psíquica que difere da neurose e da psicose, caracterizada pela negação do simbolismo e pela carência de certos processos da mente (MARTY; M'UZAN, 1994 apud VALENTE, 2012). Estes processos não estão impedidos pelo recalque ou desterritorializados por separações, o que indica uma forma de funcionamento mental ímpar, caracterizado pelo pensamento operatório. Sujeitos com esse modo de funcionamento psíquico demandariam uma compreensão e abordagem distintas, próprias, que combinassem com sua atividade mental.

O conceito de pensamento operatório faz parte de uma estrutura teórica em que a palavra psicossomática reúne dois termos, sem vestígio de ligação entre eles, com a intenção de abranger a unidade essencial ente o psíquico e o soma (PEÇANHA, 1998 apud CARNEIRO; YOSHIDA, 2009).

É um conceito que entende o homem por meio de uma compreensão monista, segundo a qual, o psiquismo e o corpo só são separados por uma questão de ênfase, sendo errado dizer de forma exclusiva em sintomas somáticos ou físicos. Segundo essa perspectiva, a unidade fundamental do organismo do ser humano transcende da hierarquização gradual de todas as funções que tem participação em sua estruturação e envolve os conceitos de: mentalização (em um nível elevado), pulsão de morte, depressão essencial, doença somática (em um nível mais baixo), entre outros. Todos eles, de acordo com Peçanha, devem ser levados em conta na caracterização de pensamento operatório, que fica sem significado se descontextualizado da teoria (CARNEIRO; YOSHIDA, 2009).

O princípio do pensamento operatório é simples, porque ele torna evidente a ausência das funções das atividades oníricas e das fantasias, as quais possibilitam inteirar as tensões pulsionais que defendem a saúde física do indivíduo. Dizem respeito a pensamentos sem conexões visíveis com a vida fantasiosa, caracterizados como racionais e fatuais, desprovidos de divagações pessoais, de alusões afetivas e de imagens verbais (MARTY, 1993 apud CAPITÃO; CARVALHO, 2006). As percepções ou interpretações repletas de afetos são distanciadas

da mente e os estados de tensões físicas não acham caminho para o psíquico, ficando no corpo (CALDEIRA; SILVA, 1992).

“Os portadores de pensamento operatório têm mundo interno pobre e investem intensamente na realidade externa, da qual passam a ser dependentes ou “hiperadaptados”. (CALDEIRA; SILVA, 1992, p. 113).

Estes sujeitos são pragmáticos e grudados ao circunstancial de modo tenaz. Quando experimentam conflitos existenciais, aumentam o investimento no trabalho para que este tome posse do espaço do objeto interno segurador (mãe) (CALDEIRA; SILVA, 1992).

Os pacientes com pensamento operatório não desenvolvem uma interação afetiva com o outro, o qual é entendido como possuindo também particularidades operatórias de pensamento (CALDEIRA; SILVA, 1992). André Green mencionado por Marty (1983 apud CALDEIRA; SILVA, 1992, p. 114) denomina esses pacientes de pacientes “isto é tudo” ou nomeia essa relação de “relação branca”.

A autora Mc Dougall (1986 apud CALDEIRA; SILVA, 1992, p. 114) “os chama de “normopatas” ou pacientes que usam de uma pseudonormalidade como forma de viver. Para esta autora eles são “des-afetados”. A relação interpessoal acaba tornando-se operatória, pragmática”.

Sifneos (1974 apud CALDEIRA; SILVA, 1992) relata que há a falta de sentimento e não a negação das emoções.

Referente a esses pacientes, Marty (1993) relata seus pensamentos como carentes de fantasias, atividades relativas aos sonhos, com uma forte negatividade simbólica. Não têm vínculo com a vida fantasmática, sendo factual, racional, voltado para o mundo externo, com forte realidade, afastado de imagens verbais e referências afetivas. Representa, então, um funcionamento psíquico com pouca quantidade de energia libidinal e sem afetividade, cujos aspectos exteriores e concretos predominam, e a abstração e simbolismo são ausentes ou limitados. O discurso desses pacientes é usado mais no sentido de atenuar tensões do que para dar significado para suas experiências.

A vida operatória, ligada à depressão essencial, constitui uma etapa de relativa cronidade, um arranjo frágil, um estado instável, que se instala no decorrer de uma desor-

ganização progressiva lenta. É repleta de incidentes ou acidentes somáticos. As poucas representações que parecem existir são (como nos sonhos) pobres, repetitivas, contendo a marca do atual e do factual (MARTY, 1993, p. 17).

Nos portadores de pensamento operatório acontece que os detritos diurnos não se juntam com os traços da memória, sendo assim, não se manifestam em elaborações apropriadas de sonhos, transformando pobre a vida fantasmática e não tendo a possibilidade de ser utilizados de forma adequada como cenário da pulsão (CALDEIRA; SILVA, 1992).

A somatização seria, assim, consequência de estruturas falhas do psiquismo na tarefa de elaboração e representação simbólica. Logo, um menor nível de atividade psíquica corresponde a uma maior susceptibilidade somática. Frente o fluxo de estimulações pulsionais, o psiquismo deve lidar com a economia pulsional. A habilidade de elaboração simbólica, que revelaria a quantidade e a qualidade das representações psíquicas, Marty chamou de “mentalização”. Quanto melhor a mentalização, maior a habilidade do psiquismo em suportar os choques dos traumas no registro mental, mais desenvolvida é a vida psíquica e menos vulnerável ao adoecimento (VALENTE, 2012).

Segundo Épinay (1998 apud ANDRADE; CASTRO; MULLER, 2006), o conceito de pensamento operatório da Escola Psicossomática de Paris, corresponde ao conceito de alexitimia.

## O CONCEITO DE ALEXITIMIA SEGUNDO SIFNEOS

O conceito de “alexitimia” nasce na década de 1970, e se transformaria recorrente no estudo da psicossomática. (SIFNEOS, 1991 apud VALENTE, 2012). A palavra alexitimia foi proposta por Sifneos para se reportar àqueles pacientes como uma vida emotiva pobre em fantasias e sonhos e que mostravam não possuir palavras para expressar suas emoções ou nomeá-las (SIFNEOS, 1977, 1991 apud CARNEIRO; YOSHIDA, 2009). Segundo Sifneos (1973 apud CALDEIRA; SILVA, 1992), o termo alexitimia é traduzido como “falta de palavras para dar nome às emoções”.

Segundo Nemiah e Sifneos (1970 apud VALENTE, 2012), pacientes alexitímicos tem

grande dificuldade para utilizar uma linguagem adequada para manifestar e relatar sentimentos e distingui-los de sensações relativas ao corpo. Mostram dificuldade na habilidade de representar de forma simbólica suas emoções, de forma que sua condição emocional ficaria não articulada e cooperando para o surgimento de sintomas físicos. Têm uma habilidade de imaginar e fantasiar extremamente precária e um estilo cognitivo utilitário, apoiado no concreto e conduzido externamente, com tendência a comportamentos impulsivos (SIFNEOS; APFEL-SAVITZ; FRANKEL, 1977 apud VALENTE, 2012). Suas palavras usadas para manifestar suas emoções são carentes de significados psicológicos, não expressando os estados psicológicos internos, produto de perturbações na habilidade de simbolização (WEINRYB, 1995 apud VALENTE, 2012).

Em relação aos aspectos emocionais, há dificuldade em identificar e manifestar as emoções, sendo as expressões emocionais fundamentalmente somáticas. Em relação aos aspectos cognitivos, o pensamento é orientado para o mundo externo, afastado de traços afetivos e de caráter simbólicos, com preponderância do pensamento operatório. Na área interpessoal, interações utilitárias, ausentes de afeto, com dificuldade de assimilar os próprios sentimentos e os dos outros, com inclinação à solidão ou dependência (TAYLOR et al., 1970 apud VALENTE, 2012).

A descrição mais presente na literatura atualmente é a de que trata-se de um conceito multidimensional, caracterizado por dificuldades em reconhecer e relatar sentimentos internos, dificuldades em diferenciar emoções de sensações físicas, carência de sonho e inabilidade de simbolizar ou relacionar fantasia e afeto (SIFNEOS, 1991 apud CARNEIRO; YOSHIDA, 2009), também é compreendida por uma forma de raciocínio prático, concreto, voltado para o mundo externo (TAYLOR, 1984; TAYLOR; BAGBY, 2004 apud CARNEIRO; YOSHIDA, 2009).

Sifneos, Apfel-Savitz e Frankel (1977 apud CARNEIRO; YOSHIDA) no começo de seus estudos, já assinalavam para uma diversidade de fatores relacionados à causa da alexitimia, como: fatores fisiológicos, genéticos, neuroanatômicos, psicossociais, modificações neuroquímicas e alterações de desenvolvimento. Em seguida, Sifneos (1991 apud CARNEIRO; YOSHIDA) sugeriu que as diversas etiologias fossem classificadas em dois grupos: as de

natureza biológica e as de origem psicossocial (ou de desenvolvimento). Assim, ele chegou a duas classificações de alexitimia, a “alexitimia primária” originada por fatores biológicos e a “alexitimia secundária” originada por fatores psicossociais.

A alexitimia primária seria uma configuração biológica da enfermidade, proveniente de defeito estrutural neuroanatômico ou falha neurobiológica e presume a suspensão da comunicação entre sistema límbico e o córtex ou entre os dois hemisférios do cérebro (SIFNEOS, 1991 apud VALENTE, 2012). É relativo a constituição e se estrutura como um traço de personalidade (PEDINIELLI; ROUAN, 1988 apud VALENTE, 2012).

A alexitimia secundária teria início em ocasiões traumáticas em fases críticas do desenvolvimento infantil ou como resposta a situações traumáticas intensas na fase adulta. Se traumas acontecessem antes da utilização da linguagem, isso comprometeria a capacidade da utilização de palavras para manifestar as emoções, sendo manifestas posteriormente ainda a nível comportamental e somática, e não por meio de pensamentos. As vivências traumáticas, tanto na fase infantil como na idade adulta, poderiam ter tamanha importância que produziriam modificações no funcionamento psíquico, afetando especialmente o fator afetivo das emoções (SIFNEOS, 1991 apud VALENTE, 2012). Estaria ligado à utilização em demasia de negação e coibição de afetos como estratégia para lidar com ocasiões conflituosas ou desgastante emocionalmente. É passageira, constituindo um estado (PEDINIELLI; ROUAN, 1988 apud VALENTE, 2012).

Segundo Carneiro e Yoshida (2009), pensa-se que quando traumas acontecem antes do desenvolvimento da linguagem, há em seguida dano na capacidade de utilizar as palavras para manifestar os sentimentos. Sifneos relata que como efeito, as emoções seriam expressas por meio de manifestações somáticas e comportamentais, em vez de se relacionar com pensamentos.

Em relação às situações traumáticas experienciadas na infância, Krystal, Giller e Cicchetti (1986 apud CARNEIRO; YOSHIDA, 2009) pensam que aquelas transcorridas de excessos ou privações nas interações entre mãe e criança dificultariam o desenvolvimento correto da habilidade de manifestação afetiva, assim como

da capacidade simbólica. Como consequência, o lapso na internalização da função parental de proteção, a utilização demasiada da negação e repressão de afetos, a diminuição dos mecanismos egóicos de defesa, entre outros, induziriam a uma interrupção do desenvolvimento afetivo normal, tendo a possibilidade de desenvolver transtornos psicossomáticos.

Taylor (1992 apud VALENTE, 2012, p. 26) relaciona a deficiência na capacidade de processar cognitivamente as emoções como problema fundamental para a vulnerabilidade ao adoecimento em pacientes alexitímicos. Essa deficiência levaria a pessoa a 1) focar e amplificar o componente somático da situação emocional, contribuindo para o surgimento da hipocondria e queixas somáticas, 2) utilização de comportamentos compulsivos como forma de aliviar a tensão emocional, contribuindo para o uso compulsivo de substâncias, atividades ou pessoas, e 3) exacerbação de respostas fisiológicas diante de situações de estresse, conduzindo ao desenvolvimento de algum distúrbio somático.

Inicialmente ligada aos transtornos psicossomáticos (TAYLOR et al., 1977 apud VALENTE, 2012), a alexitimia tem se evidenciado em distintas doenças e, inclusive, no público não clínico. Sua ocorrência é calculada entre 5 e 10% na população não clínica, e chega a alcançar 50% em pessoas com transtornos psicopatológicos (PEDINIELLI; ROUAN, 1998, apud CARNEIRO; YOSHIDA, 2009).

As características já mencionadas do conceitos de alexitimia e pensamento operatório são encontrados em outros pacientes, mas são mais frequentemente ligados aos pacientes psicossomáticos, que mostram maior “vulnerabilidade psicossomática” (CALDEIRA; SILVA, 1992).

## **RELAÇÃO ENTRE PENSAMENTO OPERATÓRIO E ALEXITIMIA**

A história da Psicossomática por meio da Psicanálise mostra tentativas de entendimento do fenômeno psicossomático. Esses ensaios evidenciam a complexidade de tal fenômeno e os significados que vão sendo desenvolvidos dentro da área da Psicossomática. O que se propõe é que o sintoma relativo ao corpo diz respeito a uma falta, a uma impraticabilidade de

expressão psíquica. A tensão emocional, quando acha dificuldades para ser elaborada pelo psiquismo, poderá criar desordens no corpo. (VALENTE, 2012).

Segundo Ferraz (2005), as pesquisas iniciais de Freud acerca das neuroses ficaram marcadas pela diferenciação que ele realizava entre as denominadas neuroses atuais e as psicose neuroses. Acontece que, aos poucos, o conceito de neurose atual foi sendo deixado de lado em seus estudos, como que sendo esquecido do campo psicanalítico. Entretanto, é interessante perceber, hoje em dia, como muitos dos componentes por ele relatados como próprios às neuroses atuais podem se conectar com aquilo que se entende hoje em dia como campo da psicossomática. Laplanche e Pontalis (1967 apud FERRAZ, 2005) se referindo ao conceito de neurose atual de Freud relatam que essa ideia leva de forma direta às compreensões modernas sobre as doenças psicossomáticas. Estes autores chegaram a sugerir que as neuroses atuais fossem classificadas na contemporaneidade com doenças psicossomáticas.

Freud (1955 apud EURÉLIO, 2010) em seu estudo realizado sobre as neuroses se referia à presença de expressões somáticas como consequências de representações inaceitáveis à consciência, na medida em que deixaram de possuir o seu significado e se encontram desvinculadas dos afetos. O afeto se encontra afastado da representação da vivência e, acumulado, orienta-se para o exterior ou para o interior, sendo que o último caminho produz a descarga pelo corpo e causa a lesão orgânica. A ocasião traumática fica retalhada na memória, impossibilitando a conexão futura entre as vivências e os fatos, isto é, a fantasia não é elaborada na medida em que nunca foi recalçada, pois nem foi consciente (MATOS, 2003 apud AURÉLIO, 2010). Na falta do mundo fantasmático, a habilidade de simbolização não é adquirida nem o espaço de ilusão obrigatório à organização do pensamento, mais especificadamente, à representação dos objetos internos (AURÉLIO, 2010).

As mesmas particularidades do mecanismo da neurose atual – falta de simbolização, sintomatologia corporal, etiologia de caráter atual – se reproduzem no mecanismo de formação de sintomas somáticos, qual tal se enxerga nas teorias de pensadores em Psicossomática de base psicanalítica (ALEXANDER, 1950; MARTY, 1993; NEMIAH; SIFNEOS, 1970; MCDOU-

GALL, 1984, apud VALENTE, 2012).

Nemiah e Sifneos criaram o conceito de alexitimia, com o objetivo de assinalar um transcurso da comunicação do paciente somático, segundo o qual, pacientes somáticos estariam com sua habilidade de pensar ou expressar seus sentimentos, deficiente. Seguindo caminho parecido, Pierre Marty utiliza o termo “pensamento operatório” para caracterizar o estado mental de certos pacientes nos quais se enxergava inclinação pronunciada à ação ao invés de pensamento, como se o aparelho psíquico estivesse impossibilitado para conter afetos e pensamentos. Marty baseia-se nas compreensões originais de Freud em relação às neuroses atuais, o que não é difícil compreender também na teoria de Sifneos, embora não manifestada. Isto é, o conceito de neurose atual, desde o começo, motivou todas as teorias psicossomáticas apoiadas na psicanálise, embora não ter reconhecimento declarado dessa ligação (EKSTERMAN, 1994).

A respeito da dinâmica psíquica para as somatizações, esta diz respeito a uma dificuldade do psiquismo em enfrentar ocasiões de tensão. Porém, estamos sujeitados o tempo todo a atravessar ocasiões de tensão emocional, sem, entretanto desenvolver algum sintoma corporal mais significativo. Fica claro que é no desenvolvimento crônico dessa tensão emocional que se pode surgir sintomas somáticos significativos, o que leva a refletir no por que determinada situação emocional se torna crônica (VALENTE, 2012). Marty (1993 apud VALENTE, 2012) diz que acontece em consequência de estruturas psíquicas deficientes na habilidade de elaboração e representação simbólica, o que acarretaria uma desorganização progressiva no organismo. Sifneos (NEMIAH; SIFNEOS, 1970 apud VALENTE, 2012) fala que esses sujeitos possuem dificuldade na habilidade de representar por meio do simbolismo seus sentimentos, de forma que seu estado emocional ficaria não articulado e colaborando para o surgimento de sintomas corporais.

A falta de habilidade de simbolização no sujeito psicossomático leva à desorganização do aparelho psíquico e, conseqüentemente, das funções mentais. Esta desorganização, onde o objeto interno não possui representação e nem é representável, não possibilita a elaboração das angústias do indivíduo estando presente uma redução da energia sexual e uma sensação de desorganização que determinam a depressão

essencial (MARTY, 1985 apud AURÉLIO, 2010). Segundo Marty (1985 apud AURÉLIO, 2010), a depressão essencial sinaliza uma desorganização psíquica que abrange o surgimento de várias doenças somáticas.

A falta de comunicação com o inconsciente estabelece uma cisão com a própria história do sujeito onde o atual e o factual prevalecem nas vivências quotidianas (MARTY, 1985 apud AURÉLIO, 2010).

Em relação a essa impossibilidade de elaboração psíquica, Marty (1991 apud FERAZ, 2005) usou o conceito de mentalização como sendo um tipo de medida das dimensões do aparelho psíquico, que dizem respeito à qualidade e à quantidade das representações psíquicas dos sujeitos. Para ele, uma boa mentalização defende o soma das descargas de estimulação, à medida que esta acha refúgio nas representações presentes no pré-consciente. Ao contrário, uma mentalização pobre, deixa o corpo biológico vulnerável, entregue a uma linguagem rudimentar exclusivamente somática. As representações psíquicas, alicerces da vida mental, são responsáveis pela existência dos sonhos e das fantasias, longos caminhos associativos que possibilitam a vazão das excitações, fornecendo-lhes um substrato psíquico. Nos processos de somatização, pode-se dizer, então, em indisponibilidade ou insuficiência das representações pré-conscientes.

No sujeito psicossomático, a interação soma-mente está comprometida, está ausente a ligação entre expressões somáticas e conflitos psíquicos, considerando-se uma desunião entre corpo e mente (MCDOUGALL, 1989 apud AURÉLIO, 2010). A perspectiva do adoecer psicossomático nos remete para um lapso relacional precoce antes da aquisição da linguagem e da introjeção de um objeto interno contentor e securizante, considerando-se uma interação dual disfuncional e que pouco organiza a vida mental, na medida em que a mãe representa o primeiro contato do bebê com o mundo externo (AURÉLIO, 2010). De acordo com Bion (1992 apud AURÉLIO, 2010), a sustentação da unidade psicossomática está ligada à relação precoce bebê-mãe e na habilidade da figura materna de transformar as experiências corporais e afetivas em linguagem simbólica.

A psicossomática é uma via instaurada de forma precoce, geneticamente antes do surgimento da palavra como organizadora simbóli-

ca, ou seja, se instala em uma fase pré-verbal, relacionando-se à diferenciação eu-outro, à organização do sentimento de existir e de ser. Pode ser compreendida como uma vida que defende, arcaicamente, o sujeito de angústias dessa época, portanto angústias psicóticas ou de aniquilamento (SANTOS FILHO, 1992 apud GERMANO, 2010).

Em relação à alexitimia, Freyberger (1977 apud AURÉLIO, 2010) diferencia duas formas dela. A alexitimia primária e a alexitimia secundária. A primeira está ligada a um lapso na conexão entre as fantasias ou representações e as vivências afetivas. A segunda, como um mecanismo de defesa que expressa a negação do afeto e da fantasia na presença de ocasiões traumáticas.

Krystal (1979 apud AURÉLIO, 2010) associa a alexitimia com a presença de um trauma psicológico que poderá acontecer tanto na fase infantil, causando um lapso no desenvolvimento afetivo, como na fase adulta expressando uma regressão na manifestação dos afetos. No entendimento das duas teorias, pode diferenciar-se a alexitimia primária como um tipo mais grave de alexitimia, cujo seu desenvolvimento estaria ligado a uma situação traumática infantil que se associa com a inabilidade contentora e protetora do objeto materno. Sendo assim, o trauma seria anterior à aquisição da linguagem e ao pensamento simbólico o que prejudica a elaboração das vivências afetivas. E a alexitimia secundária na qual as ocasiões traumáticas externas durante a fase adulta colaborariam para a presença de tensões não suportáveis que seriam culpadas pela regressão do sujeito a um funcionamento da fase pré-verbal, cuja tensão seria aliviada pelo caminho somático (PRAZERES, 2000 apud AURÉLIO, 2010).

## **POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA COM PACIENTES PSICOSSOMÁTICOS**

A partir da compreensão proposta até o momento de que há pacientes psicossomáticos advindos do mecanismo de alexitimia e pensamento operatório e levando em consideração as características já apresentadas desses, Silva, Vasco e Watson (2013) propõem que com estes pacientes seja preciso um maior foco terapêutico ao nível das tarefas emocionais. Ogrodniczuk (2007 apud SILVA; VASCO; WATSON, 2013)

frisa a importância de encontrar meios de comunicação terapêutica que diminuam de forma efetiva as características alexitímicas. Nesse caminho, Taylor (2000 apud SILVA; VASCO; WATSON, 2013) propõe que o recurso a terapias que abrangem técnicas exclusivas para ampliar a consciência emocional e que levem em consideração a integralização de elementos simbólicos de esquemas emocionais podem ser vantajosas na diminuição das características da alexitimia.

Os pacientes psicossomáticos dificilmente buscam a psicoterapia de forma espontânea. Quase sempre são encaminhados por médicos que os atendem. Percebe-se nas entrevistas iniciais que diz respeito a uma pessoa que sofre de sintomas psicossomáticos. Mas, contudo, percebe-se nesses pacientes não uma procura de subjetivação, mas uma necessidade intensa de uma interação humana próxima, de exercício imaginário, que consiga reduzir a intensidade das ameaças de desagregação e das angústias (SANTOS FILHO, 1992). Segundo Silva, Vasco e Watson (2013), no processo terapêutico com estes pacientes a relação terapêutica é extremamente importante.

Silva, Vasco e Watson (2013) relatam que inicialmente não haverá ampla produção emocional, na medida em que há dificuldade ao nível do reconhecimento dos sentimentos e existem dificuldades ao nível da manifestação e regulação emocionais.

Sendo assim, Santos Filho (1992) atenta para a necessidade de uma presença viva, falante, indagadora e ativa do terapeuta. Se o analista silenciar-se, aguardando o sentido emergir das associações livres tem uma surpresa ruim. Não surge sentido. Também há o silêncio, cria-se um ambiente de surpresa, de incompreensão, desapontamento, e geralmente se interrompe o tratamento. Sendo assim, é fácil perceber que esta terapia deve ser conduzida face a face e não com o paciente deitado. O olhar constante do analista, de suas manifestações, de uma presença concreta, física, possibilita uma relação pessoal que é fundamental no processo.

Santos Filho (1992) relata que o há de peculiar nessas entrevistas é que a demanda inicialmente, que é oferecida por outra pessoa é aceita ou assimilada pelo paciente. Funciona como se fosse um pedido ou prescrição de exame adicional. Há, inicialmente, uma solicitação de algo objetivo, concreto, que possa ser assimilado, instruído e não descoberto, desvendado.

Pode-se dizer que não existe o que desvendar e sim o que ocultar, realizando um jogo de palavras. Segundo Germano (2010), percebe-se uma desagregação absoluta entre o evento traumático e os sintomas somáticos que nos leva a cogitar a primeira grande prática terapêutica no atendimento de pacientes psicossomáticos, que de acordo com Santos Filho (1992) é a reconstituição cronológica, a histórica e a integração entre acontecimentos, datas e manifestações somáticas. Isso pode possibilitar ao paciente uma consciência inicial da ligação de seus sintomas com algo de caráter existencial, algo maior, e auxiliar a desenvolver um significado inicial e uma idéia da justificação de ser do tratamento.

De acordo com McDougall (1989 apud CLEMENTE; PERES, 2010), a sintomatologia orgânica dos pacientes psicossomáticos pode ser incluída no âmbito de uma história que deve ser reconstituída por meio da substituição do corpo pela mente como forma de expressão de sua historicidade. Uma das formas de se realizar isso é impulsionar uma reconstituição de acontecimentos de perda anteriores, colocando-as em uma cadeia simbólica de forma a desenvolver uma possibilidade de manifestação para as emoções que não foram experienciadas de forma adequada quando da vivência original.

Mas esta é uma edificação feita com cuidado, extraída pelo terapeuta, que dá a medida do espaço por onde se andar e da atividade ativa do psicanalista (SANTOS FILHO, 1992).

Volich (1998 apud GERMANO, 2010) dá ênfase para a importância da mentalização dos afetos e do pensamento como componente regulador indispensável para uma condução correta da atividade terapêutica. Partindo do entendimento de um panorama econômico, em que se compreende que o organismo tem de forma básica três caminhos de descargas de suas excitações, a saber, a ação, o pensamento e a via somática, para esse autor é claro qual a via utilizada pelo paciente psicossomática e que a mentalização é o recurso que necessita ser oferecido aos pacientes.

Silva, Vasco e Watson (2013) afirmam que a mentalização é um modo de intervenção que promove a investigação e consciência emocionais num âmbito de confiança, segurança e valorização do outro e pode se mostrar como uma solução apropriada ao desenvolvimento das capacidades relacionais e emocionais em déficit num funcionamento alexitímico.

O tratamento baseado na mentalização (FONAGY; BATEMAN, 2006 apud SILVA; VASCO; WATSON, 2013), tem como objetivo provocar a mentalização, ou seja,

a capacidade para compreender o comportamento do próprio e dos outros através da atribuição de estados mentais. A mentalização pode ser vista como uma forma de actividade mental imaginativa, a qual permite perceber e interpretar o comportamento humano em termos de estados mentais intencionais como, necessidades, desejos ou sentimentos (FONAGY; BATEMAN, 2006 apud SILVA; VASCO; WATSON, 2013, p. 203-204).

A mentalização baseia-se em processos simbólicos por meio dos quais o aparelho psíquico garante a regulação das energias sexuais. O trabalho fantasmático, a criatividade, o sonho são atividades fundamentais para a estabilidade psicossomática. Um sujeito bem estruturado em relação ao seu funcionamento psíquico, com recursos o bastante para elaborar e descarregar a excitação acumulada, pode tolerar níveis altos de eventos traumáticos e tensão sem perturbações mais sérias para seu equilíbrio. A estruturação ou o funcionamento falho do aparelho psíquico traz como consequência o uso de meios mais primitivos, da ordem da motricidade ou mesmo de respostas orgânicas como recursos de regulação da energia do sujeito (VOLICH, 2007).

Um outro modelo de intervenção importante poderá ser a focagem, que diz respeito ao processo de experiência das emoções do paciente, que é conduzido de maneira a diferenciar a sensação corporalmente ligada a uma ocasião ou problema. A experiência é fundamentalmente uma relação entre sentimento e símbolos (eventos, palavras) e não se deve perguntar se o paciente experiencia, mas como ele experiencia. Devido a dificuldade em reconhecer sentimentos e em diferenciá-los das sensações corporais da emoção de pacientes de funcionamento alexitimático este tipo de intervenção pode trazer ganhos para um tratamento com melhores resultados (GENDLIN, 1964 apud SILVA; VASCO; WATSON, 2013).

Se assemelhando à mentalização e à focagem, McDougall (1991 apud CLEMENTE; PERES, 2010), assinala que ao psicoterapeuta se estabelecerá o desafio de trabalhar com um filtro, tendo a capacidade de regular o fluxo de excitações do qual o paciente psicossomático

tende a tornar-se livre recorrendo à descarga somática, por não ter acesso às palavras que possibilitariam torná-lo dizível. Diz respeito, em última instância, de exercer a função materna, especialmente por meio da decodificação de uma forma de comunicação cuja impregnação de afetos falta. Essa intervenção justifica-se, pois como defende a autora, a desafetação tem como fator etiológico fundamental perturbações precoces na relação entre a mãe e o bebê.

De acordo com Clemente e Peres (2010), essa possibilidade de intervenção parte da ideia de que a figura materna tem como principal função a proteção de seu bebê das tensões vindas do mundo externo. Para isso, deve interpretar a comunicação rudimentar e dar nomes aos estados afetivos do bebê, desenvolvendo a gradual dessomatização do aparelho psíquico. O desempenho apropriado dessa função auxiliaria o acesso do bebê à palavra e ajudaria no desenvolvimento da habilidade de simbolização. Do contrário, seus sinais pré-verbais ficarão, segundo Peres (2006 apud CLEMENTE; PERES, 2010), afastados de qualquer código de linguagem.

Marty (1993 apud CLEMENTE; PERES, 2010), afirma que no atendimento psicanalítico com pacientes psicossomáticos que possuem características do pensamento operatório, o psicoterapeuta terá a função de garantir as primeiras bases de uma proximidade bilateralmente identificatória.

Segundo Clemente e Peres (2010), McDougall e Marty concordam que a realização da função materna por parte do terapeuta com os pacientes psicossomáticos é essencial. A função materna segundo Marty (1993, p. 64) consiste em “um acompanhamento sobretudo, mas não exclusivamente, verbal, que margeia, segue ou precede de perto os estados e movimentos do sujeito”. Logo, se baseia na proposição dos próprios processos elementares de simbolizações, comportamentos e defesas, bem como no exercício gradual de funções fragilizadas do paciente e na renúncia desses papéis quando surgirem os primeiros sinais de autonomia, o revivescimento dessas funções em pauta (MARTY, 1993).

Executando de forma adequada a função materna, o terapeuta que trabalha com pacientes psicossomáticos terá a capacidade de ajudá-los nesse processo. Como consequência, poderá capacitá-los de modo que eles possam terminar

o processo de dessomatização do aparelho psíquico que não pôde ser levado adiante durante a fase infantil (CLEMENTE; PERES, 2010).

Segundo Santos Filho (1992), sendo o fenômeno somático constituído numa fase pré-verbal, é fácil pensar com que fragilidade pessoal o terapeuta terá que lidar na análise destes pacientes. As psicoterapias com pacientes psicossomáticos acabam por demandar bem mais do analista. Requerem um período maior, paciência e uma disponibilidade interna de se por nesta posição. (GERMANO, 2010).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo percebe-se que há semelhanças entre o conceito de pensamento operatório desenvolvido por Pierre Marty e o conceito de alexitimia criado por Peter Sifneos.

Em relação à dinâmica psíquica para as somatizações, percebe-se que esta ocorre devido à dificuldade do sujeito psicossomático em lidar com situações traumáticas por meio do trabalho psíquico. Tanto Marty como Sifneos apontam para uma dificuldade na capacidade de simbolização nos sujeitos psicossomáticos.

Marty relata que essa incapacidade de simbolização leva a desorganização do aparelho psíquico e conseqüentemente, dos processos mentais. A desorganização do aparelho psíquico aumentaria a vulnerabilidade do sujeito para adoecer. Sifneos fala que devido à incapacidade de simbolização nos sujeitos psicossomáticos, o estado emocional ficaria desorganizado e contribuiria para o aparecimento de sintomas somáticos.

Ambos os pensadores compartilham características em comum relacionadas aos sujeitos psicossomáticos, como, o investimento intenso na realidade externa, a carência de fantasias e sonhos, a ausência de afetos, o discurso carente de sentido psicológico.

Em relação à psicoterapia com os pacientes psicossomáticos descritos neste trabalho, conclui-se que há possibilidades de intervenção psicoterapêutica com eles.

A reconstituição histórica, cronológica e a integração entre acontecimentos, datas e manifestações somáticas, é uma das intervenções que podem ser realizadas e parece ser indispensável no trabalho com pacientes psicossomáticos, uma vez que tais pacientes apresentam uma cisão entre o consciente e o inconsciente,

não relacionando seus sintomas com eventos traumáticos.

O tratamento baseada na mentalização também é uma das intervenções que se parece necessária na atuação com pacientes psicossomáticos, pois, possibilita ajudar o paciente a desenvolver sua capacidade simbólica que no momento é precária. Por meio dessa intervenção busca-se desenvolver habilidades emocionais e de relacionamento que estão em déficit nesses pacientes.

A intervenção mediante da focagem possibilita que o paciente experiencie suas emoções, essa experiencição é uma interação entre símbolos e sentimento. Por causa da dificuldade de pacientes psicossomáticos em identificar sentimentos e em diferenciar estes de sensações somáticas, essa intervenção pode trazer ganhos para uma psicoterapia com melhores resultados.

Outra intervenção relatada neste trabalho foi a de que o psicoterapeuta deverá exercer a função materna para o paciente, trabalhando como um filtro, tendo a habilidade de regular o fluxo de excitações do paciente. O terapeuta deverá interpretar a comunicação do paciente e nomear os estados afetivos dele, propor os próprios processos elementares de simbolização, defesas e comportamentos. O desempenho adequado dessa função ajudaria o paciente a melhorar sua capacidade de simbolização.

Essa intervenção parece ser indispensável e de extrema importância, uma vez que neste trabalho foi apontado que o desenvolvimento de sintomas psicossomáticos se deve a uma falha relacional precoce antes da apreensão da linguagem, à uma situação traumática infantil ligada com a inabilidade contentora e de proteção do objeto materno.

Por fim, parece que uma psicoterapia pautada em intervenções no nível das funções emocionais poderá trazer melhores resultados no trabalho com pacientes psicossomáticos.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, T. M. R.; CASTRO, M. da G. de.; MULLER, M. C. Conceito mente e corpo através da História. **Psicol. estud.** Maringá, v. 11, n. 1, abr. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722006000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jul. 2014.

AURÉLIO, D. I. C. F. **Contribuição para a compreensão da psoríase a partir da perspectiva psicanalítica da psicossomática.**

2010. 121 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2010. Disponível em: <[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2439/1/ulfp035820\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2439/1/ulfp035820_tm.pdf)>. Acesso em: 18 jul. 2014.

CALDEIRA, G.; SILVA, A. F. R. da. Alexitimia e pensamento operatório, a questão do afeto na psicossomática. In: MELLO FILHO, J. de (Org.). **Psicossomática hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992. p. 113-118.

CAPITAO, C. G.; CARVALHO, É. B. Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema. **Psic.** São Paulo, v. 7, n. 2, dez. 2006. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-73142006000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 jul. 2014.

CARNEIRO, B. V.; YOSHIDA, E. M. P. Alexitimia: uma revisão do conceito. **Psic. Teor. e Pesq.** Brasília, v. 25, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722009000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 ago. 2014.

CLEMENTE, J. P. L.; PERES, R. S. Funcionamento psíquico e manejo clínico de pacientes somáticos: reflexões a partir da noção de desafetação. **Psic. Clin.** Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v22n2/05.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2014.

EKSTERMAN, A. **Abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos.** Disponível em: <[http://www.medicinapsicossomatica.com.br/doc/abord\\_psicodin\\_sint\\_somat.pdf](http://www.medicinapsicossomatica.com.br/doc/abord_psicodin_sint_somat.pdf)>. Acesso em: 16 jul. 2014.

FERRAZ, F. C. **Das neuroses atuais à psicossomática.** Disponível em: <[http://www.detaileventos.com.br/psicossomatica/Jornal\\_Simp%C3%B3sio\\_%20F\\_Ferraz.pdf](http://www.detaileventos.com.br/psicossomatica/Jornal_Simp%C3%B3sio_%20F_Ferraz.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2014.

GERMANO, Z. A clínica da psicossomática (considerações psicanalíticas). **Olhar Científico**, Ariquemes, v. 1, n. 2, ago./

dez. 2010. Disponível em: <<http://www.olharcientifico.kinghost.net/index.php/olhar/article/viewFile/43/27>>. Acesso em: 02 ago. 2014.

FREIRE, L. Alexitimia: dificuldade de expressão ou ausência de sentimento? Uma análise teórica. **Psic. Teor. e Pesq.** Brasília, v. 26, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722010000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 set. 2014.

MARTY, P. **A psicossomática do adulto.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

PERES, R. S. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. **Psicol. clin.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652006000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652006000100014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 set. 2014.

SANTOS FILHO, O. C. dos. Psicoterapia psicanalítica do paciente somático. In: MELLO FILHO, J. de (Org.). **Psicossomática hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992. p. 353-361.

SILVA, A. N. da.; VASCO, A. B.; WATSON, J. C. Quando o cliente pensa que não sente e sente o que não pensa: alexitimia e psicoterapia. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 31, n. 2, jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312013000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312013000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 ago. 2014.

TRAVERSO-YEPEZ, M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicol. estud.** Maringá, v. 6, n. 2, dez. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722001000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 jul. 2014.

VALENTE, G. B. **A questão da simbolização na psicossomática:** estudo com pacientes portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e de transtorno de pânico. 2012. 201 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

VARELA, A. P. G. Você tem fome de quê?  
**Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 26, n. 1,  
2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932006000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000100008&lng=en&nrm=iso)>.  
Acesso em: 17 jul. 2014.

VOLICH, R. M. **Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática.** Disponível em: <[http://www.detaileventos.com.br/psicossomatica/IVSPP\\_Jornal\\_Simp%C3%B3sio\\_Volich.pdf](http://www.detaileventos.com.br/psicossomatica/IVSPP_Jornal_Simp%C3%B3sio_Volich.pdf)>. Acesso em: 08 ago. 2014.

### **EL FENÓMENO PSICOSOMÁTICO POR LOS CONCEPTOS DE PENSAMIENTO OPERATORIO Y ALEXITIMÍA: POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA**

**RESUMEN:** Este estudio se trata de una revisión bibliográfica realizada a través de referencias relacionadas al campo de estudio de la psicossomática. Los objetivos que llevaron a esa investigación ha sido relacionar el concepto de pensamiento operatorio desarrollado por Pierre Marty, con el concepto de Alexitimía según Peter Sifneos, buscando explicar el fenómeno psicossomático y exponer posibilidades de intervención psicoterapéutica con esos pacientes psicossomáticos. Para ello, inicialmente se ha buscado conceptuar psicossomática y exponer la influencia del psicoanálisis sobre ella. Enseguida se ha presentado brevemente los conceptos de pensamiento operatorio y alexitimía y las teorías que los embasan. Esos dos conceptos han sido desarrollados en relación al estudio de la psicossomática. Ambos tienen semejanzas y comparten principalmente la incapacidad de elaboración y simbolización psíquica y dificultades de expresar emociones como características destacables en sus portadores. Los conceptos parecen haber sido influenciados por el concepto de neurosis actual de Freud, que ya apuntaba para la falla de elaboración psíquica en las somatizaciones. Por fin, buscará manifestar posibilidades de intervención psicoterapéutica con esos pacientes que tienen dificultad de manifestar sus sentimientos.

**PALABRAS CLAVE:** Psicossomática; Pensamiento Operatorio; Alexitimía; Psicoterapia.