
Complexo psicossomático e psicoterapia relacional¹

Maria Rita Mendes Leal*

Resumo

A forma tradicional de justificar a aventura de iniciar uma psicoterapia analítica, desde Freud, assentava num diagnóstico diferencial para avaliar as estruturas neuróticas da personalidade, excluindo as (ao tempo) chamadas "neuroses narcísicas".

Ainda hoje se afirma que, nestes casos, seria muito mais seguro para o psicólogo deixar aos médicos o papel de aliviarem o queixoso ou, então, envolverem pelas psicoterapias ditas comportamentais, ou cognitivo-comportamentais, em que o projecto respeita a aliviar sintomas pontuais e bem delimitados — escolhidos apenas porque restritivos de uma vida adaptada às realidades sociais.

Afirmam outros que as psicoterapias de orientação analítica mantêm indicação clara na busca humana de procurar um sentido à vida, o que depende da regulação dos equilíbrios emocionais face à própria realidade.

Neurologistas como por exemplo Bruce McEwan (1999), Joseph Le Doux (1989; 1999) e António Damásio (1994) estão cada vez mais interessados em estudar as emoções humanas implícitas e admitem que é nesse terreno que se situa a psicoterapia de orientação psicanalítica.

Surge, assim, o direito (e o dever) de analisar a indeterminação do presente, as expectativas que o transcendem, e as hesitações das escolhas e de encarar os problemas e perplexidades da saúde psicossomática e não só da doença psicossomática — e tudo isto sem perder os importantes ensinamentos da prática psicanalítica e o respeito pelas forças e os meandros do inconsciente que gerações de psicanalistas delimitaram.

Introdução

A forma tradicional de justificar a aventura de iniciar uma psicoterapia analítica, desde Freud, assentava num diagnóstico diferencial para avaliar as estruturas neuróticas da personalidade, excluindo as (ao tempo) chamadas "neuroses narcísicas".

A indicação de um tratamento psicodinâmico dependia de um juízo cuidado sobre as estruturas organizativas do "ego" (Alexander, 1927; Hartman, Kris e Loewenstein, 1946;

¹ Conferência proferida por convite do I.P.A.F. na Fundação D. António de Almeida, a 7 de Julho de 1999.

* Grupalista Didacta da Sociedade Portuguesa de Grupanálise. Professora Catedrática Jubilada da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Lisboa

Frank, J., 1956) havendo as clássicas recomendações de não encetar uma psicanálise quando ocorressem suspeitas de estados "limite" ou de desorganização do "Eu".

Mas estas baías tão claras até se mostraram enganadoras. Reduziam a psicoterapia a uma estreita faixa de população abastada e com vidas recolhidas. Além disso (como decorre dos casos clínicos de Freud) – tal como referem Giovachini (1975, pág. 443) e Rosenfeld (1985), e tão bem ilustraram Fromm-Reichmann e tantos outros – acabou sendo verificado que as características neuróticas apresentantes foram frequentemente fixadas nas redes do trato social que mascara a real experiência caótica tantas vezes escamoteada pelos pacientes. Há, que realçar os casos de trânsito imprevisível (e potencialmente perigoso quando se joga o equilíbrio saudável da mente), mormente quando na entrevista surgem a suspeita de envolvimento psicossomático ou os traços de um sistema fechado de compensações – exemplos da primeira, as asma infantis, as lesões precoces da pele, etc., exemplo dos segundos, as clássicas estruturas rígidas de carácter. Também se aclararam os riscos enfrentados em casos ditos «limite» (*borderline*) em que o diagnóstico irá sendo aclarado no convívio, ao correr de largo tempo de análise terapêutica bem sustentada.

Nestes casos, seria muito mais seguro para o psicólogo deixar aos médicos o papel de aliviarem o queixoso ou, então, enveredar pelas psicoterapias ditas comportamentais, ou cog-

nitivo-comportamentais, em que o projecto respeita a aliviar sintomas pontuais e bem delimitados – escolhidos apenas porque restritivos de uma vida adaptada às realidades sociais.

Deste modo, pode-se fugir ao compromisso de se enredar numa narrativa de vida. Quer o procedimento, quer os resultados podem ser controlados e os sucessos e insucessos do tratamento contabilizados por indicadores objectivos. Promove-se o sossego do profissional e a satisfação dos administradores de recursos financeiros, ainda que (usando a velha metáfora), se "deite fora a criança com a água do banho" ...

O que motiva, então, um grupo de profissionais bem formados e honestos em insistir na oferta da psicoterapia chamada dinâmica, coberta de riscos, longa e cara?

Será que esta pergunta tem resposta cabal? E será que aqueles médicos que prescrevem as psicoterapias de orientação dinâmica estão a aliviar-se do peso das queixas psicológicas repetitivas, ou (pelo contrário), hoje, estão todos melhor esclarecidos quanto aos meandros psico-neuro-endócrinos da vida emocional, de que depende o compromisso humano de sobreviver?

Mesmo havendo indicação médica (quando não armadilhada) e um pedido implícito de olhar as causas profundas da angústia do paciente (que a medicação apenas parece aliviar temporariamente), a dificuldade de avançar no "tratamento falado" reside em que não é certo que o paciente se prontifique a enfrentar o des-

conforto da mudança, a viver a angústia de construir um novo formato com que perfazer a sua busca de vida, de prazer e algo mais ...

Ousamos nós apelar para as forças de mudança de pacientes, convidando-os a formularem o seu viver e sofrer num relato discursivo, examinarem as suas motivações profundas, aclararem as suas aspirações mais autênticas e – por eles próprios – reformularem o seu caminhar? Aí, diremos com o poeta: *Quem quer passar além do Bojador – Tem que passar além da dor.*

Ao dar início ao "contrato" de análise psicológica, é colocado um parêntese na "queixa". A psicoterapia dinâmica formula-se como entrevista semi-livre associativa, estando o "convívio" psicoterapêutico assente no pedido feito ao paciente de se comunicar o mais espontaneamente possível – "Conte o que o/a traz cá" ...

O contrato psicoterapêutico, em si, apenas consiste num acordo sobre as condições e horário do encontro profissional, numa continuidade de entrevistas. Mas, contém, implicitamente, um **propósito de promover a mudança do paciente**. Encaminha a aprendizagem de novas formas de relação intra-psíquica e interpessoal, enquadradas como processo **dialo-gante, conversacional**, numa situação aberta.

A proposta de psicoterapia analítica está relacionada com o que se configura (e teoriza) **quanto às** estruturas dinâmicas da psique humana, mas também **quanto à** linguagem como mediadora fundamental na relação

entre mente e corpo, **quanto às** redes da comunicação expressiva e de integração da identidade, **quanto ao** entrelaçado das moções e emoções e da fantasia criativa na complexa estrutura do viver, pensar e reflectir.

Assegurada que esteja a estrutura profissional e a atmosfera de aceitação, a entrevista deverá permitir uma colheita rica de **informações contextualizadas**. O psicoterapeuta está concentrado em alcançar os detalhes do que é dito, atento ao ponto de vista do seu interlocutor. O profissional é **observador participante** – essencialmente **uma pessoa que ignora** a realidade do cliente e vai **deixar-se afectar** (como dizia a raposa no "Pequeno Príncipe"). Então, pondera e/ou delimita as **posições emocionais** que parecem modelar a sequência narrativa e dão colorido às preocupações expressas pela pessoa envolvida. Muitas vezes observa-se que o paciente reencontra as próprias experiências de uma forma nova, ao dizê-las ...

Na medida em que, no vai-e-vem do falar e em novos encontros, se alargam a percepção do sujeito acerca da **mobilidade típica da vida mental**, cria-se um certo "desequilíbrio cognitivo", que a toda a hora relança o diálogo e promove a redefinição.

Mas, este não é o instrumento essencial do psicoterapeuta de orientação dinâmica. **O seu instrumental cifra-se** na possibilidade dada ao cliente de se vir a encontrar informalmente com as suas emoções, contemplá-las nessa região fluida entre realidade e fantasia sustentada pelo consultor, mediador treinado para se irrem

desbravando, paulatinamente, as realidades do dia a dia entretecidas nas memórias e na reflexão na área transicional do sentir (Winnicott, 1953; Leal, 1993) onde o paciente tem acesso às suas fontes.

As emoções emergentes no relato possuem a qualidade de expressores de significados das relações interpessoais. São reveladoras do transtorno vivido a nível inconsciente pelo paciente (que o psicoterapeuta vai registando no seu foro interior). Esclarecendo-se o que se designa de "locus-de-ansiedade" – expressão e conceito de Melanie Klein¹ – encontram-se as indicações da **posição** nas "relações de objecto" que definem a dinâmica emocional do paciente, reflectindo-se e **transferindo-se** de situações antigas para situações correntes – e vice-versa.

Não me refiro ao fenómeno complexo de **transferência** de que Freud escreveu profusamente, mas a **modos inconscientes de organização da relação emocional Eu/Outro**.

Freud explicou o que designou de fenómeno transferencial como deslocação de **modelos** de trato com os **impulsos e com as regras parentais**, cujo conteúdo ideativo é mantido inconsciente². No sistema freudiano, o conceito de transferência ficou ligado à noção de "neurose de transferência", à evolução da doença e da sua cura. O significado das reacções, imbuídas de cargas antigas incompreensíveis e nada realistas, devia ser desmontado. Mas, curiosamente, a emoção transferencial sentida como incómoda para o prosseguimento da aná-

lise podia ser tolerada por Freud enquanto não impedisse a livre-associação³. Tendo estudado aturadamente a chamada "neurose de transferência" e as reacções ansiosas das suas pacientes que ele associava directamente aos impulsos sexual e agressivo, Freud interessou-se menos pelo aspecto empírico da potente emoção de transferência (que ele designou de universal e edipiana) e nunca a associou ao vínculo mãe/filho ou ao conceito de "relação de objecto" e à formação do "Eu" como origem do pensar, do sentir e do desejar.

Em consequência, os comentadores sugerem que o criador da psicanálise nunca se preocupou em formular uma teoria consistente do fenómeno emocional e seus componentes, interesse que hoje, curiosamente, foi recobrado no campo das neurociências. Neurologistas como por exemplo Bruce McEwan (1999), Joseph Le Doux (1989; 1999) e António Damásio (1994) estão cada vez mais interessados em compreender as emoções humanas (esse fenómeno subjectivo que

¹ ... que Amaral Dias traduz como: «ponto de emergência».

² Para o profissional reside aqui um problema que respeita às fantasias encontradas com a vulgarização do conceito de «transferência analítica», romanceada desde os tempos de Freud, que na comunicação social e nas novelas aparecem bordadas «ad infinitum».

³ "Provided only that the patient shows compliance enough to respect the necessary conditions of the analysis" ... (Freud, 1914, pg. 154).

dá sentido às nossas vidas e expressão às nossas alegrias e sofrimentos).

Apuraram que a vida emocional inconsciente é servida por circuitos cerebrais e endócrinos ligados ao complexo sistema imune, uma rede bem identificada de ressonâncias interceptadas na amígdala (uma componente essencial do sistema límbico do cérebro). Reconhecendo a distinção entre emoções profundas e afetos conscientes⁴, os autores diferenciam aquelas como entidades expressas em imagens do corpo ou dos lugares. Realçam que a essência do sentir se encontra sempre na justaposição de uma imagem corporal com uma imagem de alguma outra coisa – por exemplo, a imagem visual de um rosto ou a imagem auditiva de uma melodia ou a ligação com estados de espírito. A mente "**visualiza**", coloca em **imagens**: pensa mais por sensações e associações de fantasias, do que usando palavras – e por meio de imagens consegue alcançar ideias, lembrar acontecimentos e actualizar esperanças e desejos.

Estuda-se, hoje, o papel próprio e distintivo, subliminar, das emoções na economia da memória, na prontidão para a aprendizagem e na função de decisão frente aos desafios da vida. Lê-se na obra "*O erro de Descartes*" de António Damásio (1994): Se a vida das emoções se referencia a cada instante a **um conjunto das alterações dos estados do corpo associados a certa imagens mentais** activando um sistema cerebral específico – há que olhar os sentimentos de fundo, o sentimento da própria vida, a sensação de existir (Cf.: pág. 159) e, acrescente-

-se, os sentimentos de presença, de encontro e de perda, e os estados de relação que mobilizam todo o pensar e sentir.

De repente, o psicoterapeuta de orientação dinâmica encontra-se com direito de realçar a memória emocional, sua e do paciente, a ressonância implícita das imagens (não só visuais), e a capacidade de regulação mútua quando ambos se debruçam sobre as emoções básicas e sobre as cicatrizes do passado, sobre as teorias da infância e as metáforas que as exprimem. Subitamente, aparece-lhe o direito (e o dever) de analisar a indeterminação do presente, as expectativas que o transcendem, as hesita-

⁴ Já em 1969, R.M. Bergstroem (citado em Leal, 1975/85), estudando os parâmetros eléctricos do sistema nervoso central, distinguia, também nos humanos, dois tipos de características anatómicas de regulação dos processos de comunicação fisco-psicológica para assegurar a ultra-estabilidade em condições de mudança externa e interna no exercício das funções cerebrais: um fortemente selectivo (supostamente servindo a apreciação da informação provinda dos sentidos, e os processos espaço-temporais – produto improvável, no sentido estatístico) também ligado à regulação dos mecanismos hedónicos; e um segundo sistema que desencadeia reacções estocásticas de carácter aleatório, assegurando mecanismos de descarga e de oscilação a-temporal – certamente acoplada àquele – que este autor atribuía a um subsistema de apreciação emocional e expressão do organismo global.

ções das escolhas e as perplexidades da saúde psicossomática – tudo isto sem perder os importantes ensinamentos da prática psicanalítica e o respeito pelas forças e os meandros do **impulso inconsciente reprimido** que gerações de psicanalistas delimitaram. Assim (pese aos estudiosos da psicologia comportamentalista e cognitivista), hoje fala-se com mais à-vontade da livre-associação (a diferenciar do raciocínio ou da associação consciente) da memória emocional (a distinguir da memória das emoções), da regulação implícita da aprendizagem. Acredita-se na conjugação inconsciente das vivências que afectam o íntegro que é o humano; sabe-se que, ao não se reconhecerem os afectivos humanos, ao perder-se o elo do desejo com a fantasia e o sentido dos valores do viver – resulta confundido o sentimento íntimo **de consistência** da vida (o sentido **estético**), que os filósofos consagraram como fundamental para uma orientação **ética** do percurso humano.

Então, ao ponderar os problemas da intervenção clínica (psiquiátrica, psicoterapêutica e psico-social) temos na mira as contingências complexas da organização simbólica da mente – entre eventos de vida, perturbações da transacção emocional intra- e inter-organismos humanos e seus reflexos na saúde e nas vicissitudes do convívio social e familiar. É preciso abrir caminho para se pesquisar mais, na linha da inovação, acreditando no fenómeno criativo emergente (e não apenas divergente), caminhar para "O", como escreviam Teilhard de Chardin e também Wilfred Bion.

Os Meandros da Teoria das "Relação de Objecto"

Assim, colocam-se, hoje, de uma forma nova, as interrogações sobre a unidade psique/soma. Na cadeia dos significados da realidade humana em cada circunstância, "psique" e soma só artificialmente podem conceber-se em separado⁵. Também não podemos ignorar que **mente e corpo** (que deveriam constituir um sistema único) por vezes, misteriosamente se dividem para se agredirem mutuamente. Verifica-se a urgência de recolher mais dados de investigação acerca das condições de equilibração e/ou regulação deste complexo em que ao correr da vida se diferenciam a identidade pessoal, fisiológica e mental.

Postula-se que, originariamente, um padrão inato de relação emocional dialogante (assente no "dar-a-vez", o *turn-taking*) veicula a organização da mente⁶. Definindo-se reflexivamente como "Eu", origem de desejos, de actos e de pensamentos, respeitantes ao "Outro" e aos "Outros" e

⁵ Curiosamente, na gíria cristã afirma-se a crença na unidade psico-somática como exigência imprescindível da doutrina da ressurreição da *carne* (corpo imbuído de impulso e desejo): segundo os textos, a morte que produz a separação do corpo e do espírito é um **escândalo** – ponto de vista certificado pela metáfora de no paraíso haver como alimento a "árvore da vida".

⁶ Conferir em Leal (1993). O fenómeno humano da relação dialógica – 1993. In: M.R.M. Leal. *Grupanálise: Um percurso*. 1963-1993. Lisboa: S.P.G.

ao mundo circundante, o "filhote" humano vai assumir a intenção comunicativa dos gestos e adquirir estrutura simbólica (por nós referida à presença dialogante do "Outro" em que o "Eu" se pode reflectir). Assim se irão processar e codificar, a nível pré-verbal, os equilíbrios psicodinâmicos instáveis que constituem as estruturas emocionais básicas (Leal, 1975/85; 1979)⁷.

O termo "**relação-de-objecto**" designa originariamente o modo como cada um experimentou e de qualquer modo guarda dentro de si a vivência da sua relação com **as pessoas para quem**, um dia, foi – ou não foi – "**objecto**" de primeiros cuidados nutrientes e aconchegantes. Assim, caminhando sobre o chão da teoria e prática psicanalíticas – mas rejeitando a teoria dos impulsos – supõe-se que os padrões e ritmos desse primeiro encontro emocional, vão ser colocados em cena no trato humano, pela vida fora, entendendo-se esta relação primária como fonte e modelo de construção do mundo pessoal de cada humano. Postula-se que na situação de convívio psicoterapêutico, vão ser projectados os traços desse **relacionamento primário designado de "relação de objecto"**, aclarando-se aí os modelos de vinculação vividos e repetidos pelos anos fora.

No modelo relacional de psicoterapia que defendemos está implícito o paradigma da mente incorporada e da construção da instância "Eu" partindo da primeira "relação-de-objecto", **por diferenciação** da união-dual com o corpo da mãe. A sua elabora-

ção é imprescindível ao equilíbrio emocional, mas implica a separação e individuação do "filhote" humano. Este deve ser solto da união-dual para, **na continuidade** de uma primeira relação recíproca e alternante, se encontrar com o *socius* (mãe-pai-irmãos-e-outros).

No diálogo múltiplo, vivido também no brincar e na descoberta do mundo, o olhar da mãe e o olhar de outros ligados à mãe irão ressarcí-lo das suas perdas, emergindo um "Eu" resiliente, regulador das relações profundas da pessoa com o seu mundo interno e externo, em comunicação múltipla, flexível e aberta⁸.

Teorizar sobre a Técnica

O problema da inoperância prática na vida do dia a dia de tantas psicoterapias aparentemente bem sucedidas aconselha prudência e a dúvida metódica perante o trabalho de mobilização psicológica, que deve ser rigoroso nas suas concepções e orientações práticas.

⁷ Usam-se como referencial os paradigmas da comunicação encontrados na investigação dos etologistas, enraizados em von Bertalanffy e nos conceitos de *Umwelt* e a *Eigenwelt* – mundo ambiente e mundo próprio.

⁸ Usam-se como referencial os paradigmas da comunicação encontrados na investigação dos etologistas, enraizados em von Bertalanffy, e nos conceitos de *Umwelt* e a *Eigenwelt* – mundo ambiente e mundo próprio.

Na orientação apresentada neste trabalho, a psicoterapia procura centrar-se na compreensão do encontro, estando em causa a reconstrução da "relação de objecto" em que inevitavelmente psique e soma se entrosam originariamente. Se impera o paradigma de organização da instância "Eu", inserida na primeira "relação-de-objecto" e, se se afirma que a sua elaboração é imprescindível ao equilíbrio emocional, então a atenção livre-flutuante do profissional fixa-se nos processos de elaboração pertencentes aos primórdios da vida de relação, às projecções e identificações projectivas que o paciente revela nos seus relatos e nas suas atitudes.

Retardando a interpretação e, sobretudo, evitando a conclusão doutrinária (psicanalítica, cognitivista ou outra), no início, está em causa apenas colar-se ao relato do paciente, respondendo-lhe numa abertura de quem procura entender o que lhe contam. O profissional assume-se no papel de interlocutor das forças de vida do paciente, orientando-se pela dinâmica que possa revelar-se nos movimentos expressos no relato e nos silêncios, procurando modelar os ritmos do intercâmbio pré-verbal, dialógico. Ao deixar-se enquadrar pela comunicação do paciente, aposta no que considera o instrumento primeiro de organização do "Eu", o "vai-e-vem" recíproco e alternante, o *turn-taking* emocional.

Na medida em que é endereçado um trabalho de construção ou reconstrução do significado das experiências pelo paciente, há uma expectati-

va de um novo começo, estando implícita uma aposta de mudança possível – de que até poderá resultar alívio do mal-estar testemunhado.

A **postura** do/a cliente perante o seu universo interno, conforme expressa no encontro psicoterapêutico, é um dado de peso para compreender a dificuldade relacional presente. Dentro do contexto específico do intercâmbio psicoterapêutico, serão avaliados os caminhos que irão conduzir à mobilização dos seus recursos adaptativos e criativos. Para configurar os contornos desse modelo interno, deseja-se descortinar os matices da relação que o "Cliente" estabelece com o Profissional (o "**Outro**" ali presente) – de quem poderá sentir-se dependente porque procurando ajuda.

Mas, o diálogo no "aqui-e-agora" com um paciente engloba sempre "**outros**" que estão implicados na experiência dele/a e dão sentido ao que ocorre na narrativa – ou, pelo contrário, são negados como presença interna. Salvo no caso de autismo pronunciado, por exemplo em alguns psicóticos, em que os mecanismos de isolamento fazem desaparecer artificialmente quaisquer testemunhos implícitos da presença do "outro", há sempre "Outros" ou "Outro" que dão consistência ao modelo interno de relação que uma pessoa vive.

O conceito de "grupo interno" usado por alguns grupanalistas (Leal, 1968) corresponde a esta observação geral acerca do mundo de personagens e de papéis que moldam as chamadas "relações de objecto" do adulto⁹.

Quando se afirma que a "**relação de objecto**" originária caracteriza fortemente a presente interacção, ou seja, na comunicação actual com "**o outro**", pessoa ou pessoas de trato diário¹⁰, também se tem presente que, na hora de psicoterapia, o principal factor a prospectar silenciosamente no intercâmbio diz respeito ao padrão de ressonância emocional que se descortine que diz respeito à **posição do "Eu"** e à movimentação associativa dos personagens que tomam lugar na narrativa com que se expressa.

Se, por um lado, não é imediatamente evidente quem ou quais são os interlocutores internos que darão sentido ao vai-e-vem de cada hora – por outro, é certo que o **posicionamento** e a resposta por parte do psicoterapeuta privilegiarão esta ou aquela

configuração e condicionarão a mensagem subsequente. Por isso, o consultor procurará, sempre que possível, sem crítica, nem sinal de promoção, devolver para o cliente a **iniciativa de conduzir o rumo da comunicação**, apenas regulando as expressões em ritmos de vai-e-vem, apenas noticiando a sua presença activa (Leal, 1999; Daniel Siegel, 1999) – mesmo que isso o deixe perplexo por algum tempo e sem entender os rumos lógicos e subliminares do discurso.

Uma paciente, criadora e gestora de uma indústria de sucesso, vive sob grande pressão de actividade profissional e vida social variada e rica. Desconta o sucesso que detém como resultado de um impulso de sobrevivência de quem teve de lutar muito para alcançar o estatuto de que goza. Em pequena perdera os pais, perda que diz ter superado ... Sofre de doença letal que ataca em surtos – doença por alguns suspeita de envolvimento psicológico.

Em sessão, comunica-se com bastante desenvoltura e riqueza de expressões, mas não esconde um fundo de tristeza e refere mesmo acessos de depressão dolorosa. Afirma tristemente que o seu "Superego" é a realidade, e que não conhece outra imposição. Por isso também, odeia a realidade.

Neste dia, telefona a avisar que não poderá comparecer na hora de consulta. Fica muito surpreendida quando sugiro acertar, pontualmente, noutra hora possível para ela, o que aceita. Este simples gesto de disponibilidade (que o meu horário permitia) teve repercussões sem fim, a que haveríamos de voltar repetidamente.

⁹ Percebe-se, aqui, a íntima ligação entre a perspectiva de trabalho discutida no presente texto e as conceptualizações relacionadas com a intervenção psicológica grupalítica. (Conferir Leal, 1968 e respectivo comentário de S.H. Foulkes, 1968)

¹⁰ Veja-se o importante estudo empírico de Maria Cristina Sousa Canavarro, *Relações afectivas e saúde mental* (1999) que pode servir de pano de fundo a estas afirmações (no caso, na vertente cognitiva) sobre a repercussão das perdas da relação interpessoal com figuras primárias. Este trabalho não abrange as perturbações da relação mais precoce (anterior aos seis meses de idade) que se designa aqui de "relação de objecto", mas mostra a relevância para a saúde mental de experiências de vinculação ocorridas em idade pré-verbal.

*Viveu uma surpresa estranha, e um profundo conforto porque eu me preocupei para em me adequar concretamente às necessidades dela. Sentia que isto nunca lhe tinha acontecido. Concordou que a sensação dela respeitava ao papel filial que assumia ali, e que mostrava sentir que, nessa relação só tinha obrigações e não sentia que **pudesse serem-lhe reconhecidas necessidades** ... As associações a este episódio trouxeram muitas informações sobre as suas "relações de objeto". Foram para ela a revelação de uma total descrença na vida. Na verdade, **reconhecia haver nela, escondido, um sentimento de algo estragado**, o que ela supria com o seu sucesso profissional e uma vida de relação social e sexual que só se pode designar de exuberante.*

No sofrimento de que se fala em psicoterapia, quase sempre se encontra em falha, parcialmente ou completamente desembraiado, o instrumento que sustenta o diálogo interno a que nos referimos, para descodificação e construção do mundo de significados do paciente. Esta função equilibradora e reguladora deve ser encontrada e/ou reconstituída com o paciente nos moldes próprios da sua natureza e da sua mundividência e em consonância com o seu percurso.

Perante cada paciente difícil, e a cada hora, o profissional irá interrogar-se (antes de interrogar o paciente):

O que observo remete para uma matriz interna imersa num círculo destruidor de relacionamentos emocionais?

Ou encontro-me perante um "Eu" adormecido funcionando apenas minimamente?

Será que vislumbro uma matriz que se move no sentido da abertura onde se pode encontrar um lugar para a esperança?

Está aqui alguém apto para uma nova aprendizagem de regulação interna face aos desejos, às emoções e às vicissitudes do dia a dia? Como irei encontrá-la?

Seja qual for a resposta, para o/a paciente daquela hora, sabemos que é premente para ele/a a experiência da presença, do reconhecimento, da escuta, sem condições – para induzir a movimentação da mente, fazendo do **intercâmbio o novo berço de um treino activo do "Eu"** – esperando o tempo necessário, o momento em que a interpretação possa ter lugar.

Entretanto, sabemos que o nosso compromisso exige muito mais do que um posicionamento de respeito perante a vida de quem procura ajuda. Quantas vezes estamos perante um "Eu" que não apela nem espera resposta. Nos casos em que o "Eu" se esconde compulsivamente, não basta o apagamento humilde e a escuta atenta, na expectativa de alcançar a compreensibilidade do que se observa.

Se é verdade que o sinal, a iniciativa que encaminha para o intercâmbio, só pode vir do próprio paciente, este não deve ser abandonado ao silêncio (Wilfred Bion, em comunicação pessoal). Pois, se o "Eu" encarcerado do paciente procurou ajuda, ainda que sob qualquer pretexto inoperante, pertence ao profissional – quantas vezes a duras penas ... – encontrar o caminho para a abertura que lhe dê o direito à interpretação.

Um paciente, um adolescente em início de um relacionamento terapêutico, tem dificuldade de comunicação verbal espontânea, ainda que corresponda às intervenções da psicoterapeuta. Entre as poucas comunicações, feitas com um sorriso doce, relata duas situações concretas em que as atitudes de pessoas o fizeram sentir-se ultrapasado e sem resposta viável (A psicoterapeuta apreende que ele rejeita essa sua reação de confusão e percebe nele, encoberta, uma profunda depressão). Diz isso para ele que não confirma nem nega.

Na vigésima entrevista, semanal, afirma que não vale a pena continuar a vir, pois não se adapta à situação.

Afirmo a sua liberdade de abandonar a psicoterapia, e, também, que ambos temos percebido a sua dificuldade de livre comunicação. Ouvindo o silêncio subsequente, acrescento que me pertence a mim, e não a ele, procurar as pistas para superar a dificuldade – para, também, encontrar a maneira de abrir caminho.

Com expressão visual de surpreendido, diz que não quer interromper os encontros ...

Percebi que se considerava responsável por não estar a produzir uma psicoterapia satisfatória – mas não me permitiu avançar por aí ... Apenas, ao comparecer mais umas vezes, parecia significar com os seus silêncios cada vez mais extensos o mesmo impedimento de se comunicar.

Um dia, referindo os pais num qualquer contexto, disse que não valia a pena falar com eles, porque fosse o que fosse que dissesse eles tinham sempre uma imagem diferente do que ele transmitia. Comentei que, se calhar, o mesmo se aplicava a mim. Por isso não lhe apetecia falar.

Não concordou nem discordou ... E voltou o silêncio.

A dor deste paciente, ao tempo com um funcionamento *borderline* (que procurava trabalhar dentro de mim, mas me tolhia o pensar), lembra-me Coimbra de Matos (1999) ao falar-nos da depressão falhada. Como ir ao encontro do desamparo daqueles doentes que fizeram da realidade opaca o seu referencial e perderam o espaço que permite tocar e também diferenciar-se do "objecto" primário?...

Certos *borderline* e certos pacientes psicossomáticos, esses alguém sem acesso ao "objecto interno", que não conseguem enquadrar no seu íntimo as experiências de confusão na relação interpessoal, que nos pedem silenciosamente um investimento total — que não conseguem aceitar ...

Será que os poderemos alcançar alguma vez?

Abstract

Since Freud, indications for analytical psychotherapy were restricted to patients with diagnosis of clear ego-structures and a neurotic personality, excluding the formerly called "narcissistic personality structures".

There is a general consensus as to the risks in these cases and the preferred indication for drug therapy or behavioral or cognitive behavioral intervention techniques with a decided aim of relieving symptoms and correcting behaviors in restricted areas of adaptation to society's needs.

In a different orientation, dynamic,

psychoanalytical psychotherapy insists on emotional regulation in the face of reality and the value of search for coherence and meaning formation as a "salutogenic" strategy, even in the face of less well organised personalities.

Neurologists as, for example, Bruce McEwan (1999), Joseph Le Doux (1989; 1999) and António Damásio (1994) indicate a place for psychoanalytic psychotherapy, given the importance of implicit emotional organization for adequate global function.

In this context, we see the possibility (and the duty) to examine with our patients the experience of life's uncertainties, the perplexities of the moment and the expectations that transcend it, the uncertainties of decision taking and the personal responsibilities in caring for bodily and mental health – without losing touch with the important theoretical and practical orientations of generations of psychoanalysts and a healthy respect for the windings and forces of the unconscious.

Bibliografia

- Franz A, French T, et al. *Psychoanalytic Therapy*. New York: Ronald Press, 1946.
- Franz A. *Psychoanalysis of the total personality*. New York: Nervous and Mental Disease Publishing Company. Monograph Series. Nº 52, 1927.
- Canavarro MCS. *Relações afectivas e saúde mental: Uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto Editora, 1999.
- Damásio AR. *O erro de Descartes: Emoção, razão e cérebro humano*. Publ. Europa-América, 2ª Edição, 1994.
- Frank J. Indications and counterindications for the application of the standard technique, *J Am Psychoanalytic Association* 1956; 4: 266-84.
- Sigmund F. Remembering, repeating and working through. *St. Ed.* 12, 1914.
- Giovachini. *Tactics and technique in psychoanalytic therapy*. Jason Aronson, 1975.
- Hartman H, Kris E, Loewenstein RM. Comments on the formation of psychic structure. *The Psychoanalytic Study of the Child*. 1946; 2: 11-38.
- Leal MRM. Transference neurosis in groupanalytic treatment. *Group-analysis* 1968; 1, 2.
- Leal MRM. *Psychotherapy as mutually contingent intercourse*. Porto: Apport, 1993.
- Leal MRM. O fenómeno humano da relação dialógica - 1993. In: Rita. Leal. *Grupanálise: Um percurso*. 1963-1993. Lisboa: S.P.G, 1993.
- Leal MRM. *A psicoterapia como aprendizagem: Um processo dinâmico de transformação*. Lisboa: Fim de Século, 1999.
- LeDoux, Joseph. Cognitive -emotional interactions in the brain. *Cognition and Emotion* 1989; 3(4), 267-289.
- LeDoux J. The power of emotions. In: Roberta Conlan (Ed.). *States of mind*. Dana Press, John Wiley & Sons, 1999.
- Matos AC. Ser único e ter rosto: O binómio resiliente. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 1999; 1: 1, 17.
- McEwan B. Stress and the brain. In: Roberta Conlan (Ed.). *States of mind*. Dana Press, John Wiley & Sons, 1999.
- Rosenfeld H. Contributions to the discussion on variations in classical technique. *Int J in Psycho-analysis* 1984; 39: 238-49.
- Siegel DJ. *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. London: Guilford Press, 1999.
- Winnicott DW. Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis* 1953; 34.