RBPsicoterapia
Revista Brasileira de Psicoterapia
Volume 14, número 1, 2012
www.rbp.celg.org.br

Assistência e ensino de psicoterapia no Programa de atendimento e estudos de somatização (PAES-UNIFESP)

José Atílio Bombana[*]
Cristiane Curi Abud[**]
Ricardo Almeida Prado[***]

[*] Psiquiatra e Psicanalista, Doutor em Psiquiatria pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Coordenador do PAES-UNIFESP, Professor do Curso de Psicossomática do Instituto Sedes Sapientiae, SP, Brasil.
[**] Psicanalista membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae onde participa do Grupo de Trabalho e Pesquisa em Dinâmicas Grupais, Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-SP, Doutora em Administração de Empresas pela FGV-SP, Psicóloga e Professora da UNIFESP-EPM, SP, Brasil.
[***] Psiquiatra e psicanalista, integrante do PAES, SP, Brasil.

Instituição: Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil.

Resumo:
O Programa de Atendimento e Estudos de Somatização (PAES-UNIFESP) é um serviço universitário público voltado para a assistência, ensino e pesquisa relacionados à somatização. Neste artigo, os autores traçam o percurso de mais de vinte anos de história (sendo mais de dez no atual formato). A seguir, fazem uma descrição das atividades, com ênfase para os atendimentos psicoterápicos de grupo, uma marca do serviço. Descrevem os métodos e técnicas empregados no atendimento dos pacientes, destacando como abordagem terapêutica central a psicoterapia de base psicanalítica, porém adaptada às peculiaridades dos somatizadores, que requer a utilização de distintas modalidades psicoterapêuticas. É abordado o ensino ministrado a alunos de psicologia e medicina, médicos residentes de psiquiatria e médicos de outras especialidades, que se dá através da assistência aos pacientes, aulas sobre psicossomática psicanalítica, supervisões, participação nas reuniões clínicas, produção de pesquisa e uma monografia sobre a sua experiência clínica. Quanto ao conteúdo e à metodologia de ensino, desta-

ca-se a elaboração de um diagnóstico segundo critérios psiquiátricos e psicodinâmicos na triagem, a partir do qual se avalia a abordagem técnica mais indicada para cada caso, o que inclui o estudo da transferência e da interpretação. São discutidos pontos de impasse do Programa como questões institucionais, a base teórica que fundamenta a abordagem terapêutica (a psicanálise) e vicissitudes do ensino, entre outros.

Palavras-chave: Psicoterapia, Ensino, Somatização, Psicossomática, Psicoterapia de Grupo, Psicologia, Medicina, Residência e Internato, Supervisão, Psicanálise, Psicoterapia Psicodinâmica, Tratamento.

Introdução

O Programa de Atendimento e Estudos de Somatização (PAES-UNIFESP) é um serviço universitário público voltado para a assistência, ensino e pesquisa sobre somatização. É parte da disciplina de Psicoterapia do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP.

Desde seu início, o programa vem utilizando psicoterapia de grupo, com características voltadas para pacientes somatizadores. Embora o atendimento grupal prevaleça, também utilizamos psicoterapia individual. Desenvolvemos ainda algumas modalidades de atendimento diferenciadas em relação à tradicional psicoterapia verbal, como a abordagem corporal e grupos com a utilização de objetos mediadores como fotografias (grupo de fotolinguagem).

A principal referência teórica do grupo de profissionais envolvidos no programa é a psicanálise, portanto é dentro desse marco teórico/clínico que desenvolvemos nossas atividades. Sabe-se, entretanto, que a abordagem psicanalítica mais tradicional não é adequada ao atendimento dos chamados somatizadores, em função de dificuldades particulares que apresentam, o que nos levou a utilizar *settings* psicoterápicos que levassem em conta tal funcionamento mental (por vezes chamado de pensamento operatório[1]).

A população com a qual trabalhamos é aquela frequentadora de uma instituição universitária pública (Hospital São Paulo/UNIFESP). Trata-se, na maioria, de pacientes do sexo feminino, de nível socioeconômico baixo, com uma proporção significativa de migrantes de outros estados, particularmente estados nordestinos; frequentemente também são atendidos em outros departamentos médicos da instituição.

Histórico

O PAES-UNIFESP iniciou-se há aproximadamente 20 anos, então com uma configuração diversa da atual, inclusive sem a atual denominação. Eram

aceitos pacientes que apresentassem dificuldades de inserção nos programas oferecidos pelo Departamento, não havendo grande especificidade no perfil dos mesmos. Gradativamente, o foco do trabalho foi se voltando para as questões de somatização, visto que grande parte dos pacientes apresentava esse perfil.

Em 1999, houve uma mudança na coordenação e na proposta do programa, optando-se por um enfoque mais específico nos critérios de entrada de pacientes, com um maior rigor no serviço de triagem, possibilitando o trabalho apenas com pacientes somatizadores. A equipe de trabalho foi se ampliando e incluindo profissionais de diferentes áreas. O perfil atual dos profissionais caminhou no sentido de se constituir uma equipe com uma perspectiva próxima da psicossomática psicanalítica, inserida numa instituição universitária pública[2].

Como o PAES funciona[2]

O programa atualmente se organiza por atividades voltadas para a assistência, o ensino e a pesquisa. A entrada dos pacientes ocorre mediante um setor de triagem, que inicialmente discrimina entre os que participarão dos atendimentos e os que serão dispensados ou reencaminhados para outros serviços. A partir daí, haverá uma distribuição para diferentes abordagens dependendo das especificidades de cada paciente: psicoterapia de grupo, psicoterapia individual, atendimento medicamentoso, que serão mais bem explicitados a seguir.

Triagem: atende pacientes mediante encaminhamento de serviços de saúde. São realizadas uma ou mais entrevistas em grupo com fins diagnósticos e de encaminhamento do paciente para o tratamento necessário.

Grupos psicoterápicos: os grupos de psicoterapia realizados no ambulatório são de base predominantemente psicanalítica, mas que se pretende adequado às características desses pacientes, que apresentam limitações da capacidade de simbolização.

1. O grupo de psicoterapia para somatizadores não crônicos, semanal, atende pacientes com histórico de somatização não crônica, com idade entre 20 e 40 anos.
2. O grupo de psicoterapia para pacientes com dor crônica atende semanalmente pacientes centrados nesse sintoma.
3. O grupo Transformador, voltado para a reinserção social é realizado semanalmente e tem como foco de trabalho o atendimento a pacientes cujos prejuízos sociais são muito acentuados.
4. O grupo de fotolinguagem atende semanalmente pacientes somatizadores, valendo-se da técnica que utiliza fotos como objeto

mediador, favorecendo a expressão de pacientes cujo arcabouço psíquico é concreto e sem capacidade de simbolização e expressão verbal.

Psicoterapia individual: disponibilizam-se atendimentos psicoterápicos individuais de base psicanalítica aos pacientes que na triagem tenham demonstrado essa necessidade (demanda), embora o mesmo seja dirigido a um número menor de pacientes.

Psicoterapia individual corporal morfoanalítica: com o ingresso em nosso grupo há alguns anos de uma fisioterapeuta com formação em técnicas corporais e em psicossomática psicanalítica, iniciou-se o atendimento individual através da terapia psicocorporal morfoanalítica, que utiliza técnicas corporais como o trabalho postural das cadeias musculares, consciência corporal, respiração e massagens, aliadas ao trabalho de questões psíquicas e emocionais pautado na teoria psicanalítica.

Atendimento psicoterápico a crianças e adolescentes: iniciamos recentemente atendimento ambulatorial, por meio de estudos de casos e psicoterapia individual a crianças e adolescentes, vinculado ao Ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Departamento de Dermatologia da UNIFESP. A opção por esse departamento deveu-se à percepção do grande número de casos de patologias dermatológicas nas quais estão implicadas problemáticas psicossomáticas. O ainda pouco tempo dessa atividade faz dessa experiência um mapeamento do campo, com levantamento das dinâmicas específicas, potencialidades e dificuldades.

Atendimento clínico (uso eventual de medicação): ocorre semanal a bimestralmente de acordo com a necessidade clínica de cada caso. Os medicamentos mais comumente administrados são os ansiolíticos e os antidepressivos.

Assistência e metodologia [2, 3, 4]

Como já mencionado, os pacientes são admitidos através de um serviço de triagem, que recebe encaminhamentos das mais variadas clínicas do Hospital São Paulo, do pronto socorro, de outros hospitais e serviços ambulatoriais parceiros.

É importante esclarecer que, apesar do nosso interesse se voltar para uma compreensão psicodinâmica dos pacientes, e, portanto, de levantarmos questões dentro dessa perspectiva, a seleção dos somatizadores também é feita segundo parâmetros indicados por dados descritivos, clínico-fenomenológicos, tais como característica predominante do quadro clínico, intensidade e duração dos sintomas.

Leva-se em conta a disponibilidade do paciente de comparecer semanalmente ao serviço para participar dos atendimentos. Busca-se ainda avaliar as possibilidades de elaboração mental e abertura para aceitar uma abordagem não estritamente orgânica (clínico/cirúrgica, que se baseasse apenas em exames e medicações), ou seja, é necessário que haja alguma demanda por psicoterapia (mesmo que não explícita).

A abordagem terapêutica central é de psicoterapia de base psicanalítica grupal e individual. Tal abordagem leva em conta a importância dada a aspectos transferenciais, interpretações, busca de conteúdos inconscientes. Porém, busca-se adequar tal processo às características desses pacientes, que apresentam limitações da capacidade de simbolização, com mudanças quanto às habituais neutralidade e abstenção do terapeuta. Pacientes com tais características psíquicas trazem restrições ao *setting* habitual, o que requer, logo, um tratamento diferenciado da técnica psicanalítica tradicional, resultando na construção de um repertório psíquico que possibilite discriminar e nomear afetos, transformando o sofrimento corporal em um outro psiquicamente representado. São oferecidas distintas modalidades psicoterapêuticas que visam a contemplar as especificidades dos pacientes: psicoterapia exclusivamente verbal (grupos de pacientes com dor crônica e de somatizadores não crônicos) e abordagem mista verbal e sensório-expressiva (conscientização corporal e grupos de reinserção social e fotolinguagem).

O atendimento grupal tem em geral frequência semanal, com duração entre 60 e 90 minutos. Tivemos experiências de grupo sem prazo de duração predeterminado (a grande maioria deles) e após a constatação de que alguns poderiam estender-se indefinidamente, também passamos a refletir sobre a pertinência ou não de atendimentos numa universidade pública, sem qualquer restrição de tempo. A partir daí também tivemos experiências com atendimentos com prazo predeterminado. O embate entre a visão de psicanalistas habituados ao atendimento sem prazo definido e as necessidades de uma instituição pública fazem parte de nosso cotidiano. O terapeuta é acompanhado por um coterapeuta (outro membro da equipe) e/ou por um observador (função exercida por um contingente de estagiários que recebemos no Programa).

Ensino e metodologia

O programa conta com a participação de estagiários de psicologia e residentes de psiquiatria, assim como profissionais da saúde (médicos de outras especialidades) que procuram apreender uma visão mais integral do processo de adoecimento.

Em consonância com a missão geral do PAES que visa prestar assistência aos pacientes, ensinar os alunos e promover pesquisa sobre o tema, elaboramos um programa que contemplasse essas diversas atividades. Desse modo, os alunos participam da assistência aos pacientes, aulas sobre psicossomática psicanalítica, supervisões, reuniões clínicas e são incentivados a produzir uma pesquisa e monografia sobre sua experiência.

Os estagiários de psicologia são alunos do quinto ano do curso de graduação de Psicologia da UNIFESP – Campus da Baixada Santista. O estágio tem duração de um ano, durante o qual os alunos participam, enquanto observadores, das diversas atividades assistenciais do programa do grupo Transformador (grupo que utiliza atividades como técnica de expressão), Triagem, grupo de Jovens Somatizadores e do grupo de Fotolinguagem, o que possibilita conhecer várias técnicas de abordagem dos pacientes somatizadores.

Os estagiários são incentivados a realizar atendimentos clínicos individuais, contando, para tanto, com um espaço de supervisão de base psicanalítica. Essa atividade é optativa, uma vez que nem todo aluno de quinto ano de psicologia sente-se apto ou deseja realizar atendimentos individuais, de modo que respeitamos seu tempo e seu desejo de realizar atendimentos sem a presença de outro terapeuta.

Além da supervisão, o programa oferece um curso sobre psicossomática psicanalítica que percorre a teoria elaborada por autores como Freud[5,6,7,8], Pierre Marty[9,10], Joyce McDougall[11] e Christophe Dejours[12,13], entre outros elencados conforme a demanda dos alunos. O curso tem duração anual e acontece sob a forma de grupo de estudo com a presença de um coordenador para mediar a discussão. O curso tem sido fundamental para o melhor aproveitamento do estágio, uma vez que a teoria ajuda a organizar a prática, e no caso estamos diante de uma prática muito árdua e angustiante devido à gravidade dos casos atendidos. O estudo teórico aliado à supervisão permite atribuir significado à angústia despertada pelo contato com pacientes que paralisam, segundo Dejours[13], a capacidade de pensar do analista.

Outro espaço fundamental oferecido aos alunos, também com essa função de significar a experiência, são as reuniões clínicas semanais nas quais a equipe toda discute casos, textos teóricos, pesquisas e questões administrativas relativas ao ambulatório. As reuniões permitem integrar os atendimentos. Por exemplo, considerando um paciente que recebe atendimento clínico psiquiátrico, participa de um grupo psicoterápico e recebe atendimento psicoterápico individual, os diversos profissionais envolvidos nesses atendimentos se encontram nas reuniões e integram o caso, permitindo uma troca das experiências e evitando a fragmentação institucional da assistência e consequentemente da vivência do paciente, para a qual nos alerta Winnicott[14].

Para além da assistência, do estudo teórico e das supervisões clínicas, essa vivência institucional é de fundamental importância para os estagiários aprenderem, questionarem e ajudarem a promover mudanças no funcionamento institucional, funcionamento de difícil manejo e cuja administração deve propiciar um espaço terapêutico.

Entendemos que a própria presença de estagiários contribui para um espaço institucional mais saudável, uma vez que os alunos chegam ao programa sem os vícios institucionais, permitindo como que arejar o ambiente com questionamentos, dúvidas e interesses diferentes daqueles já sedimentados pela equipe fixa.

Além dos estagiários de psicologia, o PAES conta com a presença de residentes do quarto ano de psiquiatria que fazem parte do programa de residência médica de psicoterapia, ligado à disciplina de Psicoterapia do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP.

Os residentes também participam como observadores dos grupos psicoterapêuticos e da triagem, sendo que a escolha depende de sua grade horária e de seus interesses. Prestam ainda assistência clínica aos pacientes, sendo supervisionados pelos psiquiatras da equipe. Além disso, participam do curso teórico e das reuniões clínicas da equipe.

Têm se interessado pela formação disponibilizada pelo programa outros profissionais da saúde, que normalmente tomam conhecimento do serviço por meio de colegas da equipe do ambulatório ou do site do programa. A equipe os entrevista e discute a possibilidade da sua participação no serviço. Essa participação inclui também prestar assistência, assistir o curso e comparecer às supervisões e reuniões clínicas.

Quanto à avaliação, durante o estágio observamos a participação dos alunos nas diversas atividades em que se envolvem, considerando frequência, pontualidade, postura diante dos pacientes e da equipe, interesse na assistência, nos estudos e na pesquisa, assim como eventuais dificuldades e a forma como lidam com as mesmas. Solicitamos ainda que pensem sobre questões que porventura a experiência possa despertar e que realizem uma pesquisa clínica e/ou teórica sobre essas questões, a ser apresentada a toda a equipe do programa sob a forma de uma monografia no final do ano.

Após o contato do paciente com o grupo de triagem, realizamos junto aos alunos uma avaliação diagnóstica e psicodinâmica. Nas entrevistas da triagem, coletamos uma história clínica que contempla a queixa do paciente assim como o contexto psicossocial e orgânico de seu aparecimento. Avaliamos seu contexto familiar, laboral e social e seu histórico de doenças orgânicas, numa tentativa de integração entre os sintomas físicos do paciente e sua conjuntura psíquica e emocional. Ensinamos os alunos a elaborar uma avaliação diagnóstica psiquiátrica contemplando o exame psíquico do pa-

ciente, visando a definir se será necessário um acompanhamento clínico medicamentoso. E avaliamos ainda o diagnóstico psicodinâmico, utilizando principalmente três critérios: o grau de mentalização[9] do paciente – capacidade de simbolização e abstração –, que permite a distinção entre o diagnóstico de somatização e conversão, entre outros; o tipo de transferência que o paciente estabelece com os terapeutas; e o tipo de angústia apresentada pelo paciente, assim como o mecanismo de defesa que utiliza para aplacar a angústia (considerando que, normalmente, o somatizador apresenta uma angústia hipocondríaca e utiliza-se do mecanismo de repressão para dela se defender).

A partir dessa avaliação, que resumidamente apresentamos acima, definimos junto com os alunos o encaminhamento dos pacientes. Se o programa parecer adequado à demanda que apresentam, define-se a seguir a terapêutica mais apropriada a cada caso. Por exemplo, se trata-se de um paciente mais bem mentalizado, que apresenta maior grau de simbolização e mais recursos de expressão verbal, tendemos a encaminhá-lo para um grupo terapêutico verbal ou para terapia individual. Pacientes psiquicamente mais comprometidos, que apresentam pensamento concreto, operatório, intensa angústia hipocondríaca e, do ponto de vista clínico, humor depressivo, tendem a ser encaminhados a grupos de atividades, de fotolinguagem, acompanhamento psiquiátrico clínico e/ou acompanhamento individual.

Após cada atividade clínica, nas supervisões e nas discussões teóricas, consideramos com os alunos as questões técnicas dos atendimentos. Por tratar-se de pacientes que apresentam recursos psíquicos de representação e simbolização precários e uma falha no funcionamento pré-consciente, uma das constantes psicanalíticas do *setting* tradicional – a livre associação de ideias – fica comprometida. Este é o primeiro motivo de atendermos esses pacientes preferencialmente em grupo. Uma vez reunidos, a fala de um paciente estimula a lembrança do outro paciente, que a verbaliza e assim por diante, o que propicia a construção de uma cadeia associativa grupal. A diversidade e a pluralidade dos imaginários dos pacientes reunidos em grupo facilitam o trabalho pré-consciente de cada um, que assim pode associar os conteúdos que surgem no grupo à sua própria história.

Outra constante da psicanálise individual tradicional é a transferência. Nos pacientes somatizadores, a transferência apresenta-se de forma maciça e concreta sobre o terapeuta. Baseando-se nas concepções de Freud, Vacheret[15] afirma que, numa análise individual de um paciente neurótico, a transferência se dá na medida em que o paciente atualiza, com a figura do analista, vínculos e sentimentos de seu teatro interior. O analista é "como se fosse seu pai ou sua mãe". Para os pacientes em grande sofrimento mental, esse tipo de jogo que metaforiza a ligação ao objeto transferencial não é pos-

sível. Como dito acima, a transferência é maciça e paralisante, não há "como se", o que impede ao analista qualquer interpretação metafórica. Nesses casos, a transferência não funciona de maneira metafórica, por condensação e deslocamento de personagens internos na figura do analista, mas por uma espécie de depósito da violência interna do paciente para dentro do analista. O dispositivo grupal ameniza essa carga transferencial na medida em que difrata[16] a transferência sobre todos os membros do grupo e sobre o objeto mediador, aliviando a carga dirigida ao analista. Dessa maneira, os movimentos pulsionais violentos, agressivos e desestruturantes são mais bem suportados no grupo do que em atendimentos individuais.

Finalmente discutimos com os alunos a questão da interpretação, outra constante no *setting* psicanalítico tradicional. Os pacientes somatizadores geralmente não suportam a violência da interpretação do conteúdo depositado no analista. Já que não há como devolver a interpretação desse conteúdo violento, o analista não tem como reatualizar/ressignificar o afeto do paciente. Nos grupos que utilizam objetos mediadores – grupo de fotolinguagem, por exemplo – a própria atividade imaginativa sobre o objeto mediador pode ser transformada sem que os pacientes falem diretamente sobre sua história ou experiências pessoais e sem que o analista faça qualquer referência a isso, ainda que ele pense em alguma ligação desse tipo. Assim, ocorre a transformação das sensações em representações e pensamento, no decorrer do cumprimento da tarefa e na própria organização do trabalho grupal, sem que nenhuma interpretação direta e pessoal precise ser veiculada.

Nos atendimentos psicoterápicos individuais, esses impasses teóricos e técnicos também se fazem presentes de modo que adotamos a estratégia de atendimentos semanais com o paciente sentado à frente do psicoterapeuta. Mais que interpretar o discurso do paciente, o terapeuta ajuda a traduzir sensações, afetos e emoções em representação de palavra. Assim, do ponto de vista técnico, propiciamos um trabalho de construção em análise.

Questões específicas dessa população assistida no programa também aparecem nos atendimentos psiquiátricos clínicos. Com o psiquiatra, representante médico do programa, estabelece-se uma transferência extremamente ambivalente, sendo que os pacientes depositam no médico a esperança de serem salvos de suas moléstias. Entretanto, assim como o médico tem o poder de salvá-lo, ele tem também, imaginariamente para o paciente, o poder de "matá-lo" de forma que a relação estabelecida é de amor e ódio e de muita desconfiança. O remédio entra como um objeto transicional nessa relação, uma vez que tais pacientes apresentam muita dificuldade de separar-se dos objetos, apresentando limites corporais e psíquicos pouco definidos e discriminados em relação aos outros, estabelecendo relações fusionais e imaginárias. Nesse funcionamento, tendem a utilizar mais o mecanismo de incor-

poração do objeto do que o de introjeção, o que cria uma necessidade de constante presença do objeto. O remédio, enquanto representante do objeto-médico, cumpre essa função de presença, o que leva muitas vezes a um uso abusivo ou dependente do mesmo. A ambivalência em relação ao psiquiatra desloca-se para o remédio que ora é milagroso e curativo, ora faz mal e traz efeitos colaterais insuportáveis. Todas essas questões são alimentadas e amplificadas ainda pela angústia hipocondríaca, um medo terrível de morrer.

Para além das questões da técnica e da teoria, percebemos que, através da participação dos alunos nos atendimentos, há a transmissão de um modelo para pensar, avaliar, encaminhar e tratar os casos clínicos. Como a equipe conta com diversos profissionais de diferentes formações, os alunos têm a oportunidade de observar e interagir com diferentes modelos identificatórios, processos fundamentais ao desenvolvimento profissional.

Discussão

Nossa condição de integrantes de uma instituição pública eventualmente nos traz a consequência de termos que responder a questões de demanda da instituição. Por vezes somos chamados a atender pacientes que, em termos de quantidade ou de configuração clínica, possivelmente não corresponderiam à nossa escolha natural. Sabe-se que esta é uma questão relativamente comum em instituições e que representa um esforço extra da equipe, mas ao mesmo tempo possibilita uma convivência dentro dela, além de estimular a flexibilidade neste grupo.

Outra questão derivada da nossa inserção institucional diz respeito à convivência com pacientes com inúmeras patologias clínicas, acompanhados em diversos departamentos. Por um lado, é confortável contar com esse respaldo médico; por outro, observamos a problemática da "divisão dos pacientes" em subespecialidades médicas, fato que se aprofunda cada vez mais na atualidade, mas que já chamava a atenção de Winnicott no contato com pacientes com problemáticas psicossomáticas: "pacientes possuidores de múltiplas dissociações também exploram as divisões da profissão médica". Para ele, os sintomas apontam para uma dissociação intrapsíquica: "é a persistência da clivagem da organização egoica do paciente, ou de múltiplas dissociações, que constitui a verdadeira doença"[14].

Existe uma dificuldade em sustentar um programa que tem como um dos pilares da sua proposta terapêutica a psicoterapia, que implica o comparecimento ao menos semanal em horário comercial, para uma população basicamente de classe socioeconômica baixa, como a que frequenta nossa

instituição. Isso privilegia pacientes afastados do trabalho ("na caixa"), inativos e pouco frequentemente trabalhadores que conseguem algum acordo em seus empregos. Limitação conhecida, mas dificilmente contornável.

Um ponto significativo com o qual nos envolvemos diz respeito à obrigatoriedade da psicoterapia como condição de inclusão no programa. Manteve-se durante bastante tempo a postura de apenas aceitar como pacientes aqueles que concordassem em participar de um atendimento psicoterápico como parte do tratamento. Por um lado, evitava-se o acompanhamento daqueles mais resistentes, que, vendo no programa apenas uma extensão da instituição médica, buscavam uma abordagem medicamentosa, mas também mais limitada e frequentemente tendendo à cronificação. Essa postura, por outro lado, excluía de nosso universo uma parcela significativa de pacientes, talvez aqueles tipicamente operatórios, que, com suas restrições quanto à capacidade de simbolização, resistiam a uma abordagem não médica. Essa observação nos fez questionar ao longo do tempo, determinando uma tendência à flexibilização. Um trabalho de sensibilização para psicoterapia, sempre que possível, é realizado. Ainda consideramos fundamental a adesão à psicoterapia, mas com uma perspectiva mais ampla, estimulando a busca de novas e diferentes modalidades de atendimento.

Inúmeros relatos dão conta de que a maioria dos pacientes com somatizações é vista em serviços não psiquiátricos, em centros de saúde e ambulatórios de clínica médica. Muitos deles recusam encaminhamento para serviços de saúde mental. É possível que os pacientes por nós atendidos pertençam a um subgrupo particular dentro dos somatizadores. Aceitariam não só o encaminhamento para tratamento psiquiátrico, como também a participação num tratamento prolongado, de características basicamente verbais. Este dado é muito importante na medida em que pode determinar uma situação de viés em nossa observação e nos obriga a questionar se os pacientes somatizadores em tratamento psicológico não constituem sempre uma amostra viciada: os pacientes com somatizações mais graves seriam encontrados no atendimento primário ou em clínicas médicas ou cirúrgicas, não aceitando e raramente se dirigindo para uma investigação ou tratamento psíquico[17].

Outra questão relevante diz respeito à base teórica que fundamenta a abordagem terapêutica a esse grupo de pacientes. Estudos abrangentes sobre as evidências existentes a respeito da efetividade dos tratamentos para transtornos somatoformes (TS), incluindo tanto os não farmacológicos como os farmacológicos, concluíram que a terapia cognitivo-comportamental é consistentemente efetiva, sendo atualmente o tratamento mais estabelecido. Deve-se considerar que são estudos baseados fundamentalmente em países onde a técnica psicoterápica cognitivo-comportamental é muito difundida,

enquanto em outros meios (incluindo o Brasil), as psicoterapias de orientação psicanalítica também são bastante utilizadas[18].

A psicanálise e a pesquisa psicanalítica seguem critérios e metodologia próprios, que se aproximam mais da pesquisa qualitativa (que permite estudos de significado, significação, representações psíquicas e sociais, simbolizações, analogias e experiências de vida)[19]. Nesse contexto, destaca-se a análise do discurso, que é um método que visa não só a apreender o modo como uma mensagem é transmitida, mas também explorar seu sentido[20]. Não se trata, portanto, de uma carência de referenciais, mas de especificidades que frequentemente não se ajustam bem aos ensaios clínicos randomizados, muito valorizados em publicações científicas. Pode-se utilizar a experiência do PAES no sentido de incluir a vertente psicanalítica como uma opção válida no atendimento psicoterápico aos somatizadores, com base na experiência de mais de dez anos dentro desse referencial.

Uma revisão da literatura demonstra que o tema preciso dos TS tem sido negligenciado em publicações psicanalíticas (embora haja farto material sobre a psicossomática psicanalítica), enquanto as publicações científicas mais prestigiadas e influentes desconsideram as contribuições teóricas e clínicas da psicanálise nesse campo[18]. Nota-se a necessidade de um diálogo entre essas duas fontes com ganhos para ambos, que iniciativas como a desta edição podem representar.

Dejours desenvolveu um extenso trabalho sobre as articulações entre a psique e o corpo, a partir do qual propõe que se esteja atento para a proposta do paciente: caso se perceba que a somatização pode ser uma tentativa de chegar a uma representação mental e contém o desejo de conhecer-se melhor, o tratamento indicado seria a psicanálise; mas se a somatização for o reflexo de uma ausência de representação e perceber-se que o paciente deseja apenas o alívio do sintoma, pode-se indicar uma terapia de apoio[13]. A recomendação de Joyce McDougall é de que nos preocupemos em "detectar a existência de uma dimensão neurótica nos somatizadores graves desde as primeiras entrevistas"[11].

Passando agora ao aspecto do ensino da psicoterapia, podemos apontar para algumas questões. O fato de sermos um serviço universitário que contempla tanto o ensino como a assistência e a pesquisa (portanto, não é voltado especificamente para o ensino) resulta num formato diferenciado e com algumas lacunas. Nas práticas psicoterápicas, talvez falte um planejamento do ensino dirigido ao estagiário; o processo de aprendizagem se dá no próprio fazer e acontecer da psicoterapia. Por outro lado, é benéfica a oportunidade que têm os mais jovens de participar numa posição de muita proximidade com um profissional experiente.

O fato de termos profissionais em diferentes estágios de formação, desde alunos dos últimos anos de psicologia e medicina a residentes de psiquiatria e médicos e psicólogos já com algum percurso profissional, determina uma diversidade de demandas e de possibilidades de aproveitamento. Tem-se procurado individualizar a transmissão, até onde se mostra viável.

Outro aspecto relevante diz respeito ao fato de ensinarmos uma modalidade de psicoterapia que tem particularidades – atendimento de pacientes somatizadores –, o que pressuporia uma formação anterior, a qual seria ao menos desejável, mas que em nossa experiência nem sempre ocorre (por exemplo, com alunos da graduação).

E o futuro...

Ao longo desses 20 anos de história, o PAES-UNIFESP cresceu consideravelmente, transformou-se e evoluiu. O serviço segue em rico desenvolvimento, alimentado pela própria clínica com suas questões e impasses; pelo arcabouço teórico, que fundamenta, elucida e impulsiona a clínica, mas também traz seus limites e falhas epistemológicas dos campos do conhecimento; bem como pelas reflexões e interrogações surgidas a partir do processo de ensino/aprendizagem.

Através desses movimentos, procurando não se deixar impregnar pelas forças tanáticas do instituído, prepondera a possibilidade de sonhar e de projetar mudanças e realizações futuras. Dentre elas, objetiva-se formalizar o ensino, constituindo um curso teórico-clínico de formação em psicoterapia especializada em fenômenos psicossomáticos, com estruturação suficiente para contemplar alunos com diferentes tipos e níveis de formações prévias com metas mais claras a serem cumpridas neste processo de aprendizado profissional.

Em paralelo, busca-se ampliar o desenvolvimento de pesquisas e linhas de pesquisa de cunhos teórico e clínico, pensando no programa também como um laboratório de aprimoramento e criação de novos modelos de atendimento psicoterápico, como, por exemplo, a utilização da fotolinguagem como recurso técnico. Do mesmo modo, com a expansão dos atendimentos clínicos à infância e adolescência, pretende-se lograr a abertura de uma nova frente de trabalho no que se refere às apresentações do fenômeno de somatização nessas fases da vida, avanços na compreensão metapsicológica da gênese destes quadros clínicos, a transgeracionalidade do fenômeno, bem como estratégias de prevenção de estruturações psíquicas mais cristalizadas.

Na mesma esteira de tais projetos, almeja-se promover aproximações com outros programas de atendimento clínico do Hospital São Paulo, desse

modo, tratando pacientes e acompanhando o trabalho de equipes médicas, o que possibilita uma assistência integrada, rompendo com a dissociação institucional do corpo e da mente segundo a visão psicossomática.

Referências

1. Marty P. A psicossomática do adulto. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993
2. Programa de Atendimento e Estudos de Somatização (PAES) [internet]. São Paulo: UNIFESP, Departamento de Psiquiatria. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsiq/somatizacao/. Acessado dez 2009.
3. Bombana JA, Leite ALSS, Miranda CT. Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. Rev. Bras. Psiquiatr. 2000;22(4):180-4.
4. Bombana JA, Duarte CS. Somatizadores: a possibilidade de uma abordagem grupal. Percurso-Revista de Psicanálise. 1997;19:65-72.
5. Freud S. (1888) Histeria. In: Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. I, Rio de Janeiro: Imago; 1974.
6. Freud S. Alguns pontos para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas (1893). In: Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. I, Rio de Janeiro: Imago; 1974.
7. Freud S. Estudos sobre histeria (1893). In: Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. II, Rio de Janeiro: Imago; 1974.
8. Freud S. Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada Neurose de Angústia (1894). In: Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. III, Rio de Janeiro: Imago; 1974.
9. Marty P. Mentalização e Psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998.
10. Marty P. La relación de objeto alérgica. In: Pierre Marty y la psicosomática. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1998.
11. McDougall J. Teatros do corpo. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda.; 1991.
12. Dejours C. O corpo entre biologia e psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
13. Dejours C. Repressão e subversão em Psicossomática. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.; 1989.
14. Winnicott DW. Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects. Int J Psycho-Anal. 1966;47:510-6.

15. Vacheret C. Pathologies contemporaines, dispositif contemporains. Quelques réflexions théoriques pour penser les dispositifs groupaux: nouvelles pratiques et problématiques. Conférence préable au Congrès de psychanalyse de configurations de liens ; 2008 Mai 14; Buenos Aires: Argentina.
16. Kaes R. O grupo e o sujeito do grupo, elementos para uma teoria psicanalítica do grupo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
17. Organização Mundial de Saúde. Somatization - Evolution of the Concept and Issues for Future Research. [texto mimeografado].
18. Bombana JA, Prado RA. A efetividade das intervenções psicossociais no tratamento dos transtornos somatoformes. In: Psicologia baseada em evidências. São Paulo: Editora Santos; 2011. pp. 273-90.
19. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis RJ: Vozes; 2003.
20. Vergara SC. Métodos de pesquisa em administração. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.

Correspondência

José Atílio Bombana
Departamento de Psiquiatria da UNIFESP
Rua Borges Lagoa, 570. 1º andar
São Paulo, SP, Brasil
CEP 04038-000
e-mail: bombana@uol.com.br