

A DOENÇA PSICOSSOMÁTICA E O USO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL COMO INTERVENÇÃO

PSYCHOSOMATIC DISEASE AND THE USE OF BEHAVIORAL COGNITIVE THERAPY AS AN INTERVENTION

Priscila dos Santos Bezerra **DIAS**¹, Sergio Fernando **ZAVARIZE**²

Resumo

A psicossomática busca um entendimento da relação mente-corpo e dos processos de adoecimento sendo que o processo de somatização consiste na manifestação de conflitos e angústias por meio de sintomas físicos. Essa relação de causa e efeito, na prática requer a atuação de equipe multidisciplinar onde atue o psicólogo. Este responde pelo tratamento dos efeitos psicológicos decorrentes da doença, utilizando-se muitas vezes da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como forma de intervenção. A TCC é fundamentada em um conjunto de teorias bem desenvolvidas e se baseia nos princípios centrais de que nossas cognições têm influência controladora sobre nossas emoções e comportamentos e o modo que agimos pode afetar profundamente nossos padrões de pensamento e nossas emoções. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi identificar a influência dos aspectos emocionais nas doenças físicas do ser humano e mostrar a importância da TCC no tratamento das doenças psicossomáticas. O presente trabalho caracteriza-se como um estudo exploratório, através de uma pesquisa bibliográfica que se decorreu sobre as publicações relacionadas especificamente ao tema Psicossomática e TCC. Foram pesquisadas publicações entre os anos 2003 e 2016 nos bancos de dados Scielo, Bireme, *Lilacs*, *Medline*, *Google Acadêmico* e *Google Livros*, resultando em 28 artigos selecionados, os quais atenderam a todos os critérios de seleção. Concluindo, foi possível verificar a relevância da TCC como método de intervenção e sua eficácia no tratamento clínico da Psicossomática.

Palavras-Chave: Psicossomática, terapia cognitivo-comportamental, doenças somáticas.

Abstract

The psychosomatic seeks an understanding for the mind-body relationship and illness processes, being the somatization process the manifestation of conflict and distress through physical symptoms. This cause and effect relationship, in practice, requires the performance of a multidisciplinary team where the psychologist acts. This professional responds for the psychological effects resulting from the disease treatment, often using Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) as a form of intervention. CBT is based on a set of well-developed theories and is based on the central principles that our cognitions have controlling influence on our emotions and behaviors, and the way we act can deeply affect our thinking patterns and our emotions. Therefore, the objective of this study is to identify the influence of the emotional aspects in the human being physical diseases and to show the cognitive behavioral therapy importance in the treatment of psychosomatic diseases. The present work is characterized as an exploratory study, through a bibliographical research that was carried out on the publications related specifically to the theme Psychosomatics and CBT. Publications searched were from 2003 to 2016 in the Scielo, Bireme, *Lilacs*, *Medline*, *Google Academic* and *Google Books* databases, resulting in 28 articles selected, that met all the selection criteria. In conclusion, it was possible to verify the relevance of CBT as an intervention method and its efficacy in the clinical treatment of Psychosomatics.

Keywords: psychosomatic, cognitive behavioral therapy, somatic diseases.

¹ Graduada em Psicologia pela Faculdade Municipal Professor Franco Montoro – FMPFM. E-mail: pri.cila.d@hotmail.com

² PhD e Doutor em Psicologia – PUC-Campinas; Docente do curso de Graduação em Psicologia na Faculdade Municipal Professor Franco Montoro – FMPFM. Diretor Acadêmico na Faculdade Mogiana do Estado de São Paulo – FMG. E-mail: sergio.fernando.zavarize@gmail.com

INTRODUÇÃO

Segundo Mello-Fillho et. al. (2010) o termo psicossomático surgiu a partir do século XIX, quando Heinroth criou as expressões psicossomática e somatopsíquica, distinguindo-as. Heinroth acreditava no que ele chamou de desordens da alma, expressão psicossomática, que se referia à influência das paixões sexuais no aparecimento de algumas doenças, como a tuberculose, a epilepsia e o câncer e a insônia. Somente após 10 anos, ele incluiu a expressão somatopsíquica ao referir-se à influência de fatores orgânicos nos efeitos emocionais, com o poder de modificar o estado psíquico do indivíduo (FEIJOO; MATTAR, 2015).

O conceito atual da Psicossomática quebrou paradigmas onde a visão da doença deixa de ser ecológica, como resultado de variáveis do corpo, interpessoais, individuais e ambientais, passando a ser uma complexa interação ao longo do desenvolvimento do indivíduo, como fatores psíquicos, somáticos e ambientais. Isso implica também que o peso, ou o significado de fatores psicossociais pode variar de pessoa para pessoa em relação a mesma doença (BARBOSA, 2014).

Para Barbosa, Duarte e Santos (2012), a psicossomática busca um entendimento da relação mente-corpo e dos processos de adoecimento sendo que o processo de somatização consiste na manifestação de conflitos e angústias por meio de sintomas físicos, ou seja, para eles o termo psicossomático é entendido como

toda perturbação física resultante de um conteúdo psicológico. Os autores completam afirmando que toda doença humana é psicossomática pois incide em um ser constituído de soma e psique, inseparáveis anatômica e funcionalmente. Para Mello-Filho et. al. (2010) a psicossomática possibilita a compreensão do complexo jogo de causa e efeito presente na evolução das enfermidades de modo muito mais rico e completo. Ainda para eles, a Psicossomática, em síntese, é uma ideologia sobre a saúde, o adoecer e sobre as práticas de saúde, é um campo de pesquisas sobre estes fatos e, ao mesmo tempo, uma prática de uma Medicina integral.

A psicossomática categoriza fenômenos psicossomáticos ou somatopsíquicos, apontando para a gênese do transtorno ora no corpo, ora na psique e estabelece as relações de causa e efeito entre as duas instâncias, ditas como dicotômicas. Essa relação de causa e efeito, na prática, requer a atuação de dois profissionais: o médico, cabendo o tratamento do somático e o psicólogo, respondendo pelo tratamento dos efeitos psicológicos decorrentes da doença, como a depressão, a ansiedade, o medo dos tratamentos, o medo da morte. Assim, a compreensão das enfermidades passa a ser tomada em uma dualidade soma e psique (MATTAR et. al., 2016).

Schiller (2003 p.27) afirma que existe mais que uma psicossomática. Para ele, existem a psicossomática da medicina, da psicologia e da psicanálise, sendo elas radicalmente diferentes. O autor define psicossomática médica como o

“receptáculo dos restos incompreendidos da medicina”. Ou seja, quando a doença não possui explicação científica ou, não possui evidências orgânicas, ela possui um componente psicossomático. A Psicossomática, no conceito de medicina psicossomática proporciona a integração de três perspectivas: a doença com sua dimensão psicológica; a relação médico-paciente e seus desdobramentos; a ação terapêutica voltada para o paciente. Ela trouxe para o pensamento médico-científico e para a prática assistencial o tratar doentes e não doenças (MELLO-FILHO, 2010).

Na atualidade a medicina psicossomática é a forma pela qual o psiquiatra se orienta quando inserido em hospital geral, estando atento aos sintomas psíquicos vistos como efeitos previsíveis de diversos tipos de adoecimento, bem como aos problemas de origem psíquica que poderão resultar em disfunções orgânicas (FEIJOO; MATTAR, 2015).

A psicossomática no enfoque da psicologia insere-se no mesmo terreno epistemológico que a medicina, também propondo a divisão entre mente e corpo e recortando o psiquismo a partir da anatomia descrita pela medicina. É neste sentido que se tem psicólogos especializados em doenças do corpo. A divisão entre corpo e mente faz com que a mente atue sobre o corpo e determine mudanças. A psicossomática da psicanálise não vê um psiquismo que reflete o organismo, mas um corpo recortado por este. Assim, ela divide as doenças em dois grupos: as doenças que

podem ser atenuadas, modificadas ou curadas pela descoberta de um sentido e as que seguem seu curso apesar da identificação de uma associação psíquica. Para a psicanálise, o sintoma pode ser modificado por conta de uma interpretação (SCHILLER, 2003).

No Brasil, podemos encontrar a psicossomática também com o nome de Psicologia Médica. Ela contempla o ensino ou a prática dos recursos terapêuticos e as reações adaptativas das relações humanas, seja familiar, profissionais-paciente, instituições de saúde, na questão das doenças agudas e crônicas (MELLO-FILHO et. al., 2010).

Segundo Barbosa et. al. (2014 p.05), atualmente, a pesquisa em Psicossomática baseada na observação clínica recebe contribuições provindas de investigações em áreas como as de mecanismos neuroendócrinos e modelos cognitivos. O autor afirma que “fatores estressantes, mediados por modulação neuroendócrina e atividade inflamatória, afetam em maior ou menor grau indivíduos suscetíveis” e que “o sistema nervoso central e o sistema imunológico interagem por meio de sistemas autonômicos e neuroendócrinos”. Ou seja, sob situações estressantes, o sistema imunológico é alterado o que desencadeia respostas do organismo podendo resultar em doenças físicas.

De acordo com Botega (2012) o foco da psicossomática mudou da observação clínica para a pesquisa básica, em especial sobre os mecanismos neuroendócrinos envolvidos na regulação visceral. Mais recentemente, a pesquisa

passou a contemplar os modelos cognitivos de compreensão e tratamento. Especialistas em dermatologia afirmam que uma das formas do indivíduo expressar insatisfação, mal-estar ou desconforto é por meio da somatização, ou seja, através da liberação de maneira não intencional dessa emoção em um ou mais órgãos do corpo. Algumas dermatoses e suas relações com a área psicológica são comprovadas como por exemplo a dermatite atópica, que normalmente ocorre associada à asma, à rinite alérgica ou à urticária, tem relação com o stress. A dermatite seborreica é uma afecção crônica recorrente em que se observa a participação de fatores emocionais nas recidivas e no agravamento do quadro (SILVA; SILVA, 2007).

Barbosa et. al. (2014), ainda afirma que mais de um quarto dos pacientes na prática médica geral apresenta comorbidades depressivas, ansiosas, somatoformes ou uso nocivo de álcool. Desta forma, é preciso considerar o estresse no processo de adoecimento. Doenças como depressão e ansiedade são fatores muito comuns ligadas a doenças orgânicas, assim como, eventos ou situações percebidas como estressantes pelo indivíduo no tempo presente dão determinantes para o aparecimento de doenças, sendo esses eventos relevantes em afecções respiratórias, cardiovasculares, gastrintestinais, autoimunes e, até mesmo, endócrinas.

Desta maneira, sendo de fato a doença também de ordem emocional, o médico não conseguirá atingir a cura

efetivamente. Ele pode até minimizar os sintomas, mas somente através do auxílio da psicoterapia com um profissional da psicologia é que o paciente poderá alcançar, por meio de um tratamento individual, a compreensão mais aprofundada das causas da doença e assim, encontrar formas de solucioná-la. É então onde entra a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) nesse processo (NEVES NETO, 2003).

A TCC foi difundida a partir dos conceitos da Terapia Comportamental e da Terapia Cognitiva. A Teoria Comportamental possibilita que o indivíduo modifique a relação entre a situação problema e a reação emocional e comportamental habitual em resposta àquela situação, ensinando uma nova reação ao indivíduo. Já a Terapia Cognitiva se baseia no que os afetos e os comportamentos do indivíduo são fundamentados subjetivamente segundo o seu modo de visualizar o mundo (TAVARES, 2005).

Foi nos anos 50 e 60, principalmente na Inglaterra e nos Estados Unidos, que surgiu a Terapia Comportamental, associada ao behaviorismo, tendo como princípios fundamentais: a mente não poderia ser representada como um objeto legítimo de estudo científico, o problema do indivíduo devia ser baseado em seu comportamento observável, a avaliação e o tratamento deveria ter como foco somente o que poderia ser observado, operacionalizado e medido e na modificação do comportamento, os fatores de importância eram os que buscavam a

manutenção do paciente, e não sua origem (SERRA, 2007).

A Terapia Cognitiva surgiu na década de 60, como um sistema de psicoterapia difundida por Aaron Beck que, impulsionado por preocupações teóricas, conduziu estudos empíricos em particular sob o modelo psicanalítico motivacional da depressão. Contrariando suas expectativas, o modelo psicanalítico de depressão foi contraditado e, com isso, Beck propôs o modelo cognitivo de depressão resultando na Terapia Cognitiva. Segundo ele, depressivos sistematicamente distorciam a realidade, tendo a depressão como fator principal o transtorno de pensamento e não o transtorno emocional (SERRA, 2007).

Barbosa e Borba (2010, p. 62) definem a TCC como um "subgrupo de terapias que enfatiza os aspectos cognitivos relacionados ao comportamento e que compartilham o pressuposto da alteração do comportamento não-verbal como função de uma mudança prévia do pensamento". A TCC tem como objetivo não só produzir mudanças, mas visa produzir mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais duradouras, através da aliança terapêutica, tratamento de duração breve e sessões estruturadas em caráter educativo (BORGES; LUIZ; DOMINGOS, 2009). Portanto, a TCC tem como fonte teórica principal o comportamento operante, que tem essa denominação, pois a resposta age ou interage no ambiente de modo a modificá-lo, ou seja, o comportamento sofre consequências que faz com que eles

tenham menos chance de voltar a acontecer (CORDIOLI, 2008).

Aaron T. Beck foi o primeiro a desenvolver completamente teorias e métodos para aplicar as intervenções cognitivas e comportamentais a transtornos emocionais. A TCC é fundamentada em um conjunto de teorias bem desenvolvidas e se baseia nos princípios centrais de que nossas cognições têm influência controladora sobre nossas emoções e comportamentos e o modo que agimos pode afetar profundamente nossos padrões de pensamento e nossas emoções. Pesquisas recentes confirmaram que "o modelo da TCC pressupõe que as mudanças cognitivas e comportamentais são moduladas por meio de processos biológicos e que as medicações psicotrópicas e outros tratamentos biológicos influenciam as cognições" (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008, p.18).

Para Knapp et. al. (2007), as três características que definem as TCCs são: a atividade cognitiva influencia o comportamento, a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada e o comportamento desejado pode ser influenciado mediante mudança cognitiva. As abordagens da TCC partem de que existe um processo interno e oculto de cognição e de que a mudança comportamental pode ser influenciada por eventos cognitivos. Terapeuticamente, os principais indicadores de mudança são cognição e comportamento, embora mudanças emocionais e fisiológicas possam ser atribuídas em algumas situações.

Desde seus primeiros estudos, em 1977, a TCC vem sendo testada e, com mais de 500 estudos científicos até 2013, vem mostrando sua eficácia em uma série de transtornos psiquiátricos, problemas psicológicos e problemas médicos com componentes psicológicos. (BECK, 2013). Assim, a TCC pode ser dividida em: terapias de habilidades de enfrentamento que fornecem ao paciente instrumentos para lidar com as situações problemáticas, terapia de solução de problemas que ajuda o paciente a desenvolver estratégias para lidar com as dificuldades pessoais e, terapias de reestruturação que ajuda o paciente a reformular pensamentos distorcidos e promover pensamentos adaptativos no tratamento de problemas emocionais (KNAPP; BECK, 2008).

Dobson (2008) afirma que para um tratamento ser rotulado como TCC, esse tratamento deve estar baseado em um modelo mediacional. O terapeuta deve presumir que uma mudança cognitiva deve mediar ou levar a uma mudança comportamental no paciente. Porém, a TCC não necessariamente busca o pensamento mais racional ou positivo, mas a retirada do círculo vicioso de pensamento que levam o indivíduo a interpretar as situações sempre da mesma maneira. Com isso, o terapeuta deve entrar no mundo de crenças do indivíduo para ajudá-lo a modificá-las (WAINER; PICCOLOTO; PICCOLOTO, 2007).

Teng, Humes e Demetrio (2005), afirmam que transtornos psiquiátricos estão associados com doenças clínicas como doenças cardiovasculares endocrinológicas, neurológicas, renais,

entre outras, frequentemente levando a agravamento de seus quadros. Independente da condução do tratamento de forma farmacológica, a avaliação psicológica e o uso da psicoterapia são extremamente necessários, pois melhora a compreensão da doença e também facilita a adesão dos pacientes ao tratamento biológico proposto. Seguindo esse modelo, Lourenção, dos Santos Junior e Luiz (2009) avaliam que a terapia cognitivo-comportamental tem sido utilizada como base metodológica para a intervenção em diversos tratamentos de saúde como: dor crônica, obesidade, diabetes, HIV, cardiopatias, entre outros.

Angellotti e Fontes (2007) afirmam também, que existe importância no estudo dos aspectos biopsicossociais envolvidos em uma ocorrência de dor pois, existem aspectos que ultrapassam a delimitação físicas dessas. O indivíduo percebe a dor com maior ou menor intensidade devido a fatores cognitivos e perceptivos, fatores emocionais, fatores comportamentais, e fatores interpessoais e, com isso, mesmo com os tratamentos físicos para a dor, esta pode persistir. Por esse caráter subjetivo, os tratamentos combinados com intervenções não-farmacológicas e tratamentos psicológicos, utilizando-se do TCC, apontam melhores resultados.

Em outro contexto, a atividade cognitiva ativada com o diagnóstico de uma doença crônica, como por exemplo o câncer, pode influenciar o comportamento e as emoções do paciente, alterando a forma como ele se sente, e podendo resultar em transtornos psicológicos decorrentes de um modo distorcido de se

perceber os acontecimentos, denominado distorções cognitivas. Neste sentido, o uso da TCC com pacientes crônicos pode facilitar a aderência ao tratamento, oferecer suporte emocional frente ao diagnóstico, prevenir comportamentos de risco à saúde, entre outros. (SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008)

Costa Junior (2001), acrescenta em seus estudos a psico-oncologia como um campo interdisciplinar da saúde que estuda a influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento, o tratamento e a reabilitação de pacientes com câncer, tendo como objetivo a identificação de variáveis psicossociais e contextos ambientais em que a intervenção psicológica possa auxiliar o processo de enfrentamento da doença, incluindo quaisquer situações potencialmente estressantes a que pacientes e familiares são submetidos. O autor diz que a intervenção em psico-oncologia é baseada em modelos educacionais e não em modelos clínicos. O psicólogo, neste contexto, passa a priorizar as mudanças de comportamento relacionadas à saúde do indivíduo sendo que o tratamento deve se constituir em uma condição de aprendizagem sociocomportamental e cognitiva para o paciente.

Assim sendo, a TCC é uma modalidade de psicoterapia que tem recebido muita atenção nas últimas décadas por defender a existência de um transtorno de pensamento no cerne dos transtornos psiquiátricos, principalmente depressão e ansiedade, sendo um elo entre o estado físico e mental dos indivíduos. (ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2003)

Este trabalho pretende contribuir com o conhecimento sobre a importância das emoções nos quadros de adoecimento e disfunções clínicas e mostrar ainda, a relevância da TCC para a resolução de problemas emocionais e físicos da saúde humana. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi identificar a influência dos aspectos emocionais nas doenças físicas do ser humano e mostrar a importância da TCC no tratamento das doenças psicossomáticas.

MÉTODOS

Procedimentos

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo exploratório, através de uma pesquisa bibliográfica que de acordo com Gil (2008, p.50) "é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído de livros e artigos científicos". A pesquisa bibliográfica utilizada da literatura se decorreu sobre as publicações relacionadas especificamente ao tema Psicossomática e foi elaborada a partir de buscas em fontes como Scielo, Bireme, Lilacs, Medline, Google Acadêmico e Google Livros. A escolha de materiais recentes foi priorizada, com publicações entre os anos 2003 e 2016. A coleta dos dados foi realizada entre os meses de Junho e Outubro de 2016.

Durante as pesquisas, foi aplicado uso isolado ou combinado das seguintes palavras-chave: psicossomática, medicina psicossomática, psicologia, tratamento e terapia cognitiva comportamental no idioma português. Os artigos encontrados durante as pesquisas foram avaliados e

selecionados de acordo com seguintes critérios de inclusão: relação estreita com o tema e com o objetivo da pesquisa, relevância para o estudo e disponibilidade na íntegra. Para tal, primeiramente teve-se as leituras dos títulos e posteriormente a leitura de seus resumos. Foram excluídas desta revisão as publicações que não atenderam a temática, aquelas que não estavam disponíveis na íntegra e as que não demonstraram relevância em relação ao estudo.

Resultados e Discussão

A partir dos recursos metodológicos utilizados, obteve-se como resultado: 13 artigos identificados na primeira fase, sendo que 03 artigos foram excluídos por não atenderem os critérios de inclusão. Na segunda fase 26 artigos foram selecionados e 08 foram excluídos, na terceira fase permaneceram 39 artigos, resultando em 28 artigos selecionados na fase final de pesquisa, os quais atenderam a todos os critérios de seleção.

A utilização do conceito de doença psicossomática está presente em vários serviços do hospital geral e é praticamente obrigatória em pediatria, obstetrícia, neonatologia, ginecologia, cardiologia, gastroenterologia, pneumologia, nefrologia, endocrinologia, e até CTI, trazendo as equipes para uma abordagem cada vez mais interdisciplinares na área da saúde. O profissional da saúde passa assim a ter um enfoque psicossomático desde a consulta, no momento do diagnóstico e também na prescrição terapêutica. Dessa forma, a psicossomática deixou de ser apenas prática médica se espalhando por

todas as áreas da saúde, sendo um excelente campo de trabalho para os psicólogos. Houve uma evolução de uma Psicossomática dirigida apenas a médicos, para um campo de conhecimentos voltado para qualquer profissional de saúde, tornando a prática da saúde realmente integral (MELLO-FILHO et. al., 2010).

Botega (2012), diz que a maioria das pessoas apresenta sensações somáticas com certa frequência. De fato, afirma que em uma semana de 60% a 80% das pessoas saudáveis apresentam pelo menos uma queixa somática. Porém, de acordo com a intensidade da manifestação leva à busca de auxílio médico. De 30% a 60% dos casos, não apresenta doença grave para explicar as queixas. O autor diz que o processo de somatização reflete em testes laboratoriais desnecessários e dispendiosos, hospitalizações repetidas, uso abusivo de medicamentos, impacto na família e até na vida social e que as despesas com um paciente somatizador leva a um custo com saúde até nove vezes maior do que outros pacientes.

A Organização Mundial da Saúde classifica as doenças psicossomáticas em duas categorias: Transtornos Neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (códigos F40 – F48) e Síndromes Comportamentais Associadas a Distúrbios Fisiológicos e a Fatores Físicos (códigos F50 – F59). O primeiro é definido como presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral, porém não são explicados pela mesma, ou por efeitos de uma substância ou por um transtorno mental. O segundo tem a presença de um ou mais fatores psicológicos ou

comportamentais específicos que afetam uma condição física ou do funcionamento dos órgãos (NEVES NETO, 2003).

Botega (2012) propõe dois eixos que devem ser considerados para possíveis diagnósticos. O primeiro inclui o curso e o grau de incapacitação dos sintomas, sendo que a distinção dos quadros nesse eixo é evidenciada por quanto a evolução é crônica e incapacitante. O segundo é o grau de atribuição somática ou psicológica conferida à origem dos sintomas físicos. No primeiro, as apresentações crônicas já passaram por um ou vários especialistas e, no segundo, os pacientes acabam por ter uma resposta padrão nestas questões, então cabe ao sistema de saúde saber como processar essa atribuição.

A literatura lista aspectos psicológicos, familiares e sociais que influenciam o processo de somatização crônica dos pacientes entre eles estão: ausência de cuidado afetivo adequado na infância, história de violência, história de submissão e conformismo, história de doenças físicas frequentes e valorizadas no ambiente familiar, alta prevalência de transtorno da personalidade antissocial na família, padrão psicológico pessoal de grande dependência desde a segunda década de vida, amplificação somática das sensações corporais, em especial nos transtornos hipocondríacos. A presença de uma somatização crônica deve ser confirmada por mais que critérios de exclusão, mas por critérios positivos como angústia, preocupação intensa, resistência à aceitação de vínculo com aspectos emocionais, procura incessante de novas opiniões (BOTEGA, 2012).

O psicólogo com essa orientação deve estar atento aos sintomas psíquicos tanto os de efeito a diversos tipos de adoecimento, bem como os problemas de origem psíquica que poderão resultar em disfunções orgânicas. Isso faz com que os fenômenos psicossomáticos ou somatopsíquicos, que aponta para a gênese do transtorno ora no corpo, ora na psique, requeiram a atuação conjunta do médico tratando o corpo e do psicólogo tratando a mente, ou seja, o tratamento dos efeitos psicológicos decorrentes da doença ou que resultam na doença (FEIJOO; MATTAR, 2015).

Neves Neto (2003), lista algumas condições médicas que atualmente recebem atenção de estudos clínicos buscando a relação entre a doença orgânica e os componentes psicossociais. O autor cita doenças como: hipertensão arterial, epilepsia, úlcera péptica, tuberculose, asma, acidente vascular cerebral (AVC), doenças pulmonares, dor lombar, alergias, câncer, doenças autoimunes, dor crônica, entre outras. Entre os principais sintomas, o autor elenca a fraqueza, a dor de cabeça, a palpitação, a tontura, a dor abdominal, a insônia, a diarreia, a dificuldade de engolir, a náusea, dentre outros.

Indo ao encontro desses pressupostos, Fontes Neto et.al. (2006) através de seus estudos, concluíram que a dermatite atópica (DA) apresenta um curso clínico influenciado por uma gama de fatores genéticos, biológicos e psicológicos e desta complexa interação, associado a um fator estressante, manifestam-se os surtos eczematosos. Do

mesmo modo, Neves Neto (2003 p.8) afirma que "a conceitualização cognitiva e comportamental é fundamental para a compreensão etiológica e terapêutica das disfunções psicofisiológicas". O autor discorre sobre alguns conceitos no tratamento das doenças psicossomáticas através da TCC, sendo o primeiro o de que alguns indivíduos focalizam sua atenção durante a ocorrência de reações físicas maximizando a estimulação fisiológica do órgão ou do seu funcionamento. O segundo seria o fato das distorções dos sintomas que os indivíduos formulam através de cognições para dar sentido àquelas sensações, baseadas no esquema cognitivo (crenças) a respeito de si mesmo, do mundo e do futuro.

O terceiro conceito está no condicionamento operante onde o aparecimento de alguns sintomas parece estar associado com a existência de certas atividades cotidianas, sofrendo forte influência. Além deste tem-se o condicionamento clássico, ou, reações fisiológicas naturalmente eliciadas por estímulos incondicionados podendo ocorrer um emparelhamento desses estímulos de maneira que ocorra uma resposta condicionada. O quinto conceito seria a psicopatologia, onde os sintomas podem ocorrer na presença de quadros psicopatológicos ou comorbidades psiquiátricas. Porém, outros fatores podem também ser citados como a necessidade de estar doente, dissonância cognitiva, dissociação, entre outros (NEVES NETO, 2003).

Para Salvetti e Pimenta (2007), o tratamento de doentes com dor crônica

inclui a modificação de crenças, atitudes, valores e comportamentos pouco adaptativos pois as crenças disfuncionais podem ser o problema central e determinar os resultados do tratamento. Os autores afirmam que, dentre as crenças importantes, está a autoeficácia que consiste na crença sobre a habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou comportamentos para produzir um resultado desejável.

Borges, Luiz e Domingos (2009 p. 182) citam o Treino de Controle do Stress (TCS), uma "modalidade da terapia cognitivo-comportamental que tem como objetivo mudar hábitos de vida e de comportamentos, em quatro áreas que constroem os pilares do TCS: nutrição anti-estresse, relaxamento da tensão mental e física, exercício físico e mudanças cognitivas comportamentais". Para os autores é fundamental a identificação das fontes de estresse internas e suas modificações por meio de uma reestruturação pois, se a interpretação for disfuncional, ou seja, baseada em uma crença irracional problemas emocionais podem desencadear, sendo importante a reestruturação dessas crenças irracionais.

Neves Neto (2003), no entanto, diz que não existe uma receita para o tratamento das doenças psicossomáticas mas os estudos demonstram que as intervenções psicoterápicas possuem eficácia no tratamento. A partir do diagnóstico e da conceitualização cognitiva e comportamental inicia-se a intervenção, também chamada de "Psicoterapia Baseada em Evidências". O autor lista uma série de estudos que

demonstram essa eficácia para disfunções psicofisiológicas como: dor crônica, artrite reumatóide, diabetes mellitus, fibromialgia, asma, hipertensão arterial, dentre outros.

Apesar de todos os possíveis tratamentos, o paciente deve ser ensinado a utilizar técnicas cognitivas para conter as crenças, já que o pensamento é um dos fatores que influenciam o biológico, podendo agravar seus sintomas. Alguns pesquisadores indicam que a reestruturação cognitiva é importante para o controle das doenças psicossomáticas (BORGES; LUIZ; DOMINGOS, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da TCC como intervenção nas doenças psicossomáticas e o estudo de seus desdobramentos, se faz necessário pois esta, atua de forma eficiente nos diversos transtornos psicológicos. Em contrapartida, a psicossomática integra uma perspectiva que coloca a doença em uma dimensão psicológica, abrangente e integral, proporcionando uma abordagem onde a relação médico-terapeuta-paciente participa como um recurso de grande importância, ou seja, o viés de olhar para o indivíduo doente e não apenas para a doença, no seu contexto mais amplo e significativo.

Desta forma, toda doença pode ser vista como psicossomática, pois quem adoece não é um órgão específico, mas sim o indivíduo de uma maneira integral. Assim sendo, a doença pode ser

desencadeada ou agravada por fatores emocionais e, só à partir dos desequilíbrios causados por essa complexa associação de fatores é que se apresenta alguma alteração física constatada clinicamente. As manifestações fisiológicas resultantes do psicológico, são uma forma do corpo se "expressar" e quanto menos eficientes são os mecanismos mentais, mais o sistema somático será utilizado para expressar certos desequilíbrios, por meio do que conhecemos por sintoma.

Configurando-se a doença física com aspectos de ordem emocional, o médico isoladamente não conseguirá obter sucesso no tratamento e será necessário o auxílio de outros especialistas, principalmente o profissional da psicologia, que tem como aliada a TCC. Existe uma grande relevância da TCC em relação à sua atuação nos aspectos psicossomáticos e, relacionando os princípios teóricos desses temas, foi possível verificar suas implicações, contribuindo para uma maior eficácia nos tratamentos clínicos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M.; LOTUFO NETO, F. Revisão sobre o uso da terapia cognitiva-comportamental na prevenção de recaídas e recorrências depressivas. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 239-244, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v25n4/a11v25n4.pdf>>. Acesso em: 26 de setembro de 2016.

ANGELLOTTI, G.; FONTES, M. *Terapia cognitiva-comportamental no tratamento da dor*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

BARBOSA, I. G.; et. al. *Psicossomática: Psiquiatria e suas conexões*. 1. Ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

BARBOSA, J. C.; BORBA, A. O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. *Rev. bras. ter. comport. cogn.*, São Paulo, v. 12, n. 1-2, p. 60-79, jun. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452010000100004&lng=pt&nrm=iso>. [Acesso em: 26 de setembro de 2016].

BARBOSA, R. F.; DUARTE, C. A. M.; SANTOS, L. P. *Psicossomática, gestação e diabetes: um estudo de caso*. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 32, n. 2, p. 472-483, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000200014&lng=pt&nrm=iso>. [Acesso em: 02 de setembro de 2016].

BECK, J. S. *Terapia Cognitivo-Comportamental*. 2 ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BORGES, C. S.; LUIZ, A. M. A. G.; DOMINGOS, N. A. M. *Intervenção cognitivo-comportamental em estresse e dor crônica*. *Arq. Ciênc. Saúde*, v. 16, n. 4, p. 181-186, dez. 2009. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-4/IDK7_out-dez_2010.pdf>. [Acesso em: 27 de setembro de 2016].

BOTEGA, N. J. *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência*. 3 ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CORDIOLI, A. V. *Psicoterapias: Abordagens atuais*. 3ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2008.

COSTA JUNIOR, A. L. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção

profissional em saúde. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 21, n. 2, p. 36-43, June 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000200005&lng=en&nrm=iso>. [Acesso em: 25 de setembro de 2016].

DOBSON, K. S. *Manual de Terapias Cognitivo-comportamentais*. 2ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FEIJOO, A. M. L. C.; MATTAR, C. M. A desconstrução da psicossomática na análise existencial de Heidegger e Boss. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 651-662, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142015000400651&lng=pt&nrm=iso>. [Acesso em: 01 de setembro de 2016].

FONTES NETO, P. T. L. et al. A dermatite atópica na criança: uma visão psicossomática. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 78-82, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100010&lng=pt&nrm=iso>. [Acesso em: 25 de outubro de 2016].

GIL, A.C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6º ed. São Paulo: Atlas, 2008.

KNAPP, P.; BECK, A. T. *Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva*. *Ver Bras Psiquiatr.*, Porto Alegre, v. 30, Supl II, p. S54-64, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/ao2v30s2.pdf>>. [Acesso em: 23 de setembro de 2016].

KNAPP, P.; et. al. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LOURENÇÃO, V. C.; DOS SANTOS JUNIOR, R.; LUIZ, A. M. G. *Aplicações da terapia cognitivo-comportamental em tratamentos de câncer*. *Rev. bras. ter. cogn.*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 59-72, nov. 2009.

Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872009000200006&lng=pt&nrm=iso>.
[Acesso em: 23 de setembro de 2016].

MATTAR, C. M.; et. al. Da tradição em Psicossomática às Considerações da Daseinsanálise. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 36, n. 2, p. 317-328, June 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000200317&lng=en&nrm=iso>.
[Acesso em: 01 de setembro de 2016].

MELLO-FILHO, J.; et. al. *Psicossomática hoje*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NEVES NETO, A. R. Terapia Cognitivo-Comportamental e Disfunções Psicofisiológicas. In: BRANDÃO, M. Z. S. e cols. (orgs.). *Sobre Comportamento e Sognição; Clínica, Pesquisa e Aplicação*. v. 12, cap. 06, p. 76-86, Santo André: Esetec, 2003.

SALVETTI, M. G.; PIMENTA, C. A. M. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 135-140, mar. 2007. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41601>>. Acesso em: 25 de outubro de 2016.

SCHILLER, P. *Psicossoma III: interfaces da psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 27-32.

SERRA, A. M. M. *Terapia Cognitiva, Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Comportamental*. Instituto de Terapia Cognitiva, 2007. Disponível em: <http://www.itcbr.com/artigo_drana_tc.shtml>. [Acesso em: 04 de dezembro de 2016].

SILVA, K. S.; SILVA, E. A. T. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 24, n. 2, p. 257-266, June 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000200012&lng=en&nrm=iso)

166X2007000200012&lng=en&nrm=iso>.
[Acesso em: 25 de setembro de 2016].

SILVA, S. S.; AQUINO, T. A. A.; SANTOS, R. M. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Rev. bras. ter. cogn.*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 73-89, dez. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000200006&lng=pt&nrm=iso>.
[Acesso em: 25 de setembro de 2016].

TAVARES, L. *Abordagem Cognitivo-Comportamental no atendimento de pacientes com história de depressão e déficit em habilidades sociais*. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Psicologia. 2005. Disponível em: <<http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/83.pdf>>.
[Acesso em: 25 de setembro de 2016].

TENG, C.T.; HUMES, E.C.; DEMETRIO, F.N. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev. Psiq. Clin.*, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a07v32n3>>.
[Acesso em: 25 de setembro de 2016].

WAINER, R.; PICCOLOTO, N. M.; PICCOLOTO, L. B. *Tópicos Especiais em Terapia Cognitivo-Comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed, 2008.