Revista
Portuguesa
de
Psicossomática

Esquizoidia e doença psicossomática: conservação de energia e inibição da acção[1]

António Coimbra de Matos*

Zacarias, nascido em monte alentejano e filho de pastor, engenheiro de telecomunicações por obra da sua inteligência, faz os seguintes sonhos na mesma noite.

Primeiro sonho:

Passeava com a mulher pela cidade universitária onde esta estudara.

Estão sentados num banco debruçado sobre o rio.

Imagina, com dor e ressentimento, cenas amorosas entre a mulher e o namorado de uma amiga, casal com que sabia ela conviver frequentemente.

Segundo sonho:

Janta sozinho num restaurante.

O empregado de mesa demora a servi-lo e repara que serve o prato que pedira a um cliente que chegou depois.

Fica zangado e protesta quando o empregado o vem informar já não haver o menu que escolhera. O empregado desculpa-se e derrete-se em atenções, trazendo-lhe o que tem de melhor. Não aceita.

Em fúria, arma zaragata. Só acalma por receio de represálias.

A convicção, a crença que persiste no inconsciente (no mundo interno) do meu paciente é que a relação de amizade da mulher com o antigo colega e amigo de curso – como o prova um seu recente sonho – era uma relação amorosa e não apenas de amizade. Daí os seus persistentes e terebrantes ciúmes.

Na mesma noite deste sonho – em que "filosofa", tece considerações sobre a antiga relação afectivo-sexual da mulher (como se assim ela fora / tivesse sido – só quando acorda durante a noite, corrige a narrativa do sonho, dizendo para si mesmo que a mulher nunca teve vida sexual com o amigo, disso tem a certeza, apenas está convicto que, inconscientemente, ela estava apaixonada por ele, era um amor inibido e profundamente recalcado, sublimado numa grande amizade e numa grande idealização do amigo) – nessa mesma noite, tem outro sonho, mais tarde, em que se vê negligenciado pelo empregado de mesa num restaurante; primeiro, desiste

* Presidente da Sociedade Portuguesa de Psicossomática.

[1] Conferência nas "II Jornadas da Sociedade Portuguesa de Psicossomática". Guimarães, 21 e 22 de Janeiro 2000.

(em reacção depressiva), depois, explode numa enorme fúria. Interpretamos este segundo sonho como o desenlace, deslocado, da frustração por se achar menos amado (negligenciado) pela mulher; ela, como o empregado de mesa, esquece-se dele porque está atenta (fixada) ao amigo (como o empregado de mesa aos outros clientes). Como resto diurno, uma conversa, que já no quarto ouviu, da mulher, na sala, a falar animadamente de um cunhado; e como resto da vigília mais antigo (de há semanas), a sua fúria contida por a mulher, à mesa, se preocupar – segundo ele, excessivamente – com as esquisitices alimentares do dito cunhado.

No sonho são recrutadas memórias do passado – não só do passado real, como do passado imaginado (daquilo que podia ter acontecido, do previsto).

No primeiro sonho, o paciente não repete o que se passou, mas o que imaginou que podia ter acontecido ou vir a acontecer, o que estava subentendido no comportamento real da mulher (que ela estava, ou esteve, apaixonada pelo amigo). Logo, houve, de facto, uma situação de risco para ele (podia ter perdido a mulher, em benefício do amigo dela). O sonho realiza – torna real – esta fantasia de perigo possível; alertando-o para o perigo da situação actual – que o cunhado ocupe o seu (dele) lugar no afecto e dedicação da mulher. Tão bom e tão coitadinho, como ela o julga e sente, está prestes a atrair a sua (dela) dedicação; e o meu paciente perde / perderá em atenção, amor e solicitude da mulher para com ele (em proveito do cunhado). Repete-se, na sua vida, uma situação real de risco para a sua necessidade de ser amado. O resto diurno da conversa da mulher com o sobrinho sobre as desgraças do cunhado reactiva, através do sonho, a memória do que se passou / / poderia ter passado com o amigo (por quem ela supostamente esteve apaixonada e poderia ter tido ou vir a ter uma relação afectivo-sexual). O recrutamento desta antiga fantasia de risco salienta o possível risco actual. O sonho tem o mérito, o valor de revelar e / ou sublinhar um risco actual, vigente – um risco que persiste: o de ser afectivamente (e realmente) abandonado, dada a existência de concorrentes ao amor da mulher e a existência de disponibilidade desta para outros amores, tanto mais que ela é uma pessoa com grande tendência a ocupar-se dos necessitados, vale dizer, com fortes instintos maternais. Tanto ainda, que ele sabe, por experiência própria, que é quando está doente, deprimido ou em apuros que ela mais o ama.

O sonho, portanto – este e outros, o sonho em geral –, é uma actualização (no sentido de encenação, expressão cénica) de **fantasias do possível** (sejam elas realizações de desejo ou concretizações de medos). Fantasias que, no fundo, são *previsões* – não fora o aparelho mental, fundamentalmente, um instrumento de previsão. Outras vezes, o sonho é uma repetição de experiências reais. Portanto, o sonho é sempre uma revivência (de situações reais ou imaginadas, ou uma

mistura das duas), mais ou menos alterada / deformada.

O segundo sonho mostra um outro aspecto, ainda não referido. Na sequência do veemente protesto, o paciente fica ansioso, com medo de uma possível / iminente retaliação do empregado de mesa – e seus colegas e dono do restaurante, que se juntaram perante a gritaria do seu protesto. Aqui, aparece o medo, que sempre travou, inibiu a sua conduta agressiva – levando a *estratégias passivas de enfrentamento* da realidade temida (próprias do comportamento depressivo).

Há ainda, neste segundo sonho, outro pormenor digno de análise e reflexão. O empregado, em face do protesto inicial, vem rapidamente servi-lo, desculpando-se e oferecendo-lhe o que de melhor existe no restaurante. Mas o meu paciente estava amuado, ressentido, e já nada queria, desejava. Esta desistência do desejo, retracção da líbido, evidencia o traço (e comportamento) esquizóide deste paciente. Desenha-se o "conflito esquizóide" descrito por Fairbairn – amar / não amar; que podemos traduzir por desejar / não desejar. Este apagamento libidinal – nem desejo de satisfação, nem desejo de objecto – caracteriza o desinvestimento psicótico, a retirada da líbido.

É esta **retirada da líbido** que encontramos também na patologia psicossomática. É a outra face, vertente da mesma atitude de recusa. Só que, no percurso psicótico, o doente delira, constrói uma "realidade" imaginária; enquanto que no trajecto psicossomático adapta-se à realidade frustrante, transignificando-a como boa – a razão da necessidade de adaptação impõe uma subtracção ou desistência do prazer de viver, relacionar-se e comunicar. A racionalidade ocupa o lugar da afectividade. É uma "depressão falhada" – como temos conceptualizado –, pois nem a tristeza da perda se organiza. O sentimento de perda é banido ou nem sequer se forma. É a desistência brutal, que faz morrer ou aborta toda a esperança possível.

O desligamento afectivo (mecanismo ou processo psicótico) é compensado / substituído pela *ligação pragmática*. Convive sem alma, vive na miséria afectiva sem sentimento nem queixa do que lhe falta. É o corpo não afagado pelo afecto, *enganado*, que sofre, se ressente. Não é a delusão do psicótico, mas o "delírio" da razão – a omnipotência da razão, que julga tudo resolver e regular. Só que não regula o soma, por falta da regulação afectiva, da música sincronizadora dos afectos.

Este comportamento – de inibição da fantasia, do desejo e da busca de prazer e busca de objecto – vai no sentido de uma conservação / não consumo de energia. Assiste-se, então, a uma *reversão da reacção habitual ao stress*. Alguns trabalhos recentes apontam, nestas situações, um aumento da prolactina com redução ou não do cortisol. Paradoxalmente, ou talvez não, a prolactina sobe durante o orgasmo.

A retracção da líbido acompanha-se, como seria de esperar, de uma ini-

bição da actividade lúdica, assim como de toda a acção conducente ao prazer relacional (no acto e / ou na fantasia); portanto, uma inibição da "actividade de luxo" (a sexualidade em sentido lato, como já Freud o observara), essencial e especificamente humana. O homem não tem períodos de cio, é um animal permanentemente erótico (pensa sempre e acima de tudo no sexo, até a sonhar). Mais uma vez, foi o génio de Freud que o descobriu. Por tal se tornou um gigante da moderna ciência e cultura; e também por isso, foi e é amaldiçoado e desdenhado por todas as crenças e práticas redutoras e limitantes.

Actividade de luxo e matriz do progresso, pela força que imprime à criação simbólica e à expansão da mente.

Inibição da acção no sentido bem humano que a acção tem: não apenas fazer coisas, mas construir relações e amores.

Conservar, afinal, para quê? Para viver no gêlo?!... Antes consumir e consumir-se no prazer da relação e do amor.

Inibição da acção criativa e criadora que vamos encontrar em toda a patologia mental – máxima na catatonia acinética e no estupor melancólico, escondida pela cobertura de zêlo e esforço pragmáticos e funcionamento psíquico operacional na perturbação psicossomática.

Talvez, como desde há muito sempre alguns pensaram, só haja uma doença mental – a psicose única: a doença de *não sonhar* o suficiente e sempre mais. Os caminhos que percorre é que são vários, e daí a sua diversidade.

E o que é que fazemos na cura psicanalítica senão alargar a dimensão, espessura e permeabilidade do contacto com o inconsciente potencial – o instinto-afecto –, fonte inesgotável de sonho, esperança e criação. Novos significados / sentidos para a existência é a janela que a relação analítica abre sobre o horizonte do futuro incerto mas possível. É não só a possibilidade ignorada ou desacreditada que emerge ou ressurge, mas também a *possibilitação* de novos caminhos e o almejar de outras metas.

O modelo aqui utilizado – da retirada conservadora –, que se aplica à reacção depressiva mas também à reacção esquizóide, é demasiado simples e redutor. Mas para a realidade psíquica, complexa e mutável, mesmo os modelos mais complicados são sempre redutivos e imperfeitos.

A resposta ao *stress* pode ser não o ataque / fuga (Cannon) e a reacção de alarme e defesa (Selye), mas a *inibição da acção* (Laborit), a **retirada esquizo-depressiva** (retirada psicótica e depressiva) com adaptação (hiperadaptação) para *conservação de energia*.

O sonho não reproduz a informação que ficou na memória recente ou antiga – consciente e / ou inconsciente – do realmente experimentado ou apenas imaginado; mas *produz*, com essas informações mnésticas (de factos ou pensamentos) pré-existentes, o que nunca existiu na realidade nem na fantasia. São novos(as) / outros(as) quadros / narrativas, que apresen-

tam / narram novos significados / sentidos. Assim, o panorama ou enredo do sonho tem uma existência cognitiva própria, isto é, revela-nos pensamentos a que sem ele não tínhamos acesso, pensamentos esses elaborados (concebidos) a partir de memórias somáticas e emocionais não conscientes. O sonho exprime, por imagens e cenas, o desenrolar e resultados de um processamento cognitivo extra-consciente. O sonho captura, por meio de ideogramas e cinematografia, significados e sentidos que sem ele permaneceriam ocultos à consciência. Interpretar os sonhos pressupõe uma exigência cognitiva: descobrir os pensamentos latentes e perceber a gramática do sonho. O sonho faz, então, aparecer aquilo que sem ele jamais seria visto. As verdades que revela são sinais de fogos (sensações, emoções, sentimentos) que jamais se extinguiram. O inimaginado, mas vivido no soma-afecto infra-liminar (no corpo e na ressonância emocional inconsciente), faz aparição em imagem – é uma visão do insondável (o sonho funciona como uma sonda acústica de ultra-sons). É o invisível revelado. É uma representação artística, cinematográfica (cinema mudo, a maioria das vezes), do real ignorado – mas sentido e registado no soma, ou, numa expressão mais rigorosa e actual, no somato-psíquico (do psiquismo profundo, protomental, confundido ou conglomerado com o somático). O sonho transforma em pensamento e imagem o que o corpo sente sem saber que sente.

Por que é que o paciente psicossomático, então, sonha tão pouco? Provavelmente o acesso a esse mundo oculto, ao lado da consciência, está-lhe vedado. Como? Ou porquê? Tudo leva a crer que a leitura do criptograma somático lhe é difícil. Sofrerá de uma alexia dos sinais do corpo; e por isso o regula mal, e este adoece.

Esquizoidia? Depressividade? Algo como isso mas aquém disso – a retirada do diálogo dos corpos; o desconhecimento do seu perfume e do seu gosto. Uma pele que não cheira, uma língua que não lambe, olhos que não tocam. A violência da recusa / rejeição do bailado dos corpos, da sinfonia dos sons, do bouquet dos perfumes, da combinação dos sabores.

*
* *

Mais importante que descobrir a história (oculta) do analisando (real e / ou fantasiada), é a criação – na relação analítica – de uma nova existência, um novo sujeito: o sujeito analítico, o "filho" da análise / do analista. A análise faz-se na contratransferência, na rêverie do analista, na sua mente sonhante, criadora. A **nova relação** é o cerne do processo analítico.

O que faltou ao paciente psicossomático foi uma relação continente, um "útero mental", o funcionamento *alfa* da mãe, capaz de responder – dando sentido / significado – às angústias / "perguntas" e aos afectos / / "pedidos" do bebé. Como se este lhe dissesse, perguntasse, pedisse: 'Mãe, o que é isto que sinto (medo de quê?)? Ajuda-me a perceber!'. ´Mãe, o que

quero eu, qual é o meu desejo, intenção? Diz-me e responde-lhe. Ilumina o meu pensamento e satisfaz as minhas necessidades. Mas sabendo quais são – elas, as necessidades – e as emoções não vivenciadas e os pensamentos não pensados. Ensina-me a ser gente:sentir as minhas emoções, ter sentimentos; pensar os meus pensamentos, ter pensamento; ser sujeito, reconhecer-me como alguém em devir – com subjectividade, intencionalidade, projecto, esperança e entusiasmo'.

Sem esta resposta, é o terror sem nome e o desamparo total. As soluções, saídas, adaptações, defesas são duas:

1. A psicose – o desligamento do objecto.
2. O **reverso da psicose** – o desligamento de si próprio. Sem desejo por si próprio, é, apropriadamente, o *anti-narcisismo*.

O abandonado, rejeitado, recusado não é o objecto; mas sim o próprio *self* sensível, desejante, intencional e amante. É o sujeito que é banido, desprezado, não acarinhado. 'Para que sirvo eu como ser desejante? Para sofrer desenganos, não vale a pena (porque a alma, ainda nascente e já frágil, é pequena). E o terror que me inunda? E nada alivia, ninguém identifica. O refúgio é ignorar-me; não saber, negar, desconhecer / não reconhecer' – a defesa simples, primitiva e radical (absoluta, corta o mal pela raíz) do não reconhecimento, forclusão ou alucinação negativa: ´não existo como ser sensível, animal, ente relacional'; sobretudo (se o bebé soubesse anatomia e neurofisiologia), com neo-cortex e suas sofisticadas agências informativas (um sistema límbico de última geração).

Mas aqui – diferentemente da psicose – a denegação não atinge a realidade externa (o outro), sobretudo percepcionada; mas, especificamente, a realidade afectiva: o sentir e, por arrastamento, aquele que sente, o próprio. Denegação de si mesmo, denegação da subjectividade – amputação do ser. É este Homem amputado, desumanizado, sem a sua parte poética (criativa), que não se vê, o *anti--Narciso* (anti, porque recusa sê-lo), que vai circular pela vida e pela relação como um cérebro – nem triste, nem alegre – daqueles que as multinacionais disputam, os governos invejam e a psicanálise teme, pela dificuldade de neles penetrar.

Mas será um problema de capacidade de penetrância, ou uma condição da impedância do sistema – para a qual precisamos de uma escuta a partir das nuvens? Lá, onde a absorção dos sons que podem provocar enjoo possibilita a percepção dos *afectos* enclausurados que o paciente ainda espera que alguém descubra, registe e a que responda para os fecundar e fazer crescer. É da responsabilidade e competência do psicanalista saber fazê-lo e não se inibir de o fazer. Só se é pai quando se é capaz de fecundar o óvulo. Para estes pacientes – psicossomáticos ou não (esta patologia não é exclusiva dos psicossomáticos e nem todos a têm) –, não chega ser pai adoptivo. Esta porção ovular da mente precisa de um pai

biológico e teleonómico – que queira reproduzir-se na diferença e para a dialética com o filho. Nada mais grave na cura analítica que a clonagem do psicanalista e a teleologia da relação hierárquica. Toda a possível parecença – eventualmente chamada à colação – com o espírito democrático é ilusória. Não sou nem quero ser "politicamente correcto". Antes um agitador à procura da bonança – um atractor estranho que me proporcione alguns momentos, transitórios e fugídios, de relativa segurança / certeza, para partir com novas interrogações no permanente percurso de pesquisa e reflexão.

Sendo assim, só vos posso deixar mais esta dúvida: será o adoecer somático uma forma de escapar à loucura? Há, todavia, uma outra e melhor alternativa: a transformação da relação com o mundo objectal e com o próprio, que se consubstancia, quando sanígena e desenvolutiva, no alargamento do contacto com o sonho de mim e o sonho do outro. Nascemos de um sonho, vivemos no sonho, morremos quando o sonho acaba. E a cura analítica não é mais que a abertura ao sonho; acaba quando o paciente sabe sonhar. Dirão os pragmáticos: isso não é uma cura. Pois não; é uma abertura à vida. Mas é, realmente, do que o doente precisa.

'Ensina-me, também, diz ainda o bebé, a sentir e a tolerar a dor, não ignorando a perda e podendo viver a tristeza e o abatimento'.

Sem esta capacidade de acesso ao "sofrimento básico" (na feliz expressão de Jaime Milheiro), à vivência da falta, e aos sinais que a revelam – tristeza, desânimo e tédio –, a depressão, não vivida, não será elaborada e mais ou menos resolvida e ultrapassada. Fica no corpo, estagnada, a lume brando, roendo o soma, emperrando o seu funcionamento. Depressão sem depressão, sem sinais, é um processo crónico de apodrecimento pelo empobrecimento das respostas adaptativas de confronto com os *stressores* – só estratégias passivas de *coping* –, pela falência dos mecanismos auto-reguladores e auto-reparadores biológicos. O indivíduo cuida mal de si. Frequentemente, revelam-se tendências e comportamentos para cuidar dos outros (um dos marcadores biológicos parece ser o aumento da prolactina no plasma). É a **depressão falhada**, enquanto acontecimento / processo mental. Ao fazer a *economia do sofrimento psíquico depressivo*, há um decréscimo do alerta afectivo e o organismo perde a assistência do regulador periférico – a avaliação cognitivo-emocional da sua vida de relação –, por falta da sua suficiente e atempada estimulação. Este regulador periférico, ou orbital, é, mais rigorosamente, o pensamento, com a sua capacidade de prever e antecipar, informando o processo de decisão; o pensamento e o sentimento-intuição que lhe abre as janelas; bem como o impulso que lhe fornece energia, e o sonho que lhe dá asas para voar. O regulador orbital é como um satélite de comunicações a regular o trânsito, impedindo os engarrafamentos... psicossomáticos.

A construção da capacidade de

deprimir-se é, pois, uma das tarefas do trabalho psicanalítico; não diria com os doentes psicossomáticos, porque nem em todos eles a depressão falhada é o problema essencial, mas sempre – e seja qual for o tipo de psicopatologia facial, manifesta – que a incapacidade para viver a depressão exista. Construir; a cura psicanalítica é, de facto, uma nova construção. A reconstrução do passado tem mais valor académico que terapêutico.

A capacidade de viver e metabolizar a perda afectiva é uma importante aquisição maturativa, conduzindo a um notável crescimento mental. Aceitação da perda que é também o reconhecimento da necessidade de limitar o desejo, poder desembarcar da ilusão, corrigir a omnipotência do pensamento, conhecendo as limitações que a realidade impõe e os limites da circunstância da existência e convivência com o outro / os outros também eles desejantes. Perda afectiva que é também a perda de parcelas do desejo, porções narcísicas; o que nos torna humanos, isto é, inscritos na dimensão colectiva.

Alheias à vivência depressiva, as relações destas pessoas são sempre superficiais, pouco empáticas, utilitárias. Porém, a economia do afecto redunda no não abastecimento narcísico – no agravamento do traço depressivo, ainda que assintomático, não sentido. E é um círculo vicioso de acentuação da depressividade, do carácter depressivo egossintónico, da existência banal porque lhe falta a distinção dos afectos. Depressividade, personalidade depressiva não é uma boa designação – porque nem os outros notam a depressão. É algo como uma pré-depressão, o que ficou daquilo que poderia ter dado, se se tivesse desenvolvido, uma depressão. Fica o lastro biológico da depressão, a *reacção de desistência* – que começa pela desistência da vida relacional afectiva, alastrando à desistência poderíamos dizer da "vida libidinal" dos órgãos e do organismo como um todo: é um soma não erotizado, desvitalizado, não animado, em letargia ou desordem.

Abdica do amor porque não tolera a sua falha – sempre possível, muitas vezes real. Desiste para não se deprimir. Mas esta prevenção da depressão tem enormes custos; entre eles, sobressai uma vida truncada.

O sofrimento é inevitável. Se é necessário ou não, não sei; mas penso que não. De qualquer modo, o que é necessário, ou pelo menos útil, é estar atento aos sinais de sofrimento; única forma de, conhecendo-o, dele se ocupar, removendo as causas, reparando as sequelas e, aprendendo com a experiência, mudar as estratégias de adaptação e intervenção. Por isso, é preciso viver a depressão: não para a sofrer, mas para aprender e passar a fazer diferente.

Não somos, de facto, apologistas do sofrimento, nem passivos; mas amantes do prazer e aguerridos na luta. Amar o objecto e ser amado pelo objecto pressupõe evitar a dor, a nossa e a dele; mas também afastar, impor respeito e, se preciso, fazer doer a quem nos estorva de amar; ainda, e essencialmente, criar, construir, fazer coisas novas.

A dor é inevitável, pois o insucesso e a tragédia existem. Podemos, mas só em certa medida, preveni-los.

A dor é um sinal do que não corre bem; para o podermos remediar. Sem dor ficaríamos expostos a inúmeros e grandes perigos.

A outra face da dor, menos humanista ou humanitária, é a de instrumento de castigo.

O sofrimento como necessário e útil, na minha modesta e controversa (não ortodoxa) opinião, é um resquício de culturas pré-helénicas e da ideologia judaico-cristã, ainda marcante na cultura ocidental. Não faz parte de uma moral de libertação.

A culpa, racional e adequada, é um outro negócio. Solicita a reparação, o ressarcimento.

*

Falhou o processo dialético continente / conteúdo, em que o sujeito se gera despertando a capacidade / actividade geradora do objecto. É o bebé real que a mãe interpreta e a quem responde; ou então o *self* genuíno cresce em defeito, o indivíduo não se encontra. Perdido pelo objecto… perdido de si, acomoda-se, adapta-se, funciona segundo as regras.

Pode ser também o "bom doente", que entra aflito e sai estúpido; mais tarde, eventualmente, faz uma doença somática. Claro que isso acontece se o analista não o descobrir, criar.

Logo, o sujeito-sujeito, o sujeito pensante, sonhador, com capacidade de cuidar e de auto-cuidar-se, louco e médico – como soi dizer-se – é criado, na vida e na análise, no espaço da interpretação. Espaço alimentado pela intersubjectividade nelas reinante.

*

Em nenhum paciente como nestes – que são muito provavelmente os rotulados de alexitímicos – é tão necessária a centralidade do funcionamento mental do analista em *rêverie*, sonho *alfa* (que outrora terá falhado na figura materna e seus substitutos e sucedâneos). O não encontro / relação com um prestador de cuidados / / parceiro cúmplice, entusiasta-entusiasmado e sonhador talvez seja o factor essencial na etiologia do **perdido de si**; daquele que não forma sentimentos (no sentido de afectos diacríticos – discriminados – e conscientes), não encontrando símbolos para os pensar, palavras para os exprimir e comunicar; daquele que não constroi pictogramas para representar os seus momentos existenciais e muito menos ideogramas para os andaimes da edificação de narrativas pessoais / interpessoais; daquele que ficou aquém da subjectividade porque não viveu a experiência mútua e dialética da intersubjectividade – e se queda, resume e concentra na explicação mecânica (ainda que de uma mecânica racional e abstracta se trate) da articulação de peças brutas da experiência de si com o mundo (sensações, percepções, ideias secas, interpretações lógicas e casuísticas). Falta-lhe o molho da paixão, o vapor do enamoramento, o perfume do devaneio, o luar da nostalgia, os relâmpa-

gos do desejo, o trovão da esperança, o maremoto do grande abraço do envolvimento. Triste sem o saber (depressão falhada) porque incapaz de se sentir (perdido de si) já que não sentido (construído no sentimento). Parafraseando Descartes: *cogito ergo sum*, dirá o psicótico (penso logo existo, o outro não interessa); *sum ergo cogito* não pode dizê-lo o anti-Narciso – pois, se não existe, como pode pensar? Apenas mecanizar, raciocinar. Talvez seja essa estéril pureza da raça pura do homem racional que a moderna eugenia social – da globalização, do mercado, do capital, da produção-consumo e do emprego… da mecanização perfeita, até os atritos vão desaparecendo com a conjunção da descoberta dos super-condutores e da instalação de observatórios para prevenção de crises – prepara para este milénio. Um bom exemplo do empacotamento da "carne", que poderia ser o símbolo da civilização que está vingando, é o do "sexo seguro" – com preservativo. Sem embargo, a mais sofisticada das camisinhas de Vénus, patenteada pela ideologia do socialmente correcto, é a simpática igualdade e indesmentível tolerância – todos iguais, sem qualquer intolerância idiossincrática... é a "açorda d'hóstias": foi-se o sabor da diferença, o orgasmo da cumplicidade, o sonho da criação. Mas, felizmente, ainda há loucos, desajustados, neuróticos, *não normopatas*, apaixonados, iconoclastas, visionários. Reside aqui a esperança: nos não conformados e conformistas, com estratégias activas de intervenção – naqueles que agem de acordo com um projecto de transformação, em que o sonho corre por trajectórias de possibilidade e o pensamento utiliza instrumentos de possibilitação. É neste outro mundo, que fervilha em alguns lugares e mentes – a psicanálise e os psicanalistas disso são prova –, que depositamos a nossa confiança. Um mundo, esse outro, aonde a teleologia – o percurso dirigido para uma finalidade postulada (por Deus em última análise, que ditou também o princípio – causa final) – morreu; e onde se está a erguer a teleonomia: mundo da descoberta das regras – leis – que conduzem aos resultados (fins), ou seja, aos fenómenos observados e/ou provocados. Este universo não está informado por uma causalidade linear, direccional, hierárquica e somatória; rege-o, isso sim, o princípio dos sistemas abertos – com troca de energia *e massa* (sistema quântico) –, da causalidade em eco, não direccional, sem hierarquia intra-sistémica e intersistémica, com efeitos integradores e com mudanças estruturais e não apenas topológicas. A relação não é interaccionista, comportamental, mecânica. A relação é dialéctica – intersubjectiva e intra-subjectiva: duas mentes em uma mente – pontos de fusão e arcos de defusão que alimentam o crescimento e estruturam a diferença; cada um modela o outro enquanto é por ele modulado – continente/conteúdo em jogo recíproco –, ao mesmo tempo que, pela alternância de discórdia e concórdia, cada um se diferencia do outro e se separa. Entretanto, e em conjunto/

/complementariedade, produzem trabalho, criam pensamento, expandem os horizontes… prontos a partir sós *por dentro acompanhados* (o que a interacção não consegue produzir). 'É a minha mãe porque me criou. É o meu psicanalista porque me recriou'. 'Mas também a minha mãe me criou e o meu psicanalista me recriou porque decifraram e leram o "genoma" do "ovo" que eu fui (era ao nascer) ou guardava dentro de mim para um dia vir a ser eu próprio – sem este processo interpretativo e executivo (responsividade adequada e oportuna), o autêntico próprio não se desenvolve.

Foi primeiro o ovo ou a galinha? De um ponto de vista biológico, será o ovo – as mutações dão-se no plasma germinal; de um ponto de vista psicológico, a galinha que o criou, segundo o seu programa semiótico de galinha, mas atendendo pouco ao programa semiótico da cria se este for diferente, como no caso de lhe terem posto no ninho um ovo de perú. Na espécie humana, a adaptação da mãe é mais perfeita – procura perceber o programa semiótico específico do recém-nascido. Por outras palavras: o bebé só aprende a língua materna se a mãe aprender o seu dialecto particular e original. É assim sempre: sabemos que só se aprende bem uma língua viva no berço ou na cama.

*
* *

O que o bebé "vê" (sente, interpreta, constata) é o amor e admiração da mãe por ele. E assim se constitui o sujeito, ao ver-se a si mesmo no brilho do olhar da mãe, nascente e criado pelo afago desse mesmo olhar. O sujeito psíquico nasce, assim, fora da simples experiência directa de si mesmo (sobretudo corporal, pulsional e fantasmática). Nasce da e para a relação: para se aconchegar nesse banho de luz e calor, para agradecer e alimentar essa fonte de amor e vida mental. Todos somos filhos da mente das nossa mães. Por isso alguns não chegam a ser, pois tiveram mães sem mente para eles.

De igual modo o sujeito renasce no acerto da interpretação analítica, é dizer, quando esta percute as cordas da mesmidade adormecida. O analisando revê-se, agora, na escuta e palavras do psicanalista.

*

Assim, o Eu operador – que observa e experiencia – duplica-se do "mim": o *self* objecto* (o *self*-como-objecto) do meu objecto, e que então se constitui como *self* objecto do meu *self* sujeito (*self*-como-sujeito). O mim nasce, mantém-se e evolui na relação. Fora dela desaparece, perde o significado; é um pólo da dialéctica sujeito-objecto (a minha mãe é aquela que me trata como filho). A relação dialéctica inter-subjectiva duplica-se

* Não confundir com o *self* objecto ou objecto do *self* de Kohut. Muito menos com a duplicação projectiva, em que o outro é visto como o próprio.

no intra-subjectivo, onde existe também uma dialéctica entre o sujeito operador e o sujeito objecto. O mim / / *self* objecto / sujeito objecto, o que chamamos atrás simplesmente sujeito psíquico ou psicológico, é Narciso – o saudável, vivente, antes da rejeição de Eco. É o sujeito (agente e portador) do sonho e do desejo. Mas foi criado, repetimos, no espaço interior do outro. Primeiro é a constância do sujeito no interior do seu objecto, como múltiplas vezes temos afirmado. Nasci porque fui amado. Nada mais e só por isso – condição necessária e suficiente, como se diz em matemática. Perdido de mim, entregue à bicharada, se não o tivesse sido.

A experiência de estar vivo como sujeito é directamente dependente do sentimento de ser amado. Estando dentro do objecto (no afecto e na memória dele), pode viajar pelo exterior sem risco de quebrar o vínculo e perder o sonho. Poisa nas coisas, mas o pensamento não fica aí colado, tem asas e voa. E as próprias coisas não são apenas essas coisas mas o que nelas os seus olhos vêm – são matéria para sonhar; e o universo do pensamento expande-se à escala do finito para o infinito. Porque então, nesse tempo, foi criado o símbolo, o representante do que para o sujeito a coisa significa.

A própria psicanálise não é só o meu saber; é também o meu brinquedo. Pasmem os que julguem ser a minha crença! Sou ateu e do reviralho. Demasiado imaginativo, pensam os parvos. Sério quanto baste e sempre que necessário, consideram os amigos.

Criador de símbolos e portanto da cultura, o que-fazer do Homem não se esgota na tecnologia; serve-se dela.

Partindo com a certeza de permanecer no afecto do objecto, e de o levar no seu afecto – o movimento de internalização é recíproco –, a capacidade de estar só e ser um sujeito autónomo e com pensamento independente estrutura-se. Mas leva consigo, na totalidade e vivo, esse ser feito do e para o amor, o sonho, a criação. O Eu operador é apenas o veículo inteligente que o transporta – inteligentíssimo, neste caso, dada a boa e estimulante companhia.

E ao alexitímico, psicossomático, perdido de si, anti-Narciso, psicótico revertido, ou o que lhe queiram chamar, esse veículo de piloto automático, que lhe acontece? Adapta-se mal a situações novas, sobretudo se comportarem decisões entre o amor e o ódio, optando em regra pela zanga contida e o amor de superfície; e assim se cozinham as situações de impasse – o automático encrava. Acresce que o seu pensamento só anda a pé, não voa; quando não há saída, não pode tentar o salto – uma nova, criada, alternativa.

Sabemos que a zanga contida (*anger-in*) é um dos factores mais constantes em muita da patologia psicossomática. As estratégias passivas de *coping* são de investigação experimental mais recente, muito embora os estudos psicanalíticos, e não só, sobre a complacência histérica e o comportamento masoquista conduzindo a uma acumulação e repetição de exposição a situações adversas tenham já

uma longa história. Provavelmente, algumas doenças estarão mais ligadas ao *coping* passivo; outras, à zanga contida. Porém, a sua associação parece ser frequente.

*
* *

Desprezado, não investido como **sujeito de sonho** – na dupla acepção do sujeito que a mãe sonha (o filho do sonho e do desejo) e de sujeito que sonha (o bebé sonhador) –, considerado como um "tubo digestivo" (foi assim que um dos meus professores de Pediatria me ensinou – mas eu não aprendi – que o bebé era), crescerá como um porco de ceba ou macaco de circo (andará de bicicleta e de patins, mas não tira nenhum prazer disso, nem inventa outras acrobacias), desta maneira não sonhado, mas apenas cuidado, não se considerará a si próprio animal que sonha, gosta de sonhar, quer sonhar, e não será, seguramente, um sonhador, fica amputado dessa capacidade/competência, desse valor, dessa dimensão em que se transcende. E não só. Não constroi o objecto como sujeito sonhador. Não terá acesso à *relação sonhante*, ao universo das estrelas da alma, ao paraíso depois de Adão e Eva terem provado a maçã da árvore da sabedoria, não ascenderá à condição de semelhante de Deus, mais livre porque gozará da carne, gozo esse mesmo que lhe abriu o desejo de saber; semelhante a Deus, igualmente criador. Mais sábio que Deus: pois não se perde omnipotentemente a criar todas as coisas e seres; competentemente, isto é, com a potência necessária e suficiente, cria símbolos, que lhe permitem a invenção de novas coisas e até novos seres – não os transgénicos, mas aqueles, ele próprio, que pensam diferente. O centro do nosso sistema astral não é, de facto, a Terra, a carne e os ossos, mas o Sol, o pensamento. Não somos duplicados dos nossos pais, fabricados à sua imagem e semelhança, mas produtos em evolução, construção e crescimento contínuos. De igual forma, não existe só o pensamento que processa a informação; mas também, significativa e essencialmente, o pensamento do sonho, aquele que cria novos informes e opera com outras regras, aquelas que não têm norma – no berço e na cama, na análise e no sonho, na vida que vale a pena ser vivida, não há programa; graças a Deus! O *nosso* Deus, o Deus do par – mãe-criança, par de amantes, analista-analisando, todo o par criativo, incluindo o de trabalho, quando este não é esforço mas brincadeira criadora; eu e vós que me escutais e cujos olhares, que eu via em sonho enquanto escrevia esta comunicação, me devolviam acrescentada a vontade de escrevê-la. Em sonho, disse; nesse invisível mas penetrante sonho de fundo, que alimenta e vivifica o nosso pensamento lógico, e não é mais nem menos que o movimento do inconsciente dinâmico que a relação entre mim e os meus objectos criou, cria e criará – sempre enquanto existir; é eterno enquanto dura, como o amor: eterno e indestrutível.

Mas tem de ser formado; no

cadinho da relação criativa – não é de geração espontânea. Não chega a relação de cuidado ou a simples relação de ajuda; nem vinga na atitude silente ou adormecida.

*
* *

Do que dissemos pode inferir-se que a perturbação psicossomática está aquém ou para além da psicose – consoante a sua origem agenerativa ou degenerativa; isto é, conforme resulta de uma não evolução ou de uma involução, de não progressão ou de regressão, não estruturação ou destruturação (o que é verdadeiro para toda a patologia).

Poderíamos dizer que também a psicose falhou, que é uma "psicose falhada" – falhou a possível, ou não, alternativa delirante de construção de um objecto virtual, mesmo que fosse um objecto autístico de segurança fria e relação ultra-monótona; a alucinação animadora ou as formas autísticas pseudo-aconchegantes. Só se desenvolveu, ou restou apenas depois do abalo sísmico, a função operatória do sistema nervoso central, frequentemente hipertrofiada por vicariância necessária. Não é o pós-autista calculador, com inteligência em dedo de luva; mas o pré- ou pós-sonhador com uma inteligência de super-computador ainda não descoberto, o cérebro "desmiolado" (sem capacidade de sonhar, vaguear pela memória e pela fantasia).

O núcleo da perturbação psicossomática estará, então, ou portanto, na incapacidade de mentalizar – trabalhar na mente e pela mente – quer a dor (**depressão falhada**) quer a esperança e a ilusão (do reencontro ou da construção – vaguear pela memória e pela fantasia) – **sonho falhado**, no sentido do sonho que não se forma (e não no sentido estatuído do sonho *ratté*, com insucesso). O sonho falhado deixa apenas o pensamento operatório, um sub-produto da imaginação.

A parte psicossomática da mente é aquela que não vive o desejo nem a perda – **sonho e depressão falhados**. Porque um e outra têm uma co-existência dialéctica, só adquirem significado quando em relação dialéctica, quando um dos existentes pressupõe a possibilidade de existência do outro: o desejo *de* some-se na certeza da sua posse e o luto *por* é impossível e mortífero sem a possibilitação do seu reencontro ou substituição.

Sonho e nostalgia são os pólos da dialéctica entre mim e o meu objecto. Sem eles, fico despolarizado, sem alma, sem tensão anímica; reduzido ao soma, que só pode ter um destino – adoecer.

Sonho falhado… depressão falhada, alma perdida.

Afinal a alma existe. Para amar, sofrer… imaginar, construir; dar significado à existência.

E a Psicanálise? É a última esperança. De encontrar Deus dentro de mim – o entusiasmo. Claro, se o tiver perdido e nem sequer souber que o perdi – se estiver doente.

Recuperar o entusiasmo, o sonho, pressupõe sentir a dor de não o ter

tido ou de o ter perdido. Mas para a tratar. O sonho não existe sem sujeito e objecto do sonho.

A dor é o espaço-tempo da perda para reparar o vínculo. Um meio e não um fim: a ponte da saudade pela qual me religo, e não a ponte do tédio onde me afogaria.

Sinais de fogo – a sexualidade que se afirma. Sinais de dor – a morte que se aproxima.

*
* *

É também com este meu Eu que cheira o perfume da vida e navega pelo firmamento da eternidade que o meu Eu observador e operante permanente e quase imperceptivelmente dialoga, constituindo-se como uma só mas completa e expansiva mente que pensa sonhando e sonha pensando. É a inexistência deste diálogo naquele que perdeu ou não formou tal preciosa parcela da mente que dá, à sua proto-mente, o formato plano, o funcionamento linear, a opacidade emocional, a proximidade humana impossível, o distanciamento filosófico inatingível, sabedoria zero.

Que não se sintam insultados os psicossomáticos, porque ninguém é totalmente psicossomático e todos temos porções proto-mentais. É uma questão de dose, combinação e sobretudo de maior ou menor saturação pela certeza e sua confirmação. Uma boa e simples receita – não é preciso divã, nem psicanalista, nem associação livre – é abandonar a profissão de aferidor de medidas e medir a olho. Afinal foi a olho que escolhi a minha parceira, e fui por ela escolhido.

O seguro morreu de velho mas muito estúpido. Evitando os riscos, morre-se de coice de pulga – sem nobreza; e, principalmente, sem cavalgar.

É da incerteza de nos reencontrarmos que brota o desejo de ser já amanhã; quer dizer, que o desejo persiste.

Da intolerância do negativo ao abafamento da revolta

Com frequência, encontramos no período anterior ao despoletar da doença somática uma situação vivencial negativa para o sujeito. Temo-lo visto no decurso de algumas curas psicanalíticas e extraído da análise minuciosa da história pregressa em outros pacientes.

São períodos longos ou relativamente curtos (de anos a meses) de acontecimentos *stressantes* com repercussão emocional surda ou ensurdecida. E este último é o dado mais relevante – a emoção é reprimida ou mesmo suprimida; fica enclausurada. Com isso, o conhecimento do evento traumático é esbatido, o seu reconhecimento negado e o significado lesivo para o sujeito ignorado, silenciado ou desqualificado. De qualquer maneira, a experiência psico-afectiva do *stress* é praticamente anulada. Daqui, a dificuldade de notar e registar a dimensão psíquica e subjectiva do acontecimento, que aparece ao próprio e ao observador como insignificante, não traumático, não

stressante, desprezível, sem valor de causa ou densidade etiopatogénica.

É anódino pensa a maioria. Só uma minoria esclarecida dá conta: os investigadores de profissão, uns cocabichinhos; os psicanalistas que não perderam o vício de indagar, uns topa-significados.

Em que pese a justa e profunda medida da coisa humana, a razão destes factos não pode ser deixada ao mito, à metafísica ou ao abandono. É preciso investigá-la.

São mínimos na sua dimensão visível; mas volumosos na sua porção oculta. E de consequências gravosas.

É o negativo porque abaixo do limiar da sua revelação consciente. Negativo, maléfico, por oposição ao positivo, benéfico – como inicialmente referimos: situação vivencial negativa. Negativo porque nega, infirma uma existência. Negativo porque rouba e ocupa o lugar da ausência – a satisfação.

Experiência abaixo de zero, congela o ânimo. É a *retirada para conservação*. Só que o tempo passa e o produto apodrece.

Num processo mais gravoso, e de técnica mais sofisticada – primorosa na sua eficiência –, é a "liofilização da alma", o enquistamento esquizóide perfeito – sem objecto e sem desejo e sonho. Sem água, a fonte existencial da vida. É o soma sem regulador; mais que isso, sem massa e energia anímicas, que o consubstanciam e co-energizam. Matéria viva sem rei nem roque, à deriva. É também uma retirada conservadora – conserva o essencial, com excepção de alguns importantes componentes desactivados para todo o sempre, como certas vitaminas anímicas – a capacidade de sonhar, fazer integrações criativas e criadoras: fecundas; a *imaginação criadora*. A energia que conserva é para sobreviver. É um sobrevivente do holocausto da alma. Falta-lhe a energia para se reproduzir no mundo do pensamento, no espaço potencial da criação simbólica inovadora. Um automóvel é um automóvel; jamais o cavalo alado do meu sonho de infância, nunca o berço em que me embalo quando subo à Senhora da Graça; impensável: não tem pensamento que descole do real, que possa ser um belo instrumento para atravessar as nuvens do tédio e encontrar do lado de lá uma andorinha (pensamento) que me anuncia uma nova esperança… ou um frigorífico velho que, pintado de púrpura, me vai servir para guardar as garrafas que me restam daquele delicioso branco da colheita de 63, para festejar com ela – que ainda deve existir (uma previsão científica não é de excluir) – e todas elas e todos eles os meus 100 anos (é uma fé – outra coisa que perdeu aquele que não sonha).

Mas como não há bela sem senão, a capacidade de esperar – o positivo do negativo da dor da espera – entrelaça-se com a revolta da frustração. O que é importante, pois sem revolta não há revolução – *transformação*. É o direito ao ódio que me assiste – sem o qual não haverá justiça, por falta de instrumento mental que a imponha –; e é esse o direito que reivindico e que me outorgo, pelo processo do emposse (*empowerment*).

Acontece que na parcela de funcionamento psicossomático da mente há um *abafamento da revolta*. A magnitude do medo impede a formação / /*consciência* da raiva. A intolerância / /*intolerabilidade* da dor (que admitimos que foi forte) ajuda à missa negra.

Não se é psicossomático por acaso. Mas em resultado da conjugação de uma dor psíquica violenta com um terror siderante, sejam quais forem – ou tiverem sido – os factores dolígenos e / ou as condições de vulnerabilidade (incapacidade de enfrentar o risco – avolumando o medo). A sequência medo à raiva é travada pela acuidade da dor intercorrente.

Estamos ao nível das emoções primárias: medo (ansiedade) / raiva (zanga) e entusiasmo (alegria) / abatimento (tristeza). Os sinais de alerta – ansiedade (a ansiedade-sinal) e a depressão (*depressão-sinal*) – não são processados pelo aparelho mental incipiente ou arruinado. A ansiedade antecipatória não exerce a sua função adaptativa; bem como a *depressão-antecipada*. Falta a raiva – para a luta – que a primeira desencadeia; e a revolta – para a revolução / transformação – que a segunda prepara. Fica o desgaste do ferimento sofrido e a perda do não conseguido (daquilo que não foi mas poderia ter sido). O medo não me permitiu afastar o perigo, o abatimento não me permitiu a conquista do desejado.

As emoções secundárias, como a vergonha pela minha insuficiência / / incompetência e a culpa pela minha desastrada zanga (saída em fúria inconsequente ou pelo amuo liquidatário do vínculo) ficam no tinteiro da novela que não escrevi. Tenho uma história baça, sem estórias; como gostam de dizer os nossos filhos brasileiros, mais dados ao prazer – da carne e outros.

Da depressividade à ausência de sonho passando pela histeria

Pese embora toda a pertinência dos conceitos de pensamento operatório, alexitimia, proto-mental, recalcamento do imaginário, ausência de sonho, e de depressão essencial, depressão *a priori*, depressão falhada, um facto é que raro é o paciente psicossomático em que não se descobre um núcleo histérico mais ou menos camuflado ou desactivado.

Clivado está – utilizando a concepção fairbairniana (de Ronald Fairbairn) – um *self* libidinal com o seu respectivo objecto excitante (que promete ou finge que promete mas não responde, não satisfaz – um objecto tantalizador*, na sua expressão máxima); esmagado por um *self* anti-libidinal, também ele clivado, que o esmaga e silencia. É a poderosa e permanente acção deste *self* anti-libidinal que mantém o maciço recalcamento (por este reforço de recalcamento indirecto) do objectivo e objecto libidinais. O recalcamento indirecto por uma estrutura dinâmica clivada pas-

* O conceito de objecto tantalizador é de Herbert Rosenfeld.

sa-se a milhas da consciência e exerce-se logo sobre o embrião da formação imaginária, do suporte figurativo da viagem do desejo rumo à meta.

Venham a mim as criancinhas, terá dito Cristo. Venha a mim o *sonhador amordaçado*, deseja o psicanalista.

Externalidade *versus* internalidade

Reconhecendo a sua intencionalidade e a do objecto, o próprio é reconhecido como sujeito e objecto e o outro também. A relação é, então, inter-intencional / intersubjectiva. E é nesse lugar que vivemos quando vivenciamos essa experiência de mutualidade desejante.

O psicossomático não vive o seu sonho, despreza-o. Enquanto o psicótico o alucina, vive-o como uma certeza.

Curiosamente, o psicossomático tende a cuidar do outro. Projecta o seu sofrimento e tem sentimentos de compaixão. Enquanto que o psicótico projecta a sua intencionalidade agressiva e sente-se perseguido.

O que se passa?

O pensamento mágico primitivo empresta intencionalidade persecutória a tudo e a todos.

A solicitude primária faz sair o indivíduo do solipsismo original (e da omnipotência). Mas quando se perde de si, fá-lo em excesso; vive por fora e para fora. Adapta-se, hiperadapta-se. Perde internalidade, pensamento livre – a introspecção é rara no psicossomático. Exemplo: alguns pseudo-analisados fazem uma pseudo-análise obsessiva dos seus sonhos.

A terceridade

É o aparecimento de um terceiro – entre o sujeito e o objecto –, o sonhador, que permite a descentração da realidade. Algo entre a posição esquizo-paranóide e a posição depressiva – um "*interlúdio maníaco*", onde nasce o objecto transitivo – matriz do símbolo – e o agente da símbolo-poiesis, da criação. O contraponto da realidade que não é o delírio mas a ilusão contida, circunscrita, o espaço do sonho. Eu sou Eu que opero e Eu que sonho, uma unidade diádica.

Só assim, com três, haverá caoticidade suficiente para o movimento de criação, integração inovadora – novas ideias, nascentes: a nascente do verdadeiramente psicológico, mental. A nova ideia que funciona como atractor estranho. Os novos informes, pois a mente é um gerador de informes. E nisso se distingue do computador, mesmo o de próximas gerações.

O terceiro é o psicanalista (se o for), a mãe (se o tiver sido), o / a amante (se o conseguir ser), o próprio (o sonhador) – Se para tanto tiver asas e vento… Mar e horizonte…

Sem sonho nem nostalgia

A ausência de sonho é o mesmo que sem futuro, portanto, a depressão. Mas é uma depressão *sem nostalgia*; isto é, sem o alimento da depressão – a vida (mental e emocional) com a representação consciente / incons-

ciente do objecto perdido; logo, sem depressão, a **depressão falhada**, a depressão sem passado.

Não há futuro, nem passado emocionais. É um mundo de memórias despidas de afecto e previsões igualmente não afectivadas. As próprias representações imediatas do presente não têm halo emocional, resultantes que são de experiências vividas com escassa qualidade sensorial / sensual – são formas sem conteúdo, quantidades sem qualidade.

Há um espaço racional da mente, que opera com representações, memórias e previsões. Mas não há propriamente um mundo interno de personagens vivas – o próprio e os seus objectos –, onde cada um vive o seu sonho, o seu romance; onde se geram os significados e se encontra o sentido; e se explica o passado e gere o destino. O teatro interior, da cena inconsciente e da cena do sonho e da *rêverie*, com recombinação pictográfica e geração de novas ideias, instrumentadas por ideogramas, símbolos e até conceitos.

Intimidade pessoal e intimidade partilhada

A psicose aparece como uma possível – embora patológica – saída à dificuldade / impossibilidade de viver uma dupla intimidade: compartilhada e pessoal. A impossibilidade de viver uma intimidade partilhada leva, por um lado, (1) à *recusa* da relação com o objecto (**retirada psicótica**) e, por outro, (2) à intimidade pessoal isolada (delírio e alucinação).

Na depressão, a perda de amor do objecto amado leva à retirada da relação externa com o objecto *com conservação* (e até hiperinvestimento) da relação com o objecto interno (representação objectal investida) – é a **retirada depressiva**, *resignação*, ou desistência da relação concreta; mas é *mantida* uma certa esperança no reencontro com o objecto perdido ou na conquista de um novo objecto de amor. É esta esperança e tentativa de recuperação da *intimidade compartilhada* que caracteriza a depressão. Na psicose há uma desistência total e mesmo um movimento (mental) activo de recusa de retomar a relação objectal, o que leva ao desinvestimento do objecto interno (característica principal da psicose).

No psicossomático (**perdido de si**) há uma dupla desistência: da *intimidade partilhada* com o outro (o objecto) e da *intimidade pessoal* – nem o sonho autístico persiste. É a **ausência do sonho**: com o meu objecto e comigo mesmo. É a mente plana, uma vida sem sentido. O psicótico ainda procura, no delírio, um sentido existencial – transcendente, para além da rudicidade das coisas e dos seres sem alma; um sentido de amor – que é o único sentido que a existência pode ter –, ainda que tão só no plano do imaginário dissociado do real (o Eu dividido). Na psicossomática, é o Eu (o que sonha, o que ama) esmagado ou não formado; há uma agenesia ou sideração da capacidade de sonhar, criar, amar.

A ausência de sonho é a verdadeira "amência" (sem mente); só resta a

adequação, o "politicamente correcto" – é o habitante da polis do cimento e dos *robots*, o boneco inteligente.

É a perda sem sentimento de perda – a **depressão falhada** – que conduz, desliza para a ausência do sonho – o **sonho falhado**: a desistência do sonho, do retomar do sonho ou do brotar do sonho; há uma perda do que estava antes da perda, ou seja, do desejo de amar.

Depressão-reacção e depressão doença

É preciso distinguir entre *depressão-reacção* ou *reacção depressiva* e *depressão-doença* ou *doença depressiva*.

Na primeira há apenas uma retirada da relação com o objecto afectivamente abandonante ou *não responsivo* ou uma resignação / desistência perante o insucesso. É uma *aceitação* do fracasso; por vezes – em situações mais elaboradas – uma *negação* da perda. De qualquer dos modos há uma *adaptação* ao meio tal como ele é ou se revela; é uma resposta passiva, um *coping* passivo.

De qualquer dos modos também, não *há sentimento da perda e elaboração deste sentimento*. Não há pois doença depressiva – com introjecção do objecto perdido, culpa e diminuição da auto-estima; elaboração da perda, esperança residual e tentativa de recuperação do perdido ou de novo ensaio na mira do sucesso, ansiedade perante a dúvida da conquista / êxito, ressentimento e revolta. Falha a depressão clínica, mental – o processo de elaboração psíquica; é a **depressão falhada**.

A depressão-doença representa portanto uma tentativa de cura, de resolução do problema – menos ou mais conseguida consoante predomine o funcionamento em sistema fechado (*self* -introjecto maligno) ou aberto (*self* – realidade / mundo objectal). Na depressão-doença há uma resposta minimamente activa e *transformadora*.

Psicose-reacção e doença psicótica

Na psicose há uma *recusa* à relação com o outro porque o objecto é sentido como *rejeitante* e agressivo – não apenas abandonante e *não responsivo* como na depressão. Assim, não é imaginável torná-lo responsivo pela persistência do investimento (diga-se, de passagem, que a persistência da não resposta do objecto faz deslizar a retirada depressiva para a retirada psicótica), o que leva ao desinvestimento da representação objectal. A psicose é, portanto, uma retirada activa, zangada; e não, como na depressão, uma retirada passiva, resignada.

Porém, na psicose clínica, manifesta, permanece um certo desejo de relação objectal. Mas muito temida e recusada na realidade – e, por isso, derivada / desviada para a fantasia.

Na **psicose falhada**, esta compensação, deriva substituição, vicariância, ou tentativa de retomar a relação com a realidade depois de um *percurso restaurador* (da segurança em si e da confiança no outro, bem como nas

artes de relação) pela fantasia não se processa. O indivíduo fica ou instala-se na incapacidade de sonhar, de imaginar uma relação objectal, de construir uma narrativa amorosa; e é o próprio amor, capacidade de amar, movimento libidinal, que é anulado – há uma supressão / queda da líbido e das emoções que a traduzem e fantasias que a representam.

O sonho e a psicose – consoante o grau de irrealismo – não se desenvolvem: é **o sonho falhado** ou a **psicose falhada**. A adaptação faz-se por *submissão acomodativa* ou pelo *domínio racional* da realidade.

Reacção esquizóide e desenvolvimento paranóide

Até aqui desenvolvemos o binómio ser / não ser amado – substracto do entusiasmo / depressão – e o facto de ser aceite ou rejeitado, que subjaz ao parâmetro da ligação / desligação ou da construção identitária / psicose, integração / desintegração, personalização / despersonalização. Que se situam ambos no eixo da vinculação ou apego.

No âmbito da resposta esquizóide, é: (a) a desvinculação psicótica e psicotizante, com delírio de restituição; ou (b) a vinculação desafectivada – a ligação funcional, pragmática e utilitária, uma espécie de psicose branca (não por atraso afectivo – personalidades simbiontes – mas por supressão dos afectos).

Mas há mais neste sector da clínica e do conhecimento:

O outro eixo da experiência e do desenvolvimento diz respeito à *luta pela sobrevivência* (e não à sociabilidade – *Filia* e *Eros*): o enfrentamento do outro e do perigo; a afirmação e o emposse (*empowerment*, outorgar-se poderes) ou a complacência e cedência.

Nesta dimensão, o esquizóide retira-se da luta, a qual passa a realizar, em ansa de deriva, com perseguidores imaginários. E assim consome – pelo desenvolvimento paranóide – a sua energia agressiva excedentária, não aplicada na realidade.

De outro modo procede o esquizóide falhado (o que se fica pela **esquizoidia falhada** – sem evolução paranóide). O excedente de agressão – não dirigida ao inimigo e / ou não utilizada no enfrentamento dos perigos e obstáculos – é retido (*anger-in*); e a acção, inibida.

Há, então, uma *conservação de energia* (agressiva) e *inibição da acção*, isto é, ausência de estratégias activas de *coping*. As tensões não são resolvidas.

O que acontece na **esquizoidia falhada** é que a situação agressiva não é identificada a nível emocional. Não há sinal de angústia e desconforto; o perigo e o prejuízo não têm expressão emocional, que lhes daria valor e potencialmente significado – pela sequente elaboração mental. Se falha o trabalho em sonho *alfa* será porque a própria emoção não se formou.

Deste modo, a agressão, o *stress* tem apenas efeitos a nível do comportamento, da resposta biológica.

Por outro lado, como o sistema emocional é um sistema regulador e

modulador da resposta global do organismo, incluindo os processos cognitivos, o funcionamento geral – ainda que com incidências preferenciais – é alterado.

É preciso sentir para dar significado à experiência. E é o significado que leva a escolhas e percursos no imaginário e no real.

A energia agressiva de defesa e combate fica confinada (conservada) num circuito fechado de receptores incompetentes (falta-lhes a clarividência dos afectos) e efectores sobrecarregados e descontrolados – por ausência de finalidade determinante da sua acção.

Consciencializar o perigo e o desconforto, a dor e o desagrado é essencial para inventar / re-inventar a luta pela sobrevivência.

*
* *

Mais dois aspectos são de considerar na resposta ao *stress*:

1. O mecanismo do *stress* é uma resposta normal às situações *stressoras*. Torna-se anormal, patológico e patogénico quando excessivo ou desencadeado por situações imaginadas, não reais, ou por uma percepção / / interpretação distorcida da realidade.

É uma situação conhecida.

2. Menos conhecido é o comportamento de *stress* repetido ou crónico por ineficiência ou ausência de estratégias activas de *coping* – o *acting-out*, a submissão ou a inibição da afirmação pessoal.

O indivíduo não resolve, por uma acção planeada, assertiva e adequada a situação agressiva ou frustrante. Acumula ressentimento e raiva, medo e desvalorização. Sempre tenso, assustado e humilhado, adoece.

CONCLUSÃO

Na regulação do meio interior – homeostasia – e na regulação da relação do indivíduo com o meio exterior – adaptação -, o organismo humano utiliza vários sub-sistemas interligados em rede. A comunicação e interacção é bi-direccional e dialéctica (tese, antítese e síntese), sincrética, analítica e sintética (avaliação global grosseira ou protopática, análise discriminativa ou diacrítica e integração definidora de conjuntos significativos) e estabelece-se entre vários centros e focos – é multicêntrica e multifocal: vários centros de comando e focos de recepção (acoplados ou de dupla função – expressão e compreensão), com as suas vias eferentes e aferentes, os seus sinais e decifradores, os seus mensageiros à distância ou comunicadores de contacto, os seus sistemas de regulação, modulação e auto-reparadores, processos de desenvolvimento e transformação – do próprio e da realidade que o envolve (meio físico e mundo objectal) (Fig. 1).

Acresce o mundo interior de memórias, representações e construções imaginárias, de significados valora-

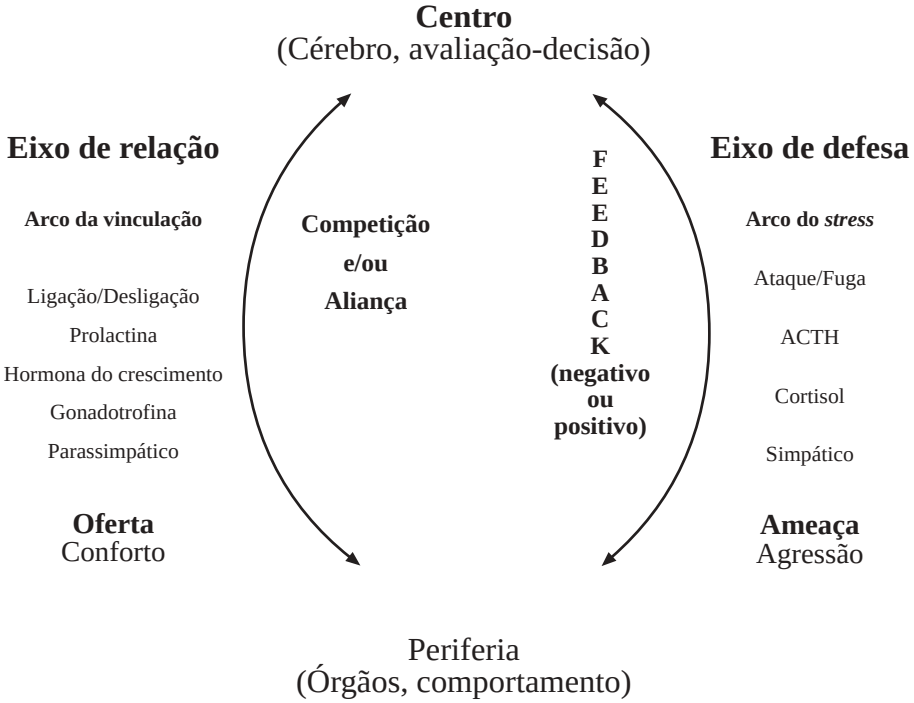

Fig. 1 - Esquema do sistema de relação e sistema de defesa.

tivos e crenças, planeamento e previsão, desejo e intencionalidade. É o mundo dos objectos mentais, do pensamento. Os símbolos e as linguagens, as abstracções e os conceitos formam os corpúsculos e a rede do seu subtil funcionamento – massa e energia, significantes e informação, léxico e gramática.

Neste outro mundo distinguimos os espaços da experiência, da razão e do sonho.

É NO **ESPAÇO DO SONHO** QUE A **TRANSFORMAÇÃO** SE PROCESSA.

É este espaço que não se forma ou colapsa no paciente sujeito ao adoecer somático.

É o espaço da ilusão e do re-encontro; do sonho e da elacção; do génio e da criação; da saída da esquizoidia (da recusa) e da depressão (da desistência). É a saída do sonho falhado e da depressão falhada.

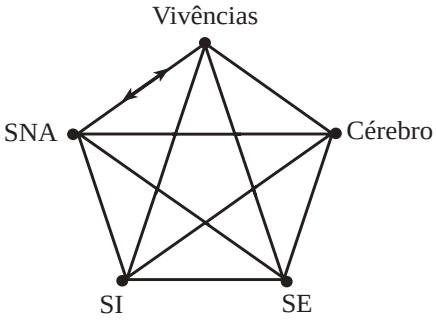

Fig. 2 - Esquema da interacção bidireccional e multicêntrica ou comunicação em rede. Consideram-se 5 sistemas: sistema emocional (vivências), Sistema nervoso (cérebro), Sistema nervoso autónomo (SNA), Sistema endócrino (SE) e sistema imune (SI).

Pela *luta pela vida* e pela *religação* – o eixo trófico e erótico e o eixo da defesa e ataque (Fig. 2).

A questão essencial está no uso / / desenvolvimento, ou não, da **capacidade de antever**: sentir o desejo e conceber a sua realização, que é o trabalho do sonho (ditado pelo entusiasmo); assim como sentir o perigo e conceber a forma de lidar com ele, que é o trabalho do pesadelo (ditado pela angústia).

Então, a emoção não consciencializada leva à ausência de elaboração mental da ameaça de destruição ou da perda, e dos comportamentos adequados para as enfrentar e resolver.

SINOPSE

O objecto sentido como hostil (linha da ansiedade) e o objecto sentido como não responsivo (linha da depressão) – activação de comportamentos de defesa, activação de comportamentos de aceitação. Os marcadores biológicos poderão ser o cortisol e, eventualmente, a prolactina. O sindroma psicopatológico negativo será o da psicose falhada ou da depressão falhada (Fig. 3).

CONCLUSÃO ÚLTIMA

O momento criativo é a descoberta ou o vislumbre de um facto psíquico novo, *uma ideia nova*; num *estado de graça* – de relação íntima com o objecto (interno). Acompanha-se de um sentimento de elacção especial – *a leveza de uma ascensão em beleza*.

Mas na humildade do ser – *self* – que descobre / vislumbra, extasiado com o que vê / antevê. Bem diferente da omnipotência, desprezo e domínio do maníaco. Como diferente o é da experiência delirante primária –

Objecto hostil → linha da ansiedade – – comportamento de defesa – cortisol – – psicose falhada

Objecto não responsivo → linha da depressão – comportamento de cuidar – prolactina – depressão falhada.

Fig. 3

apofania – do psicótico *em trema*, acossado pela ameaça do perseguidor.

É quando falha a solução criadora para saída das situações de impasse ou emperramento – repercutidas emocional e biologicamente pela tensão e pelo *stress* – que o sistema biológico cede ou se desorganiza; por falência do sistema mental – almofada psíquica – de filtragem e tratamento das interferências nóxias. A esfera psicológica é o primeiro sistema, ou supersistema, de relação com o mundo.

As outras alternativas, para a situação difícil, são a fuga psicótica ou o pseudo-domínio maníaco.

Perante a adversidade, o homem, se não tem capacidade criadora e transformadora, ou enlouquece ou adoece.

Portanto, a doença psicossomática só é psicose falhada – expressão somática da psicose – por defeito do defeito (da solução defeituosa, a psicose). É, isso sim, **sonho falhado** – defeito da solução requerida (Fig. 4).

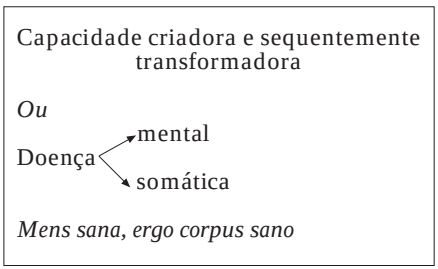

Fig. 4

DEPRESSÃO BLOQUEADA

O sentimento de abandono e de raiva impotente (**depressão bloqueada**) é corrente na experiência vivencial que precede o eclodir de algumas doenças psicossomáticas (enfarte do miocárdio, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes tipo II, obesidade visceral, etc.). É um *stress* crónico que o indivíduo não resolve por *coping* activo, estratégias de intervenção adequada e eficiente sobre o meio.