

DIMENSÃO PSICOSSOMÁTICA DO LÚPUS: INTERVENÇÃO COM A TERAPIA DE REPROCESSAMENTO GENERATIVO

Daiane Souza dos Santos¹, Juliana Bezerra Lima-Verde²,

Jair Soares dos Santos²

¹Terapeuta independente

²Instituto Brasileiro de Formação de Terapeutas (IBFT)

Email para correspondência: daianesouzaterapeuta@hotmail.com

RESUMO

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune crônica fortemente associada, na literatura psicossomática, a padrões emocionais específicos: supressão emocional crônica, autocobrança excessiva, perfeccionismo, alexitimia, conflitos identitários e trauma relacional de abandono não processado. A nefrite lúpica (NL), sua manifestação renal mais grave, impõe elevada carga psicológica e está documentalmente associada ao agravamento da atividade da doença por mediação neuroendócrina e imunológica. O presente artigo relata o caso de uma mulher de 25 anos com diagnóstico de NL mista (Classe IV e V, Estágio I), cujo perfil emocional, identificado ao longo de 28 sessões de acompanhamento psicológico, apresentou correspondência marcante com os fatores descritos na literatura psicossomática do LES: perfeccionismo, autocobrança intensa, supressão emocional, dependência emocional, medo de abandono e ressentimentos crônicos não elaborados. A Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG) foi utilizada como intervenção terapêutica emocional adjuvante ao tratamento médico convencional. O foco do presente relato recai sobre a identificação e documentação desse perfil psicossomático e seu confronto com a literatura científica disponível, mais do que sobre a avaliação dos mecanismos de ação da TRG. Os desfechos emocionais foram mensurados pelo DASS-21 e BDI-II, com redução a zero em todas as subescalas ao final do processo. A evolução clínica concomitante, como a redução de Anti-ds DNA, normalização de hemoglobina, plaquetas e função renal, com desmame de anti-hipertensivos e corticosteroides, é apresentada como dado contextual, sem atribuição causal à intervenção psicológica.

Palavras-chave: lúpus eritematoso sistêmico; nefrite lúpica; psicossomática; reprocessamento; generativo.

I. INTRODUÇÃO

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune crônica de caráter multissistêmico, caracterizada pela produção de autoanticorpos e deposição de complexos imunes em múltiplos tecidos. Sua etiopatogênese é multifatorial, envolvendo predisposição genética, fatores hormonais e gatilhos ambientais, com crescente evidência do papel dos fatores psicossociais na modulação da atividade da doença (Fanouriakis et al., 2024; Molina et al., 2022). A nefrite lúpica (NL), sua manifestação renal mais grave, está presente em 40% a 70% dos pacientes e constitui causa relevante de morbidade e mortalidade renal (KDIGO, 2024).

A dimensão psicossomática do LES tem sido progressivamente reconhecida pela literatura científica. Estudos documentam associações entre a atividade da doença e padrões emocionais como supressão de emoções, alexitimia, estresse percebido crônico, trauma infantil não processado e regulação emocional deficitária (Pan et al., 2019; Molina et al., 2022). Feldman et al. (2019), em coorte prospectiva com mais de 67.000 mulheres do Nurses' Health Study II, identificaram que a exposição a abuso físico ou emocional na infância estava associada a risco até três vezes maior de desenvolver LES na vida adulta, evidência direta da conexão entre trauma relacional precoce e autoimunidade.

O presente artigo tem como objetivo central documentar o perfil psicossomático de uma paciente com NL mista, confrontá-lo sistematicamente com o que a literatura descreve como terreno emocional do LES e relatar o processo de acompanhamento psicológico adjuvante realizado por meio da Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG). O valor do relato reside não na demonstração de eficácia da TRG sobre os marcadores laboratoriais, o que seria inviável neste delineamento, mas na documentação detalhada de um perfil psicossomático clinicamente relevante e na discussão de sua correspondência com a evidência disponível.

II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. A DIMENSÃO PSICOSSOMÁTICA DO LES

O LES é, por definição biomédica, uma doença em que o sistema imune perde a capacidade de distinguir o próprio do estranho e passa a atacar os tecidos saudáveis do próprio organismo. Essa dinâmica biológica do o corpo voltado contra si mesmo,

encontra na literatura psicossomática, uma narrativa emocionalmente paralela. Pan et al. (2019), em revisão abrangente, documentam que a atividade da doença no LES pode ser desencadeada por estados afetivos de estimulação mental severa e repressão emocional excessiva e que padrões como autocobrança, perfeccionismo e guerra interna são recorrentemente observados no perfil psicológico dessas pacientes.

Warchol-Biedermann et al. (2022) revisaram 15 anos de literatura sobre desfechos psicológicos no LES e identificaram que transtornos de humor, ansiedade e estresse são altamente prevalentes nessa população, com impacto direto sobre a qualidade de vida e a adesão ao tratamento. Os autores enfatizam que intervenções não farmacológicas, incluindo suporte emocional estruturado, são subutilizadas no cuidado desses pacientes, apesar da evidência crescente de seu potencial benefício.

A instigante correspondência entre a dinâmica imunológica do LES (o organismo atacando a si mesmo) e os padrões emocionais observados nessas pacientes (autocobrança, perfeccionismo, autoagressão emocional) tem sido explorada na literatura psicossomática como hipótese de mecanismo psiconeuroimunológico, em que estados afetivos cronicamente negativos em relação ao self modulam o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e as respostas citocínicas, criando um ambiente imunológico propenso ao flare (Molina et al., 2022; Pan et al., 2019).

2. ALEXITIMIA E A DIFICULDADE DE PROCESSAMENTO EMOCIONAL NO LES

A alexitimia é definida como dificuldade em identificar, nomear e descrever as próprias emoções, é também um dos construtos mais estudados na interface entre psicologia e LES. Pan et al. (2019) documentam alta frequência de alexitimia em pacientes com doenças autoimunes crônicas, incluindo o LES e a artrite reumatoide, com associação a distress psicológico e piora da qualidade de vida. No LES especificamente, a alexitimia foi encontrada associada a transtornos de apego adulto, sugerindo que dificuldades precoces na regulação emocional podem constituir vulnerabilidade tanto psicológica quanto imunológica.

Rapisarda et al. (2025), em estudo recente sobre alexitimia e qualidade de vida no LES, identificaram que a dificuldade de identificar e processar emoções se correlaciona com a tendência a converter o sofrimento emocional em sintomas somáticos, por meio de mecanismos de defesa imaturos como somatização, projeção, dissociação e atuação. Os autores observaram também dificuldade dessas pacientes em compartilhar seu sofrimento emocional com outros, evidenciando um senso

profundo de insegurança e necessidade de aprovação, características que aparecem com clareza nos casos clinicamente descritos na literatura psicossomática do LES.

A revisão de Moroni et al. (2021) aprofunda essa conexão: alexitimia e manifestações pós-traumáticas são habitualmente negligenciadas pelos profissionais de saúde no cuidado do LES, apesar de sua relevância tanto na compreensão da patogênese quanto na resposta ao tratamento. Os autores propõem que o rastreamento sistemático dessas dimensões psicológicas deveria integrar a avaliação clínica de rotina nessa população.

3. TRAUMA NA INFÂNCIA, APEGO INSEGURO E RISCO DE LES

A associação entre trauma na infância e risco aumentado de doenças autoimunes na vida adulta constitui um dos achados mais robustos da psiconeuroimunologia. Feldman et al. (2019) demonstraram que mulheres com história de abuso físico ou emocional na infância apresentavam risco cerca de três vezes maior de desenvolver LES na vida adulta, mesmo após controle de variáveis de confundimento como tabagismo, índice de massa corporal e uso de anticoncepcionais. Os autores propõem que a exposição a estressores graves altera a função imune por meio de aumento da inflamação e liberação de citocinas, criando vulnerabilidade ao desenvolvimento de doenças autoimunes.

O mecanismo proposto envolve o apego inseguro como mediador entre o trauma precoce e as manifestações somáticas na vida adulta. Indivíduos com apego ansioso, desenvolvido em contextos de abandono, inconsistência ou indisponibilidade emocional parental, apresentam hiperativação crônica do eixo HPA, com elevação persistente de cortisol e norepinefrina que, ao longo do tempo, modifica a tolerância imune e os limiares inflamatórios (Molina et al., 2022). A separação parental, a ausência do pai em momentos importantes do desenvolvimento e a dependência emocional como estratégia adaptativa são experiências frequentemente narradas por pacientes com LES na literatura clínica, e emergem com destaque no caso aqui descrito.

DeQuattro et al. (2024) confirmaram que o histórico de trauma está associado a maior estresse percebido em pacientes com LES e a piores desfechos relatados pelos próprios pacientes. Ao mesmo tempo, os autores identificaram que fatores psicossociais positivos, como autoeficácia, suporte social percebido e resiliência, atuam como moderadores da resposta ao estresse, reduzindo a atividade da doença. Esse achado tem implicação clínica direta: o fortalecimento da estrutura emocional e da autonomia

psicológica da paciente, como se observou ao longo do processo terapêutico descrito, pode constituir fator protetor com relevância imunológica.

4. REGULAÇÃO AUTONÔMICA, RESPIRAÇÃO E MODULAÇÃO IMUNE

O sistema nervoso autônomo (SNA) exerce papel modulatório central sobre a resposta inflamatória. A via anti-inflamatória colinérgica, mediada pelo nervo vago, inibe a liberação de citocinas pró-inflamatórias por macrófagos, e seu tônus reduzido está documentado em doenças autoimunes sistêmicas como o LES (Bellocchi et al., 2022). A disfunção autonômica, caracterizada por predomínio simpático e redução da variabilidade da frequência cardíaca (VFC), pode contribuir para a manutenção do estado inflamatório crônico característico da doença.

A respiração diafragmática lenta representa uma das intervenções não farmacológicas mais estudadas para reequilíbrio autonômico. Maniaci et al. (2024), em ensaio clínico randomizado piloto, demonstraram que a técnica de respiração diafragmática profunda eleva significativamente os índices de VFC e produz resposta parassimpática cardíaca mensurável, além de reduzir marcadores de carga alostática. Little (2025) confirma, em revisão narrativa, que respirações lentas e diafragmáticas consistentemente produzem regulação autonômica aprimorada via inervação vagal. No presente caso, a indicação dessa prática desde a primeira sessão pode ter criado condições fisiológicas complementares ao tratamento médico.

III. MÉTODO

1. DELINEAMENTO E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Trata-se de relato de caso clínico de natureza exploratória e descritiva. O artigo preserva o anonimato da paciente, que consentiu com a utilização de seus dados para fins de publicação científica. Os registros foram obtidos a partir de prontuário clínico detalhado ao longo das 28 sessões de atendimento e dos resultados laboratoriais sequenciais fornecidos pela paciente.

2. CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Uma mulher de 25 anos, solteira, sem filhos, recém-diagnosticada com LES com NL mista confirmada por biópsia renal (glomerulonefrite difusa Classe IV e glomerulopatia membranosa Classe V, Estágio I). O protocolo médico incluía

corticosteroide (inicialmente 60 mg/dia com redução progressiva), azatioprina (50 mg, 3 cápsulas/dia), hidroxicloroquina (400 mg/dia), anti-hipertensivos (losartana e diurético), omeprazol, suplementação de cálcio e ferroterapia. Ao início do acompanhamento com a TRG, em junho de 2025, apresentava edema importante em membros inferiores, pressão arterial entre 16/10 e 20/10 mmHg, fadiga intensa, náuseas e ingestão hídrica restrita a 1 litro por dia por orientação médica.

3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Foram utilizados o DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales, 21 itens) e o BDI-II (Beck Depression Inventory, Segunda Edição), aplicados antes e após o processo terapêutico, com categorização conforme os critérios normativos de cada instrumento. Estes testes foram adaptados para a população brasileira segundo Martins et al., 2019 e Finger & Argimon, 2013, respectivamente.

4. INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

O acompanhamento utilizou a Terapia de Reprocessamento Gerativo (TRG) como abordagem adjuvante ao tratamento médico, ao longo das sessões distribuídas entre junho de 2025 e março de 2026. A TRG propõe o reprocessamento de memórias autobiográficas por meio de cinco protocolos sequenciais: cronológico, somático, temático, futuro e de potencialização (Santos & Lima-Verde, 2023; Oliveira et al., 2024).

IV. O PERFIL PSICOSSOMÁTICO DA PACIENTE E SUA CORRESPONDÊNCIA COM A LITERATURA

A análise do material clínico coletado ao longo das sessões revela um perfil psicossomático que se alinha de forma consistente com os padrões descritos na literatura como característicos do terreno emocional do LES. Cada dimensão identificada é apresentada a seguir em confronto com a evidência disponível.

1. AUTOCOBANÇA, PERFECCIONISMO E GUERRA INTERNA

Desde a anamnese inicial, a paciente apresentava autocobrança intensa, perfeccionismo marcado, sentimento de incapacidade e conflitos identitários. Ao longo das sessões, emergiram conteúdos de culpa, decepção consigo mesma, raiva, arrependimento e crenças disfuncionais como "não dou conta". Esses padrões compõem o que a literatura psicossomática denomina como guerra interna, uma

dinâmica em que o sujeito direciona contra si mesmo a agressividade que não consegue elaborar externamente.

Pan et al. (2019) documentam que a atividade da doença no LES pode ser desencadeada por repressão emocional excessiva e estimulação mental severa. Os autores descrevem como a incapacidade de regular emoções negativas contribui diretamente para perturbações somáticas que amplificam os sintomas físicos. A correspondência entre esses descritores teóricos e o perfil clínico da paciente é direta: ela não apenas reprimia emoções, mas as direcionava de forma crônica contra si mesma, por meio de autocobrança e perfeccionismo que funcionavam como formas de controle sobre uma identidade percebida como insuficiente.

Warchol-Biedermann et al. (2022) observam que pacientes com LES frequentemente apresentam crenças de helplessness e intrusividade da doença sobre sua identidade, contribuindo para estados de sofrimento emocional que se retroalimentam com a atividade inflamatória. No presente caso, o diagnóstico de NL funcionou como amplificador de uma vulnerabilidade emocional preexistente, intensificando os padrões de autocobrança e o sentimento de incapacidade.

2. SUPRESSÃO EMOCIONAL E DIFICULDADES DE EXPRESSÃO

Um dos elementos mais salientes do processo terapêutico foi a dificuldade da paciente em verbalizar cenas e narrativas. Ela apontava preferencialmente sensações e sentimentos difusos, sem conseguir articulá-los em sequências autobiográficas coerentes. Essa característica orientou a terapeuta a adotar condução mais lenta e somato-centrada, priorizando o acolhimento antes de qualquer confrontação de conteúdo.

A origem desse padrão emergiu ao longo das sessões: desde a infância, a genitora silenciava sistematicamente sua expressão emocional. Sempre que tentava falar, dar uma opinião ou manifestar o que sentia, era mandada calar-se ou retirar-se para o quarto. Esse padrão reiterado de invalidação emocional parental, classificado na literatura como forma de abuso psicológico, perpetuou-se na vida adulta de maneira direta: a paciente não conseguia conversar com a mãe de forma natural, expressar sua opinião ou manifestar discordância sem que surgissem gatilhos intensos de bloqueio e ansiedade. Após o processo terapêutico, essa capacidade foi recuperada de forma natural e sem ativação, uma das mudanças mais significativas relatadas pela própria paciente.

Krause et al. (2003) demonstraram que a história de invalidação emocional na infância, caracterizada por punição parental, minimização das emoções e sofrimento parental em resposta à expressão emocional da criança, está fortemente associada à inibição emocional crônica na vida adulta, manifestada por ambivalência sobre a expressão emocional, supressão de pensamentos e respostas de evitação ao estresse. Os autores concluíram que essa inibição crônica medeia de forma significativa a relação entre a invalidação na infância e o sofrimento psicológico adulto, incluindo depressão e ansiedade. O padrão clínico observado neste caso, a impossibilidade de se expressar com a mãe, o bloqueio diante da opinião própria, a dificuldade de articular narrativas emocionais em sessão, corresponde precisamente a esse modelo.

Esse padrão corresponde ao que a literatura descreve como alexitimia funcional ou traços alexitímicos: não necessariamente uma incapacidade absoluta de nomear emoções, mas uma tendência a operar no registro somático e difuso quando sob pressão emocional elevada, pressão que, no caso do objeto deste estudo, havia sido instalada cronicamente pela experiência de ser silenciada. Rapisarda et al. (2025) demonstraram que a dificuldade de identificar e processar emoções em pacientes com LES se associa à tendência de converter o sofrimento em sintomas somáticos por meio de mecanismos de defesa imaturos. Os autores também identificaram dificuldade dessas pacientes em compartilhar seu sofrimento com outros, evidenciando um senso profundo de insegurança e necessidade de aprovação, traços que no presente caso encontram sua raiz histórica identificável no silenciamento materno sistemático.

3. TRAUMA RELACIONAL: ABANDONO, SEPARAÇÃO PARENTAL E AUSÊNCIA DO PAI

Um dos núcleos mais marcantes do trabalho terapêutico foi a separação dos pais na infância, evento que precipitou na nossa paciente estudada sentimento de perda, dificuldade de confiar e insegurança profunda. Antes mesmo da separação, a ausência do pai por razões profissionais em momentos importantes do desenvolvimento intensificou esses padrões. As feridas de apego identificadas na anamnese incluíam rejeição, humilhação, abandono e injustiça.

Feldman et al. (2019) demonstraram, na maior coorte longitudinal disponível sobre o tema, que a exposição a abuso físico ou emocional na infância está associada a risco até três vezes maior de desenvolver LES na vida adulta. Os autores propõem que a exposição a estressores graves altera a função imune por meio de aumento da

inflamação e da liberação de citocinas. Embora este caso de estudo não envolva abuso explícito, a literatura sobre apego inseguro e trauma relacional aponta que negligência emocional, ausência parental e separação conjugal precoce exercem efeitos biologicamente comparáveis sobre o eixo de resposta ao estresse, por meio da hiperativação crônica do eixo HPA (Molina et al., 2022).

DeQuattro et al. (2024) confirmam que o histórico de trauma está associado a maior estresse percebido e piores desfechos no LES. No caso em questão, os sentimentos de abandono e injustiça não haviam sido processados e permaneciam ativos como conteúdos latentes que emergiam em diferentes contextos, nos relacionamentos familiares, nas relações afetivas e na autopercepção de incapacidade. Esse tipo de conteúdo traumático crônico, não elaborado, constitui exatamente o que a psiconeuroimunologia descreve como estado afetivo de ativação prolongada com consequências imunológicas mensuráveis.

4. DEPENDÊNCIA EMOCIONAL E FRONTEIRAS IDENTITÁRIAS DIFUSAS

A paciente apresentava dependência emocional acentuada não apenas da mãe, mas sobretudo da irmã gêmea, com forte necessidade de estar sempre juntas e realizar tudo conjuntamente. Não conseguia viajar sozinha, resolver questões pessoais sem apoio de terceiros, nem retornar ao trabalho sem ansiedade intensa. Ao longo do processo terapêutico, a conquista da autonomia, resolver suas próprias questões, ir ao ambiente profissional sem colapso ansioso, projetar seu futuro independentemente, emergiram como marcos de mudança.

Pan et al. (2019) documentam que a alexitimia em pacientes com LES está relacionada a transtornos de apego adulto, incluindo padrões de dependência e fusão identitária com figuras de vínculo. Essa dinâmica é funcionalmente análoga ao que Rapisarda et al. (2025) descrevem como dificuldade de compartilhar sofrimento com outros de forma elaborada, paradoxalmente, a paciente precisava dos outros para regular suas emoções, mas não conseguia comunicar seu sofrimento de forma autêntica, criando ciclos de dependência que reforçavam a baixa autoestima e o sentimento de incapacidade.

A conexão entre fronteiras identitárias difusas e doenças autoimunes tem fundamento na metáfora biológica: assim como o sistema imune perde a capacidade de distinguir o próprio do não-próprio no LES, a paciente apresentava dificuldade análoga no plano psicológico, dificuldade em distinguir suas próprias emoções daquelas que

pertenciam ao campo relacional. A hipótese psicossomática, embora não linear, sugere que a resolução dessas dificuldades identitárias pode ter relevância para o ambiente imune.

5. RESSENTIMENTOS CRÔNICOS E EMOÇÕES REPRIMIDAS

Ao longo das sessões, foram identificados e trabalhados ressentimentos antigos não resolvidos envolvendo figuras parentais, relacionamentos afetivos e situações de injustiça percebida. A paciente descrevia-se como explosiva e estressada antes do processo terapêutico, com dificuldade de tolerar frustração e tendência a ruminar sobre mágoas passadas. Ao final do acompanhamento, relatava sentir-se "leve", completando a frase de encerramento da anamnese com: "A vida é leve."

A supressão emocional crônica e os ressentimentos mantidos ativados são reconhecidos na literatura como fatores pró-inflamatórios. Molina et al. (2022) descrevem que as alterações fisiológicas associadas ao estresse, incluindo a elevação de catecolaminas, cortisol e citocinas pró-inflamatórias como IL-6 e IL-17, comunicam-se de forma intrincada com o sistema imune, e que sua ativação crônica pode sustentar ou amplificar a atividade do LES. O processamento emocional de conteúdos reprimidos, ao reduzir essa ativação crônica, pode criar condições neuroendócrinas mais favoráveis, hipótese que permanece em aberto para investigação controlada.

V. EVOLUÇÃO CLÍNICA E DESFECHOS

1. DESFECHOS PSICOMÉTRICOS

A Tabela 1 apresenta os resultados dos instrumentos psicométricos aplicados antes e após o processo terapêutico.

Tabela 1: Escores antes e depois da TRG nos instrumentos DASS-21 e BDI-II

Instrumento	Antes da TRG	Classificação	Após a TRG	Classificação
DASS-21 — Depressão	4	Ausência	0	Ausência
DASS-21 — Ansiedade	6	Ausência	0	Ausência
DASS-21 — Estresse	16	Leve	0	Ausência
BDI-II — Depressão	17	Leve	0	Ausência

DASS-21 = Depression Anxiety Stress Scales – 21 itens; BDI-II = Beck Depression Inventory – Segunda Edição.

A discrepância entre os dois instrumentos no momento antes da TRG, DASS-21 depressão em ausência (escore 4) e BDI-II em leve (escore 17), reflete diferenças de período de referência e de conteúdo dos itens, e não invalida a intervenção. A presença de estresse leve (DASS-21 escore 16) e ansiedade limítrofe (escore 6), somada ao diagnóstico recente de uma doença autoimune grave, evidenciavam sofrimento emocional clínico suficiente para justificar o acompanhamento psicológico estruturado.

2. EVOLUÇÃO DOS MARCADORES LABORATORIAIS

A Tabela 2 apresenta os principais marcadores laboratoriais coletados em três momentos ao longo do acompanhamento. Esses dados são apresentados como contexto clínico, sem atribuição causal à intervenção psicológica, o tratamento médico convencional (imunossupressores, corticosteroides e anti-hipertensivos) é o agente causal primário da remissão laboratorial no contexto da NL.

Tabela 2: Evolução de marcadores laboratoriais em três momentos do tratamento

Parâmetro	Jul/2025	Out/2025	Mar/2026
Hemoglobina (g/dL)	6,40	10,40	11,80
Plaquetas (/mm ³)	118.000	150.000	224.000
Anti-ds DNA (UI/mL)	47 (reagente)	16,7 (reagente)	11,6 (não reagente)
FAN HEp-2 (título)	1/1.280	1/320	1/320
Creatinina (mg/dL)	2,60	—	1,20
Ureia (mg/dL)	153	—	54

— = dado não disponível naquele momento de coleta.

3. EVOLUÇÃO EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL

A sequência seguida neste caso incluiu: fases iniciais de acolhimento, autorregulação e introdução de respiração diafragmática diária (sessões 1–2); protocolo cronológico (sessões 3–12); protocolo temático (sessões 13–25); e protocolos futuro e potencialização (sessões 24–28), totalizando 28 sessões de TRG.

A evolução emocional foi progressiva e consistente. Na 6^a sessão, a paciente relatou sentir-se mais consciente, mais calma e mais presente, concomitantemente à primeira redução de anti-hipertensivos pelo médico e à remissão dos edemas. Na 14^a sessão, o último anti-hipertensivo foi suspenso. Na 21^a sessão, foi liberada para retornar ao trabalho. Na 22^a sessão, visitou o ambiente profissional sem a ansiedade intensa que

antes surgia apenas ao pensar no retorno. Na 28ª sessão, apresentou avaliação subjetiva máxima e completou com "A vida é leve" a frase iniciada na anamnese que havia deixado em branco.

Os marcos comportamentais registrados ao longo do processo, passar a resolver questões pessoais sem depender da mãe, conseguir enfrentar situações de insegurança sem colapso ansioso, iniciar retorno ao trabalho, retomar atividades físicas, evidenciam uma reorganização funcional da estrutura emocional da paciente que vai além do alívio sintomático e sugere mudanças mais profundas nos padrões de regulação afetiva e de relação com o self.

VI. DISCUSSÃO

O presente relato documenta um caso em que o perfil psicossomático da paciente é caracterizado por autocobrança, perfeccionismo, supressão emocional, trauma relacional de abandono, dependência emocional e ressentimentos crônicos, apresenta correspondência marcante com os fatores descritos na literatura como característicos do terreno emocional do LES. Essa convergência não é casual: trata-se de padrões que a psiconeuroimunologia tem documentado progressivamente como moduladores da atividade imune, por meio de vias neuroendócrinas que incluem a ativação crônica do eixo HPA, a elevação de marcadores inflamatórios e a disfunção autonômica.

A dimensão mais clinicamente relevante do caso, do ponto de vista psicossomático, é a correspondência entre a dinâmica biológica do LES, o organismo voltado contra si mesmo e a dinâmica emocional da paciente, marcada por uma guerra interna sustentada por anos de autocobrança e perfeccionismo. Pan et al. (2019) descrevem que a incapacidade de regular emoções negativas contribui diretamente para perturbações somáticas que amplificam os sintomas físicos no LES. No presente caso, essa dinâmica era visível tanto na clínica, a paciente que não conseguia verbalizar suas cenas, que operava por sensações difusas, que precisava dos outros para se regular, quanto nos exames laboratoriais iniciais, que revelavam um organismo em estado de guerra imunológica ativa.

A dificuldade de expressão emocional observada no processo terapêutico — a tendência a apontar sentimentos difusos sem articulá-los em narrativas, encontra respaldo no construto de alexitimia funcional descrito por Rapisarda et al. (2025) e na literatura mais ampla sobre mecanismos de defesa imaturos em pacientes com LES. A Santos, D. S.; Lima-Verde, J. B.; Santos, J. S. (2026). *Dimensão Psicossomática do Lúpus: Intervenção com a Terapia de Reprocessamento Generativo. Mentalis, 1(3), 77-107, 2026 – <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.32>*

condução terapêutica mais lenta, com ênfase no acolhimento e na regulação antes da confrontação de conteúdo, foi uma adaptação clinicamente justificada por esse perfil.

O papel da TRG neste caso foi o de oferecer uma estrutura técnica para o acesso, a mobilização e o reprocessamento dos conteúdos emocionais identificados, tais como o trauma de abandono, os ressentimentos crônicos, as crenças de incapacidade, os medos antecipatórios. Não é possível, neste delineamento, afirmar que a TRG exerceu qualquer efeito sobre os marcadores laboratoriais. O tratamento médico convencional foi o agente causal primário da remissão imunológica. O que o caso ilustra é que a dimensão psicossomática do LES era clinicamente relevante e merecia atenção estruturada e que essa atenção foi possível de forma adjuvante, sem interferência com o tratamento médico.

A correlação temporal entre o início do reprocessamento emocional e a primeira remissão dos sintomas físicos (6ª sessão) é clinicamente significativa como dado observacional, mas não pode sustentar inferência causal. O tratamento médico já estava em curso, e a melhora física pode refletir simplesmente a resposta esperada aos imunossupressores nesse estágio. O que pode ser afirmado com maior segurança é que o trabalho psicológico ocorreu paralelamente à evolução clínica favorável e que os desfechos emocionais documentados, redução do sofrimento, aumento da autonomia, reorganização dos padrões de regulação afetiva são relevantes independentemente de qualquer discussão sobre mecanismos imunológicos.

VII. LIMITAÇÕES

O delineamento de relato de caso impõe limitações intrínsecas que precisam ser enunciadas com clareza. A principal é a impossibilidade de atribuição causal: o tratamento médico convencional é o responsável primário pela remissão laboratorial documentada. Não há controle de variáveis de confundimento, remissão natural da fase aguda da doença, efeito da relação terapêutica, mudanças de estilo de vida, suporte social espontâneo, que permitiria isolar qualquer contribuição específica da intervenção psicológica sobre os desfechos clínicos.

A discrepância entre os instrumentos psicométricos no momento antes da TRG (DASS-21 depressão em ausência e BDI-II em leve) introduz ambiguidade na interpretação da magnitude da mudança e exige cautela interpretativa. O caso é singular

em suas características, diagnóstico recente de NL em mulher jovem, perfil de apego específico, estrutura familiar particular, o que limita a transferibilidade dos achados.

A ausência de medidas de variabilidade da frequência cardíaca ou outros marcadores autonômicos impede a verificação do mecanismo hipotético de regulação vagal proposto. Da mesma forma, a ausência de avaliação formal de alexitimia com instrumento padronizado (TAS-20) limita a precisão do diagnóstico psicossomático.

Apesar dessas limitações, o relato contribui ao: (1) documentar sistematicamente um perfil psicossomático que encontra respaldo direto na literatura do LES; (2) apresentar dados longitudinais em três momentos de coleta, incomuns em relatos de caso psicológicos; (3) discutir os desfechos com honestidade metodológica; e (4) propor hipóteses que podem orientar estudos futuros com delineamentos controlados.

VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato documenta um caso de NL mista em que o perfil psicossomático da paciente apresenta correspondência direta com os padrões descritos na literatura como característicos do terreno emocional do LES. O acompanhamento psicológico adjuvante estruturado, conduzido por meio da Terapia de Reprocessamento Gerativo (TRG), resultou em desfechos emocionais favoráveis mensurados por instrumentos validados e em reorganização funcional observável da estrutura afetiva e comportamental da paciente.

A dimensão psicossomática do LES é clinicamente relevante e sistematicamente subestimada na prática reumatológica. A literatura disponível justifica a integração rotineira de avaliação e suporte psicológico no cuidado multidisciplinar dessas pacientes, e a TRG apresenta-se como abordagem tecnicamente estruturada para o endereçamento dos conteúdos emocionais associados a essa condição. Estudos controlados que investiguem desfechos psicológicos e imunológicos de forma simultânea são necessários para avançar nessa direção.

PSYCHOSOMATIC DIMENSION OF LUPUS: INTERVENTION WITH GENERATIVE REPROCESSING THERAPY

Daiane Souza dos Santos¹, Juliana Bezerra Lima-Verde²,

Jair Soares dos Santos²

¹Independent TRG Therapist

²Brazilian Institute of Therapist Training (IBFT)

Email for the correspondence: daianesouzaterapeuta@hotmail.com

ABSTRACT

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune disease strongly associated, in the psychosomatic literature, with specific emotional patterns: chronic emotional suppression, excessive self-criticism, perfectionism, alexithymia, identity conflicts, and unprocessed relational trauma of abandonment. Lupus nephritis (LN), its most severe renal manifestation, imposes a considerable psychological burden and is documentably associated with worsening disease activity through neuroendocrine and immunological mediation. The present article reports the case of a 25-year-old woman diagnosed with mixed LN (Class IV and V, Stage I), whose emotional profile, identified over the course of 28 psychological therapy sessions, showed a marked correspondence with the factors described in the psychosomatic literature on SLE: perfectionism, intense self-criticism, emotional suppression, emotional dependency, fear of abandonment, and chronic unresolved resentments. Generative Reprocessing Therapy (TRG) was employed as an adjuvant emotional therapeutic intervention alongside conventional medical treatment. The focus of the present report lies in the identification and documentation of this psychosomatic profile and its confrontation with the available scientific literature, rather than in the evaluation of TRG's mechanisms of action. Emotional outcomes were measured using the DASS-21 and BDI-II, with scores reduced to zero across all subscales by the end of the process. Concomitant clinical progress, including reduction in anti-dsDNA antibodies, normalisation of haemoglobin, platelets, and renal function and tapering of antihypertensive agents and corticosteroids, is presented as contextual data, without causal attribution to the psychological intervention.

Keywords: systemic lupus erythematosus; lupus nephritis; psychosomatics; reprocessing; generative.

I. INTRODUCTION

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic, multisystemic autoimmune disease characterised by the production of autoantibodies and the deposition of immune complexes in multiple tissues. Its aetiopathogenesis is multifactorial, involving genetic predisposition, hormonal factors, and environmental triggers, with growing evidence of the role of psychosocial factors in modulating disease activity (Fanouriakis et al., 2024; Molina et al., 2022). Lupus nephritis (LN), its most severe renal manifestation, is present in 40% to 70% of patients and constitutes a significant cause of renal morbidity and mortality (KDIGO, 2024).

The psychosomatic dimension of SLE has been progressively recognised in the scientific literature. Studies document associations between disease activity and emotional patterns such as emotional suppression, alexithymia, chronic perceived stress, unprocessed childhood trauma, and deficient emotional regulation (Pan et al., 2019; Molina et al., 2022). Feldman et al. (2019), in a prospective cohort of more than 67,000 women from the Nurses' Health Study II, identified that exposure to physical or emotional abuse in childhood was associated with up to a threefold increased risk of developing SLE in adult life, direct evidence of the connection between early relational trauma and autoimmunity.

The central aim of the present article is to document the psychosomatic profile of a patient with mixed LN, to systematically confront it with what the literature describes as the emotional terrain of SLE, and to report the adjuvant psychological follow-up process conducted through Generative Reprocessing Therapy (TRG). The value of this report lies not in demonstrating the efficacy of TRG on laboratory markers, which would be unfeasible within this design, but in the detailed documentation of a clinically relevant psychosomatic profile and in the discussion of its correspondence with the available evidence.

II. THEORETICAL FRAMEWORK

1. THE PSYCHOSOMATIC DIMENSION OF SLE

SLE is, by biomedical definition, a disease in which the immune system loses the capacity to distinguish self from non-self and begins to attack the body's own healthy

Santos, D. S.; Lima-Verde, J. B.; Santos, J. S. (2026). Dimensão Psicossomática do Lúpus: Intervenção com a Terapia de Reprocessamento Generativo. Mentalis, 1(3), 77-107, 2026 – <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.32>

tissues. This biological dynamic, the body turned against itself, finds, in the psychosomatic literature, an emotionally parallel narrative. Pan et al. (2019), in a comprehensive review, document that disease activity in SLE can be triggered by affective states of severe mental overstimulation and excessive emotional repression, and that patterns such as self-demand, perfectionism, and internal conflict are recurrently observed in the psychological profile of these patients.

Warchoń-Biedermann et al. (2022) reviewed 15 years of literature on psychological outcomes in SLE and identified that mood disorders, anxiety, and stress are highly prevalent in this population, with a direct impact on quality of life and treatment adherence. The authors emphasise that non-pharmacological interventions, including structured emotional support, are underutilised in the care of these patients, despite growing evidence of their potential benefit.

The compelling correspondence between the immunological dynamic of SLE (the organism attacking itself) and the emotional patterns observed in these patients (self-demand, perfectionism, emotional self-aggression) has been explored in the psychosomatic literature as a hypothesis for a psychoneuroimmunological mechanism, in which chronically negative affective states in relation to the self-modulate the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and cytokine responses, creating an immunological environment prone to flare (Molina et al., 2022; Pan et al., 2019).

2. ALEXITHYMIA AND DIFFICULTY IN EMOTIONAL PROCESSING IN SLE

Alexithymia, defined as difficulty in identifying, naming, and describing one's own emotions, is also one of the most studied constructs at the interface between psychology and SLE. Pan et al. (2019) document a high frequency of alexithymia in patients with chronic autoimmune diseases, including SLE and rheumatoid arthritis, with associations to psychological distress and poorer quality of life. In SLE specifically, alexithymia has been found to be associated with adult attachment disorders, suggesting that early difficulties in emotional regulation may constitute both psychological and immunological vulnerability.

Rapisarda et al. (2025), in a recent study on alexithymia and quality of life in SLE, identified that difficulty in identifying and processing emotions correlates with a tendency to convert emotional suffering into somatic symptoms, through immature defence mechanisms such as somatisation, projection, dissociation, and acting out. The authors also observed difficulty in these patients sharing their emotional suffering with others,

evidencing a profound sense of insecurity and need for approval, characteristics that appear clearly in the clinically described cases in the psychosomatic literature on SLE.

The review by Moroni et al. (2021) deepens this connection: alexithymia and post-traumatic manifestations are habitually overlooked by healthcare professionals in the care of SLE, despite their relevance both to understanding pathogenesis and to treatment response. The authors propose that systematic screening for these psychological dimensions should be integrated into routine clinical assessment in this population.

3. CHILDHOOD TRAUMA, INSECURE ATTACHMENT, AND RISK OF SLE

The association between childhood trauma and increased risk of autoimmune disease in adult life constitutes one of the most robust findings in psychoneuroimmunology. Feldman et al. (2019) demonstrated that women with a history of physical or emotional abuse in childhood presented approximately threefold greater risk of developing SLE in adult life, even after controlling for confounding variables such as smoking, body mass index, and use of oral contraceptives. The authors propose that exposure to severe stressors alters immune function through increased inflammation and cytokine release, creating vulnerability to the development of autoimmune diseases.

The proposed mechanism involves insecure attachment as a mediator between early trauma and somatic manifestations in adult life. Individuals with anxious attachment, developed in contexts of parental abandonment, inconsistency, or emotional unavailability, present chronic hyperactivation of the HPA axis, with persistent elevation of cortisol and norepinephrine that, over time, modifies immune tolerance and inflammatory thresholds (Molina et al., 2022). Parental separation, the father's absence at important moments of development, and emotional dependency as an adaptive strategy are experiences frequently narrated by patients with SLE in the clinical literature and emerge prominently in the case described here.

DeQuattro et al. (2024) confirmed that a history of trauma is associated with greater perceived stress in patients with SLE and with worse patient-reported outcomes. At the same time, the authors identified that positive psychosocial factors, such as self-efficacy, perceived social support, and resilience, act as moderators of the stress response, reducing disease activity. This finding has direct clinical implications: the strengthening of the patient's emotional structure and psychological autonomy, as observed throughout

the therapeutic process described, may constitute a protective factor with immunological relevance.

4. AUTONOMIC REGULATION, BREATHING AND IMMUNE MODULATION

The autonomic nervous system (ANS) plays a central modulatory role in the inflammatory response. The cholinergic anti-inflammatory pathway, mediated by the vagus nerve, inhibits the release of pro-inflammatory cytokines by macrophages, and its reduced tone has been documented in systemic autoimmune diseases such as SLE (Bellocchi et al., 2022). Autonomic dysfunction, characterised by sympathetic predominance and reduced heart rate variability (HRV), may contribute to the maintenance of the chronic inflammatory state characteristic of the disease.

Slow diaphragmatic breathing represents one of the most studied non-pharmacological interventions for autonomic rebalancing. Maniaci et al. (2024), in a pilot randomised clinical trial, demonstrated that deep diaphragmatic breathing technique significantly raises HRV indices and produces a measurable cardiac parasympathetic response, in addition to reducing markers of allostatic load. Little (2025) confirms, in a narrative review, that slow, diaphragmatic breathing consistently produces enhanced autonomic regulation via vagal innervation. In the present case, the indication of this practice from the first session may have created physiological conditions complementary to medical treatment.

III. METHOD

1. DESIGN AND ETHICAL CONSIDERATIONS

This is an exploratory and descriptive clinical case report. The article preserves the patient's anonymity, as she consented to the use of her data for scientific publication purposes. The records were obtained from a detailed clinical file compiled across 28 treatment sessions and from the sequential laboratory results provided by the patient.

2. CHARACTERISATION OF THE SUBJECT

A 25-year-old woman, single, with no children, recently diagnosed with SLE with mixed LN confirmed by renal biopsy (diffuse proliferative glomerulonephritis Class IV and membranous glomerulopathy Class V, Stage I). The medical protocol included corticosteroids (initially 60 mg/day with progressive reduction), azathioprine (50 mg, 3

capsules/day), hydroxychloroquine (400 mg/day), antihypertensives (losartan and a diuretic), omeprazole, calcium supplementation, and iron therapy. At the commencement of TRG follow-up in June 2025, she presented with significant oedema of the lower limbs, blood pressure between 160/100 and 200/100 mmHg, intense fatigue, nausea, and fluid intake restricted to 1 litre per day on medical advice.

3. ASSESSMENT INSTRUMENTS

The DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales, 21 items) and the BDI-II (Beck Depression Inventory, Second Edition) were used, administered before and after the therapeutic process, with categorisation according to the normative criteria of each instrument. These tests were adapted for the Brazilian population according to Martins et al. (2019) and Finger & Argimon (2013), respectively.

4. THERAPEUTIC INTERVENTION

The follow-up used Generative Reprocessing Therapy (TRG) as an adjuvant approach to medical treatment, across sessions distributed between June 2025 and March 2026. TRG proposes the reprocessing of autobiographical memories through five sequential protocols: chronological, somatic, thematic, future, and potentialization (Santos & Lima-Verde, 2023; Oliveira et al., 2024).

IV. THE PATIENT'S PSYCHOSOMATIC PROFILE AND ITS CORRESPONDENCE WITH THE LITERATURE

Analysis of the clinical material collected throughout the sessions reveals a psychosomatic profile that aligns consistently with the patterns described in the literature as characteristic of the emotional terrain of SLE. Each identified dimension is presented below in confrontation with the available evidence.

1. SELF-DEMAND, PERFECTIONISM, AND INTERNAL CONFLICT

From the initial anamnesis, the patient presented with intense self-demand, marked perfectionism, feelings of incapacity, and identity conflicts. Throughout the sessions, contents of guilt, self-disappointment, anger, regret, and dysfunctional beliefs such as "I can't cope" emerged. These patterns constitute what the psychosomatic literature terms internal conflict, a dynamic in which the individual directs against themselves the aggression they are unable to process externally.

Pan et al. (2019) document that disease activity in SLE can be triggered by excessive emotional repression and severe mental overstimulation. The authors describe how the inability to regulate negative emotions directly contributes to somatic disturbances that amplify physical symptoms. The correspondence between these theoretical descriptors and the patient's clinical profile is direct: she not only suppressed emotions but chronically directed them against herself, through self-demand and perfectionism that functioned as means of control over an identity perceived as insufficient.

Warchol-Biedermann et al. (2022) observe that patients with SLE frequently present beliefs of helplessness and disease intrusiveness upon their identity, contributing to states of emotional suffering that feed back into inflammatory activity. In the present case, the diagnosis of LN functioned as an amplifier of a pre-existing emotional vulnerability, intensifying the patterns of self-demand and the sense of incapacity.

2. EMOTIONAL SUPPRESSION AND DIFFICULTIES IN EXPRESSION

One of the most salient elements of the therapeutic process was the patient's difficulty in verbalising scenes and narratives. She would preferentially point to diffuse sensations and feelings, without being able to articulate them into coherent autobiographical sequences. This characteristic led the therapist to adopt a slower, somatically centred approach, prioritising a containing and receptive stance before any confrontation of content.

The origin of this pattern emerged over the course of the sessions: from childhood, her mother had systematically silenced her emotional expression. Whenever she tried to speak, offer an opinion, or express what she felt, she was told to be quiet or to go to her room. This repeated pattern of parental emotional invalidation, classified in the literature as a form of psychological abuse, perpetuated itself directly into her adult life: the patient was unable to converse naturally with her mother, express her opinion, or voice disagreement without intense blocking triggers and anxiety arising. Following the therapeutic process, this capacity was recovered naturally and without activation, one of the most significant changes reported by the patient herself.

Krause et al. (2003) demonstrated that a history of emotional invalidation in childhood, characterised by parental punishment, minimisation of emotions, and parental distress in response to the child's emotional expression, is strongly associated with

chronic emotional inhibition in adult life, manifested by ambivalence about emotional expression, thought suppression, and avoidance responses to stress. The authors concluded that this chronic inhibition significantly mediates the relationship between childhood invalidation and adult psychological distress, including depression and anxiety. The clinical pattern observed in this case, the impossibility of expressing herself to her mother, the blocking when faced with her own opinions, the difficulty in articulating emotional narratives during sessions, corresponds precisely to this model.

This pattern corresponds to what the literature describes as functional alexithymia or alexithymic traits: not necessarily an absolute inability to name emotions, but a tendency to operate in the somatic and diffuse register when under elevated emotional pressure, pressure that, in the case of the subject under study, had been chronically installed by the experience of being silenced. Rapisarda et al. (2025) demonstrated that difficulty in identifying and processing emotions in patients with SLE is associated with a tendency to convert suffering into somatic symptoms through immature defence mechanisms. The authors also identified difficulty in these patients sharing their suffering with others, evidencing a profound sense of insecurity and need for approval, traits which in the present case find their identifiable historical root in the systematic maternal silencing.

3. RELATIONAL TRAUMA: ABANDONMENT, PARENTAL SEPARATION, AND PATERNAL ABSENCE

One of the most prominent nuclei of the therapeutic work was the parents' separation during childhood, an event that precipitated in the patient a sense of loss, difficulty in trusting, and profound insecurity. Even prior to the separation, the father's absence for professional reasons at important moments of development had intensified these patterns. The attachment wounds identified in the anamnesis included rejection, humiliation, abandonment, and injustice.

Feldman et al. (2019) demonstrated, in the largest longitudinal cohort available on the subject, that exposure to physical or emotional abuse in childhood is associated with up to a threefold increased risk of developing SLE in adult life. The authors propose that exposure to severe stressors alters immune function through increased inflammation and cytokine release. Although the present case does not involve explicit abuse, the literature on insecure attachment and relational trauma indicates that emotional neglect, parental absence, and early parental separation exert biologically comparable effects on

the stress response axis, through chronic hyperactivation of the HPA axis (Molina et al., 2022).

DeQuattro et al. (2024) confirm that a history of trauma is associated with greater perceived stress and worse outcomes in SLE. In the case under discussion, the feelings of abandonment and injustice had not been processed and remained active as latent contents that emerged in different contexts, in family relationships, in affective relationships, and in the self-perception of incapacity. This type of chronic, unprocessed traumatic content constitutes precisely what psychoneuroimmunology describes as a prolonged activation affective state with measurable immunological consequences.

4. EMOTIONAL DEPENDENCY AND DIFFUSE IDENTITY BOUNDARIES

The patient presented marked emotional dependency not only on her mother, but above all on her twin sister, with a strong need to always be together and do everything jointly. She was unable to travel alone, resolve personal matters without the support of others, or return to work without intense anxiety. Throughout the therapeutic process, the achievement of autonomy, resolving her own matters, attending her professional environment without anxious collapse, projecting her future independently, emerged as markers of change.

Pan et al. (2019) document that alexithymia in patients with SLE is related to adult attachment disorders, including patterns of dependency and identity fusion with bonding figures. This dynamic is functionally analogous to what Rapisarda et al. (2025) describe as difficulty in sharing suffering with others in an elaborated way; paradoxically, the patient needed others to regulate her emotions, yet was unable to communicate her suffering authentically, creating cycles of dependency that reinforced low self-esteem and the sense of incapacity.

The connection between diffuse identity boundaries and autoimmune diseases finds grounding in the biological metaphor: just as the immune system loses the capacity to distinguish self from non-self in SLE, the patient presented an analogous difficulty at the psychological level, difficulty in distinguishing her own emotions from those belonging to the relational field. The psychosomatic hypothesis, whilst not linear, suggests that the resolution of these identity difficulties may have relevance for the immune environment.

5. CHRONIC RESENTMENTS AND REPRESSED EMOTIONS

Throughout the sessions, longstanding unresolved resentments were identified and addressed, involving parental figures, affective relationships, and situations of perceived injustice. Before the therapeutic process, the patient described herself as explosive and stressed, with difficulty tolerating frustration and a tendency to ruminate over past grievances. By the end of the follow-up, she reported feeling "light", completing the closing sentence of the anamnesis with: "Life is light".

Chronic emotional suppression and maintained activated resentments are recognised in the literature as pro-inflammatory factors. Molina et al. (2022) describe how the physiological alterations associated with stress, including the elevation of catecholamines, cortisol, and pro-inflammatory cytokines such as IL-6 and IL-17, communicate in intricate ways with the immune system, and that their chronic activation may sustain or amplify SLE activity. The emotional processing of repressed contents, by reducing this chronic activation, may create more favourable neuroendocrine conditions, a hypothesis that remains open for controlled investigation.

V. CLINICAL EVOLUTION AND OUTCOMES

1. PSYCHOMETRIC OUTCOMES

Table 1 presents the results of the psychometric instruments administered before and after the therapeutic process.

Table 1: Scores before and after TRG on the DASS-21 and BDI-II instruments

Instrument	Before TRG	Classification	After TRG	Classification
DASS-21 — Depression	4	Absent	0	Absent
DASS-21 — Anxiety	6	Absent	0	Absent
DASS-21 — Stress	16	Mild	0	Absent
BDI-II — Depression	17	Mild	0	Absent

DASS-21 = Depression Anxiety Stress Scales – 21 items; BDI-II = Beck Depression Inventory – Second Edition.

The discrepancy between the two instruments at the before TRG time point, DASS-21 depression in the absent range (score 4) and BDI-II in the mild range (score 17), reflects differences in reference period and item content, and does not invalidate the intervention. The presence of mild stress (DASS-21 score 16) and borderline anxiety

Santos, D. S.; Lima-Verde, J. B.; Santos, J. S. (2026). Dimensão Psicossomática do Lúpus: Intervenção com a Terapia de Reprocessamento Generativo. Mentalis, 1(3), 77-107, 2026 – <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.32>

(score 6), combined with the recent diagnosis of a severe autoimmune disease, evidenced sufficient clinical emotional distress to justify structured psychological follow-up.

2. EVOLUTION OF LABORATORY MARKERS

Table 2 presents the main laboratory markers collected at three time points throughout the follow-up. These data are presented as clinical context, without causal attribution to the psychological intervention, conventional medical treatment (immunosuppressants, corticosteroids, and antihypertensives) is the primary causal agent of laboratory remission in the context of LN.

Table 2: Evolution of laboratory markers at three time points during treatment

Parameter	Jul/2025	Oct/2025	Mar/2026
Haemoglobin (g/dL)	6.40	10.40	11.80
Platelets (/mm ³)	118.000	150.000	224.000
Anti-dsDNA (IU/mL)	47 (reactive)	16.7 (reactive)	11.6 (non-reactive)
ANA HEp-2 (titre)	1/1.280	1/320	1/320
Creatinine (mg/dL)	2.60	—	1.20
Urea (mg/dL)	153	—	54

— = data not available at that collection time point.

3. EMOTIONAL AND BEHAVIOURAL EVOLUTION

The sequence followed in this case included: initial phases of containment, self-regulation, and introduction of daily diaphragmatic breathing (sessions 1–2); chronological protocol (sessions 3–12); thematic protocol (sessions 13–25); and future and potentialisation protocols (sessions 24–28), totalling 28 TRG sessions.

Emotional evolution was progressive and consistent. At the 6th session, the patient reported feeling more aware, calmer and more present, concurrently with the first reduction of antihypertensives by the physician and the remission of oedema. At the 14th session, the last antihypertensive was discontinued. At the 21st session, she was cleared to return to work. At the 22nd session, she visited her professional environment without the intense anxiety that had previously arisen merely at the thought of returning. At the 28th session, she presented maximum subjective assessment scores and completed with "life is light" the sentence begun in the anamnesis that she had previously left blank.

The behavioural milestones recorded throughout the process, beginning to resolve personal matters without depending on her mother, being able to face situations of insecurity without anxious collapse, initiating a return to work, resuming physical activities, evidence a functional reorganisation of the patient's emotional structure that goes beyond symptomatic relief and suggests deeper changes in patterns of affective regulation and relationship with the self.

VI. DISCUSSION

The present report documents a case in which the patient's psychosomatic profile, characterised by self-demand, perfectionism, emotional suppression, relational trauma of abandonment, emotional dependency, and chronic resentments, presents a striking correspondence with the factors described in the literature as characteristic of the emotional terrain of SLE. This convergence is not coincidental: these are patterns that psychoneuroimmunology has progressively documented as modulators of immune activity, through neuroendocrine pathways that include chronic activation of the HPA axis, elevation of inflammatory markers, and autonomic dysfunction.

The most clinically relevant dimension of the case, from a psychosomatic standpoint, is the correspondence between the biological dynamic of SLE, the organism turned against itself and the patient's emotional dynamic, marked by an internal conflict sustained over years of self-demand and perfectionism. Pan et al. (2019) describe how the inability to regulate negative emotions directly contributes to somatic disturbances that amplify physical symptoms in SLE. In the present case, this dynamic was visible both clinically, a patient who was unable to verbalise her scenes, who operated through diffuse sensations, who needed others in order to self-regulate and in the initial laboratory results, which revealed an organism in a state of active immunological conflict.

The difficulty in emotional expression observed in the therapeutic process, the tendency to point to diffuse feelings without articulating them into narratives, finds support in the construct of functional alexithymia described by Rapisarda et al. (2025) and in the broader literature on immature defence mechanisms in patients with SLE. The slower therapeutic approach, with emphasis on containment and regulation prior to confrontation of content, was a clinically justified adaptation to this profile.

The role of TRG in this case was to provide a technical structure for accessing, mobilising, and reprocessing the identified emotional contents, such as abandonment Santos, D. S.; Lima-Verde, J. B.; Santos, J. S. (2026). *Dimensão Psicossomática do Lúpus: Intervenção com a Terapia de Reprocessamento Generativo*. *Mentalis*, 1(3), 77-107, 2026 – <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.32>

trauma, chronic resentments, beliefs of incapacity, and anticipatory fears. It is not possible, within this design, to assert that TRG exerted any effect on the laboratory markers. Conventional medical treatment was the primary causal agent of immunological remission. What the case illustrates is that the psychosomatic dimension of SLE was clinically relevant and warranted structured attention, and that such attention was possible in an adjuvant manner, without interference with medical treatment.

The temporal correlation between the commencement of emotional reprocessing and the first remission of physical symptoms (6th session) is clinically significant as an observational finding, but cannot support causal inference. Medical treatment was already under way, and the physical improvement may simply reflect the expected response to immunosuppressants at that stage. What can be stated with greater confidence is that the psychological work occurred in parallel with favourable clinical evolution, and that the documented emotional outcomes, reduction in suffering, increased autonomy, reorganisation of affective regulation patterns are relevant independently of any discussion of immunological mechanisms.

VII. LIMITATIONS

The case report design imposes intrinsic limitations that must be clearly stated. The principal one is the impossibility of causal attribution: conventional medical treatment is the primary agent responsible for the documented laboratory remission. There is no control of confounding variables, natural remission of the acute phase of the disease, the effect of the therapeutic relationship, lifestyle changes, spontaneous social support, that would allow the isolation of any specific contribution of the psychological intervention to the clinical outcomes.

The discrepancy between the psychometric instruments at the before TRG time point (DASS-21 depression in the absent range and BDI-II in the mild range) introduces ambiguity into the interpretation of the magnitude of change and requires interpretative caution. The case is singular in its characteristics, recent diagnosis of LN in a young woman, a specific attachment profile, a particular family structure, which limits the transferability of the findings.

The absence of heart rate variability measurements or other autonomic markers prevents verification of the hypothetical vagal regulation mechanism proposed. Similarly,

the absence of formal alexithymia assessment using a standardised instrument (TAS-20) limits the precision of the psychosomatic diagnosis.

Despite these limitations, the report contributes by: (1) systematically documenting a psychosomatic profile that finds direct support in the SLE literature; (2) presenting longitudinal data at three collection time points, uncommon in psychological case reports; (3) discussing the outcomes with methodological honesty; and (4) proposing hypotheses that may guide future studies with controlled designs.

VIII. FINAL CONSIDERATIONS

The present report documents a case of mixed LN in which the patient's psychosomatic profile presents direct correspondence with the patterns described in the literature as characteristic of the emotional terrain of SLE. The structured adjuvant psychological follow-up conducted through Generative Reprocessing Therapy (TRG) resulted in favourable emotional outcomes measured by validated instruments and in an observable functional reorganisation of the patient's affective and behavioural structure.

The psychosomatic dimension of SLE is clinically relevant and systematically underestimated in rheumatological practice. The available literature justifies the routine integration of psychological assessment and support into the multidisciplinary care of these patients, and TRG presents itself as a technically structured approach for addressing the emotional contents associated with this condition. Controlled studies investigating psychological and immunological outcomes simultaneously are necessary to advance in this direction.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS/REFERENCES

Bellocchi, C., Carandina, A., Montinaro, B., Targetti, E., Furlan, L., Rodrigues, G. D., Tobaldini, E., & Montano, N. (2022). The interplay between autonomic nervous system and inflammation across systemic autoimmune diseases. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(5), 2449. <https://doi.org/10.3390/ijms23052449>

Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261–288. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.107.2.261>

Santos, D. S.; Lima-Verde, J. B.; Santos, J. S. (2026). *Dimensão Psicossomática do Lúpus: Intervenção com a Terapia de Reprocessamento Generativo*. *Mentalis*, 1(3), 77-107, 2026 – <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.32>

- Dadwal, R., Pathak, P., Subbiah, A., & Dahiya, U. (2023). Impact of anxiety and depression on disease activity and quality of life in patients with lupus nephritis. *Archives of Razi Institute*, 78(2). <https://doi.org/10.22092/ARI.2022.357826.2149>
- Dehghan, A., Soltani, H., Faezi, S. T., Baghdadi, A., Soleymani Salehabadi, H., Bashiri, H., Hemayati, R., Mansouri, M., Motaghi, M., & Nejadhosseini, M. (2023). Depression, anxiety, and quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Reumatologia*, 61(5), 368–374. <https://doi.org/10.5114/reum/168396>
- DeQuattro, K., Trupin, L., Patterson, S., Rush, S., Gordon, C., Greenlund, K. J., Barbour, K. E., Lanata, C., Criswell, L. A., Dall'Era, M., Yazdany, J., & Katz, P. P. (2024). Positive psychosocial factors may protect against perceived stress in people with systemic lupus erythematosus with and without trauma history. *Lupus Science & Medicine*, 11(1), e001060. <https://doi.org/10.1136/lupus-2023-001060>
- Ecker, B., & Bridges, S. K. (2020). How the science of memory reconsolidation advances the effectiveness and unification of psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 48(3), 287–300. <https://doi.org/10.1007/s10615-020-00754-z>
- Fanouriakis, A., Kostopoulou, M., Andersen, J., Aringer, M., Arnaud, L., Bae, S.-C., Boletis, J., Bruce, I. N., Cervera, R., Doria, A., Dörner, T., Furie, R. A., Gladman, D. D., Houssiau, F. A., Inês, L. S., Jayne, D., Kouloumas, M., Kovács, L., Mok, C. C., ... Boumpas, D. T. (2024). EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 83(1), 15–29. <https://doi.org/10.1136/ard-2023-224762>
- Feldman, C. H., Malspeis, S., Leatherwood, C., Kubzansky, L., Costenbader, K. H., & Roberts, A. L. (2019). Association of childhood abuse with incident systemic lupus erythematosus in adulthood in a longitudinal cohort of women. *The Journal of Rheumatology*, 46(12), 1589–1596. <https://doi.org/10.3899/jrheum.190009>
- Finger, I. R.; & Argimon, I. I. L. (2013). Propriedades Psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em uma Amostra Universitária. *Revista de Psicologia da IMED*, 5(2), 84-91.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Lupus Nephritis Work Group. (2024). KDIGO 2024 clinical practice guideline for the management of lupus nephritis. *Kidney International*, 105(Suppl. 1), S1–S69. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.09.002>
- Krause, E. D., Mendelson, T., & Lynch, T. R. (2003). Childhood emotional invalidation and adult psychological distress: The mediating role of emotional inhibition. *Child*

Abuse & Neglect, 27(2), 199–213. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00536-7](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00536-7)

Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L., & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, e1. <https://doi.org/10.1017/S0140525X14000041>

Little, A. L. (2025). The A52 breath method: A narrative review of breathwork for mental health and stress resilience. *Stress and Health*, 41(4), e70098. <https://doi.org/10.1002/smi.70098>

Maniaci, G., Daino, M., Iapichino, M., Giammanco, A., Cascio, M. T., La Cascia, C., La Barbera, D., & Ferraro, L. (2024). Neurobiological and anti-inflammatory effects of a deep diaphragmatic breathing technique based on neofunctional psychotherapy: A pilot RCT. *Stress and Health*, 40(6), e3503. <https://doi.org/10.1002/smi.3503>

Martins, B.G.; Silva, W.R.; Maroco, J.; & Campos, J.A.D.B. (2019). Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68: 32–41.

Molina, E., Gould, N., Lee, K., Krimins, R., Hardenbergh, D., & Timlin, H. (2022). Stress, mindfulness, and systemic lupus erythematosus: An overview and directions for future research. *Lupus*, 31(13), 1549–1562. <https://doi.org/10.1177/09612033221122980>

Oliveira, S. R. L., Lima-Verde, J. B., & Santos, J. S. (2024). A Terapia de Reprocessamento Gerativo (TRG): Uma abordagem natural e adaptativa para o tratamento em saúde mental. *Mentalis*, 1(1), 1–27.

Pan, Q., Chen, X., Liao, S., Chen, X., Zhao, C., Xu, Y.-Z., & Liu, H.-F. (2019). Updated advances of linking psychosocial factors and sex hormones with systemic lupus erythematosus susceptibility and development. *PeerJ*, 7, e7179. <https://doi.org/10.7717/peerj.7179>

Santos, J. S., & Lima-Verde, J. B. (2023). Terapia de reprocessamento gerativo: Abordagem terapêutica alternativa e transformadora no tratamento de problemas da mente. *Revista Medicina Integrativa*. <https://revistamedicinaintegrativa.com/?s=trg>

Rapisarda, F., Mezzatesta, C., Buttice, A., Raffa, A., & Boca, S. (2025). Incidence of alexithymia in worsening symptoms and quality of life of systemic lupus

erythematosus patients (SLE). General Hospital Psychiatry. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2025.01.003>

Moroni, L., Mazzetti, M., Ramirez, G. A., Farina, N., Bozzolo, E. P., Guerrieri, S., Moiola, L., Filippi, M., Di Mattei, V. E., & Dagna, L. (2021). Beyond neuropsychiatric manifestations of systemic lupus erythematosus: Focus on post-traumatic stress disorder and alexithymia. *Current Rheumatology Reports*, 23, 52. <https://doi.org/10.1007/s11926-021-01019-5>

Warchol-Biedermann, K., Mojs, E., Sikorska, D., Kotyla, P., Teusz, G., & Samborski, W. (2022). Psychological implications to the therapy of systemic lupus erythematosus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 16021. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316021>