

---

## Comentário à conferência do Dr. Coimbra de Matos

---

Celeste Malpique\*

Coimbra de Matos vem complementar com esta conferência, de modo exemplar e cada vez mais aprofundado, as suas reflexões recentemente publicadas na Revista Portuguesa de Psicossomática e na aproximação crítica que fez ao pensamento de Fairbairn na Conferência Internacional ocorrida em Lisboa no passado mês de Outubro.

Conhecemos o seu pensamento e as suas originais contribuições sobre a dinâmica psicopatológica da Depressão e nunca será demais incentivar os jovens à leitura dos "*Escritos*" de António Coimbra de Matos, que em boa hora, o Prof. Rui Coelho coligiu.

Eu própria já por diversas vezes estimei o meu amigo Coimbra de Matos à publicação de um livro sobre "Depressão e Melancolia", e todos esperamos que nos próximos anos, agora menos ocupado com as tarefas institucionais, nos possa deixar a riqueza e profundidade das suas ideias neste campo.

O belo texto que me deu a ler tem alguns arrebatamentos confessionais que me permito transcrever: "*Não sou nem quero ser politicamente correcto. An-*

*tes um agitador à procura da bonança – um atractor estranho que me proporcione alguns momentos, transitórios e fugidios, de relativa segurança, certeza para partir com novas interrogações no permanente percurso de pesquisa e reflexão!*"

Aqui está a resposta a não ter publicado livros, de não ter feito teses de doutoramento, que são expressões academicamente correctas, mas que podem, por isso mesmo, bloquear a criatividade, a sua atitude socrática, a sua permanente insatisfação à procura da verdade.

A conferência que nos leu foi longa mas foi clara, porque Coimbra de Matos tem o dom de uma escrita poética, que vai ao fundo das nossas vivências e levou-nos assim ao encontro da intersubjectividade da relação médico-doente ou seja acordou em nós a capacidade empática enquanto pessoas que também somos médicos.

Mereceria um comentário à altura ou não precisaria de comentário algum a não ser aquele que até agora fiz.

Todavia como é suposto e esperado que comente o conteúdo da sua conferência, vou limitar-me à perspectiva que hoje salienta "esquizoidia e doença psicossomática".

Mais do que da *depressão falhada* que é habitual considerar-se como substituto da patologia psicossomá-

---

\* Presidente do Instituto de Psicanálise do Porto.

tica, Coimbra de Matos defende hoje uma *retirada esquizo-depressiva* com hiper-adaptação para conservação da energia.

A falha situa-se pois a um nível muito precoce da relação primária e não permite que o *Self* ganhe coesão. Organiza-se um funcionamento defensivo para evitar a permanente ameaça de fragmentação, que se exprime pela dor mental oscilando entre as angústias catastróficas e o vazio.

O conflito subjacente ao estado esquizóide, nesta fase muito precoce do estabelecimento da relação de objecto, é segundo Fairbairn mais devastador do que aquele que se desenvolve na posição depressiva. Nas suas fantasias e angústias paranóides o bebé vive a ameaça fusional e teme destruir pela própria avidéz o seu objecto de amor.

O bloqueio nesta posição esquizo-paranóide impede o acesso à posição depressiva, que implica maior coesão do *Self*, introjecção de um bom objecto interno, progressiva diferenciação e elaboração das angústias depressivas. Acontece que na depressão falhada nem a tristeza da perda se organiza. Isto é, permanece um funcionamento esquizóide.

A esquizoidia é essencialmente esse conflito que se traduz na impossibilidade de amor por temer destruir ou ser destruído pelo seu objecto de amor.

O distanciamento, a retirada libidinal, a frieza, a inibição da acção, a desistência, a raiva contida, a hiperadaptação para conservação da energia são traços da personalidade esquizóide.

É nesta frágil existência de sobrevivente que a organização esquizóide se agarra ao corpo – à hipocondria, às rotinas comportamentais, à retirada conservadora e pobre de uma vida sem interesse e sem esperança.

Diz Coimbra de Matos "*para conservar a energia, inibe a acção, não sonha, não ama, não arrisca*". Fica paralisado dando toda a sua atenção ao corpo, porque o corpo é o único suporte real e concreto, entre um mundo interno esvaziado, pobre em pensamento e ameaçado por afectos não integrados, e um mundo externo cheio de ameaças porque exigente, persecutório e desinteressante.

É desse *corpo* que ele, de forma pobre e reticente se queixa – cefaleias, tonturas, dores vagas, disfunções gastro-intestinais, etc.. Procura médicos, faz exames, mas não segue as prescrições. O esquizóide controla o seu próprio tratamento, "ele é que sabe o que lhe faz bem e o que lhe faz mal", como tenta controlar o seu próprio corpo e a sua empobrecida existência, num sentimento e direi mesmo, por vezes, num "*insight*" perspicaz, de que descompensará se se arriscar nas aventuras das pessoas comuns.

Jamais se apaixonará porque sabe que irá destruir a relação e não suportará a intimidade nem o sofrimento da perda, jamais arriscará a competição porque isso lhe trará um acréscimo de responsabilidade, talvez nunca arrisque uma cura analítica porque esta o colocará perante a ameaça catastrófica da mudança.

Uma doente minha, bem dentro deste funcionamento de alucinação

negativa de si própria, fixava-se numa hipocondria monótona, vigiava atentamente a eclosão dos afectos (que só tarde identificou com sentimentos) a que chamava "sentir coisas esquisitas ou tensão", para alívio e controlo dos quais se entregava à prática compulsiva de ginástica.

Eu diria que o psicossomático que se mantém num funcionamento esquizóide, leva a sua experiência (permitam-me a metáfora!) com o seu *corpo* ao colo, vigiando-o e controlando-o como se de um bebé frágil se tratasse, um bebé sempre à beira da morte ou com partes mortas que o impedem de crescer, reproduzindo assim e talvez, a forma fria, distante e pobre como se sentiu tratado pela mãe. Com efeito pouco vem a sonhar – pensar – sentir, porque a mãe não o sonhou, não foi capaz de "rêverie".

O médico verifica muitas vezes que nestes doentes não é o corpo que

está à beira da morte, mas a sua mente que a todo o momento pode colapsar.

Ao Dr. Coimbra de Matos gostaria então de deixar apenas duas questões:

- 1 - Na sua experiência como psicanalista, acha que estes pacientes são analisáveis, ou se corre o risco acrescido de despoletar núcleos psicóticos, de arastarem a análise para situações de impasse e desencadearem com frequência reacções terapêuticas negativas?
- 2 - São estes pacientes realmente capazes de se deprimirem para poderem beneficiar da reparação/reconstrução e transformação que a vivência analítica lhes proporciona?

---

## Resposta ao comentário da Prof<sup>a</sup>. Doutora Celeste Malpique

---

Agradecendo o lúcido comentário da Professora Doutora Celeste Malpique, e um pouco envergonhado pelo elogio que não mereço, vou procurar responder às duas questões que me pôs:

1. Estes pacientes são analisáveis, mas exigem do analista uma grande disponibilidade afectiva, uma imensa paciência, um indefectível amor à liberdade, uma verdadeira paixão pela pesquisa do dificilmente sondável, inquebrantável fé no destino transcendente do Homem – quero

dizer, que a vida não se esgota na nossa própria vida, prolonga-se na obra que produzimos –, uma impavidez total perante a ameaça do insucesso, e, acima de tudo, uma inabalável crença no poder da relação criativa: que abre espaço para continuar a pensar e sonhar, *construir*.

1.1. O risco de abrir um núcleo psicótico é real e é necessário tê-lo presente. A técnica de prevenir a eclosão de uma psicose invasiva – é esse o perigo – consiste em desenvolver, paulatina e progressivamente, uma **nova relação de confiança, segurança e esperança** (a que Robert Langs chamou "simbiose terapêutica"), através de uma cuidadosa e delicada afinação afectiva (o "*attunement*", de Daniel Stern), pacientemente – dispondo de todo o tempo necessário (Harold Searles diz-nos que pode levar anos – de um a três) – organizada. Só então – sublinho *só então* – podemos deixar fluir o pús do abcesso. Contudo, esta é uma operação *indispensável*. Mas com a nova relação *bem estabelecida* não há risco de contaminação, isto é, de psicose contratransferencial.

O uso do divã é a melhor técnica. O que é preciso é que jamais a "*presença do psicanalista*" (Sacha Nacht) se suma.

1.2. O impasse – possível – resulta, as mais das vezes, do abuso da interpretação "na" transferência (em vez da interpretação "da" transferência) e o massacre do paciente pela incontrollável *compulsão a interpretar* do

analista. A transferência é um utilíssimo instrumento analítico; o "transferoma", um maligno tumor iatrogénico.

1.3. A reacção terapêutica negativa (RTN) é frequente na análise de psicossomáticos; sobretudo, se cometidos os erros expostos no ponto 1.2.

Porém, é inevitável em toda a análise de pacientes com zonas de **vazio traumático** – de ausência relacional, por omissão ou rotura da relação com o mundo objectal. Surge ou pode surgir quando nos aproximamos, na relação analítica, desse buraco negro da não-relação que tudo aspira, da experiência do nada ou não existência, do abismo sem fundo e sem algo nas paredes a que o indivíduo se possa agarrar, da expectativa de morte física iminente, da falta de uma base de sustentação ("relação de base", de James Grotstein); ou, mais correntemente, na patologia psicótica e protomental, quando é reactivada a experiência vivida em face do objecto arcaico não responsivo, o autêntico **objecto buraco negro**, o qual, como os buracos negros do espaço sideral, *tudo suga e nada reflecte* (o objecto narcísico por excelência).

Mas é agora, no aqui e agora da **nova relação**, o momento único para o esplendor do renascimento – o sorriso da alma perdida aberto ao encontro que ora acha e sempre almejou; o encontro com o **objecto concebido** – objecto complementar do humano desejo de conhecer/ conhecer-se. E no tumulto e desespero da catástrofe iminente pela reactivação da experiência passada que se avizinha, a bo-

nança do clima da relação terapêutica/nova relação possibilita o vômito da dor – até então insuportável de sentir – e a explosão vulcânica do ódio – até aí impossível sem implosão concomitante.

Destarte, a RTN transmuta-se em – *reação terapêutica positiva* – positivíssima – *aparentemente negativa*. É o alívio e o repouso. Por algum tempo; pois estes surtos de regressão com descarga da dor e explosão do ódio irão repetir-se – até ao esvaziamento completo do saco do sofrimento e ressentimento.

Para terminar:

Não há análise resolutive sem: (a) desmantelamento das relações patológicas e patogénicas *internalizadas*, (b) construção de uma nova relação sanígena e desenvolvutiva e (c) **transferência da nova relação** para a vida real e extra-analítica; e, por último, (d) estabelecimento definitivo da função analítica operante.

2. Os pacientes abrem-se à depressão; em tríplice sentido: (1) no sentido de viverem mentalmente o afecto depressivo (e não apenas sofrerem o *abatimento* depressivo) e assim poderão elaborar as perdas, saberem desistir quando útil ou necessário e assumirem as suas responsabilidades; (2) no sentido de fazerem depressões normais, isto é, *responder afirmativa e agressivamente* ao objecto abandonante ou

desamante (e não, como na depressão patológica, auto-culpando-se e/ou auto-desvalorizando-se); (3) no sentido de realizar o luto do perdido, o que designamos por *depressibilidade*.

Quero agradecer à Celeste Malpique a excelência e pertinência das questões que me pôs, possibilitando e estimulando a precisão e o alargamento das minhas reflexões. O pensamento fecundo é assim, fecunda o pensamento do outro; bem-haja pelo seu comentário.

2.1. Deprimir-se em face do abandono afectivo é normal e fisiológico; mas a depressão normal é depressão acompanhada de *revolta* contra o objecto afectivamente abandonante.

Uma nota imprescindível de esclarecimento:

Não é necessário – como alguns pensam que – mau grado nosso –, na cura analítica, o paciente "se deprima", o que ainda se ouve dizer. Não fabricamos doenças alternativas para mobilizar defesas; isso é do tempo do "*abcesso de fixação*". De igual modo, não devemos fabricar neuroses de transferência.

O que devemos, sim, é facilitar a emergência de depressões submersas ou abortadas. Isso é essencial.

Quanto à neurose de transferência, a boa técnica é evitar a sua organização, interpretando a tempo e horas os movimentos transferenciais – já Sacha Nacht o ensinou.