

Psicanálise, Psicossomática e Imunidade*

António Coimbra de Matos**

Resumo

Para o autor, a personalidade psicossomática define-se como uma estrutura pré-depressiva dependente de uma falha empática precoce. O bebé, por falência do continente materno (aparelho psíquico da mãe), não desenvolve a capacidade de intropatia (leitura dos próprios afectos e interacções), abortando o seu desenvolvimento emocional, fantasmático e simbólico. A capacidade de reconhecimento do outro, o diferente e estranho fica, ela também, embotada. Não se desenvolve, então, uma relação de intimidade fina e discriminante (diacrítica), mas grosseira e indiferenciada (protopática), monótona e desinteressante, feita à custa de um esforço adaptativo.

*Quando em perda, desiludido, o sujeito não tem acesso à depressão (verdadeira, psíquica), que lhe permitiria o reconhecimento da falta e a sua respectiva elaboração (trabalho depressivo). É uma **depressão falhada**. Acontece apenas a depressão biológica, a “retirada conservadora”, uma espécie de hibernação com fraca capacidade de resposta aos estímulos agressivos; então, a adaptação biológica falha e a doença instala-se.*

*O desencadeante, recente ou remoto, da doença psicossomática manifesta é uma perda afectiva (como em toda a depressão) que **não é reconhecida**, desenvolvendo-se apenas a reacção biológica de retirada da luta pela sobrevivência. Não é um esgotamento (pelo esforço na luta), mas uma desistência – a “morte” da luta biológica pela vida.*

Palavras-chave: Personalidade pré-depressiva. Depressão falhada. Desregulação da relação.

I

A minha experiência psicanalítica em patologia psicossomática revelou-me o seguinte:

Pacientes em análise por motivos que não o sofrimento somático, mas com história de doença orgânica crónica ou recidivante (úlcera duodenal, colite ulcerosa, doença de Crohn, anemia grave) ou patologia somática surgida durante a cura analítica (tuberculose pulmonar, neoplasia maligna, artrite reumatóide), apresentaram todos um período de depressão profunda e longa, de cariz, as mais das vezes, melancólico, com poderoso introjecto maligno. A resolução analítica da depressão, e sobretudo da estrutura depressiva da personalidade, levou, sistematicamente, a uma

* Conferência no Colóquio Internacional de Psicossomática, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, 26 e 27 de Setembro de 1997.

melhoria notável da doença orgânica ou mesmo à cura; e sempre para além do prognóstico ou expectativa dos especialistas médicos que os trataram.

Não havia em nenhum deles história anterior de depressão manifesta. Porém, um traço depressivo de personalidade específico e típico, mas diferente da habitual personalidade depressiva, foi-se tornando visível à minha atenção e observação e compreensível no seu funcionamento, finalidade e consequências. Designamos essa condição, inicialmente e à falta de melhor termo, por *depressividade*; e mais tarde, por *pré-depressão* ou *personalidade pré-depressiva*.

Não é idêntica à personalidade depressiva corrente; precisamente, pela ausência do abatimento depressivo ou quebra da vitalidade, diminuto entusiasmo e pouca esperança. Pelo contrário, os doentes têm energia, mas é uma energia de esforço.

Em que consiste então?

São pessoas com uma forte *tendência à idealização objectal* – extensiva ou circunscrita, conforme se associa a uma grande sociabilidade ou, pelo contrário, a uma componente esquizóide ou mesmo esquizo-paranóide. Auto-alimentam-se da idealização do objecto, idolatrando o ente amado, que enaltecem, respeitam e veneram. Não esperam, nem obtêm, em significativa medida, a retribuição devida e desejável. Agradecem o simples facto de poderem amar. A gratidão, levada ao exagero, é o tributo pela licença de existirem. Adaptam-se com placenteria, fervorosamente, ao desejo do outro. São felizes fazendo

os outros felizes; felizes ... à sua maneira, abdicando do desejo próprio, que quase ignoram. Vivem, pois, num amor não correspondido. O que, necessariamente, é deprimente, depressígeno. Mas não sentem, não vivem a depressão. É como se não tivessem um aparelho psíquico para sentir os sentimentos – e estes não são mentalizados, escoando-se na vertente somática, como estados corporais. A insatisfação não é percebida como estado afectivo (alexitimia) e muito menos reconhecida como ligada ao acontecimento insatisfatório (não integração afectivo-cognitiva). A falência da elaboração dos afectos é, contudo, o facto essencial. O melancólico não sabe o que lhe falta, mas sabe que lhe falta algo (um amor envolvente, sabemos-lo nós hoje em dia). O **pré-depressivo** não sabe sequer que lhe falta algo – apenas ficou, quando ficou, a sensação corporal vaga de um mal-estar indefinido. Da experiência frustrante ou de privação afectiva, o único registo é o rasto somático. Falando a vivência emocional, a autorregulação do investimento objectal fica à deriva – encontrando-se este investimento, o investimento libidinal, à mercê da atracção--captação pelo objecto necessitado e narcísico; o investimento não se encolhe ou retrai como no processo autístico, que se desenvolve em face de um objecto não responsivo, indiferente ou rejeitante. Aqui, no processo psicossomático, o sujeito depara-se com um objecto captativo, que suga investimento amoroso.

A regulação da relação de objecto

é um processo essencial no desenvolvimento psicológico. Se falham os indicadores emocionais, o indivíduo fica ao sabor dos impulsos – comportamento impulsivo ou de *acting-out*, sociopático, em norma – ou guiado pelos atractores, à mercê do capricho dos objectos, comandado pelos outros, que captam o afecto positivo, deixando o *self* do sujeito inundado pela agressão que o objecto repele: *acting-in*, doença psicossomática.

No *self* do paciente fica um vazio, um buraco; que precisa de amor para seu preenchimento estrutural, estruturado e estruturante. Mas o sujeito, o Eu, ignora essa necessidade; e, consequentemente, não procura satisfazê-la. Como resultado da *insatisfação existente mas ignorada*, gera-se uma raiva imensa, sem finalidade (nem objecto, nem objectivo), uma raiva em regra apenas sentida como tensão, desconforto ou irritabilidade – ou nem sequer sentida – e quase sempre não reconhecida, não ligada a eventos, pessoas ou propósitos discerníveis (sem causa, objecto, nem projecto – fora da lógica ou da razão), raiva difusa e invasiva que se espalha em ondas excitatórias descontroladas por eferentes nervosos vários.

Quer dizer, a não percepção ou insuficiente percepção afectiva prejudica a regulação relacional, e a desregulação da relação introduz turbulência na homeostasia. Constitui-se, assim, um estado somático de desequilíbrio e agitação – uma zona de frio e turbulência: um sistema caótico com propriedades e funções emergentes, algumas organizadoras

de novos equilíbrios e desenvolvimentos, outras auto-fulminantes e involucionais.

Como se vê, centramos a patologia na **desregulação da relação**; e a etiologia na perversão narcísica do objecto, que impede o desenvolvimento do aparelho para sentir os sentimentos (aparelho de intropatia) do sujeito.

Falamos, então, da *depressão falhada* do psicossomático, da depressão que não chegou a organizar-se; da depressão cujo desenvolvimento suspenso será ou deve ser retomado na análise; bem como, na mesma análise, deve ser feita a reparação da falha na nova relação – construtiva, desevolutive e sanígena.

O sacrifício próprio, do qual estes pacientes pouco ou nada se apercebem, é intenso e permanente. Todavia, o que se desgasta não é o narcisismo ou auto-estima, expandidos no derrame do amor objectal, mas o corpo, ao qual são solicitados trabalhos gratuitos e esforços desmedidos.

A identidade própria funde-se ou molda-se na identidade do outro, que é a sua forma ou molde. Na análise tendem a não pensar, mas a assimilar o pensamento do analista, substituindo o pensamento autónomo pelo pensamento do objecto.

São muito dependentes, embora a dependência seja pouco notada, porque encoberta pelos comportamentos de cuidar dos outros – de cunho mais parental do que filial.

São extremamente inseguros, mas a insegurança está disfarçada pela adesão à ordem instituída e aos valo-

res e convicções prevalecentes no meio objectal em que se movem.

Aqui, o sujeito cresce por identificação maciça ao objecto ideal pré-concebido. O que acarreta duas consequências desastrosas: (a) não tem uma identidade própria e exclusiva, pois não fez uma identificação diferenciada; e (b) não conhece o objecto real, que é puro suporte da projecção do objecto ideal. Assim, os choques com o objecto real são inevitáveis e a culpa que se vai acumulando canaliza a agressão para o *self* corporal, único objectivamente diferente – e logicamente responsável pela ira contra o objecto: se amo tanto o meu objecto só a minha maldade intrínseca e original, corpórea, me pode levar a atacá-lo; porque eu, pessoa, tal como me conheço, sou bom como o objecto.

A finalidade da idealização objectal primitiva e constante é manter a segurança, não perder o objecto.

Mas de onde vem este objecto ideal realizado, concretizado ou materializado em determinada pessoa real, e que se vai projectando em outras. Não é só da pré-concepção original, mas da concepção que o sujeito fez do objecto primário, idealizando-o para encobrir a malignidade que nele sentia, e clivando e introjectando a parte maligna sentida – em introjecção nuclear, passando a ser ele próprio o mau, e em introjecção orbital, constituindo o introjecto/Super-eu maligno, assim organizando o *self* global depressivo.

Só que na psicossomatose a estruturação depressiva é muito precoce,

numa época em que quase não existe mente – no sentido de aparelho psíquico, aparelho de pensar – mas apenas uma protomente, que ingere (introjecta) tudo o que a mente – seio vaza (projecta), apenas separando como espúrio o mais terebrante (constituição do introjecto maligno), e, por outro lado, a proto-mente mantém e até reforça a idealização, pela imprescindibilidade do objecto (sem objecto, morre). É este objecto imprescindível mas maligno que está na raiz da doença psicossomática.

O seu representante interno é o introjecto maligno. Este introjecto vai "saltar" durante o processo analítico. As mais das vezes, no decurso de uma reacção terapêutica negativa, com agravamento dos sintomas e mal-estar, sobretudo psíquicos, agravamento atribuído ao tratamento e/ou ao psicanalista, com raiva expressa na transferência, não raro de uma forma tumultuosa. É então uma reacção terapêutica positiva aparentemente negativa pela emergência do afecto (de raiva) ligado à experiência traumática. Desta, da experiência traumática, não ficou traço mnéstico, mas apenas a emoção dolorosa e/ou o vazio (*vazio traumático*); uma roendo o corpo, o outro sinalizando a falta de afago e aconchego. Dor esquecida que agora se revela em fúria, possibilitando a deflexão da agressividade; carência/ /vazio que o paciente vagamente sempre sentiu (daí a depressividade larvada), mas que afanosamente tentava ignorar pelo aplicado preenchimento da vida e das necessidades dos outros (trabalho e dedicação).

A observação psicanalítica de doentes com patologia psicossomática mostrou-nos, então, duas ordens de factores:

1. Personalidade predisponente.
2. Acontecimento psíquico desencadeante.

1. A personalidade predisposta é uma variante específica da estrutura depressiva com um particular estilo de relação de objecto: Idealização objectal coadjuvada por incapacidade de ver ou intuir os aspectos negativos e *estranhos* do objecto. Assiste-se a uma verdadeira alucinação negativa, não reconhecimento ou forclusão – mas *no plano afectivo*. O indivíduo exclui da representação emocional do objecto tudo o que é mau ou *diferente de si próprio* (estranho).

É a não anotação, o não registo, processamento e integração daquilo que no outro é diferente – e eventualmente perigoso e maligno para o sujeito – o funcionamento, ou disfuncionamento, típico da pessoa predisposta a adoecer organicamente. Quer dizer: o indivíduo não vê objectivamente o outro, vê-o projectivamente, por identificação projectiva benigna ou positiva (o objecto adquire as virtudes que o sujeito possui).

E o sujeito vive numa idealização ilusória ou iludente; deixando-se adormecer no que julga um paraíso – o paraíso simbiótico de dois seres idênticos. Doce ilusão, cujo destino mais provável é um dia ruir fragorosamente.

2. Um dia, a realidade negada do outro, do objecto, adquire tal evidência que perfura o escotoma do sujeito. É o momento de queda da grande ilusão, quase delírio (uma delusão), que sustentava toda a vida e projecto de vida do predestinado à doença. Um acontecimento real, pela sua notoriedade e espessura perceptiva, impõe a realidade, até então ignorada, à consciência adormecida ou anestesiada – e na sua sequência verifica-se o acontecimento psíquico da grande e terrível desilusão.

Mas é incrível, o sujeito não pode acreditar. O impensável – porque nunca pensado, imaginado – surge, aparece na sua concretude fenomenal. O considerado impossível tornou-se real, sem ter passado pelo possível – pela fantasia, pelo sonho, pela previsão. Não estava no horizonte, invadiu o espaço subjectivo; é difícil ser agora pensado. A surpresa e sobretudo a desorganização provocada é tal que a tendência é para o recalçamento – esquecer, remover da consciência; o impensável fica impensado.

E a depressão, sequência lógica do desapontamento, da perda afectiva, não se desenvolve. É a *depressão falhada*; que, não se desenvolvendo, não cumpre a função de elaborar a perda, reorientar o investimento, transformar a atitude e resposta relacionais e despejar e tratar os resíduos: a *raiva*. Uma função essencial do trabalho depressivo – o tratamento dos *lixos tóxicos* – falha.

A raiva sem destino externo, acumulada no interior, emperra e perturba o funcionamento mental, funcionamento esse já anteriormente desorientado, atordoadado, apático e menos adaptativo pela desilusão e pela não aceitação (recusa) da realidade traumática. Por outro lado, a mesma raiva cria zonas de turbulência e desorganização homeostática, nichos ou redes onde se pode instalar o caos. Um dos *loci* de depressão e desorganização somáticas pode ser o sistema imune, com alteração das suas funções de defesa e/ou de cognição biológicas.

II

A incapacidade para reconhecer as porções malignas e estranhas do outro tem dois níveis:

1. Em alguns pacientes, doentes mais graves e propriamente psicossomáticos, é uma incapacidade primária para conhecer ou *intuir* os aspectos negativos e diferentes do outro – uma incapacidade de os ler ou sentir através da emocionalidade própria, seja uma incapacidade de reconhecer os estados afectivos próprios (pelos quais conhecemos, como se sabe, em primeira mão – antes da razão, a qualidade afectiva e intencionalidade do outro na relação conosco). Há apenas sentimentos vagos, ténues e mal discriminados – protopáticos –, que não são transformados em

elementos afectivos diacríticos pela falta, ou falência, do aparelho mental (ou dos centros nervosos? – zonas pré-frontais ventro-medianas) para sentir (processar e integrar) os sentimentos. Será isto, provavelmente, o fundamento da alexitimia. Seja como for, o indivíduo não faz, de facto, este necessário reconhecimento do outro, não tem ou não usa esta capacidade intuitiva de perceber quem é o objecto na relação com ele, sujeito; e relaciona-se, por conseguinte, às cegas, guiado somente pelo seu desejo.

2. Outros doentes, de funcionamento mais neurótico, intuem as propriedades afectivas do outro, designadamente a sua malignidade, mas recalcam de imediato e totalmente esse conhecimento. E acabam por funcionar, na relação, exactamente como os primeiros. Só que são mais facilmente analisáveis e o sucesso terapêutico em relação à doença orgânica é mais rápido e de melhor qualidade; bem como o crescimento psicológico obtido na cura analítica – a transformação mental é nítida, grande, em espiral ascendente verdadeiramente expansiva.

Quero sublinhar, por imposição de rigor, que rarissimamente, para não dizer nunca, o paciente é só isto. Este funcionamento em alucinação negativa da malignidade e alteridade do

objecto é uma parcela maior ou menor do funcionamento mental individual, um traço fino ou cheio da sua personalidade. A mesma pessoa funciona noutras circunstâncias ou noutras relações de modo diverso. Cada um de nós, não tem uma multiplicidade de eus, mas possui várias formas, mais ou menos duradouras, de funcionar. É uma noção que é necessário ter presente.

III

O funcionamento em idealização objectal introduz um gradiente de assimetria no sistema relacional binário, com hipertrofia e hiperdominância do elemento (parceiro) idealizado, cujo efeito atractor se vê potencializado. Como resultante, a identidade formal do sujeito vai-se fundindo, moldando, na identidade do objecto; com progressiva descaracterização do primeiro, do sujeito.

Destarte, o indivíduo esvazia-se de conteúdo no objecto idealizado (identificação projectiva desidentificante), ao mesmo tempo que adquire a forma do objecto real de relação, a cujo padrão obedece – é uma fotocópia, um *xerox* deste. O que corresponde a uma introjecção nuclear formatizante – uma espécie de líquido viscoso que infiltra o *self* e lhe tolhe os movimentos, o inibe na sua capacidade criadora (temos-lhe chamado um super-eu difuso e infiltrante, não separado e delimitado).

Logo, produz-se um afundamento do *self* no deslizar pelo declive da relação assimétrica, que se revela por

uma depressão branca, com menor ou mínima ressonância emocional da dor. Este abatimento transmite-se ou repercute-se no funcionamento biológico.

Aquando da desilusão traumática, da erupção violenta da realidade do investimento do sujeito pelo seu objecto, a turbulência gerada, e quase impossível de sentir e pensar, desagua no soma. O relacional e afectivo despenha-se no biológico. *A desregulação relacional desregula os afectos e, por sua vez, esta desregulação desregula a homeostasia.*

Summary

The author defines psychosomatic personality as a pre-depressive structure which depends on an early empathic failure/absence. The child, through failure of the mother/continent (the mother's mental structure), does not acquire the ability to read his own emotions and interactions thereby terminating his emotional, fantasy and symbolic development. The ability to recognise the other, the different/strange is also blunted/diminished. A monotonous, undifferentiated and uninteresting relationship, rather than an intimate and discriminative one, is made through an adaptive effort.

When at loss, the subject has no access to depression (real, mental) which would allow him to recognise the failure/absence and to elaborate it (depressive work). It is a failed depression and only the biological adaptation leads to illness.

The trigger of psychosomatic disease, whether recent or past, is an affective loss

(as in all depression) which is not recognised; only the biological reaction of withdrawal from the struggle to survive takes place. It is not a break-down due to effort but rather a "giving-up" death of the biological struggle to survive.

Key-words: *Pre-depressive personality; failed depression; maladjusted relationship.*

BIBLIOGRAFIA

- Coimbra-Matos A. Personalidade depressiva e depressão. *Jornal do Médico* 1982; Vol. 109, nº 1989 : 834-845.
- Coimbra-Matos A. O trabalho de elaboração do sofrimento depressivo. *Jornal do Médico* 1982; Vol. 109, nº 1992: 972-976.
- Coimbra-Matos A. Enquadramento genético do síndrome depressivo. *Jornal do Médico* 1985; Vol. 118, nº 2128: 357-362.
- Coimbra-Matos A. Psicanálise e desvinculação objectal primária. *Jornal do Médico* 1985; Vol. 118, nº 2120: 30-33.
- Coimbra-Matos A. Depressão: Estrutura e funcionamento. *Rev.Port. de Psicanálise* 1986; nº 4: 75-85.
- Coimbra-Matos A. A Depressão na Infância e na Adolescência (Conferência no VII Encontro Nacional de Pedopsiquiatria, Beja, Dezembro). Policopiado, 1996.
- Coimbra-Matos A. Da Emoção ao pensamento: O afecto no conhecer do outro. *Rev Port Psicanálise* 1996; nº 15: 83-92.
- Engel & Reichsman. Spontaneous and experimental induced depression in an infant. *J Amer Psychoanalytic Ass* 1956; nº 4: 428-452.
- Freud S. On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description "anxiety neurosis". *S.E.* 1985; III: 90-117, Hogarth Press, London.
- Greennson R. L'empathie et ses phases diverses. *Rev. Fr. de Psychanalyse* 1961; nºs. 4,5,6: 801-814.
- Taylor GJ. The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Exper Clin Psychiat* 1994; Vol. X, nº 2: 61-74.

Informação sobre o autor

** Psiquiatra e Psicanalista