

PSICANÁLISE E PSICOSSOMÁTICA – UMA REVISÃO

Luísa Branco Vicente*

Resumo

Com este artigo a autora pretende apresentar uma revisão dos conceitos actuais da psicossomática levando em linha de conta as contribuições contemporâneas de investigadores portugueses.

A Psicossomática e a Psicanálise encontram-se interligadas historicamente desde Sigmund Freud (1856-1939). Ainda que nunca tenha criado uma teoria psicossomática, Freud fundou muitos dos modelos psicossomáticos, tornando-se assim um dos seus mais importantes precursores. Contudo, a origem e o momento em que se desencadeiam as perturbações somáticas são ainda controversos. Neste sentido a autora defende que devemos, por isso, mais correctamente falar, não em modelo único, mas em vários modelos psicanalíticos.

Palavras-chave: *Psicossomática; Psicanálise.*

1. BREVE HISTÓRIA DO CONCEITO

Desde que existe, o homem padece e a enfermidade é uma constante na equação da sua vida, sendo a ideia de uma interdependência entre fenómenos psíquicos e somáticos quase tão antiga como a história da humanidade. De longe datam as concepções holística e psicógena da doença, fundadas em perspectivas unitárias e dualistas do Homem e da relação mente-corpo.

A Medicina Contemporânea, e em particular as investigações sobre genética e imunologia, vieram sublinhar a cumplicidade patogénica entre os factores ditos externos ao indivíduo e o perfil da sua personalidade.

Após séculos de evolução do conceito, Johann Heinroth (1773-1843) fundou as expressões psicossomática (1818) e somatopsíquica (1828). Heinroth defendeu uma orientação unicista semelhante à de Espinosa, ou seja, corpo e psiché não seriam senão, respectivamente, a parte exterior e a parte interior de uma e a mesma coisa.

2. CONCEPTUALIZAÇÕES

A Psicossomática e a Psicanálise en-

* Psiquiatra, Pedopsiquiatra e Psicanalista; Membro Didacta da Sociedade Portuguesa de Psicanálise; Membro Didacta da Sociedade Portuguesa de Psicodrama Psicanalítico de Grupo; Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina de Lisboa.

contram-se interligadas historicamente desde Sigmund Freud (1856-1939). Ainda que nunca tenha criado uma teoria psicossomática, Freud fundou muitos dos modelos psicossomáticos, tornando-se assim um dos seus mais importantes precursores. Contudo, a origem e o momento em que se desencadeiam as perturbações somáticas são ainda controversos. Devemos, por isso, mais correctamente falar, não em modelo único, mas em vários modelos psicanalíticos. Ao afirmar a autonomia do psiquismo, considerando-o o objecto de investigação em Psicanálise, Freud não deixou de salientar que, instintivamente considerado, nenhum corpo pode estar inteiramente desligado do sujeito e, da mesma forma, tão-pouco pode ser concebido mecanicamente (causa-efeito), ou como sistema fixo e imutável (estímulo-resposta fisiológica).

Efectivamente, numa perspectiva psicanalítica, o sujeito não pode ser entendido como singularidade pura. A singularidade dá-se no contexto da fala e subentende sempre uma universalidade referencial, entre a subjectividade e o simbólico, seja cultural seja linguística.

Nas doenças psicossomáticas identificamos uma regressão próxima da regressão psicótica, uma regressão de tipo muito arcaico, mas sem evidente fragmentação do Eu. Neste caso, a neurose do órgão é uma resposta somática que não pretende expressar uma emoção e, ao contrário da conversão histerica, é desprovida de sentido aparente. Assim poder-se-à dizer, com Bergeret (1976), que “o sintoma psicossomático é estúpido”.

Boss (1959) defende a existência de um recalamento progressivo dos afectos, da conversão à somatização, com progres-

sivo aprofundamento dos sintomas para o interior do corpo. Assim, o tratamento do doente psicossomático deve possibilitar o caminho inverso, isto é, o desencerramento das pulsões e o retomar da actividade fantasmática. Dentro da mesma linha, Brisset e Sapir (1966) afirmam que a inexistência desta actividade conduz à angústia, não para o sintoma ou delírio, como nas neuroses ou nas psicoses, mas para a morte.

As várias definições de psicossomática, ainda não completamente satisfatórias, afirmam no entanto a causalidade múltipla e a integração física e psíquica como duas faces de uma realidade: o Ser Humano.

Milheiro (1999) afirma que “criamos progressivamente uma imagem do corpo, uma representação mental do corpo que instalamos dentro de nós, a qual desempenha papel preponderante em múltiplas situações (...), essa construção sustenta um alicerce fundamental da estrutura básica, física e mental, de cada personalidade” (op. cit., p. 135).

Sami-Ali (1987) pressupõe um modelo teórico e uma metodologia específicos, onde o somático é entendido globalmente na sua complexidade e não apenas na falha psíquica. A boa abordagem da patologia psicossomática seria, assim, multidimensional: o funcionamento psíquico engloba a função da imaginação e o recalamento desta mesma função, sendo a patologia (reversível ou irreversível) resultado deste último. Desta forma, cria-se um impasse idêntico ao início da perturbação psicótica (Sami-Ali, 1990).

Segundo Fain (1971), as perturbações psicossomáticas encontram-se em indivíduos cujas potencialidades psíquicas não

estão a ser usadas no seu potencial máximo, o que inviabiliza o desenvolvimento de defesas mentais, levando ao aparecimento de sintomas. Sujeitos com maior predisposição para a somatização compensam temporariamente esta falha através de padrões de comportamento centrados na percepção dessa mesma falha, e isso vai permitindo que mantenham um desempenho adequado, apesar da perturbação da sua estrutura psíquica.

Coimbra de Matos (1981) refere-nos: “a chamada «doença psicossomática» – que tendo a sua origem profunda na psiché, se exprime principalmente pelo disfuncionamento ou mesmo lesão do soma – apresenta-se numa biografia e num estar no mundo relativamente silentes de sofrimento psíquico e sem ruídos adventícios no desenrolar social. O conflito interno-mental – ou externo-social – deriva sobre o corpo, escoar-se nas suas alterações e «fala» pela sua linguagem”.

As investigações na área da Psicossomática começam a desenvolver-se nos Estados Unidos em meados dos anos trinta, vindo a consolidar-se anos mais tarde com Dunbar e Alexander, psicanalistas com uma visão psicogenética da doença psicossomática; segundo eles, estas perturbações seriam consequência de estados de tensão crónica, que expressavam, de forma inadequada, determinadas vivências que derivavam para o corpo.

Flanders Dunbar, fundadora da Sociedade Americana de Psicossomática, conceptualizou, em 1943, uma teoria específica para estas doenças – a teoria dos perfis da personalidade, segundo a qual a conversão simbólica seria apenas uma for-

ma através da qual os mecanismos psíquicos influenciariam as funções somáticas. Nesta aceção, grande parte dos sintomas somáticos seriam o efeito de uma descarga de energia pulsional sobre o sistema vegetativo.

Alexander, fundador do Instituto de Psicanálise de Chicago (1932) e tido como o maior teórico em Psicossomática dos anos 1930-40, desenvolveu a teoria da especificidade do conflito e criticou duramente a extensão do modelo de conversão histórica de Freud às manifestações psicossomáticas. Desenvolveu também uma explicação causalística da especificidade das doenças psicossomáticas, correlacionando os conflitos intra-psíquicos com as modificações fisiológicas. Segundo o autor, o recalçamento operado na mente do sujeito por impossibilidade de expressão de emoções geradoras de um conflito intrapsíquico, provoca estados de tensão fisiológica. Quando reprimidos, a agressividade, o medo e a culpabilidade provocam disfuncionamentos de órgãos, por impulso de tensões emocionais crónicas.

Aos defeitos estruturais da personalidade defendidos por Dunbar, Alexander (1950) contrapôs a especificidade do conflito, diferenciando sintomas conversivos (expressão simbólica de um conteúdo psicológico recalçado) e doenças psicossomáticas (respostas vegetativas a estados emocionais crónicos).

Contudo, o que estes autores propõem são modelos médicos, que “entreabrindo as portas à «neurose de órgão», lhas fecha imediatamente pela imposição do anatómico, que exigia uma explicação do localizacional fisiológico” (Amaral Dias, 1992). Esta imposição do localizacional e

da sua “especificidade” tem levado os investigadores a procurar uma especificidade psicológica para cada doença. A insuficiência epistemológica deste modelo e dos que o seguiram justifica, em parte, o seu progressivo abandono.

No final dos anos cinquenta, psicanalistas como Marty, De M’Uzan, Fain e David iniciam uma nova e intensa investigação em Psicossomática. Ao utilizarem a escuta analítica para compreenderem os pacientes, em detrimento do sujeito via órgão, separam-se definitivamente da Escola Psicossomática Americana. Concluem que o paciente formula “uma gigantesca negatividade simbólica, onde o pensamento operatório, a precariedade onírica e a ausência de fantasia se impunham como esfinges aos decifradores do enigma psicossomático” (Amaral Dias, 1992).

A investigação na área da Psicossomática tem doravante por objectivo evidenciar uma semiologia onde participem, em partes iguais, o modo de funcionamento na relação com o imaginário - presença ou ausência de actividade onírica ou de seus equivalentes: fantasma, afecto, jogo, alucinação, transformação, delírio, crença, corpo imaginário, espaço e temporalidade do imaginário - e situações de vida conflituais ou de impasse. Não se trata de identificar uma psicogénese da afecção orgânica, nem de encontrar, através dela, a especificidade de uma determinada doença orgânica. Trata-se, sim, desenvolver a conceptualização do corpo na sua inextricável pertença, real e imaginária. Para a compreensão do processo de somatização é necessário perceber, de forma integrada, a relação positiva ou negativa com a projecção (entendendo o imaginário na

sua oposição ao real) e a situação de conflito (que pode ou não implicar contradição).

Marty, De M’Uzan e David (1963) sintetizam o funcionamento mental destes pacientes com a designação de pensamento operatório. Retomando Nemiah e Sifneos, classificam-no como uma ausência de liberdade fantasmática, uma pobreza de vida onírica e uma relação branca nas trocas afectivas, com diminuição ou mesmo anulação dos mecanismos de defesa fundamentais (identificação, introjecção, projecção, deslocamento e condensação).

A vida operacional é, então, “uma modalidade de funcionamento por vezes permanente, mas a maior parte das vezes episódica, indicadora de uma desorganização, especialmente sob a forma de depressão essencial, (...) [em que] a carga afectiva ligada às emoções, mal veiculada e pouco ou mal elaborada pelas funções mentais, parece aderir rapidamente à via somática” (Marty, 1968). O pensamento operatório manifesta-se, assim, através de uma falha do pré-consciente, a qual cria uma ausência de comunicação entre o inconsciente e o consciente, que se manifesta por pobreza fantasmática e precariedade da vida onírica. Frederico Pereira (1999) refere que o “universo do psicossomático é, no limite, desprovido de sonhos”.

A capacidade simbólica e o valor da sublimação são quase inexistentes, o que empobrece enormemente a capacidade criativa e produtiva. Esta estrutura mental apresenta um pensamento consciente desvinculado do orgânico e da actividade fantasmática, que se reduz à acção. Uma verbalização desprovida de afecto apre-

senta-se reduzida ao factual, em rotura com as vivências passadas, e sem implicação do indivíduo na sua história presente. A palavra surge vazia, sem distância entre significante e significado. Desprovida de elaboração e sem articulação com a vida da fantasia, foi drasticamente reduzida a um meio de descarga tensional.

Pierre Marty (1976) descreveu dois mecanismos fundamentais da doença psicossomática: a regressão psicossomática e a desorganização progressiva. A regressão psicossomática apareceria nalguns movimentos da patologia e pressupunha uma fixação psicossomática mais intensa, impeditiva das vias evolutivas subsequentes.

A desorganização progressiva estaria ligada à actividade do instinto de morte correspondente à privação de actividade libidinal. Esta insuficiência libidinal teria bloqueado o desenvolvimento de mecanismos de defesa eficazes. Neste âmbito, os acontecimentos somáticos participariam no movimento de desorganização progressiva, do qual, aliás, faziam parte.

Por sua vez, o pensamento operatório encontra-se na depressão essencial (Marty, 1968), onde há uma diminuição geral do tónus, sob o plano objectal e/ou narcísico. A depressão essencial instala-se em simultâneo com a desorganização progressiva, mas faltam-lhe as características clássicas habitualmente descritas no movimento depressivo. Este funcionamento retarda o aparecimento do afecto depressivo, o que o torna equiparável, ainda que grosseiramente, ao funcionamento hipomaníaco. Todavia, as suas consequências são muito mais catastróficas.

Em síntese, os sujeitos psicossomáticos, em claro contraste com os neuróticos, manifestam grande dificuldade em identificar e descrever os seus afectos. Da grande pobreza da sua vida fantasmática resulta um estilo de pensamento particular, funcional em sentido utilitário, virado para o exterior (pensamento operatório), e uma tendência para agir como forma de evitamento de situações geradoras de conflito. De início, descrevem poucos sonhos (referindo frequentemente que não sonham ou que não se lembram); parecendo não tirar grandes benefícios das abordagens terapêuticas clássicas, provocam frequentemente no terapeuta reacções contra-transferenciais de aborrecimento, frustração e bloqueio interpretativo.

Parece-me ainda importante sublinhar que a Escola Psicossomática de Paris, ao perceber o factual e o concreto numa outra perspectiva, a da escuta analítica, criou uma concepção radicalmente diferente, que obriga a recolocar o pensamento psicanalítico diante do código sintomático, impondo o abandono dos modelos tradicionais de observação. Através da compreensão inscrita na biografia do indivíduo e da afirmação da sua positividade expressiva, permitiu a compreensão do sintoma e do sofrimento emocional.

Amaral Dias (1992) destaca a necessidade de se reavaliar a inespecificidade e pertinência do termo psicossomático, e propõe que esta reflexão seja feita a partir das concepções bionianas, preferindo a designação de somatopsicose de Bion ("A Memory of the Future, III", 1979) à de psicossomática. Acrescenta que as investigações norte-americanas e as da Escola Psicossomática de Paris, ainda que te-

nham sido muitíssimos úteis, estão desconectadas das investigações sobre a psicose.

A significação e a anti-significação, ou seja, a aptidão à procura de significados, ou, pelo contrário, o ataque à sua produção na relação continente-conteúdo, implicam a pré-existência de uma teoria emocional. Segundo Bion, quando um conteúdo procura o continente ávida e invejosamente, pode destruir toda a função de encontrar significação, o mesmo será dizer, a possibilidade de criar um vínculo simbiótico. O tolerar o não-significado levou Bion ao estudo do que denominou função alfa, exactamente para evitar dar-lhe um nome específico, ele próprio saturado de significados.

A investigação de alguns elementos da função alfa conduz ao aprofundar do estudo do pensamento e da aprendizagem emocionais, numa perspectiva em que emoção e pensamento são indissociáveis. Os elementos alfa – precursores da memória, do pensamento inconsciente, vígil e onírico - criados pela função alfa, intervêm na formação das imagens sensoriais e dos sonhos. Em alternativa, Bion sublinha as implicações epistemológicas do seu conceito de somatopsicose, não tanto para questionar a emergência ou não de pensamentos, mas para dar ênfase a uma mente sobreexcitada e desprovida de emoção (os indigestíveis elementos β) ou, dito doutra forma, ao predomínio do neurofisiológico sobre o psicológico. Tratar-se-ia de localizar a falha no aparelho de pensar destes pacientes.

Sem dúvida, a concepção bioniana de um aparelho proto-mental permite-nos ir mais além; é como se estes pacientes tivessem um funcionamento mental muito pri-

mitivo, no qual só fosse activo um dos pressupostos básicos, enquanto os outros permaneceriam intrincados nos processos corporais, a um nível proto-mental.

No pensamento bioniano, a não mentalização, a não representação (ou, se quisermos ainda, o negativo) formulado pela Escola Psicossomática de Paris, interliga-se ao núcleo somatopsicótico da personalidade, dando uma nova dimensão epistemológica e conceptual à chamada falha do pré-consciente. Neste sentido, a compreensão da patologia psicossomática e do funcionamento mental a esta associado, vai muito mais além do que é postulado pelo processo da identificação projectiva. E se a confrontação semiológica nos conduz ao pensamento operatório (oposto do pensamento genuíno e da identificação introjectiva) e ao bloqueio da vida fantasmática (vivência sem eco interno), então o pensamento bioniano conduz-nos, não só a um reformular da teoria e do estar psicanalítico, mas a um verdadeiro e efectivo corte epistemológico (Amaral Dias, 1992). A relação branca, a desvitalização, o aspecto reducionista e o concretismo destes sujeitos impõem uma atitude terapêutica específica.

Todos estes conceitos se aproximam de outro grande operador cognitivo na investigação psicossomática – a alexitimia. Alexitimia é uma palavra de origem grega cujo étimo significa “falta de palavras para descrever as emoções” (*a*=falta de, privação; *lexis*=palavra; *thymos*=emoção). Foi utilizada por Sifneos (1975) para designar um conjunto de características afectivas e cognitivas clinicamente identificadas (sobretudo através de um estilo comunicacional característico) em sujeitos com perturbações psicossomáticas.

As origens do conceito de alexitimia são frequentemente atribuídas à distinção entre neuroses actuais e psiconeuroses feita por Freud em 1895. Partindo desta distinção, muitos são os psicanalistas que se têm debruçado sobre o significado simbólico do sintoma psicossomático e sobre as abordagens psicanalíticas na terapia destes pacientes.

Na década de 70, os norte-americanos Nemiah, Freyberger e Sifneos, interrogando-se sobre o modo como terapeuticamente se deve comunicar com os pacientes psicossomáticos, constataram, a partir de entrevistas clínicas gravadas, que muitos dos observados muito dificilmente conseguiam expressar as suas emoções através de palavras e identificaram neles uma forte redução dos pensamentos fantasmáticos. Concluíram que os sujeitos com perturbações psicossomáticas clássicas, contrariamente aos psiconeuróticos, manifestam frequentemente uma desordem das funções afectivas e simbólicas, expressa num modo de comunicar árido e confuso (Taylor, 1984).

Sifneos (1975) aproveita estas conclusões para denominar a comunicação destes sujeitos de alexitimia – um défice biológico correspondente a uma insuficiência emocional ou à expressão de uma negação neurótica impossibilitaria a verbalização, limitando a capacidade de sonhar, e estereotipando as relações interpessoais e um agir para evitar o conflito.

Para Weinryb (1995), alexitimia não seria a designação mais correcta, na medida em que salienta sobretudo as incapacidades de verbalização. Na sua perspectiva, o compromisso centra-se mais na ausência de significado psicológico das palavras utilizadas pelos pacientes para des-

crever as suas emoções. Eles não possuem a capacidade de transmitir ou simbolizar as vivências internas, pelo que estas parecem vazias de significado psicológico latente. Ao identificar perturbações na capacidade de simbolizar destes pacientes, a intuição de Weinryb foi extremamente útil na clínica.

A alexitimia de Sifneos, segundo Benedetti (1982), Pedinielli (1985) e Bazin et al. (1991), pode ser aproximada ao conceito de vida operatória de Marty (1980), ainda que a Escola Psicossomática de Paris não tenha trabalhado suficientemente esta hipótese; baseando-se na descrição do pensamento operatório, limitou-se a identificar sujeitos inaptos a descodificar e a exprimir emoções. Contudo, na minha perspectiva, estes conceitos não são, de forma alguma, sobreponíveis, porque enquanto na alexitimia existe um ensurdecer sob as próprias emoções, no pensamento operatório ocorre um isolamento face às emoções do outro, ou seja, os pacientes psicossomáticos estabelecem relações desprovidas de dimensão emocional.

Inicialmente restringida às doenças psicossomáticas, rapidamente se verificou que a alexitimia não era um exclusivo destas. Foram identificadas numa série de situações clínicas cujas manifestações sintomáticas têm sido relacionadas com uma dificuldade na mentalização e na elaboração psíquica dos conflitos internos. Taylor (1984) é um dos investigadores que refere que a alexitimia pode também ser encontrada em inúmeros indivíduos com perturbações alimentares, desordens afectivas, depressões mascaradas, podendo ainda aparecer, embora secundariamente, em pacientes que fizeram hemodiálise ou transplante de órgão.

A alexitimia deve ser considerada, não como ausência, mas como dificuldade de simbolização e modulação das experiências afectivas. Nesta linha, Taylor (1984) propõe que as doenças passem a ser conceptualizadas como perturbações da regulação das emoções. Explica que já para Reush, em 1948, era inegável a existência de perturbações nas expressões verbal e simbólica das emoções destes pacientes. E sublinha a importância da perturbação na relação primária que "afecta não apenas a expressividade emocional, mas também a natureza das relações de objecto interno" (1987).

Para McDougall (1982), a alexitimia resulta de perturbações na fase de desenvolvimento simbiótico. Pressupõe, por isso, uma patologia pré-neurótica muito precoce (na qual predominam a clivagem e a identificação projectiva), daí resultando uma certa diferenciação entre as representações de si e do objecto e uma utilização dos símbolos unicamente ao nível do concreto. Donde, a alexitimia seria uma perturbação que tentava impedir a dor psíquica e as ansiedades psicóticas relacionadas com os objectos internos arcaicos.

As perturbações alexitímicas podem ser descritas nas áreas afectiva, cognitiva e relacional (H. Krystal e J. Krystal, 1987; Lolas e Von Rad, 1989). As perturbações afectivas caracterizam-se por dificuldades em descrever os afectos e discriminar os estados emocionais, sendo as manifestações fundamentalmente somáticas. A pobreza ou ausência de expressão emocional conduziu alguns investigadores a deduzirem, na minha opinião apressadamente, que os pacientes alexitímicos não tinham consciência ou experiência das

emoções (H. Krystal e J. Krystal, 1987). Para Kraemer e Loader (1995), esta é uma forma adaptativa de diminuir a dor mental, ainda que os afectos fiquem indisponíveis, não podendo ser utilizados. O indivíduo necessitará de recorrer a indícios exteriores para se referenciar e orientar os seus comportamentos.

A área cognitiva foi descrita por Marty e De M'Uzan (1963) através do pensamento operativo. Neste, a dimensão afectiva e fantasmática é inexistente. Como no sintoma somático ou na passagem ao acto, nos sujeitos alexitímicos o pensamento manifesto através da palavra não tem significado simbólico nem é elaborado psiquicamente. É uma pura descarga tensional (Melon, 1978). Este tipo de pensamento manifesta-se também na vida onírica, a qual se não está ausente, aparece estritamente ligada à realidade, com total ausência de associações (Marty e De M'Uzan, 1963).

Em entrevista clínica, o sujeito refere-se às suas vivências como "o espectador, mais do que o actor, da sua própria existência" (De M'Uzan, 1974). Para Pedro Luzes (1995), ainda que as capacidades intelectuais estejam preservadas, estes indivíduos apresentam um tipo de pensamento que carece de qualidade humana e que pode revelar-se ineficaz aquando da tomada de decisões de tipo emocional.

De M'Uzan (1974) designa de reduplicação a incapacidade destes indivíduos para se aperceberem da individualidade própria do outro. Na situação analítica, esta reduplicação manifesta-se no facto de o terapeuta ser vivenciado como uma versão de si, funcionando também ao nível do pensamento operativo.

McDougall (1991a) propõe o termo

normopatia para caracterizar o elevado grau de adaptação e conformidade social destes sujeitos. Não exibem manifestações psicóticas ou neuróticas, apesar de profundamente perturbados. Sendo o seu contacto com a realidade psíquica quase inexistente, esta pseudo-normalidade poderá corresponder ao falso *self* winnicottiano, manifestando uma “tentativa desesperada de sobreviver psiquicamente no mundo dos outros, mas sem suficiente compreensão dos laços emocionais, sinais e símbolos que tornam as relações humanas significativas”.

É inegável a existência de uma perturbação na díade primária como um factor etiológico importante no desenvolvimento de características alexitímicas. Para que o desenvolvimento da criança progrida, é necessário que, quando ela ensaia os primeiros movimentos de separação-individuação, se sinta valorizada pela mãe ou pelo equivalente materno. Caso contrário, se a criança sente que a mãe não prescinde dela narcisicamente, tenderá a encerrar o movimento de separação-individuação como algo proibido, submetendo-se por isso ao objecto como forma de não o perder. Estar dependente de outro e reconhecer a sua necessidade agrava a ferida narcísica e perpetua o sentimento de incompletude.

Se investir contra o afecto é investir contra a relação, a alexitimia pode ser entendida como uma defesa edificada para não reconhecer a perda, quer objectal quer narcísica. A não comunicação afectiva conduz, segundo Modell (1980), à destruição da possibilidade de separação do objecto, levando o sujeito a refugiar-se num sentimento de auto-suficiência narcísica.

O contacto com a própria realidade psíquica implica o contacto com um objecto que o sujeito vivencia como desvalorizante e rejeitante da sua especificidade e diferença. Na impossibilidade de o fazer, o indivíduo realiza passagens ao acto, numa tentativa de defesa contra a vivência de perda de um objecto que nunca teve total e verdadeiramente, impedindo-se, deste modo, de vivenciar a depressão. Segundo Coimbra de Matos (1988-89), “a depressão ou é assumida como doença mental e pode eventualmente ser elaborada (é o deprimido que sofre psiquicamente e pode vir a curar-se) ou não é aceite como doença psíquica e faz sofrer o corpo com a sua repercussão interna ou a sociedade com as suas distímias irritadas e descargas agressivas (é o depressivo que adoece somaticamente e/ou provoca sofrimento nos outros)”.

Ao contrário do neurótico “que, de facto, aceita a gratificação da fantasia, o psicossomático e o paciente com *acting-out* manifesto, necessitam de pôr em acção os seus impulsos, desejos e fantasias, interiormente numa variedade de sintomas somáticos ou exteriormente nos vários comportamentos de *acting-out*” (Sperling, 1978, p. 252). A impossibilidade de tolerar conscientemente os impulsos, sem procurar uma descarga externa imediata, é manifesta pelo *acting-out* somático.

Confrontando as estruturas psicossomática e a psicopática, Green (1973) classifica o psicossomático como um psicopata corporal cujo agir no interior do corpo (*acting-in*) teria por objectivo, tal como o *acting-out*, a expulsão do afecto para fora da realidade psíquica. O que os caracteriza “é a ausência de sintomatologia psíquica, isto é, a sua normalidade”. “É por isso

que os primeiros estão nas mãos dos médicos e os segundos nas mãos dos homens das leis”.

Para McDougall (1991a), “a sobrevivência psíquica (dos pacientes psicossomáticos) dependia da capacidade para tornar a vitalidade interna inerte (...) esta paralisia interna tem por objectivo evitar a vivência de fantasias primitivas de abandono ou o retorno a um estado traumático de desamparo e desesperança no qual a existência psíquica e talvez a própria vida foi sentida como ameaçada”. Do tipo de vivência da relação primária resultariam ansiedades da ordem psicótica, ficando comprometida a própria capacidade de existir enquanto indivíduo.

McDougall interrelacionara (1982b) ainda alguns fenómenos psicossomáticos com a cena primitiva. Nestes casos, a angústia de separação não deixa espaço para o vivenciar do amor parental, sem que este corra o risco de cair no vazio da sua inexistência. A cena primitiva vai ser vivenciada no cenário pré-simbólico do início do desenvolvimento, com todo o tipo de ansiedades e indiferenciações próprias deste momento da vida humana. Excluída do domínio da linguagem, a cena primitiva poderá inscrever-se na imagem do corpo, ou ainda, no funcionamento do soma. A resolução dos sintomas psicossomáticos, bem como o acesso à genitalidade, dependerá da expressão que os significantes pré-verbais encontram através dos significantes linguísticos, tornando-se o corpo “pensante” no corpo “pensado”, separado e sexuado.

H. Krystal e J. Krystal (1987) defendem que a alexitímia resulta de uma paragem no desenvolvimento afectivo (consequente a um acontecimento traumáti-

co na infância), ou de uma regressão (após um trauma violento vivenciado na idade adulta). O trauma infantil e a ambivalência resultante dão lugar a uma distorção da representação do *self*, de modo que os aspectos afectivos e vitais são atribuídos a uma representação do objecto rigidamente excluída. Assiste-se ao empobrecimento do Eu e ao aumento das áreas psíquicas não integradas e consideradas como não-Eu.

Diz-nos Coimbra de Matos (1988-89) que “o recalçamento primário é um mecanismo primitivo de defesa psíquico ou do Eu – isto é, de exclusão da consciência – pela não representação e não integração mental do acontecimento traumático. Deste, fica apenas a emoção desencadeada e os impulsos activados, que constituem o conteúdo típico de significado desconhecido do recalçado primário; também algumas impressões sensoriais, imagens isoladas, actos estereotipados e reacções fisiológicas que persistem ou se repetem”.

Abstract

The author gives us with this article a revision of the actual concepts of the psychosomatic taking in account the contemporary contributions of Portuguese investigators.

Psychosomatic and the Psychoanalysis are historically linked since Sigmund Freud (1856-1939). Although he has never created a psychosomatic theory, Freud established many of the psychosomatic models, becoming one of the most important precursors. However, the origin and the moment that the somatic disturbances are un-

chained are still controversial. This form the author defends that we should speak more of some psychoanalytical models than an unique model.

Key-words: Psychosomatic; Psychoanalysis.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander F. *Psychosomatique Medicine*. New York: W. W. Norton & Co, 1950.
- Amaral Dias C. *Aventuras de Ali-Bábi nos Túmulos de Ur: Ensaio Psicanalítico sobre a Somatopsicose*. Lisboa: Fenda, 1992.
- Bazin N, Mathis P, Féline A. Alexithymie et Dépression. *La Dépression: Études sur la direction de A. Féline, P. Hardy, M de Bonis*. Paris: Masson, 1991.
- Benedetti G. Le Problème de l'Alexithymie. *Psychothérapies* 1982; 1: 9-13.
- Bergeret J. *Psychologie Pathologique*. Paris: Masson, 1976.
- Bion WR. *A Memory of the Future, III – The Dawn of Oblivion*. London: Pertshire, Cluny Press, 1979.
- Boss M. *Introduction à la Médecine Psychosomatique*. PUF, Paris, 1959.
- Brisset Ch et Sapir M. Médecine Psychosomatique. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 5, fasc. 37400 A 10, 1966.
- Coimbra de Matos A. A dimensão da depressividade no adoecer somático. *O Médico* 1981; 99(1549), 322-331.
- Coimbra de Matos A (1988/89). Patologia Psicossomática: Perspectiva Psicanalítica. *Psiquiatria de Ligação e Psicossomática: Workshops do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria*, 61-74. Lisboa: Ed. Lab. Delagranje, 1990.
- Dunbar F (1938). *Emotions and Bodily Changes. A Survey of Literature on Psychosomatic Interrelationship* (2ª Ed.) (1910-1933). New York: Columbia Univ Press, 1938.
- Dunbar HF. *Psychosomatic Diagnoses*. New York: Hoeber, 1943.
- Fain M. Prélude à la Vie Fantasmagorique. *Revue Française de Psychanalyse* 1971; 35: 291-368.
- Freud S (1895). Sobre os Critérios para Destacar da Neurastenia um Síndrome Particular intitulado «Neurose de Angústia». Edição *Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud: Vol III*. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- Green A. *Le Discours Vivant*. Paris: PUF, 1973.
- Kraemer S, Loader P. Passing Through Life: Alexithymia and Attachment Disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 1995; 39: 937-941.
- Krystal H, Krystal JH. *Integration and Self-Healing: Affect-Trauma-Alexithymia*. Hillsdale: The Analytic Press, 1987.
- Lolas F, Von Rad M. Alexithymia. In S. Cheren. (Ed.) *Psychosomatic Medicine: Theory, Physiology, and Practice*, Vol. I. Madison: International Universities Press, Inc, 1989.
- Luzes P. L'Interaction Cognition-Émotion et la Psychologie Clinique (Version Préliminaire). *Comunicação Apresentada nas XXV^{èmes} Journées d'Études de l'Association de Psychologie Scientifique de Langue Française*, 1995.
- M'Uzan M. Psychodynamic Mechanisms in Psychosomatic Symptom Formation. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1974; 26: 140-147.
- Marty P. La Dépression Essentielle. *Revue Française de Psychanalyse* 1968; 32: 594-599.
- Marty P. *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Paris: Payot, 1976.
- Marty P. *L'ordre psychosomatique*. Paris: Payot, 1980.
- Marty P, De M'Uzan M. Le Pensée Opératoire. *Revue Française de Psychanalyse* 1963; 17: 345-356.
- Marty P, De M'Uzan M, David C. *L'Investigation Psychosomatique*. Paris: PUF, 1963.
- McDougall J. Alexithymia: A psychoanalytic view. *Psychotherapy and psychosomatics* 1982; 38, 81-90.
- McDougall J (1982b). *De la douleur psychique et du psychoma. plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris: Gallimard.
- McDougall J (1991a). Reflections on affect: A psychoanalytic view of alexithymia. In J. McDougall, *Theaters of the Mind. Illusion and truth on the psychoanalytic stage*. New York: Brunner/Mazel.
- Melon J. Réflexions sur la structure psychosomatique et son approche à partir des tests de rorschach et de szondi. *Bulletin de la Société Française du Rorschach et des Méthodes Projectives* 1978; 31, 41-51.
- Milheiro J. *Loucos são os Outros...* Lisboa: Laboratórios Bial, 1999.
- Modell AH. Affects and their non-communication. *International Journal of Psycho-Analysis* 1980; 61: 259-267.
- Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos P. Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In O. Hill (Ed.), *Modern Trends in Psychosomatic Medicine* (III). London: Butterworth's, 1976.
- Pedinielli JL. Analyse et Critique du Concept d'Alexithymie. *Psychiatrie Française* 1985; 5, 39-42.
- Pereira F. *Sonhar ainda: Do sonho-desejo-realizado ao sonho emblemático*. Lisboa: ISPA, 1999.
- Sami-Ali M. *Penser le somatique: Imaginaire et pathologie*. Paris: Dunod, 1987.
- Sami-Ali M. Imaginaire et pathologie. Une théorie de la psychosomatique. *Revue Française de Psychanalyse* 1990; 54, 761-67.
- Sifneos PE. Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1975; 26: 65-70.
- Spertling M. *Psychosomatic Disorders in Childhood*. New York: Jason Aronson, 1978.
- Taylor GJ. Alexithymia: Concept, Measurement and Implications for Treatment. *American Journal of Psychiatry* 1984; 141: 725-732.
- Taylor GJ. *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*. Madison: International Universities Press, Inc, 1987.
- Weinryb RM. Alexithymia: Old Wine in New Bottles? *Psychoanalysis and Contemporary Thought* 1995; 18: 159-162.

