

TRATAMENTO PSICANALÍTICO DE PACIENTES COM PATOLOGIA PSICOSSOMÁTICA

Rita Pontes*

Resumo

Embora alguns autores considerem que os pacientes psicossomáticos não são analisáveis, a maioria concorda com a possibilidade de tratar os indivíduos com este tipo de perturbação através do uso das técnicas e procedimentos psicanalíticos, com o intuito de reparar a relação de objecto patogénica que estes sujeitos estabeleceram precocemente e de que advém a falha no desenvolvimento do self. Assim, através da escuta empática e retardando a interpretação, o terapeuta estabelecerá com o paciente uma relação promotora do desenvolvimento psíquico, possibilitando a capacidade de simbolização e a criação de um espaço psíquico, tendo como consequência a diminuição dos sintomas somáticos.

Palavras-Chave: *Sintomas Somáticos; Simbolização; Relação de Objecto; Tratamento Psicanalítico.*

INTRODUÇÃO

A técnica psicanalítica, originalmente destinada exclusivamente ao tratamento das neuroses do adulto, estendeu-se progressivamente, embora com algumas restrições e adaptações, ao foro das perturbações da infância e adolescência, depressões, patologias narcísicas, perturbações *borderline* e psicoses. A doença psicossomática foi, inicialmente, considerada pela psicanálise como a expressão simbólica de um conflito psíquico, expressando-se através de um tipo de "linguagem somática" ou comunicação pela via dos órgãos (neurose de conversão). No entanto, embora algumas das perturbações somáticas possam ter uma finalidade comunicativa (de apelo, recusa ou aviso, por exemplo), é necessário ter em conta que, para além deste objectivo, existem causas originais, nomeadamente um conflito psíquico pré-edipiano, que constitui o elemento patológico principal e que determina a escolha da função ou órgão atingido.

Independentemente de outros aspectos etiopatogénicos, os factores psicológicos desempenham um papel preponderante na predisposição, formação e/ou indução de uma perturbação psicossomática num determinado órgão. Assim, em função da po-

* Psicóloga clínica.

sição etiopatogénica que privilegiam, os vários autores que se debruçam sobre o estudo deste tipo de patologia postulam o uso de técnicas diferentes no tratamento psicanalítico das perturbações somáticas, pelo que o presente trabalho pretende efectuar uma digressão por diversos autores, tentando aproximar as causas do adoecer psicossomático às respectivas terapêuticas.

O PROCESSO TERAPÊUTICO EM PSICANÁLISE

Em termos gerais, a Psicanálise constitui a ciência que se debruça sobre a investigação dos fenómenos psíquicos que, embora inconscientes, isto é, não manifestos nem acessíveis directamente à consciência, são passíveis de aceder a esta instância do aparelho psíquico por meio de derivados directos ou indirectos, tais como emoções, sensações, sonhos, medos, frustrações, desejos, fantasias e actos falhados. Se, por um lado, este tipo de manifestações possui, por vezes, o significado de sintoma de disfunção ou patologia do aparelho psíquico, pode ainda, por outro, constituir-se como um indicador determinante "da organização psíquica do doente (personalidade e estilo da relação) e da sua génese (...) e, conseqüentemente, da orientação do processo psicoterapêutico" (Coimbra de Matos, 2002; p. 263).

No que concerne ao campo da técnica, o tratamento psicanalítico baseia-se na associação livre, instrumento este que confere ao paciente (aquando da existência de um pedido implícito de entender e descortinar o significado do seu sofrimento psíquico actual, bem como da capacidade de lidar com

o "desequilíbrio cognitivo" que tal fenómeno acarreta e que antecede a reelaboração dos conteúdos internos, factores estes que devem ser avaliados pelo terapeuta no decurso da entrevista clínica), as possibilidades de "se vir a encontrar informalmente com as suas emoções, contemplá-las nessa região fluída entre realidade e fantasia sustentada pelo consultor, mediador treinado para se irem desbravando, paulatinamente, as realidades do dia a dia entretidas nas memórias e na reflexão na área transicional do sentir onde o paciente tem acesso às suas fontes. As emoções emergentes no relato (...) são reveladoras do transtorno vivido a nível do inconsciente" (Mendes Leal, 2000; p. 12).

Coimbra de Matos, partindo do pressuposto de que a perturbação mental seria consequência da internalização de relações interpessoais patológicas e patogénicas, refere que o tratamento psicanalítico, no que concerne aos procedimentos metodológicos, fundamenta-se, num primeiro momento, na *reconstrução e análise do passado vivido*, para, posteriormente, conduzir ao *desenvolvimento de uma nova relação*.

Relativamente à *reconstrução e análise do passado vivido*, esta etapa visa fundamentalmente o dismantelar da relação ou relações que se constituíram como patológicas e que foram internalizadas pelo indivíduo (e cujo padrão funcionará como matriz de todas as relações posteriores), sendo esta finalidade alcançada por meio da "interpretação directa das relações infantis e actuais significativas e da transferência de repetição (repetição/actualização com o psicanalista da relação patogénica vivida

no passado e/ou vigente)" (Coimbra de Matos, 2002; p. 264), interpretação esta que, e uma vez que a relação analítica se desenrola no *aqui e agora*, adquire, no processo terapêutico, uma importância extrema, pois a transferência constitui uma repetição da relação patológica que não pode ser negada ou refutada.

O *desenvolvimento de uma nova relação* constitui a verdadeira relação terapêutica, que conduz o paciente ao processo da cura, processo que retoma o desenvolvimento anteriormente suspenso ou desviado. Assim, a nova relação, uma relação sadia, com um novo objecto (o psicanalista), e promotora do desenvolvimento e impulsadora da criatividade, possibilitada pelo edificar da capacidade de simbolização, "vai sendo progressivamente transposta para o exterior da experiência psicanalítica (...), transferida para pessoas do quotidiano do paciente, com quem ele reforça e continua o processo de desenvolvimento retomado. É a *transferência da transferência* ou, melhor dizendo, a *transferência da nova relação*" (Coimbra de Matos, 2002; p. 264). A relação terapêutica é, portanto, uma relação inter-subjectiva, que se processa entre o analista e o analisando, mediante a troca de afectos, sendo, por conseguinte, e em termos psicanalíticos clássicos, uma relação "transfere-contratransferencial" em sentido lato (transferência propriamente dita, repetição transferencial ou transferência *stricto sensu* e nova relação ou transferência do desejo).

Deste modo, o tratamento psicanalítico, baseando-se na reconstrução da relação de objecto patológica (e cujos traços serão projectados na relação estabelecida en-

tre o paciente e o analista), tem por objectivo a transformação da estrutura interna do sujeito, tanto no que se refere à identidade própria como ao estilo de relação, visando, como tal, um aumento do auto-conhecimento, fruto da "aquisição durante a cura (auto-conhecimento estático) que condiciona mudanças progressivas no ser e no relacionar-se, mas também, e mais relevantemente, numa maior capacidade e competência para se auto-conhecer, no desenvolvimento, sobretudo, de um maior exercício da função auto-reflexiva (designada por Bion como "função psicanalítica da personalidade"). Esta função, a princípio desempenhada predominantemente pelo psicanalista, vai sendo retomada e desenvolvida pelo analisando, sendo o seu incremento um dos melhores indicadores do processo de cura" (Coimbra de Matos, 2002; p. 265).

GÉNESE E TRATAMENTO

Partindo do pressuposto de que a gama da psicopatologia, da psicodinâmica e das capacidades de comunicação dos doentes psicossomáticos é demasiado vasta para se enquadrar num modelo unitário, Kuchenhoff (1998) refere que nem todos os pacientes com este tipo de perturbação são analisáveis, dado que, para que tal seja possível, o sujeito tem que dispor de um espaço intermédio entre a formação simbólica e a capacidade de fantasiar, bem como da motivação necessária e da capacidade de se adaptar ao *setting* psicanalítico e, ainda, à regra básica da associação livre, mantendo, deste modo, uma aliança de trabalho psicanalítica.

Para além da instabilidade das suas representações psíquicas, o autor refere que este tipo de pacientes se distingue ainda dos sujeitos neuróticos pelo facto da ansiedade central ser um tipo de ansiedade bipolar (ansiedade de separação, na medida em que a vivência da ausência do objecto equivale a uma vivência de perda; e, ansiedade de aniquilação, uma vez que a presença do objecto poderá ser experienciada como intrusiva, violenta e persecutória, podendo conduzir à perda do *self*). A ansiedade bipolar em relação ao objecto irá repercutir-se nas representações mentais ou, de acordo com Bion (citado por Kuchenhoff, 1998), na capacidade de pensar, visto que as representações mentais só podem ser estabelecidas e mantidas se se dispuser de uma distância intermédia entre o *self* e o objecto, ou, segundo Winnicott (citado por Kuchenhoff, 1998), da "a capacidade de estar só na presença do outro". Assim, se o objecto for demasiado intrusivo e estiver presente a todo o momento, o espaço psíquico encontra-se "colonizado", e, como tal, o objecto que nunca se ausentou também não pode ser pensado (Green, 1990, citado por Kuchenhoff, 1998) ou transformado no espaço transitivo, no sentido Winnicottiano. Deste modo, Kuchenhoff considera que o processo de exclusão, ou forclusão, pode ser entendido como uma tentativa, embora patológica ou frustrada, de restaurar o espaço transitivo, já que, por meio desta tentativa desesperada, o objecto é sentido como mantido à distância, como acontece na psicose. Para se proteger contra as representações do objecto intrusivo, que não podem ser integradas num contexto estrutural de representações psíquicas, sob a forma de elementos (Bion, citado por Kuchenhoff, 1998), o pa-

ciente mobiliza mecanismos de defesa no sentido da eliminação do objecto intrusivo, processo este que frequentemente se acompanha de um tipo de exclusão somática (desvitalização/deslibidinização do corpo). Logo, uma vez que o ego se encontra sob ameaça de desintegração, o conflito não é trabalhado no plano psíquico, sendo exteriorizado/d Descarregado no corpo sem que se crie um investimento psíquico, originando a doença psicossomática.

As ansiedades básicas de abandono e aniquilação irão repercutir-se na relação psicoterapêutica, podendo o analista cair no erro de tentar preencher demasiado rapidamente as vivências de vazio que o paciente experimenta ou que são produzidas pela interpretação precoce, repetindo, portanto, a intrusividade demonstrada pelo "mau objecto". Por conseguinte, a análise deve decorrer num "espaço ventilado" (Green, 1990, citado por Kuchenhoff, 1998), em que exista lugar para que a nova relação se torne dominante, devendo haver um equilíbrio entre a presença e a ausência do objecto (neste caso, o psicoterapeuta), de modo a possibilitar a criação do espaço transitivo que Winnicott (1966, citado por Kuchenhoff, 1998) considera ser condição necessária à formação do pensamento simbólico.

Numa perspectiva semelhante, Kutter (2001) considera que os transtornos psicossomáticos pressupõem um conflito básico, de cariz pré-edipiano, que se refere a um tipo de triangulação psicossomática composta pelas representações do corpo, do objecto e do *self*. Os acontecimentos traumáticos decisivos tiveram origem na

fase oral, no período de separação/individuação de Mahler (citado por Kutter, 2001), mais especificamente, na primeira sub-fase de diferenciação, uma vez que, na ausência de uma relação primária suficientemente boa (devido a um comportamento frio, distante e carente de afecto ou, pelo contrário, a um comportamento invasivo por parte dos sujeitos de referência), a existência do indivíduo se vê ameaçada de imediato, e este apenas pode temer a morte física e o aniquilamento psíquico. Assim, este tipo de perturbações acarreta uma enorme dependência do objecto, bem como mecanismos de defesa imaturos e de dinâmica principalmente interpessoal, evidenciando-se pulsões pré-genitais, arcaicas e primitivas e sendo a angústia básica a angústia de separação, destruição ou morte.

No que se refere aos sintomas psicossomáticos, que têm subjacente um tipo de pensamento operativo e uma incapacidade para experienciar sentimentos e expressá-los (alexitimia), estes podem ser entendidos como uma estrutura de defesa ou como um artefacto condicionado a uma determinada situação. Para o autor, o sintoma psicossomático surge apenas após o derrubar de uma formação defensiva prévia (o carácter psicossomático), que ocorreu num nível muito arcaico em que as reacções corporais afectivas e psíquicas se produzem ainda como unidade não separada, sendo que, nestes casos, uma experiência de perda, material ou afectiva, mas sentida pelo sujeito como excessivamente intensa, conduziria a uma vivência de *stress* que provocaria o desabar da formação defensiva, até então relativamente estável. Por conseguinte, as emoções e afectos suprimidos ligados à formação de carácter te-

riam livre expressão, a partir daquilo que Margolin (1953, citado por Kutter, 2001) apelidou de "regressão psicofisiológica", através de um trabalho psicossomático sintomático, que se traduziria por um transtorno somático manifesto.

Em termos terapêuticos, o mesmo autor chama a atenção para o surgimento de eventuais resistências a uma nova e diferente relação por parte do psicanalista, que, segundo Freud (1914, citado por Kutter, 2001), pode ser incluído com "força actual" nos modelos infantis fundamentais de relação reactivados (constituindo uma insolúvel neurose de transferência-contratransferência que repete o conflito infantil patogénico), dado que, se existe o perigo de que se identifique, de maneira maciça de forma concordante com o paciente, existe outro mais grave – o de se identificar com os objectos de referência precoce do mesmo, não lhe sendo, portanto, fácil, manter a distância óptima necessária para sustentar a atenção flutuante conveniente, embora estas posturas contraproducentes possam ser evitadas se o terapeuta dispuser de competência suficiente para evitar o desencadear de uma *crise psicossomática* (Widok, 1979, citado por Kutter, 2001). Seria ainda esta competência que permitiria aplicar a psicanálise como técnica terapêutica no tratamento deste tipo de pacientes, desde que o sujeito seja capaz de aceitar um contrato confiável de trabalho com o psicanalista, para o que pode, numa primeira fase, ser vantajosa uma terapia inicial que funcione como *opening phase* (Geerling, 1975, citado por Kutter, 2001), no sentido de permitir uma abreacção catártica de uma parte dos afectos reactivados, sendo, no

entanto, recomendável o mínimo de modificações da técnica e dos procedimentos clássicos.

Na perspectiva de Milch (1998), uma perturbação que ocorre numa fase precoce do *self* emergente (e, portanto, anterior à aquisição da capacidade simbólica) difere claramente de um tipo de patologia que ocorra quando o *self* já se encontra consolidado e, como tal, requer um tipo de tratamento diferente, uma vez que, na primeira situação, a função de auto-regulação ainda não se autonomizou da regulação mútua inicial que ocorre entre a mãe e o bebé. Por conseguinte, de um ponto de vista terapêutico, torna-se difícil tratar este tipo de distúrbios nos adultos simplesmente por técnicas verbais, que exigem o uso da capacidade de simbolização. Assim, o terapeuta tem que tentar descortinar o possível afecto subjacente a partir de pequenos indícios (a nível da expressão facial, gestos, tom vocal e sintomas somáticos), de modo a permitir tornar a auto-regulação deficiente em regulação mútua e, posteriormente, permitir o desenvolvimento de uma auto-regulação adequada e, que, uma vez adquirida, possibilita que o trabalho terapêutico prossiga em direcção à aquisição da capacidade de funcionamento simbólico.

A partir do postulado winnicottiano de que a falha da aquisição na integração entre a mente e o corpo durante o desenvolvimento precoce predispõe o sujeito ao adoecer somático num período posterior, o mesmo autor sugere que, no tratamento de doentes psicossomáticos graves, a responsividade na interacção tem um efeito integrador dos estados emocionais, uma

vez que estes constituem experiências comuns que formam a base da comunicação recíproca, de modo a que se tornem partes integrantes do *self* do paciente e que, através da modulação e da validação dos afectos, o desenvolvimento e a integração do *self* se tornem cada vez mais facilitados. Deste modo, a psicoterapia pode permitir que uma função mental sintomática de nível pré-simbólico possa ser convertida num nível interaccional e, posteriormente, cada vez mais simbolizada ao invés de somatizada, dado que as representações das interacções, estados afectivos e cognições podem ser reexperienciadas e compreendidas ao longo do processo terapêutico.

Para Coimbra de Matos (2003), a patologia psicossomática é originada a partir de uma perda objectal precoce (anterior aos seis meses de idade, antes, portanto, da instauração do objecto interno), causada pela retirada do amor do objecto de amor primário (a mãe ou o prestador de cuidados), o que causaria no bebé uma "depressão" (ou "depressividade") nunca resolvida, e, portanto, depressão falhada, uma vez que não cumpriria a função de elaborar a perda afectiva, e cuja consequência seria a deflação da libido e a inflação do instinto de morte. Neste sentido, a génese da patologia psicossomática situa-se no processo de repressão original, um mecanismo primitivo de defesa que exclui do consciente, pela não representação e, conseqüentemente, pela não integração mental do acontecimento traumático, do qual restam apenas a emoção desencadeada e os impulsos activados, formando-se assim o inconsciente primário (não recalcado) que não contém representações mentais que possam ser locali-

zadas no aparelho psíquico. Assim, e uma vez que o trauma é "anterior à capacidade (...) de representar psiquicamente a experiência e, sobretudo de a elaborar no espaço psíquico" (p. 88), a perda afectiva (e efectiva), sendo ignorada ou negada, não pode ser elaborada na sua dimensão depressiva estruturante, contribuindo, deste modo, para o adoecer somático: na ausência ou deficiência da capacidade de representação, a doença psicossomática seria ocasionada pela inversão pulsional sobre o organismo, isto é, a inflexão da libido ou da agressividade levaria à descarga destas pulsões sobre os órgãos internos, constituindo o *acting in* da doença somática (fenómeno contrário ao *acting out* ou passagem ao acto, que reflecte a direcção e descarga das pulsões para o exterior) e causando a disfunção ou lesão orgânica. Por conseguinte, no decurso da psicoterapia, seria indispensável a análise dos objectos patogénicos e o entendimento da relação interna e externa que o indivíduo estabeleceu com esses mesmos objectos, visto que tal entendimento, permitiria a análise da relação patogénica com o mau objecto interno, facilitando e potencializando o processo introjectivo/construtivo na relação analítica e na vida relacional do paciente.

Por outro lado, e uma vez que na patologia psicossomática se verifica sempre uma falha da estrutura do *self*, que se traduz por um *self* empobrecido (decorrente da resposta inadequada e insuficiente por parte do objecto), é necessário reparar a falha narcísica, ao longo do processo terapêutico, na relação analítica mutativa*, aproveitando a reactivação transferencial da experiência traumática que passará por

uma "reacção terapêutica positiva aparentemente negativa", dado que, para Coimbra de Matos, os doentes psicossomáticos têm tendência à idealização objectal. A finalidade desta idealização consiste em encobrir a malignidade do mau objecto introjectado, mas sem o qual o sujeito não pode passar, uma vez que não tem outro, pelo que a reconstrução/construção do bom objecto interno e do narcisismo, durante o processo terapêutico, possibilita a confrontação e o ataque ao objecto maligno, que não será tão imprescindível como anteriormente. Embora o processo de confrontação e ataque ao objecto maligno decorra, no quadro da relação terapêutica, a maior parte das vezes sob forma de reacção terapêutica negativa, pois provoca um agravamento de sintomas e mal-estar, agravamento este que é atribuído ao psicanalista ou ao processo, com raiva expressa na transferência, constitui, no entanto, uma reacção terapêutica negativa apenas na forma e não na essência, já que faz emergir o afecto ligado à experiência traumática, possibilitando a deflexão da agressividade até então dirigida e descarregada sobre o organismo, provocando e mantendo a doença somática.

De acordo com Mendes Leal (2000), no campo das patologias psicossomáticas, "em que mente e corpo (que deveriam constituir um sistema único) muitas vezes se dividem para se agredirem mutua-

* Retomada da relação desenvolvimental e consequente introjecção construtiva, sendo o processo essencial da terapia o da nova relação transferencial, predominando, portanto, a construção/reconstrução.

mente" (p. 14), a atenção livre e flutuante do profissional fixa-se nos processos de elaboração pertencentes aos primórdios da vida de relação, nomeadamente às projecções e identificações projectivas que o paciente revela nos seus relatos e nas suas atitudes. Assim, numa primeira fase, o terapeuta mantém-se colado ao relato do paciente, procurando entender o que este lhe transmite, retardando a interpretação, sendo que, "ao deixar-se enquadrar pela comunicação do paciente, aposta no que considera o instrumento primeiro de organização do "Eu", o "vai-e-vem" recíproco, o *turn-taking* emocional" (p. 16), que, por algum motivo, não pôde ser adquirido na relação de amor primária.

Deste modo, é dentro do contexto específico do intercâmbio psicoterapêutico que serão descortinados os modos de mobilização dos recursos internos e adaptativos do paciente, através do diálogo com o outro (o terapeuta, na medida em que reflecte os outros significativos e que dão constância ao modelo de relação interna que o paciente estabelece), no aqui e agora, e que permitirá ao sujeito efectuar um trabalho de construção ou reconstrução do significado das suas experiências, no sentido de uma mudança. Porém, e numa perspectiva idêntica à de Fine (1999), a autora afirma que, nesta primeira etapa, o psicoterapeuta deve possibilitar ao paciente a iniciativa de condução do rumo da comunicação, fazendo notar a sua presença activa (e que evita que o indivíduo se sinta abandonado pelo silêncio), estimulando os processos psíquicos, e fazendo deste intercâmbio "o novo berço de um treino activo do Eu – esperando o tempo necessário, o momento em que a interpretação possa ter lugar" (p.18).

Na mesma linha de pensamento, Ulnik (2000) propõe que, num primeiro momento, o analista não deve adoptar uma posição activa, devendo evitar a interpretação precoce, de modo a não desencadear no paciente resistências que derivam do facto de se sentir massacrado com as suas interrogações, mas, antes, confrontar-se com o que o doente lhe pretende revelar acerca do acontecimento ou acontecimentos que se constituíram no seu aparelho psíquico como patogénicos. Uma atitude deste tipo desencadearia no paciente o sentimento de que "se o que se passa consigo próprio pode ser ouvido, então é porque acontece nas melhores famílias" (p.92), e, como tal, o recurso à capacidade de escuta activa e empática do terapeuta cria no sujeito um sentimento de confiança e segurança. No entanto, o paciente psicossomático não comunica por palavras mas através dos seus sintomas, pelo que é necessário que o terapeuta conheça o contexto em que a perturbação surgiu, solicitando ao paciente que o descreva por palavras próprias, de modo a que este se consiga distanciar dos sintomas. Assim, a criação de uma construção através da palavra, homóloga ao processo patológico por que o paciente está a passar, permite o processamento ao nível do simbólico daquilo que, até ao momento, se manifestava somente no domínio físico, criando as condições psíquicas necessárias para que o sujeito possa receber uma interpretação do analista. Contudo, a interpretação não deve ser conferida sob a forma de revelação mas, pelo contrário, insinuada, sob a forma de um pequeno esclarecimento, no momento em que o paciente se tenha aproximado de tal modo do conteúdo da interpretação que só lhe falte esta abertura para ser capaz de efectuar a síntese definitiva.

Ainda Montagna (2000) salienta que um dos aspectos que caracteriza o funcionamento mental dos pacientes com patologia psicossomática consiste na desafectivação, isto é, na ausência de ligação entre determinada cognição e a respectiva emoção desencadeada, com a consequente expressão desta última a um nível físico, que constitui o sintoma. Assim, e à semelhança dos autores anteriores, Montagna afirma que a interpretação analítica, quando toca o paciente, tem o poder de funcionar como um objecto estranho e intrusivo e que, como tal, tende a ser rejeitado, pelo que se deve ter cuidado com o uso desta técnica que, se não for utilizada no devido momento, corre o risco de se tornar violenta.

Por outro lado, e numa perspectiva idêntica à de Marty (1999), que refere que o terapeuta deve desempenhar uma "função maternal" no tratamento dos indivíduos psicossomáticos (de modo a resolver a perturbação na relação de objecto precoce e que impossibilitou, entre outros aspectos, o desenvolvimento da função simbólica), o autor salienta a importância da capacidade de *rêverie* do analista, que, funcionando como objecto de amor primário, facilitará a compreensão da experiência a um nível cada vez mais abstracto, permitindo a criação ou amplificação das estruturas de pensamento simbólico. Deste modo, a capacidade de *rêverie*, facilitando a descodificação da angústia, uma vez que confere significado aos conteúdos psíquicos, nomeando-os e devolvendo-os de forma desintoxicada (sob a forma de representações), constitui a componente central da interacção sujeito-objecto que possibilita a criação do símbolo, a partir da criação de

um espaço mental que permite o pensamento, visto que as emoções funcionam como elo de ligação entre a mente e o corpo, organizando a percepção, memória, pensamento, comportamento e interacção social, permitindo uma crescente mentalização. Por conseguinte, e a partir dos fenómenos da empatia (que permite ao analista, utilizando a sua capacidade de atenção flutuante num processo de escuta empática, experienciar exactamente aquilo que o sujeito sente) e da resposta adequada (que possibilita a devolução ao paciente dos seus conteúdos psíquicos de forma desintoxicada, de modo a que este possa integrá-los no seu aparelho psíquico), o sujeito é capaz de perceber a mesma situação angustiante através de um estado emocional diferente, o que, consequentemente, lhe permite organizar as suas memórias de modo diferente, abrindo caminho à dimensão psíquica onde, antigamente, só existia a dimensão corporal, deixando espaço para novas percepções e para a possibilidade de representações. Assim, a integração da experiência emocional permite ao paciente não apenas manter a sua continuidade como sujeito (através da incorporação das transformações no processo de desenvolvimento) mas ainda manter a coerência destas mesmas transformações, aspectos estes considerados fundamentais na libertação do corpo dos sintomas psicossomáticos, ao permitirem tanto a formação dos símbolos como a construção da identidade.

Por seu turno, Schottler (1998) defende que a maioria dos pacientes psicossomáticos sofre de uma perturbação narcísica da personalidade, o que, em termos do desenvolvimento, é entendido como

uma desorganização primária do *self*, no sentido de uma patologia anterior à aquisição da linguagem e à capacidade de simbolização, pelo que os sintomas psicossomáticos advêm da ausência da função de auto-regulação inerente à desorganização primária do *self*, uma vez que, num *self* que foi ferido numa época do desenvolvimento precoce, a tensão psíquica é deslocada directamente para um nível somático, com a função de o proteger contra a fragmentação. Assim, e contrariando, em parte, as posições anteriores, o autor postula que, sobretudo no tratamento de pacientes psicossomáticos graves, é necessário, na primeira fase da psicoterapia, o uso de uma técnica activa, num tipo de abordagem específica caracterizada pelo face a face (possibilitando ao paciente observar o terapeuta, modulando os seus afectos e sentimentos a partir da expressão facial deste), pelo evitamento de silêncios longos (especialmente nos primeiros tempos, uma vez que os silêncios são vividos como disrupção de uma função essencial do *self*-objecto, o abandono, podendo conduzir a uma amplificação dos sintomas), pela adopção de uma postura empática, explicando o significado dos fenómenos observados (embora deva evitar a interpretação prematura da transferência e dos fenómenos que estão na génese da patologia).

CONCLUSÃO

Os doentes psicossomáticos apresentam sinais e sintomas que traduzem a inexistência de pensamento simbólico, uma vez que não usufruíram, por qualquer razão, da capacidade de *rêverie* na relação primária, não tendo, pois, sido possível a

criação de um espaço mental que contenha os conteúdos mentais simbólicos relativos a sonhos e fantasias abortadas ou falhadas. Assim, o pensamento destes pacientes situa-se ao nível do operatório, conferindo-lhes apenas a possibilidade de manipular as emoções, convertendo qualquer estímulo perturbador em sinal-sintoma, sem uma manipulação a nível do simbólico e do subjectivo. Por conseguinte, não há lugar para a emergência da palavra pessoal, que nomeia as emoções próprias (só o objecto pode nomear a experiência emocional e íntima do indivíduo), pelo que estes pacientes patenteiam a falência desse lugar em que se constroem as primeiras estruturas ideofectivas. Contudo, o pensamento onírico destes sujeitos, apesar de poder apresentar formas extremamente elementares, pode ter efeitos poderosos na ligação dessas emoções violentas ao seu entendimento, conferindo-lhes um sentido e, como tal, a possibilidade de tratamento mental dessas mesmas emoções, o que justifica o facto de o surgimento dos primeiros sonhos nestes indivíduos, ao anunciarem formas mais elaboradas de tratamento do material psíquico e emocional, terem também como consequência uma diminuição dos sintomas somáticos e dos *actings*, devido ao aumento da capacidade de auto-análise.

Assim, em termos terapêuticos, é essencial que o analista tenha conhecimento dos conflitos básicos do paciente psicossomático, de modo a poder compreender a formação dos sintomas e conferir-lhes um significado, para que o significado inconsciente dos desejos, resistências e transferências (bem como as respectivas emoções) se pos-

sa desligar do conflito básico, tornando-se consciente. Deste modo, a partir da adoção de uma atitude sincera, calorosa e congruente relativamente ao discurso do paciente por parte do psicanalista, será possível a reconstrução dos modelos de relação patológicos essenciais, cujo conteúdo significativo se transfere de imediato para os respectivos indivíduos significativos e se transforma pela nova relação (desenvolvimento) agora construída.

Agradecimentos:

Agradeço ao Prof. Coimbra de Matos, por todo o apoio e incentivo que me deu na elaboração do presente artigo.

Abstract

Although some authors consider that psychosomatic patients are not analyzable, the majority agrees to the possibility to treat individuals with this kind of disturbance through the use of psychoanalytic techniques and procedures, in order to repair the pathological object relationship that these patients had established early in life and of which comes the default in the development of the self. Thus, through empathic hearing and delaying of the interpretation, the therapist will

establish with the patient a kind of relation which promotes psychic development, making possible the capacity of symbolization and the creation of a psychic space, having as a consequence the reduction of the somatic symptoms.

Key-Words: *Somatic Symptoms; Symbolization; Object Relationship; Psychoanalytic Treatment.*

BIBLIOGRAFIA

- Fine A. Interpretation(s) dans le champ psychosomatic. *Rev Franç Psychosom* 1999; 16: 77-94.
- Ierodiakonou CS. The psychosomatic approach in childhood disorders: Some psychodynamic and psychotherapeutic issues. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 2001; 3: 45-55.
- Kuchenhoff J. The body and the ego boundaries: A case study on psychoanalytic therapy with psychosomatic patients. *Psychoanal Inq* 1998; 18: 368-382.
- Kutter P. El conflicto básico de la psicossomatosi. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 2001; 3: 117-133.
- Leal MRM. Complexo psicossomático e psicoterapia relacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 2000; 2: 9-20.
- Marty P. Psychothérapie psychanalytique des troubles psychosomati-ques. *Rev Franç Psychosom* 1999; 16: 195-204.
- Matos AC. *Psicanálise e psicoterapia psicanalítica*. Lisboa: Climepsi, 2002.
- Matos AC. *Mais amor, menos doença: A psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi, 2003.
- Milch WE. Psychotherapy in severely disturbed psychosomatic patients with hypertension. *Psychoanal Inq* 1998; 18: 445-468.
- Montagna P. Affect, somatization, symbolization and the analytic situation. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 2000; 2: 67-78.
- Schottler C. Self-psychological aspects in the treatment of psychosomatic disorders. *Psychoanal Inq* 1998; 18: 403-423.
- Ulnik JC. Psicossomática: Anatomía y Metáfora. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 2000; 2: 87-95.

