

PSICOSSOMÁTICA NA INFÂNCIA: UMA ABORDAGEM PSICODINÂMICA

Denice Bortolin Baseggio¹

RESUMO

As crianças que chegam para atendimento nas clínicas de psicoterapia atualmente são crianças com psicopatologias mais graves do que no passado e uma das patologias encontradas é a psicossomática, que é uma ausência de simbolização psíquica da conflitiva que aparece em forma de sintoma no corpo. Desta forma, o presente artigo é uma pesquisa bibliográfica constituída por um referencial psicanalítico. Sendo assim, pretende-se discorrer sobre o estudo da psicossomática, abordando especificadamente os sintomas que envolvem o comprometimento da pele de crianças na segunda infância, bem como refletir sobre estratégias de prevenção e intervenção e tratamento em crianças que apresentam tal sofrimento.

Palavras-chave: Infância; Psicossomática; Pele; Psicanálise.

PSYCHOSOMATIC IN CHILDHOOD: A PSYCHODYNAMIC APPROACH

ABSTRACT

Children who currently arrive for care in psychotherapy clinics are the ones with more severe psychopathologies than in the past and one of the pathologies found is psychosomatic, which is the absence of conflictive psychic symbolization that appears as a symptom on the body. Thereby, the article is a bibliographic study constituted by a psychoanalytic referential. Thus, the intention here is to discuss about the psychosomatic study specifically approaching the symptoms that compromise the skin of children in their middle childhood, as well as to reflect about intervention and prevention strategies, and treatment in children who present such suffering.

Keywords: Childhood; Psychosomatics; Skin; Psychoanalysis.

¹ Mestre em Educação pela Universidade de Passo Fundo; Especialista em Psicologia Clínica pela Universidade de Passo Fundo; Bacharel em Psicologia pela Universidade de Passo Fundo; Professora e Coordenadora de Estágios do Curso de Psicologia da Faculdade Meridional.

Introdução

Nos dias de hoje, discutir a infância significa pensar a criança no presente e possibilidades de futuro, com a criação de processos interventivos de prevenção à saúde psíquica. Esse período é marcado pelo desenvolvimento dos processos biológicos, psíquicos e sociais, de um ser fragilizado e totalmente dependente do outro que o cuidará. Para Winnicott (2006), esse encontro entre a criança e a mãe (e ou cuidador) é configurado por um encontro desigual, pois há a junção de alguém que já se desenvolveu, a mãe, com o bebê que está totalmente dependente e necessitando dos seus cuidados para se desenvolver. Esse encontro desigual é necessário, visto que um ser já constituído tem que inscrever o pequeno ser na ordem da cultura (Bleichmar, 1993); no entanto, na prática atual no atendimento de crianças, verifica-se que há uma falha muito significativa na constituição psíquica desses pequenos aprendizes.

As crianças que chegam para atendimento nas clínicas de psicoterapia atualmente são crianças com psicopatologias mais graves do que no passado, constata o psicanalista Joel Birman (2002). Anteriormente, o psicanalista tinha a função de interpretar (decifrar) o discurso e o sofrimento do paciente, mas, nos dias de hoje, se o psicanalista ficar somente nesta postura, corre o risco de ficar num “diálogo de surdos” e não ajudar o paciente, eis que, mais do que decifrar, ele tem a tarefa de construir a subjetividade; é como se ele fosse um “escultor que transforma a pedra bruta em alguma forma” porque ela ainda não foi esculpida (Birman, 2002, p. 145).

Verifica-se que a função dos analistas na contemporaneidade não é mais interpretar os conteúdos inconscientes, mas, sim, construir aquilo que já deveria estar constituído, para, daí sim, fazer a interpretação. Não se pode interpretar um psiquismo que ainda não foi construído. Existe um vazio, ausências de representações, significações que podem ser interpretadas. Salienta Birman (2002) que o mal-estar contemporâneo está caracterizado por uma subjetividade do vazio, como, por exemplo, as depressões (estados *borderlines*); as drogadições (lícitas e ilícitas); compulsões (cultura do consumo, performance); e os estados de manifestações psicossomáticas. A questão que o presente artigo discorrerá está relacionada aos estados de manifestações psicossomáticas durante a infância, por acreditar que esta fase do desenvolvimento ainda permite a intervenção e, conseqüentemente, a melhora do sujeito.

Desta forma, o presente artigo de referencial psicanalítico pretende discorrer sobre o estudo da psicossomática, abordando especificadamente os sintomas que envolvem o comprometimento da pele de crianças na segunda infância, bem como refletir sobre estratégias de prevenção e intervenção em crianças que apresentam tal sofrimento. De acordo com Muller (2005), a pele, denominada de órgão pela primeira vez em 1777, por Annaneus Charles Lorry, é o mais antigo e mais sensível de nossos órgãos, nosso primeiro meio de comunicação e o mais eficiente protetor. A pele, quando adoece simbolicamente, como constata Dahlke (2000, p.18), revela

“algo reprimido no interior que luta para se externar e se lançar para a superfície; abrir a própria fronteira a partir de dentro (violentamente), o interior quer vir à tona, estar à luz da consciência; intimidar e atrair alguém ao mesmo tempo”.

A criança, no princípio de sua vida, ainda não desenvolveu a capacidade de se comunicar usando a linguagem verbal, assim, manifesta-se comumente através da linguagem não verbal por meio do corpo. No entanto, essa via de comunicação, em alguns casos, fica impedida de se manifestar sadicamente. Constrói-se, então, outra

forma de comunicação (doença) através do corpo, que, por vezes, pode se apresentar sob a forma masoquista por colocar o sujeito (que a desenvolve) em sofrimento.

Portanto, torna-se fundamental a realização de estudos que proporcionem o conhecimento a respeito da temática, para que os profissionais (clínicos, pediatras, dermatologistas, psicólogos, entre outros) e familiares sintam-se amparados e capacitados para compreender, diagnosticar e intervir adequadamente no tratamento desses casos.

Uma visão geral sobre psicossomática

Júlio Mello Filho, autor de referência no estudo da psicossomática, revela que a psicossomática é um tema contemporâneo no âmbito mundial, porém, no campo da medicina, ela é objeto de investigação desde o período hipocrático. No Brasil, o movimento psicossomático ocorreu fortemente no período de 1950, por meio das atividades de alguns médicos estudiosos da psicanálise (Mello Filho & Burd, 2010). Os psicanalistas possibilitaram à medicina e à patologia a compreensão a respeito do valor da palavra e operacionalizaram sua função na terapêutica. Revelaram como as tensões internas, advindas de impulsos instintivos, transformam-se em sonhos, fantasias e pensamentos. Após estes achados, criaram teorias e técnicas para utilizar esta transformação para fins terapêuticos. Na medida em que surgiu a compreensão do mundo simbólico, existência do ser humano, a Psicanálise tornou a medicina humanizante, atribuindo significado à palavra, incidindo, assim, na terapêutica.

Buscando compreender o conceito de psicossomática na infância, recorre-se ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*American Psychiatric Association*, APA, 2003), o qual refere que os transtornos de somatização se caracterizam pelo surgimento de sintomas físicos que são sugestivos de uma doença orgânica, mas que não apresentam os aspectos desta. Estes sintomas orgânicos surgem em conjunto com aspectos emocionais e causam significativo sofrimento e prejuízo nos âmbitos social e ocupacional do sujeito. Esta definição vem ao encontro da definição proposta por Zimerman (1999) de que fatos e conflitos que ocorrem na vida do sujeito podem desencadear reações orgânicas que levam à produção de sintomas expressos através do corpo.

A psicossomática estuda as relações da mente-corpo com foco na compreensão da patogenia. Para Caldeira (2003), um fator considerável no diagnóstico de pacientes psicossomáticos é a estrutura específica de pensamento, bem como o modo de lidar com suas próprias emoções. Tais pacientes apresentam uma dificuldade de descrever e sentir suas emoções, denominada de Alexitimia (do grego a sem, *lexis* palavra, *thumus* ânimo ou afetividade), que significa a ausência de palavras para nomear as emoções.

Esta dificuldade em nomear o que o paciente sente, na prática clínica, torna-se um empecilho ao tratamento, pois é fundamental que este reconheça e verbalize o que lhe traz sofrimento. Nos casos infantis, isso se agrava ainda mais, posto que, naturalmente, a criança não expressa de forma clara os seus sentimentos, por estar em uma fase em que essa possibilidade está sendo ou pode ser constituída. A criança ainda não é um alexitímico, ela só não nomeia os afetos porque ainda não aprendeu a representar através da palavra (Laplanche & Pontalis, 2001). Contudo, mesmo neste período de vida onde a atuação está mais a serviço da sua expressão do que da representação da palavra, a criança pode se tornar um alexitímico, caso não aprenda a lidar com suas emoções (através da expressão pela palavra), tornado seu próprio corpo

representante destas emoções. Nestes casos em que a criança apresenta a ausência de simbolização de seu sofrimento, deverá ser criada a oportunidade durante o tratamento de desenvolvê-la com a ajuda do analista.

Os sujeitos que apresentam o pensamento operatório possuem um mundo interno precário e investem intensamente na realidade externa, passando pela dependência desta ou ainda ficam “superadaptados”. Quando o sofrimento existencial surge, investem intensamente no trabalho, na escola (as crianças investem nas brincadeiras), para que estas atividades ocupem o lugar do objeto interno (mãe) (Mello Filho & Burd, 2010).

Ao iniciar o tratamento, o analista “emprestará” sua capacidade de pensar simbolicamente ao paciente; logo, quando esta capacidade for desenvolvida, este poderá atribuir significações simbólicas aos seus sentimentos e emoções, evitando a formação de sintomas, em que “o espaço psíquico do paciente fica no espaço psíquico do analista”. Em decorrência disso, o paciente psicossomático acaba ficando com um pobre ou nenhum domínio sobre a angústia (Chevnik, 1983).

Na psicossomática, de acordo com Dejours (1988), existe um inconsciente arcaico que se apoia e se desenvolve na pulsão de Morte, clivado defensivamente do Inconsciente Secundário, onde está o conteúdo recalcado. O sonho teria uma função fundamental de resgatar e recalcar os impulsos destrutivos, violentos, originários da referida pulsão, tornando mais efetivos os mecanismos defensivos do ego. O sonho é um elemento estruturante do aparelho psíquico, principalmente no que se refere à realização dos desejos inconscientes. A presença da pulsão de morte nos acontecimentos psicossomáticos é compreendida como responsável pelos movimentos de desorganização psíquica e corporal, acarretando disfunções somáticas fisiológicas, patológicas e até mortais.

O pensamento operatório, na psicossomática, na visão de Marty (1965), está atrelado ao inconsciente, mas reage em relação a ele como “cego de nascimento”, ou seja, num nível tão pequeno que não possibilita a elaboração integrada da vida pulsional. Por outro lado, também possui características do processo secundário de pensamento, mas, em seu interior, o pensamento operatório traz diferenças significativas, como só tratar o tempo dentro de limites precisos e curtos ou só se ligar às coisas. Nele, a palavra tem função de depósito de uma tensão, mas não consegue mantê-la em suspenso para associá-la num processo egóico defensivo ou na produção de sonhos ou fantasias.

Pacientes dessa natureza apresentam dificuldade de estabelecer uma relação afetiva com o outro, o qual é percebido como possuindo também características operatórias de pensamento. Para Green (1988), esta maneira operatória de funcionar é denominada como “relação branca”; já alguns pacientes que apresentam dificuldade de aproximar-se afetivamente do outro através do discurso a intitulam como “isto é tudo”. São pacientes que, frente ao outro, ainda estão vazios e veem o médico como uma pessoa que solucionará os problemas articulando-os com o real, de forma concreta, como se fosse um operador (Mello Filho & Burd, 2010).

McDougall (1996) refere que estes pacientes são denominados também de normopatas ou pacientes que usufruem de uma pseudonormalidade como forma de levar a vida. Eles são sujeitos “dês-afetados”, considerados assim, não por negarem as emoções, mas por terem a ausência de sentimentos. Kristal (1973) complementa que tais pacientes têm dificuldade de viver as emoções prazerosas, denominada de anedonia. A mãe deve descrever e apresentar os afetos ao filho, primeiramente. Este adulto alexitímico age como se fosse essa criança não verbal em relação aos seus afetos. Denota-se que os familiares desses pacientes operatórios ou alexitímicos também são

acometidos dessa forma de funcionar, sendo alexitímicos. Normalmente, a mãe faz uso do corpo do filho como prolongamento do seu e neste investe preenchimentos narcísicos e libidinais. Em consequência disso, o sujeito sente seu corpo como estranho, pertencente ao mundo externo, pertencente à mãe, ficando vulnerável às situações de perda: morte dos pais, nascimento de um filho, perda do objeto amado e demais situações de feridas narcísicas.

O fenômeno psicossomático, no entendimento de Guir (1983), ocorre em três etapas: a) separação brutal de um ente querido (morte, desmame, hospitalização); b) separação se repete na realidade ou um conjunto de significantes particulares relembram o sujeito; e c) antes de um ano, a lesão aparece. Esses pacientes têm uma defesa precária, agindo em estruturas psíquicas marcadas por uma carência mental, como um déficit em relação a alguma dimensão do psiquismo. Essas carências apresentam-se: a) nas relações objetais (pobreza ou inexistência das relações transferenciais (relação branca); b) da significação da sintomatologia (sintoma isento de sentido, vazio); c) fantasia pobre ou ineficiente; e d) do pensamento operatório sem simbolismo.

Sobre a caracterização do quadro psicossomático, Mello Filho & Burd (2010) concluem que não há desacordos, mas existem divergências quanto a ser ou não uma estrutura psíquica específica, quanto a ser uma defesa no sentido psicanalítico e quanto às causas e fatores que levam ao surgimento. Estudiosos do tema explicam de diferentes formas, mas a perspectiva adotada pelo presente artigo está de acordo com o que propõe Kristal (1973), a partir de seus estudos toxicômanos, os quais revelaram que, nos pacientes psicossomáticos, ocorre um bloqueio no desenvolvimento dos afetos, em decorrência de eventos traumáticos ocorridos na infância, excesso de afetos não neutralizados ou amortecidos pela ajuda materna, acarretando em uma paralisação do desenvolvimento afetivo normal.

Em suma, o que parece comum a todos os estudiosos do tema psicossomática é que, nesse quadro, a relação mãe-bebê e suas distorções são fundamentais. Entre as distorções, citam-se as mães excessivamente possessivas, preocupadas mais com o corpo do filho, aquelas mais distantes ou ausentes no concreto, situações de morte ou hospitalizações, depressões a longo prazo e quadros psicóticos.

Percebe-se que, se a mãe não for “suficientemente boa”, segundo a teoria de Winnicott (2006), não possibilita a internalização de um objeto interno vivo, o qual passa a ser procurado no externo, característica comum no pensamento operatório. Portanto, as vivências iniciais do sujeito são fundamentais no aparecimento dos fenômenos psicossomáticos e da forma concreta de pensamento.

Psicossomática na infância e suas implicações na pele

Ao se tratar da infância, a somatização torna-se um importante meio de comunicação, uma vez que a criança não adquiriu a capacidade total de comunicação verbal, podendo se expressar (inconscientemente) através do corpo, o que, para o analista, é simbólico, um meio de comunicação com o mundo externo para demonstração de que há questões inconscientes não bem elaboradas.

Os fenômenos psicossomáticos constituem uma expressão significativa da clínica psicológica na atualidade. A clínica mostra as atuais facetas dos modos de subjetivação postos em cena pela psicopatologia somática. Ressalta-se que os destinos da emergência do corpo na clínica psicológica situam-no como veículo e plataforma do sofrimento, expressando-se através das queixas somáticas. Quando abordamos

manifestações psicossomáticas em crianças, urge ressaltar a importância da consideração do lugar dos pais na construção da dinâmica de adoecimento do filho (Teixeira, 2006).

Em muitos casos, o aparecimento de sintomas físicos na criança pode estar demonstrando alguma disfunção no funcionamento familiar. Pinto e Duarte (2008) apontam alguns fatores familiares que podem contribuir para o surgimento de sintomas somáticos na criança, tais como: altas taxas de problemas de saúde e psicológicos na família; reforço familiar de comportamento doente; ansiedade para experienciar sintomas físicos; perda de pessoas importantes; uso de drogas e álcool por membros da família, entre outros. A relação mãe-pai-filho perturbada também contribui para o aparecimento e a manutenção de sintomas somáticos na criança. Nesta mesma linha de pensamento, Volich, Ferraz e Ranña (2007) destacam a importância do papel da mãe na nominação dos estados afetivos para a organização psicossomática da criança, ou seja, quando ocorre ensurdecimento em relação às dores psíquicas do filho, constata-se o rompimento entre o corpo e a psique, propiciando a eclosão de fenômenos psicossomáticos.

A criança exposta a modelos de comportamento doentes, conforme Mello Filho e Burd (2010), aprende sobre a dor a partir da experiência e das atitudes de seus familiares diante de situações geradoras de estresse. Sintomas somáticos e doenças em familiares são um reforçador da somatização na criança, que, frequentemente, apresenta sintomas similares aos apresentados por outro membro da família.

Neme, Dameto, Azevedo e Fonseca (2008) concordam com os fundamentos psicanalíticos da teoria Winnicottiana de que o vínculo que se estabelece entre a mãe e o bebê nos primeiros meses de vida é o fato mais importante do desenvolvimento infantil, visto que, a partir disto, a criança se desenvolverá de uma forma saudável ou apresentará possíveis patologias, algumas doenças agudas ou crônicas, como, por exemplo, psoríase, dermatoses, asma e demais problemas respiratórios. O transtorno psicossomático consiste na dificuldade encontrada pela criança para fornecer respostas adaptadas ao meio externo, em decorrência da grande rigidez de ego.

Reforçando a ideia, Neme et al. (2008), Fontes Neto, Weber, Fortes e Cestari (2006) e Winnicott (2006) apontam que, na amamentação (olhares, afeto, toque, carinho), a criança estabelece, para seu ego, um vínculo saudável ou não com a mãe, através de um modelo tido como de segurança, em que desenvolverá experiências positivas ou de insegurança, apresentando aspectos negativos em relação a si e ao mundo externo. Sendo assim, a criança, para ser tida como saudável, necessita de estímulos que são ofertados através do carinho; já as que não o recebem, sofrerão o que, em Psicanálise se chama de “Privação Afetiva”, que acarreta sintomatologias. Estes processos de desenvolvimento saudável (ou não) se dão através do toque, tendo como meio de comunicação entre o que está dentro (interno) e o que está fora (externo) do corpo, a pele.

A pele é o mais antigo e sensível de nossos órgãos, nosso meio de comunicação e eficiente órgão protetor do corpo humano. Segundo Muller (2005), a pele e o sistema nervoso central se constituem da mais externa das três camadas de células embrionárias, denominada de ectoderme. O sistema nervoso é uma parte escondida da pele ou ela é a parte exposta do sistema nervoso. Na pele, há um número enorme de receptores sensoriais que absorvem os estímulos de calor, frio, toque, pressão e dor. As palavras da autora correlacionam-se com as concepções da teoria Winnicottiana, pois refere que a mãe, ao prestar o cuidado ao seu filho (o que inclui totalmente o toque na pele),

desenvolve um importante vínculo, permitindo um bom desenvolvimento emocional do bebê.

Para Muller (2005), a pele é o maior órgão de percepção no momento do nascimento, tornando-se o meio para o contato físico e para a transmissão de sensações físicas e emoções. Os problemas de pele, principalmente em crianças (atendidas na prática clínica), em sua maioria, são decorrentes de relações vinculares empobrecidas de afeto, do toque e ausentes de proteção. A criança que não recebe o calor do toque não internaliza a sensação de que é amada e o sistema nervoso responderá através de várias vias, por exemplo, a pele. A criança que desenvolve problemas de pele anuncia qual o seu principal conflito (visível): a necessidade de cuidado e afeto. As ligações que existem com o sistema nervoso tornam a pele extremamente sensível a emoções, independente da nossa consciência. Ela expressa nossos sentimentos, mesmo quando não estamos conscientes da existência reais deles.

Montagu (1988) refere que a pele dos indivíduos capta as condições externas do ambiente, bem como as internas; a pele é uma espécie de espelho de como encontra-se o organismo, reflete a cor, a textura, umidade, secura e outros aspectos de como o sujeito se encontra psicologicamente e fisiologicamente. A pele tem a função simbólica de proteção, é uma superfície que reflete todos os órgãos internos, além de ser um meio de contato com o exterior, representando nossos processos e reações psíquicas em geral. Pode-se, então, pensar a pele como sendo uma enorme superfície de projeção. A pele age, ainda, como limite dentro-fora, eu e o outro, eu e o mundo, atuando como um sistema de abrigo de nossa individualidade: “Ao mesmo tempo que nos protege, é a fachada que nos expõe” (Strauss, 1989, p. 1221).

A identidade do sujeito surge desse desenvolvimento, em que o self corporal abarca necessariamente a questão psíquica, determinando “a unidade biopsíquica do self corporal” (Neumann, 1991, p. 25). Portanto, cabe pensar que as primeiras relações da criança se dão em nível de pele. De acordo com Anzieu (1989), a pele é o envelope do corpo, sendo que este envelopa o psiquismo. É por meio das experiências do próprio corpo e com a mãe, que a criança desenvolve seu eu psíquico, denominando Eu-pele, representação que se mostra psicossomática, por isso, o toque é fundamental para o desenvolvimento sadio desse ser humano.

A respeito da história de vida dos pacientes, Silva (1994) comenta que os portadores de doenças de pele, principalmente aqueles que têm um maior componente psíquico, tiveram uma mãe inadequada, superprotetora ou extremamente rejeitadora, o que nos leva a refletir que conflitos intrapsíquicos, decorrentes de história de vida de cada sujeito, podem ser de suma importância em suas complicações físicas, assim como na própria vida emocional.

Ao nascer, a pele é o maior órgão de percepção, ela registra as mudanças do quente e aconchegante corpo da mãe para o frio e áspero mundo externo. A pele torna-se, assim, o meio de contato físico e de resposta de uma gama de emoções que a criança experimenta, seja de bem-estar ou de angústia. A pele forma, então, um canal de comunicação pré-verbal, em que sentimentos não expressos podem ser experienciados e observados. Uma dificuldade, por qualquer razão, resultará numa dermatite infantil, podendo até criar uma fixação, nesse ponto, no contínuo do desenvolvimento emocional (Pines, 1980).

Psicoterapia de pacientes infantis somáticos

Sobre o tratamento de pacientes somatizadores, Mello Filho & Burd (2010) referem que dificilmente eles procuram (ou são levados a) tratamento espontaneamente, só buscam auxílio porque são indicados (geralmente) por médicos. Essa busca ocorre não pelos sintomas que seu corpo emite, mas por crises de angústia excedentes que trazem a sensação de desintegração. Há uma desesperada necessidade de uma relação humana próxima que minimize a intensidade das angústias e ameaças de desintegração.

A psicoterapia analítica para pacientes somáticos pode ter dois enfoques diferentes e cabe ao analista optar por um deles. A primeira possibilidade é a da psicoprofilaxia, que pauta o tratamento no desenvolvimento de potencialidades do ser humano; e a segunda, mais discutida dentro do presente artigo, é a modalidade que foca o atendimento no próprio fenômeno somático, este está incluído na psicoterapia, buscando correlacionar a vida emocional às manifestações somáticas (Mello Filho & Burd, 2010).

O analista desses pacientes deve ter uma postura ativa frente a eles, buscando uma reconstrução histórica, cronológica, integração de datas e acontecimentos até a eclosão somática. Verbalizar, propor, colocar e responder questões do paciente abrem vias de construção de um sujeito psíquico. Com crianças, deve possibilitar o espaço potencial para o brincar, desenhar, jogar, criar, auxiliando no desenvolvimento do processo de criação simbólica e prevenindo também somatizações corporais na fase adulta.

Em relação à postura do analista no atendimento de crianças somatizadoras, reporta-se às grandes contribuições da teoria de Winnicott (2006), quando este refere os conceitos de ambiente facilitador, mãe suficientemente boa e *holding*. Com a incorporação desses conceitos na postura acolhedora e continente, em um ambiente que proporcione segurança e facilite a autonomia e o afeto, bem como oferecer ajuda no que o paciente necessitar na medida certa, o analista terá ferramentas terapêuticas importantes que auxiliarão no processo de constituição psíquica e melhora na qualidade de vida do paciente.

Considerações finais

A psicossomática, de um modo geral, consiste na dificuldade de resolução de conflitos internos que estão latentes e que ganham simbolismo e significado através do corpo. Quando se fala em crianças, a compreensão deste simbólico torna-se ainda mais fundamental, pois estas ainda não desenvolveram a capacidade total de expressar-se por meio da linguagem verbal, tornando a comunicação mais simbólica, incumbindo o outro e o corpo de desvendar o que está sendo dito.

De acordo com Zimerman (1999), dificilmente pacientes somatizadores buscam ajuda terapêutica de forma espontânea, na maioria dos casos, eles são encaminhados pelos seus médicos clínicos. Refletindo sobre esta questão, observa-se que torna-se fundamental estabelecer um bom vínculo terapêutico com o paciente, levando-se em consideração os aspectos transferenciais e contratransferenciais, bem como avaliando a motivação existente para o tratamento.

Destacam-se, ainda, os aspectos que dizem respeito à relação entre mãe e filho. Conforme aludido neste artigo, é de conhecimento que o vínculo entre mãe e bebê é

determinante no quadro de pacientes somatizadores, tornando-se necessária a maternagem desses pacientes, prestando mais cuidado e atenção na tentativa de reconstruir os aspectos psíquicos ainda não bem desenvolvidos. São pacientes que evitam o primeiro contato, a aproximação, mas que, ao mesmo tempo, solicitam um olhar acolhedor (Muller, 2005).

Nota-se que, em todo o processo de psicossomatização na infância, bem como em seu tratamento, a compreensão do analista ao inconsciente infantil e seus simbolismos guiará o caminho do tratamento psicológico. Além dessa compreensão, no atendimento de crianças se faz necessária a inclusão da figura materna, já que a ligação e a vinculação do bebê com esta figura, como descrito por Winnicott (1958), significa a constituição de um ego estruturado. Vale ressaltar que, em Psicanálise, mesmo que o sintoma desenvolvido pela criança seja oriundo da relação familiar, os pais recebem as devidas orientações e a criança é tomada como paciente, posto que é ela quem desenvolve o sintoma.

No tratamento de crianças somatizadoras via pele, faz-se necessário o envolvimento de profissionais da área da saúde que compreendam que a doença pode transformar-se em uma oportunidade de crescimento, de ressignificação da vida e do viver, gerando uma melhor qualidade de vida como um todo. A isto, refere Jung (1991) que a matéria e a psique são dois aspectos diferentes de uma só e mesma coisa. Verifica-se, então, que o tratamento eficaz em crianças somatizadoras via pele inclui um tratamento multidisciplinar de psicólogos e médicos especialistas, buscando atingir a dimensão simbólica e biopsicossocial do paciente.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Anzieu, D. (1989). *O eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Birman, J. (2002). Encontro com Dr. Joel Birman. *Revista de Filosofia e Ciências Humanas*, 18 (1), 135-149.
- Bleichmar, A. S. (1993). *Nas origens do sujeito psíquico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Caldeira, G. (2003). Psicossomática hoje. *Revista da Associação Brasileira de Psicossomática*, 7 (1/2), Janeiro/Junho.
- Chevinik, M. (1983). Aspectos narcisistas en el paciente psicossomático en el cura psicanalítica. *Revista de Psicanálisis. Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires*, 40.
- Dahlke, R. (2000). *A doença como símbolo: pequena enciclopédia de psicossomática*. São Paulo: Cultrix.
- Dejours, C. (1988). *O corpo entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Fontes Neto, P. T. L., Weber, M. B., Fortes, S. D. & Cestari, T. F. (2006). A dermatite atópica na criança: uma visão psicossomática. *Revista de Psiquiatria*, 28 (1), 78-82.
- Green, A. (1988). *Narcisismo de vida e narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta.
- Guir, J. (1983). *A Psicossomática na Clínica Lacaniana*. São Paulo: Jorge Zahar.
- Jung, C. G. (1991). *A natureza do psique*. 3. ed. Petrópolis: Vozes.
- Kristal, H. (1973). Aspects of deffect theory. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 41, 1.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Marty, P.(1965). *Los movimientos individuales da vida y de muerte*. Barcelona: Toray.
- McDougall, J. (1996). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mello Filho, J. & Burd, M. (2010). *Psicossomática hoje*. 2. ed. Artmed: São Paulo.
- Montagu, A. *Tocar o significado humano da pele*. São Paulo: Summus, 1988.
- Muller, C. M. (2005). *Psicossomática: uma visão simbólica do vitiligo*. São Paulo: Vetor.
- Neme, C. M. B., Dameto, C. A., Azevedo, G. M. G. & Fonseca, M. S. (2008). Implicações do vínculo mãe-criança no adoecimento infantil: revisão de literatura. *Pediatria moderna*, 44 (4), 162-166.
- Neumann, E. (1991). *A criança, estrutura e dinâmica da personalidade*. São Paulo: Cutrix.
- Pines, D. (1980). Skin Communication: early skin disorders and their effect on transference and countertransference. *International Journal Psycho-Analitic*, 61, 315-323.
- Pinto, P. C. G e Duarte, M.A. (2008). *Associação entre eventos estressantes de vida e dor abdominal recorrente não orgânica: revisão*. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewFile/132/114>>. Acesso em: 07 set. 2010.
- Silva, M. (1994). *Quem ama não adoce*. São Paulo: Círculo do Livro.
- Strauss, G. (1989). *Skin disorders*. Baltimore: Williams Wilkings.

- Teixeira, L. C. (2006). Morte, luto e organização familiar: à escuta da criança na clínica psicanalítica. *Revista Psicologia Clínica*, 18 (2), 63-76.
- Volich, R. M., Ferraz, F. C. & Ranña, W. (2007). *Psicossoma III: interfaces da psicossomática*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. (1958). *Collected papers: though pediatrics to psycho-analys*. Londres: Tavistock Publications.
- Winnicott, D. (2006). *Os bebês e suas mães*. Tradução Jefferson Luiz Camargo. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Zimerman, D. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.

Endereço para correspondência:

Denice Bortolin Baseggio
Rua Aspirante Genner, 1450, Bairro Lucas Araújo
Passo Fundo, Rio Grande do Sul
CEP: 99074-370.
E-mail: denicebaseggio@yahoo.com.br

Recebido em: 07/07/2012.
Aceito para publicação em: 27/08/2012.