

## PSICOSSOMÁTICA: UMA VISÃO HOLÍSTICA DO HOMEM

*Kelly Specht dos Reis*

kelly.specht@gmail.com

*Lucia Belina Rech Godinho*

luciarech@terra.com.br

Universidade LaSalle

**RESUMO:** O objetivo desse estudo é conhecer a dimensão das manifestações somáticas que o corpo humano apresenta no seu adoecimento. Como metodologia, foi realizada revisão bibliográfica, utilizando artigos de revistas publicados entre 2011 e 2016, em algumas das principais bases de dados científicos como Scielo, Lilacs, Pepsic e BVS, livros da Biblioteca do Centro Universitário La Salle - Unilasalle Canoas/RS e acervo pessoal. Os principais tópicos tratados no artigo foram a conceituação do tema, a perspectiva histórica, a visão holística do homem, o manejo clínico e considerações psicanalíticas. Os resultados desta revisão literária são a compreensão que o homem só pode ser tratado, ante seu adoecimento, com o olhar integral sob sua condição humana de ser biopsicossocial.

**Palavras-chave:** Psicossomática; Adoecimento; Holística

**ABSTRACT:** The aim of this study is to know the size of the somatic manifestations that the human body presents in its illness. As a methodology, literature review was performed using magazine articles published between 2011 and 2016 in some major scientific databases as Scielo, Lilacs, Pepsic and BVS, books of the University Center Library La Salle - Unilasalle Canoas / RS and personal collection. The main topics covered in the article were the conceptualization of the theme, the historical perspective, the holistic vision of man, the clinical management and psychoanalytical considerations. The results of this literature review are the understanding that man can only be treated, facing his illness, with full look under his human condition of biopsychosocial being.

**Keywords:** Psychosomatics; Illness; Holistic

### 1 INTRODUÇÃO

O efetivo artigo tem como objetivo conhecer as diferentes manifestações somáticas que a mente e o corpo humano apresentam no seu adoecimento. O corpo é biográfico no que diz respeito a sua compreensão como um todo. Objeto central de diversas ciências, o corpo é transdisciplinar, subjetivo e dotado de complexidade originalmente biológica e psicológica.

A relação entre corpo e mente é remota e denota campo rico de pesquisa e interesse por parte não apenas dos profissionais de saúde, mas de diversas e mais variadas áreas. Medicina e suas

especialidades, Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicopedagogia, Educação Física e muitos outros campos do saber se fundem, muitas vezes, no âmbito de compreender a dimensão do adoecimento e da saúde no corpo e na mente que há séculos são aspectos indecifráveis.

Em virtude da vivência profissional, que por ora se dá em clínica psicanalítica na Cidade de Canoas-RS, entende-se que é necessária uma maior compreensão dos processos psicossomáticos nos pacientes tendo em vista os fenômenos que surgem a partir de suas queixas, relatos e fenômenos especificados. Através da revisão da literatura aqui explanada, cabe a revisão dos elementos fundamentais -muitas vezes suprimidos pelo modelo médico, focado do processo medicamentoso- que regem a compreensão da totalidade do homem enquanto sujeito no processo dicotômico de saúde e doença somática.

A observação e atendimento de pacientes na clínica psicanalítica, por vezes sem fundo orgânico, despertam a necessidade de uma maior compreensão da manifestação psíquica sobre o corpo e vice-versa, tendo este trabalho se constituído como uma revisão bibliográfica sobre o tema. Os artigos foram consultados em bases de dados como o *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPSIC), além de livros da Biblioteca do Centro Universitário La Salle - Unilasalle Canoas/RS e acervo pessoal.

Este artigo visa à compreensão e explanação dos fenômenos clínicos acerca da integralidade do homem enquanto ser único e não aquele visto isoladamente, como a simples soma de partes que adoecem. A relação da doença por trás dos fenômenos da dinâmica de saúde e a evidência da sua relação advogam o interesse deste estudo.

## 2 CONCEITUAÇÃO

*Soma*, por si só, tem origem da palavra latina *summa* (essência), que deriva de *summus*, que quer dizer “o mais elevado”, considerado um termo superlativo de *super*, que significa “acima de” (BRANDÃO, 2008). Na Grécia Moderna, em convergência, o termo sempre significou corpo, enquanto no grego antigo de Homero a palavra só tinha significado ao corpo do cadáver (WERNECK E BEZAS, 2012). Já o termo “*psiquê*” é uma palavra derivada do verbo *psýkhein*, que significa soprar, respirar. Etimologicamente, “*psiquê*” significa sopro vital, vida, essência ou personificação do princípio da vida, princípio que anima o universo (BRANDÃO, 2008). Logo, por *Psicossomática* entende-se a ideologia sobre a saúde, as práticas de Saúde e o adoecer, focando no cuidado e no entendimento do homem enquanto sujeito integral e subjetivo (MELLO FILHO, BURD et al, 2010; LIMONGI FRANÇA e RODRIGUES, 2008). Contudo, seu conceito é multifacetado e ainda discutível devido sua complexidade e dimensão.

Atualmente, segundo Zimmerman (2008), é incontestável a interação entre corpo e mente por parte dos profissionais de saúde. Sob sua ótica, a interação entre o psiquismo alterando a saúde do corpo e vice-versa é clara e facilmente identificável: seja na mãe que, logo após adotar, consegue conceber uma criança após inúmeras tentativas e tratamentos ou nos fenômenos do aparelho digestório e suas doenças associadas a quadros de ansiedade, depressão e stress, as somatizações atingem patamares complexos e por vezes inexplicáveis, suscitando o interesse e a pesquisa científica. Vale ponderar que a ideia de somatização surge da interação da tríade entre psíquico, biológico e social quando em decorrência de uma situação de tensão que ultrapassa

a capacidade do psiquismo de realizar uma elaboração psíquica e simbolização da situação, uma vez que a situação emocional permanece aprisionada no corpo (VALENTE, 2012).

A Psicossomática é ao mesmo tempo uma filosofia – pois define um conceito de ser humano – e ciência, pois tem como objeto os mecanismos de interação entre as dimensões mental e corporal. Além do corpo e da mente, está ligada ao fato relacional ambiental, de forma que a integração biopsicossocial é o objeto da psicossomática (ANGERAMI, 2011). Ainda, a psicossomática pode ser a postura de trabalhar com os fatos objetivos e subjetivos do indivíduo. A postura do profissional aqui envolvido é aquela de atenção aos fenômenos objetivos e subjetivos, concomitantemente.

Até momento foram exploradas as diferentes conceituações da terminologia deste objeto de estudo. Para uma melhor compreensão do desenvolvimento da abordagem psicossomática até os dias atuais, a perspectiva histórica demonstra com clareza o seu surgimento e entendimento contemporâneo.

### 3 PERSPECTIVA HISTÓRICA

Embora a psicossomática trace por si só um paradoxo entre um interesse remoto e ao mesmo tempo atual, a literatura mostra que a perspectiva histórica justifica em partes a ligação da dicotomia que secularmente foi concebida e compreendida separadamente. Surgida a partir de uma interlocução entre o discurso médico e o discurso psicanalista, a psicossomática levou anos até ser compreendida com a abrangência da atualidade.

Na antiguidade, o adoecer era considerado a manifestação de elementos sobrenaturais e a cura poderia ser alcançada através de rituais religiosos, uma vez que a compreensão das dualidades de vida e morte eram ligadas a estas crenças (VOLICH, 2000). O autor ainda refere que Aleméon, de Cretone, acreditava que a saúde era expressão de equilíbrio do Homem com o Universo. Empédocles, de Agriento, compreendia que o corpo era formado por quatro elementos e tal formação embasava os “humores”. Assim, estariam subordinados à luta entre o amor – uma fonte de integração – e o ódio – fonte de desintegração. Afirma que a partir de Sócrates surgiu a ideia que o homem era formado de uma essência imaterial, composta de sentimentos e atividade de pensamento.

Mello Filho, Burd et al (2010) referem que o termo psicossomática surgiu no século passado através de Heinroth, clínico e psiquiatra alemão, com a criação das expressões psicossomática (1918) e somatopsíquica (1928), uma vez que buscava elucidar a importância da integração dos aspectos físicos e anímicos do adoecer. Zimmerman (2008) afirma que Heinroth buscava um termo para adjetivar a insônia, mas que essa concepção pioneira foi fortemente atacada pelo meio científico na época. Um seguidor desta linha de pensamento foi o médico William Motsloy, que escreveu há mais de cem anos que quando o sofrimento não pode expressar-se pelo pranto, ele faz chorarem outros órgãos.

Contudo, o movimento só se consolidou no último século com Franz Alexander, Dunbar e a Escola de Chicago, quando tentaram relacionar certos tipos de personalidades com doenças orgânicas específicas com o ponto de partida do modelo médico. Conforme Zimmerman (2008), Alexander estudou e descreveu as “sete doenças psicossomáticas” e citou asma brônquica, úlcera gástrica, artrite reumatóide, retocolite ulcerativa, neurodermatose, tireotoxicose e hipertensão essencial, atribuindo a cada uma delas uma especificidade do conflito psicogênico. Nos anos 30, as investigações experimentais acerca das variáveis fisiológicas das emoções contribuíram para o avanço das investigações psicossomáticas (MELLO FILHO, BURD et al, 2010). A incerteza sobre a relação mente-corpo se expressa no próprio termo, uma vez que a delimitação das convicções encontra

uma série de complexidades e acaba por fundir-se.

Volich (2000) afirma que a Escola de Chicago, surgida nos anos 30, deixou marcas permanentes à Psicossomática no âmbito da forma de agir, pensar e trabalhar de algumas gerações de terapeutas. Flanders Dunbar, O. English e Alexander dirigiram seus trabalhos no sentido de estabelecer relações entre conflitos emocionais e estruturas de personalidade com alguns tipos de doenças somáticas, como úlcera, diabetes, enxaquecas e distúrbios digestivos assim como primeiras pesquisas das reações emocionais e o Sistema Nervoso Central. Alexander, porém, acreditava que a frequência estatística da ocorrência dos traços de personalidade não era o mesmo que relação causal. Para ele, estados emocionais provavam a cronificação de alterações fisiológicas que normalmente acompanham emoções, alterações que se regularizam quando tais emoções se expressam e se desfazem (CASETTO, 2006). Entretanto, foi só na década de 40 que o termo psicossomática passou a ser utilizado para designar a decisiva e contumaz influência dos fatores psicológicos nas doenças orgânicas, admitindo sua inseparabilidade no campo da medicina (ZIMERMAN, 2008).

Dos anos 50 até 1962 foi consolidando-se a Escola Psicossomática de Paris, liderados por Pierre Marty. Junto a um grupo de psicanalistas, Marty ampliou a teoria e a clínica psicossomática e introduziu uma continuidade de conceitos clínicos entre a abordagem médica e a abordagem psicanalítica dos sintomas tanto psíquicos quanto somáticos (VOLICH, 2000). O modelo proposto por Marty resgata a ideia que um menor grau de atividade mental corresponde a uma maior vulnerabilidade somática. A sintomatologia era compreendida a partir de uma concepção metapsicológica e econômica como forma de vislumbrar os destinos da excitação pulsional no organismo e suas possibilidades de descarga. Assim, diante de um traumatismo, o paciente com atividade mental pouco desenvolvida não teria recursos mentais suficientes para lidar com um excesso de estimulação. A desorganização, por sua vez, atingiria as funções somáticas, menos evoluídas (MELLO FILHO, BURD et al, 2010).

Na década de 70, os analistas americanos John Nemiah e Peter Sifneos pesquisaram a forma de comunicação dos pacientes somáticos. Para eles, os pacientes com doenças psicossomáticas clássicas apresentavam grande dificuldade de expressar ou descrever suas emoções através da palavra assim como apresentavam a desordem específica nas suas funções efetivas e simbólicas, acarretando forma confusa e improdutiva de comunicação (VOLICH, 2000). Esta maneira diferenciada de comunicação foi chamada de alexitimia. Ainda para o autor, os estudos de Nemiah e Sifneos não apontam que esta forma de comunicação é única aos pacientes psicossomáticos e foram de grande valia para o entendimento e novas explorações acerca da comunicação entre paciente e analista.

No final do século XIX, a teoria freudiana buscou explicações para os fenômenos histéricos que fugiam do cuidado e da prática médica (LEITE, 2012). Através do adoecimento do corpo sem causa orgânica e da apreciação da ideia de um corpo erógeno e investido libidinalmente, Freud (1909) percebera a manifestação de novas investigações no campo do adoecer. Desta forma, a teoria citada já reconhecia a necessidade de uma área do conhecimento situada entre o espaço intermediário entre corpo e mente e também na intermediação das relações interpessoais (MELLO FILHO, BURD et al., 2010).

Sob outra ótica, Volich (2000) afirma que a pesquisa microscópica atingiu o nível celular e ampliou os conhecimentos sobre agentes de doenças, possibilitando o desenvolvimento da medicina preventiva e da imunologia. No início do século XIX, as perturbações mentais, graças ao empenho de Pinel, passaram a ser efetivamente reconhecidas como doenças. Assim, não apenas inaugurou-se o reconhecimento e os estudos acerca do sofrimento psíquico, mas iniciou-se o caminho para a humanização e tratamento de doenças mentais

uma vez que não necessariamente tais doenças estavam vinculadas a doenças ou lesões tão somente corporais.

A Associação Brasileira de Psicossomática ganhou força no país somente na década de 80. Até então, era encarada como uma medicina “marginal e revolucionária” (ANGERAMI, 2011). A deteriorização progressiva do sistema público de saúde e a sua privatização rápida neste período foram fatores que contribuíram para uma menor oferta de serviços de qualidade a população. Ainda para Angerami (2011), houve uma maior busca por medicina alternativa, o que motivou a parcela fiel de profissionais da saúde a ampliarem seus conhecimentos na busca de investigações eficazes e tratamentos diferenciados.

A literatura mostra que, sob uma perspectiva histórica, o olhar reducionista da medicina sobre o homem levou algumas centenas de anos no processo de humanização. O olhar médico embrutecido, chamado por Lacan (1966) de Falha Epistemossomática ocorre quando o corpo é considerado apenas um sistema homeostático, em sua pura presença animal — corpo biológico estabelecido pela ciência médica. Ainda na teoria lacaniana, a noção de falha pode ser utilizada para definir o efeito do progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo, onde quanto mais a medicina científica avança, mais ela ganha em dada ótica, e mais ela perde, em outra. Ao mesmo tempo em que a medicina foi evoluindo sobre alicerces racionais e científicos, o distanciamento entre médico e paciente resultaram na inevitável diminuição do valor da fala e da escuta na relação clínica. À seguir, será abordado o olhar integral da condição humana do indivíduo.

#### 4 A HOLÍSTICA DO HOMEM

Mello Filho, Burd et al (2010) mencionam que a Psicossomática evoluiu em fases distintas. Na fase inicial ou psicanalítica, houve predomínio dos estudos sobre a gênese inconsciente das enfermidades, sobre as teorias da regressão e sobre os benefícios secundários do adoecer, entre outras. A fase intermediária, ou behaviorista, pode ser caracterizada pelo estímulo à pesquisa em homens e animais, onde o objetivo era o de enquadrar os achados à luz das ciências exatas e o grande estímulo aos estudos sobre estresse. Por fim, a última fase, chamada de atual ou multidisciplinar, emergiu a importância do social e a visão Psicossomática como uma atividade essencialmente de interação e de interconexão entre vários profissionais de saúde.

Esféra importante na compreensão do adoecimento do homem é a cultura que está inserido. De acordo com Zorzaneli (2011), os sintomas físicos sem explicação médica mudam conforme a tendência cultural de dado período. Segundo a autora:

Os indivíduos tendem a produzir sintomas adaptados aos quadros nosológicos vigentes e dissipados na cultura, assim como os médicos tendem a encaixar os sintomas relatados por seus pacientes nas entidades clínicas disponíveis. Destarte, padrões e formas de apresentação dessas doenças se baseiam em um suprimento culturalmente disponível de sintomas associados às ideias científicas vigentes sobre o corpo, às explicações culturalmente válidas para certas doenças, à memória coletiva sobre como se comportar quando doente. Isso significa que, sob algumas circunstâncias sócio-históricas, interpretamos os sinais às vezes disparatados que o corpo nos envia como evidência de certas doenças e não de outras, sendo os sintomas preferenciais aqueles que se enquadram no panorama legitimado pela ciência médica. (ZORZANELLI, 2011, p. 27).

No transtorno de somatização (F45.0), de acordo com o CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças, 2001), os aspectos principais são sintomas físicos múltiplos, recorrentes e frequentemente mutáveis. Em geral têm estado presentes por vários anos antes que o paciente seja encaminhado para

um psiquiatra. A maioria dos pacientes tem uma longa e complicada história de contato com serviços médicos tanto primários quanto especializados, durante a qual muitas investigações negativas ou operações infrutíferas podem ter sido realizadas. A mesma fonte ainda destaca que podem ser referidos sintomas relacionados a qualquer parte ou sistema do corpo, mas sensações gastrointestinais e sensações cutâneas anormais e erupções ou manchas estão entre as mais comuns. Queixas sexuais e menstruais são também comuns. Depressão e ansiedade marcantes estão frequentemente presentes e podem justificar tratamento específico. O transtorno é muito mais comum em mulheres do que em homens e usualmente começa no início da idade adulta e pode ser observada a dependência ou abuso de medicação.

O Transtorno de Sintoma Somático (TSS) é um termo abrangente que descreve um grupo de pacientes que sofrem sintomas somáticos aflitivos, juntamente com pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em relação a esses sintomas, cuja intenção é descrever a maioria dos pacientes que anteriormente recebiam diagnósticos como transtorno de somatização, transtorno doloroso e hipocondria (BARNHILL e DICKERMAN, 2015). A categoria de Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados no DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2014), enfatiza o diagnóstico feito com base em sinais e sintomas positivos (sintomas somáticos perturbadores associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a esses sintomas) em vez da ausência de uma explicação médica para sintomas somáticos. A integração de componentes afetivos, cognitivos e comportamentais aos critérios do transtorno de sintomas somáticos proporciona uma reflexão mais abrangente e precisa do verdadeiro quadro clínico do que seria possível avaliando-se apenas as queixas somáticas. O Transtorno de Sintomas Somáticos (300.82 - F45.1) apresenta como critérios diagnósticos:

- A. Um ou mais sintomas somáticos que causam aflição ou resultam em perturbação significativa da vida diária.
- B. Pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas somáticos ou associados a preocupações com a saúde manifestados por pelo menos um dos seguintes:
  - 1. Pensamentos desproporcionais e persistentes acerca da gravidade dos próprios sintomas.
  - 2. Nível de ansiedade persistentemente elevado acerca da saúde e dos sintomas.
  - 3. Tempo e energia excessivos dedicados a esses sintomas ou a preocupações a respeito da saúde.
- C. Embora algum dos sintomas somáticos possa não estar continuamente presente, a condição de estar sintomático é persistente (em geral mais de seis meses). (DSM-5, 2014, p. 311).

Uma série de eventos controversos ocorreram ao longo das edições do DSM-5 e CID-10 no que se refere ao emprego do termo “psicossomática” (AVILA, 2012). Entendendo-se que o adoecimento é um processo global, não seria coeso considerar e pontuar o uso do termo apenas nos casos em que o fator psicológico estivesse presente. A primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana, evitou o termo “Transtornos psicossomáticos” pois considerava mais um ponto de vista do que uma psicopatologia em si. A segunda edição teve orientação mais psicanalítica e o DSM-III utilizou o epônimo “Síndrome de Briquet” como sinônimo para o Transtorno de Somatização. O DSM-IV e a CID-10 utilizaram o termo “somatização” e retirou a “Síndrome de Briquet” como sinônimo para o transtorno de somatização. O DSM-IV-TR cita cinco transtornos somatoformes, incluindo o transtorno de somatização, que são transtorno conversivo, hipocondria, transtorno dismórfico corporal e transtorno doloroso (AVILA, 2012).

Para Zorzaneli (2011), na primeira edição do DSM em 1952 - que fora desenvolvida logo após a Segunda Guerra Mundial - observa-se a emergência da categoria dos transtornos não psicóticos em resposta ao serviço militar e ao combate. Os sintomas eram relacionados à expressão fisiológica da emoção e do afeto, com a parte subjetiva reprimida e o tratamento basicamente era o psicoterápico. Na segunda edição (1968) o termo “reação” fora substituído por neuroses, psicoses e transtornos. Nesta fase, a psiquiatria americana é marcada pelas evidências e pesquisas neurocientíficas. Na terceira edição do Manual, datada em 1980, foi adotada a categoria “Fatores psicológicos que afetam as Condições Físicas” (FPACF), fase marcada pela maior abrangência das denominações das condições dos transtornos. Fora incluído o formato multiaxial do diagnóstico que previa transtornos de personalidade concomitantes com condições médicas e estressores. Já a quarta edição (2002) suprime o termo psicossomático como categoria médica. Cita a autora:

O CID-10 admite que os termos psicogênico e psicossomático não são mais utilizados nos títulos de suas entidades classificatórias pela diversidade de seus significados em diferentes línguas e tradições psiquiátricas. Como se pode observar, novas categorias passam a abarcar os sintomas de quadros relativos a queixas sem lesão e os relacionados aos com lesão, embora com fatores psicossociais em sua base etiológica (ZORZANELLI, 2011, p. 29).

No DSM-5 (2014), os sintomas estão presentes em graus variados, particularmente no transtorno conversivo, mas transtornos de sintomas somáticos também podem acompanhar doenças médicas diagnosticadas. A confiabilidade para determinar que um sintoma somático é clinicamente inexplicado é limitada, e estabelecer um diagnóstico na ausência de uma explicação é algo problemático e reforça a dicotomia mente-corpo. Não é apropriado dar a um indivíduo um diagnóstico de transtorno mental unicamente por não se conseguir demonstrar a causa médica. Ainda, a presença de um diagnóstico médico não exclui a possibilidade de um transtorno mental comórbido, incluindo um transtorno de sintoma somático e transtornos relacionados.

Embora a categorização e ilustração de acordo com o DSM-5 e CID-10 auxiliem no diagnóstico e na mensuração do prognóstico, o fenômeno psicossomático toma para si uma dimensão complexa (ZORZANELLI 2011). Para a autora, em alguns quadros de doenças instauradas, os fatores psicossociais são pouco enquadrados na detecção através das tecnologias biomédicas que dispomos. As doenças com ou sem lesão, cujos fatores psicossociais contribuem para sua gênese, alteram o senso comum da medicina moderna e lançam um olhar mais investigativo para a subjetividade do indivíduo.

A Medicina Psicossomática e a Psicanálise assemelham-se paradoxalmente conforme Mello Filho, Burd et al (2010). Epistemologicamente, referem os autores que a Medicina Psicossomática é um estudo das relações mente-corpo com ênfase na explicação psicológica da patologia somática onde há a assistência integral e uma transcrição para a linguagem psicológica dos sintomas corporais. Por sua vez, a psicanálise é uma atividade terapêutica, um método de investigação da mente e por fim, um olhar para a psicologia em função do inconsciente. Logo, a partir do contexto holístico torna-se importante um enfoque da Psicossomática à luz da teoria psicanalítica.

## 5 CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS

A psicanálise ocupa um lugar de relevo no estudo da psicossomática. Para Volich (2000), ao iniciar a prática clínica e deixar a pesquisa neurológica, Freud percebeu que as manifestações corporais da histeria não correspondiam apenas às ocorrências corporais e sim a estruturas imaginárias ou afins. Freud (1909) passou

a construir seu legado acerca das manifestações psíquicas e corporais, pois para ele, a experiência humana é perpassada por conflitos de múltiplas naturezas, cujos efeitos são constitutivos da personalidade. Voltado à singularidade dos processos a que o homem se dispõe, a psicanálise procura esclarecer as circunstâncias em que as diferentes formas de sofrimento se manifestam no psiquismo ou no corpo (VOLICH, 2000).

As disfunções sem causa orgânica na psicanálise vislumbram a diferença entre sintoma e fenômeno psicossomático (RINALDI, NICOLAU e PITANGA, 2013). De acordo com as autoras, o corpo anuncia que há um sujeito na causa da patologia, de forma que a via somática é o preâmbulo biográfico ao outro, uma vez que a técnica e o procedimento médico podem encobrir o sintoma - mas não impedem o gozo localizado no corpo. Além da dimensão física, a integração psicossomática é atravessada pelo processo de amadurecimento, em termos comportamentais, que se relaciona com algo árduo como tarefa e que pode vir a se perder a qualquer momento (HAMMOUD, 2015). Winnicott (1966) afirma que nesta tarefa específica de integração não há área do desenvolvimento da personalidade que não esteja envolvida.

Avila (2012) afirma que toda a abordagem médica do nascimento da medicina científica é psicossomática, pois os processos mentais e os corporais não podiam ser tão somente separados no período anterior a instauração do método cartesiano. Em paradoxo, para ele somente nos últimos cem anos é que a psicossomática vem tomando forma na caminhada junto à psicanálise, pois toma um amplo campo de estudo através das evidências das manifestações corporais, agravando quadros patológicos e traduzindo conflitos psíquicos no próprio organismo. O autor ainda refere que:

O pensar e o sentir são, por definição, matéria psíquica. Podemos dizer que o ver é da ordem do sensorial, portanto do somático, enquanto o agir é da ordem da conduta, do comportamento, das atitudes. Se o psíquico for excluído, suprimido, reprimido, eclipsado, haverá uma conexão direta entre nível da expressão no corpo, portanto um sintoma psicossomático (AVILA, 2012, p. 65).

A literatura demonstra que a somatização como resposta à dor mental é uma resposta psíquica comum do homem. A recíproca, por sua vez, é verdadeira, pois o corpo adoecido tem forte impacto sobre a mente, tão logo a dor e outros processos mentais desencadeiam a reação fisiológica (ZIMERMAN, 2008). De um modo geral, verificamos que a psicanálise tradicional praticamente elimina o corpo da clínica, dando-lhe, por exemplo, o sentido de símbolo ou priorizando o aspecto mental (DIAS, 2012). O entendimento da tríade biopsicossocial justifica uma dinâmica mais complexa no binômio corpo e mente, pois pressupõe ações integradas e interdisciplinares (PEREIRA, BARROS E AUGUSTO, 2011).

A teoria freudiana apresenta como modelos para a compreensão da sintomatologia somática a conversão histérica e a neurose atual. Para Freud (1915), a conversão histérica se caracteriza como a conversão somática da energia psíquica e o sintoma corporal tem uma relação com os conflitos sexuais infantis e se constitui como uma formação de compromisso simbólico resultante do conflito entre infantil, pulsão e recalque. Zorzanelli (2011) sugere que a conversão pressupõe que um órgão ou parte do corpo escolhida para a manifestação do sintoma tem relação inconsciente com o trauma que lhe deu origem, diferenciando-se do sintoma psicossomático. Ainda para Zorzanelli (2011), a conversão histérica pressupõe uma ligação de sentido entre a região do corpo afetada pelo sintoma e o conflito que ela origina, mas não há relação de sentido no órgão ou sistema no qual o somatizador está afetado, uma vez que há carência de mentalização, simbolização e presença de pobreza de fantasia no paciente. A neurose atual, por sua vez, é produzida por aquilo que mantém a tensão sexual somática afastada da esfera psíquica e o que interfere na sua elaboração (VOLICH, 2000). Para o autor, algumas teorias psicossomáticas de orientação psicanalítica continuam sendo

marcadas ao longo dos anos de investigação e estudo pelo modelo de histeria, uma vez que é considerado sintoma somático por resultar de um conflito inconsciente, de forma a ter significado simbólico.

Embora o afeto possua suma importância para a psicanálise, Freud nunca fez uma definição do conceito ou esclareceu sua natureza e origem (TEIXEIRA e WINOGRAD, 2011). Ao descrever as expressões “quantum” ou “cota de afeto”, designando a intensidade psíquica da excitação somática, Freud (1893) designava que cada impressão psíquica estaria provida de valor afetivo e que o indivíduo estava imbuído de reduzir esta quantidade ao nível mínimo para seu funcionamento psíquico. Ainda para Freud (1893), o psiquismo reagiria por via motora quanto à descarga da quantidade recebida, sendo categorizadas em processamento motor, processamento por palavras e processamento associativo.

Na formação do sintoma neurótico, Freud (1893) cita a presença de dois desses mecanismos: a descarga do quantum de afeto teria sido suspensa e este teria se fixado numa representação diferente da qual estaria originalmente ligado, tornando esta nova representação patógena devido a uma intensidade inadequada; ou o quantum de afeto seria escoado para as intervenções somáticas, produzindo alterações no funcionamento corporal. Refere ainda Freud (1915) que o afeto é um processo que implica um aumento da tensão psíquica, o movimento da tensão para o aparelho psíquico, a descarga e a percepção para dentro do corpo e as sensações ligadas a este processo. Desta forma, na obra freudiana, o sujeito percebe as variações corporais e psíquicas provocadas pelo afeto nas percepções de descarga e prazer-desprazer, condicionando-as na rede de representações que compõem seu consciente e pré-consciente.

O fenômeno psicossomático está associado ao real, pois está fora da dimensão simbólica (LACAN, 1954 - 1955). O autor denomina um gozo fixado, cuja passagem ao inconsciente é tarefa difícil na clínica psicanalítica enquanto o olhar médico visa subscrevê-lo. A possibilidade do trabalho analítico com pacientes somáticos pode ser orientada de acordo com três direções de elaborações lacanianas, que são a dimensão narcísica, a dimensão significativa e a dimensão do gozo. O autor trabalhou a relação ao objeto do ponto de vista da pulsão e do narcisismo, dizendo que para que haja relação com o objeto, é preciso uma relação narcísica entre o eu e o outro – sendo esta a limitação do que se refere ao campo da neurose e o que é do campo da psicossomática. A psicossomática pertence à esfera da estrutura da linguagem e do autoerotismo movido pela pulsão de morte e só possui significado para a psicanálise porque mantém uma relação com a lei do desejo. A dimensão significativa, por sua vez, está relacionada ao conceito de holófrase, estando incluída como um dos defeitos da gelidificação entre a debilidade mental e a psicose. Por fim, ao referir-se a dimensão do gozo, o autor afirma que “o psicossomático é algo que, de todo modo, no seu fundamento, está profundamente arraigado no imaginário”. Para Rinaldi, Nicolau e Pitanga (2013), o que se espera na direção da cura é um tratamento do gozo que possa dar sentido ao real, apontando para um gozo específico e sustentado por um significante indutor.

Mais uma vez o corpo, que é autobiográfico, representa e fala através da descarga de sensações e emoções primitivas. Já elaborava Jung (1964, p. 104) que “o homem gosta de acredita-se senhor da sua alma. Mas enquanto for incapaz de controlar os seus humores e emoções, ou de se tornar consciente das inúmeras maneiras secretas (...), certamente não é seu próprio dono”. Na compreensão desta e outras facetas, o manejo clínico do paciente psicossomático é de suma importância para a avaliação adequada e, conseqüentemente, tratamento eficaz.

## 6 MANEJO CLÍNICO

Uma das marcas na cultura contemporânea é a aposta na possibilidade de uma vida plena de prazer contínuo e isenta da doença, onde sintomas psicossomáticos, compulsões, adições, depressão e síndrome do pânico indicam a falácia desse desejo (ALBUQUERQUE, 2013). A manifestação psicossomática surgirá em algum momento, em maior ou menor grau e intensidade (ZIMERMAN, 2008). Para a literatura, não há estrutura psíquica própria ao paciente psicossomático tampouco clínica especializada, porém se faz fundamental o conhecimento dos fundamentos epistemológicos que sustentam essa abordagem (DIAS, 2012).

Objeto transdisciplinar por excelência, o corpo demanda compreensão da sua existência na sociedade e na cultura na qual o indivíduo está inserido, sendo o elo entre a porção física e porção psíquica (AVILA, 2012). Suprimida eventualmente, uma questão importante no transcurso de amadurecimento do indivíduo é a confiança deste para com seu ambiente (HAMMOUD, 2015). Para a autora, nesta base de confiança, o mundo será encontrado e absorvido pelo próprio sujeito, levando-o à experiência da ilusão onipotente de sua criação e otimizando-o para novas experiências.

A técnica psicanalítica utilizada dependerá de uma série de fatores, como tipificação singular das psicossomatizações, esquema referencial utilizado pelo psicanalista, tipo de leitura que o analista faz dos sintomas manifestos, tipo de interação transferencial, fatores biopsicossociais, entre outros (ZIMERMAN, 2008). Em contraponto, determinadas técnicas psicoterapêuticas podem ser aplicadas de acordo com a necessidade do paciente (BLUMENFIELD e TIAMSON-KASSAB, 2010). A catarse ou ventilação dá oportunidade ao paciente de expressar suas dores e medos, antes mesmo da intervenção do questionário diagnóstico. Por outro lado, a doença ou lesão pode trazer perda grave ou potencial para o indivíduo, como na capacidade laboral ou social (LIMONGI FRANÇA e RODRIGUES, 2008). Desta forma, o trabalho do luto age de forma a reajustar o processo intrapsíquico da perda através do reconhecimento da situação, do paciente permitir-se sentir a dor e na sequência desenvolver a capacidade de normalizá-la, monitorar sinais de perigo durante a fase e promover o apoio social (ZIMERMAN, 2008).

Pacientes somatizadores apresentam dificuldades para produzir fantasias inconscientes e na formação de símbolos, o que conseqüentemente arremete a capacidade de abstração, conceituação e generalização, cedendo seu lugar ao pensamento concreto (ZIMERMAN, 2008). Para Zago (2013), quando no cotidiano o todo é percebido sem clareza estrutura-se um pensamento que tende a representar os objetos como se eles estivessem desligados de suas condições históricas e sociais. Ao representar os objetos desta forma, este tipo de pensamento acaba por negar o movimento dialético dos elementos, afastando-se do mundo real rumo a pseudoconcreticidade.

O paciente pode criar diversas fantasias em relação à doença. De acordo com Blumenfield e Tiamson-Kassab (2010), os pacientes podem expressar sentimentos de culpa relacionados a eventos presentes ou passados, uma vez que a fantasia costuma estar relacionada à estrutura psicodinâmica da personalidade. Por outro lado, pode haver ganho secundário na manifestação do adoecimento do corpo. Para Freud (1905), assim como o ganho primário no mecanismo da conversão pode se apresentar como uma solução mais econômica (à medida que poupa o sujeito de um trabalho psíquico), o ganho secundário está inscrito na dimensão de uma fala inconsciente. Na obra freudiana, os fenômenos psicossomáticos parecem implicar num fechamento do gozo num ponto do corpo, evocando a possibilidade de situá-los do lado das neuroses atuais.

Não raros são casos de pacientes somatizadores com queixas de separação, perdas e baixa auto-estima.

No paciente somatizador é comum a constatação que a mãe utilizava o corpo do bebê como extensão do seu, e desta forma, o indivíduo fica vulnerável em situações de separação na adultez (ZIMERMAN, 2008). Assim, o corpo desempenha papel central, representando uma via real de acesso aos processos de simbolização e subjetivação (WINNICOTT, 1960/1990). Socialmente, o corpo traz na sua constituição e em seu funcionamento as marcas das experiências com outro humano, cuja perturbação dessas relações com seus semelhantes, sobretudo nos primórdios da vida, é elemento potencial de instabilidade do funcionamento psicossomático (VOLICH, 2000). Na experiência infantil, estes processos ganham importância nas interações precoces, dando lugar a uma atividade de mentalização e figuração essencial na formação do aparelho psíquico do bebê. Refere Dias:

Com o manuseio concreto, os cuidados oferecidos, o toque amoroso da mãe, o bebê elabora imaginativamente, por meio da psique, um soma que vive todo tipo de experiência corporal. Gradativamente, pelas repetições das experiências corporais, o bebê estabelece um vínculo íntimo entre tudo o que lhe acontece, de modo que o resultado seja uma coesão psicossomática, uma pessoa inteira. O último elemento a surgir nesse processo é a mente, como consequência natural do estabelecimento da psique. Uma das funções da psique é promover o surgimento da mente, que ajudará o bebê a lidar com as falhas maternas (2012, p. 28 – 29).

Em relação aos vínculos, o paciente somático apresenta resposta contratransferencial difícil (ZIMERMAN, 2008). Para ele, cabe ao terapeuta incentivar o paciente à verbalização de fantasias, desejos e afeto com fins de desenvolvimento da capacidade de pensar, assim como realizar a análise das funções do ego consciente, sensações e sentimentos a fim de estabelecer vínculo entre consciente e inconsciente. O processo contratransferencial, ao se tornar mais difícil, demanda mais atenção para perceber as manifestações emocionais e comportamentais da dupla terapêutica (EIZIRIK e LEWKOWICS, 2005) e sua tradução pode ser contraditória ao que realmente se passa neste espaço (WOLFF e FALCKE, 2011). Como modalidade, a Psicoterapia Breve pode trazer benefícios e utilizada como técnica terapêutica, pois embora limitada no tempo, mobiliza a transferência positiva nos casos de pacientes hospitalizados ou pacientes em condições adversas (BLUMENFIELD e TIAMSON-KASSAB, 2010).

Ainda sobre o manejo técnico, a literatura refere que o método dialético igualmente é um bom recurso técnico, pois busca as relações concretas e afetivas por trás dos fenômenos (ZAGO, 2013). As teses dos pacientes quando contrapostas pela antítese do analista tem como objetivo a construção de uma nova síntese (ZIMERMAN, 2008). Para o autor, um *insight* pode levar a uma outra concepção e movimentar o processo de forma crescente e expansiva, tendo como base a atitude psicanalítica interna do analista, englobando continência e empatia. Ainda neste raciocínio, Angerami (2013) cita o profissionalismo afetivo, assinalando-o como a postura não apenas genuína por parte do profissional, mas o tratamento do doente com respeito pela sua dor e sofrimento. Para ele, esta postura implica a adequação de um conjunto de procedimentos em que ocorrerá um afloramento da sensibilidade emocional do profissional de saúde diante da reflexão dos procedimentos a serem adotados.

Pelo que foi visto, fatores emocionais possuem clara influência sobre o sistema imunológico. Para Salles e Silva (2011), a ansiedade vem sendo estudada pelas áreas de psicossomática e psiconeuroimunologia como fator predisponente em inúmeras doenças, fato que sugere que a minimização de comportamentos ansiosos traria benefícios à saúde. Parece que a presença ou não de satisfação pessoal e bem-estar biopsicossocial agem sobre a imunidade e vice-versa.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Já elaborava Freud (1905), no caso Dora, que “nenhum mortal pode guardar um segredo; se sua boca permanece em silêncio, falarão as pontas de seus dedos (p.78)”. Da mesma forma, o corpo inicia processos de enraizamentos psíquicos na materialidade corporal e vice-versa. Sob o objetivo de ampliar a investigação da intervenção profissional ao paciente, a postura psicossomática busca alcançar a compreensão de todas as esferas da vida do homem e as formas por quais as doenças desencadeiam no seu organismo.

Embora a medicina moderna busque a objetividade na detecção das doenças, a investigação de fatores subjetivos se faz necessária para uma cura real. O saber da psicossomática visa ampliar e reconhecer recursos diagnósticos e terapêuticos da medicina ocidental. A busca de novos horizontes e olhar alternativo, com ética e profissionalismo, além do real interesse pelo paciente são fundamentais nesta abordagem. É possível compreender que os profissionais devem buscar um novo modelo conceitual, que empregue a investigação e o entendimento do homem enquanto ser influenciado por diversos vetores para a integração de corpo e mente associados aos fenômenos do processo de saúde e doença.

Esta conclusão não deve ser interpretada como algo finito, mas sim como um impulso para a realização de maior investigação sobre esta temática. A análise de todo material pesquisado permitiu identificar a necessidade de maiores estudos e pesquisas na área de forma a promover a abordagem complexa, e ao mesmo tempo, tão íntima à subjetividade do homem, estudada ao longo dos séculos.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. B. de. A potência da dor. A dor psíquica, de Isabel Fortes. Rio de Janeiro, Companhia Freud: 2012. **Àgora** (Rio de Janeiro) v. XVI. Número especial abr 2013, p 159 – 163. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v16nspe/12.pdf>>.
- ANGERAMI, V. A.; et al. **Psicologia da Saúde** – Um novo significado para a Prática Clínica. São Paulo: Cengage Learning, 2011.
- ANGERAMI, V. A. **Psicossomática e suas Interfaces** – O processo silencioso do adoecimento. São Paulo: Cengage Learning, 2013
- ÁVILA, L. A. O corpo, a subjetividade e a psicossomática. **Tempo Psicanalítico**. Rio de Janeiro, 2012. v. 44, n. 1, p. 51 – 69. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v44n1/v44n1a04.pdf>>.
- BARNHILL, J. W.; DICKERMAN, A. Transtornos de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados, Cap. 9. In: BARNHILL, J. W. **Casos Clínicos do DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BLUMENFIELD, M.; TIAMSON-KASSAB, M. **Medicina Psicossomática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BRANDÃO, J. S. **Mitologia Grega**, 4. ed., v.1–2. Rio de Janeiro: Vozes, 1988.
- CASSETTO, S. **Sobre a importância de adoecer**: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica do século XX. Universidade Católica de São Paulo, 2006.
- CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças – Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- DIAS, M. de F. **A existência Psicossomática**: Aspectos Clínicos, 2012. Versão ampliada do texto apresentado no I

Colóquio Internacional Winnicottiano / IV Colóquio Winnicott do Triângulo Mineiro, realizado na Universidade Federal do Triângulo Mineiro nos dias 9 e 10 de setembro de 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/wep/v7n1/a02.pdf>>.

DSM-5 – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed – 2014

EIZIRIK, C. L.; LEWKOWICS, S. Contratransferência. In: EIZIRIK, C. L.; et al. (Eds.), **Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005

FREUD, S. **Obras Completas**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2006.

FREUD, S. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar (1893), p. 39 - 81. **Estudos sobre a histeria**, 1893 - 1895, v. II.

FREUD, S. As Neuropsicoses de Defesa (1893) p. 51 – 67. **Primeiras publicações Psicanalíticas - 1893 - 1899**, v. III.

FREUD, S. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905 [1901]), p. 26 – 108. **Um caso de Histeria, Três Ensaios sobre Sexualidade e outros trabalhos - 1901 - 1905**, v. VII.

FREUD, S. Romances Familiares (1909{1908}), p. 217 – 227. **Gradiva de Jensen e outros trabalhos**, 1906 – 1908, v. IX.

FREUD, S. Repressão (1915), p. 147 – 164 e Inconsciente (1915), p. 165 – 176. **A história do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos**, 1914 – 1916, v. XIV

FREUD, S. Conferência XXVI. A teoria da libido e o narcisismo (1915), p. 413 – 448. **Conferências Introdutórias sobre Psicanálise**, 1915 - 1916, parte III, v. XVI

HAMMOUD, T. C. Transtornos psicossomáticos e o brincar: um caso clássico. **Winnicott e-prints**, vol.10, no.1 São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/wep/v10n1/v10n1a07.pdf>>.

JUNG, C. G. **O homem e seus símbolos**. 2. ed. especial brasileira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira Participações S/A, 2011 (Original publicado em 1964).

LACAN, J. “Psicoanálisis y Medicina”. In: LACAN, Jacques. **Intervenciones y Textos I**. Buenos Aires: Manantial, 2001 (Original publicado em 1966).

LACAN, J. **O Seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985 (Original publicado em 1954 – 1955).

LEITE, S. Histeria de Conversão: Algumas questões sobre o corpo na psicanálise. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 83-102, 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v44n1/v44n1a06.pdf>.

LIMONGI FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. **Stress e Trabalho - Uma abordagem Psicossomática**. 4. ed. Porto Alegre: Atlas, 2008.

MELLO FILHO, J.; BURD, M.; et al (2010). **Psicossomática Hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. dos S.; AUGUSTO, M. C. N. de A. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em foco, 2011. **Mental** - ano IX - nº 17 - Barbacena-MG - jul./dez. 2011 - p. 523-536. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n17/02.pdf>>.

RINALDI, D.; NICOLAU, R. F.; PITANGA, C. E. G. do A. Do fenômeno psicossomático ao sintoma. **Âgora**, v. XVI, número especial. Rio de Janeiro: 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v16nspe/07.pdf>>.

SALLES, L. F.; SILVA, M. J. P. Correlação entre ansiedade e anéis de tensão. **Revista Brasileira de Enfermagem Referência**, III n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a01.pdf>>.

TEIXEIRA, L. C.; WINOGRAD, M. Afeto e adoecimento do corpo: Considerações Psicanalíticas. **Agora** Rio de Janeiro,

v. XVI, nº 2, jul/dez 2011, p. 165 – 182. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v14n2/a01v14n2.pdf>>.

VALENTE, G. B. A questão da simbolização na psicossomática: Estudo com pacientes portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e de transtorno do pânico, 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26102012-153618/pt-br.php>.

VOLICH, R. M. **Psicossomática**: de Hipócrates à Psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

WERNECK, A. L.; BEZAS, G. Idioma Grego: análise da etimologia anatomocardiológica: passado e presente. **Revista Brasileira Circular de Cardiologia**, v. 27, n. 2, p. 318–26, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v27n2/v27n2a22.pdf>>.

WINNICOTT, D. W. (1990). Teoria do relacionamento paterno-infantil (I. C. S. Ortiz, Trad.). In: D. W. Winnicott. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1960).

WINNICOTT, D. W. Transtorno psicossomático [I – A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos]. In: D. Winnicott. **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994 (Original publicado em 1966).

WOLFF, C.; FALCKE, D. A contratransferência na clínica psicanalítica contemporânea, **Análise Psicológica**, n. 2 (XXIX), p. 201-214, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v29n2/v29n2a02.pdf>>.

ZAGO, L. H. O método dialético e a análise do real. **Kriterion**, Belo Horizonte, n. 127, p. 109-124, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/kr/v54n127/n127a06.pdf>>.

ZIMERMAN, D. E. **Manual da Técnica Psicanalítica, uma re-visão**. Porto Alegre: Artmed, 2008

ZORZANELLI, R. T. Sobre os diagnósticos das doenças sem explicação médica. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 16, n. 1, p. 25–31, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n1/a04v16n1.pdf>>.