

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*



DEPRESSÃO E PATOLOGIA PSICOSSOMÁTICA

**Cláudio Ricardo da Silva Domingues**

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia Aplicada**

Especialidade em Psicologia Clínica

**2008**

DEPRESSÃO E PATOLOGIA PSICOSSOMÁTICA  
Cláudio Ricardo da Silva Domingues

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*

DEPRESSÃO E PATOLOGIA PSICOSSOMÁTICA

**Cláudio Ricardo da Silva Domingues**

Dissertação orientada pelo Professor Dr. António Coimbra Aires de Matos

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia Aplicada**

Especialidade em Psicologia Clínica

**2008**

Dissertação de Mestrado realizada sobre a orientação de Dr. António Coimbra de Matos, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do Grau de Mestre na especialidade em Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGESS nº 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## **Agradecimentos**

À minha família, mãe, avó, por todo o apoio e paciência.

Ao Prof. Camilo, pelos anos de amizade e pela ajuda prestada. Por me demonstrar que a aprendizagem vai muito além dos meros conteúdos acadêmicos.

Ao Prof. Coimbra de Matos, com quem tive a oportunidade de fazer o meu percurso universitário, por ter partilhado muito do seu conhecimento e da sua experiência psicanalítica.

Por ter incentivado sempre os alunos a irem mais além, a serem originais e independentes quanto baste.

A todos os meus colegas de turma, obrigado.

**Resumo:** Procurámos neste artigo investigar se uma doença psicossomática pode surgir no lugar de uma depressão, impossível de ser vivida e elaborada pelo indivíduo. De acordo com Coimbra de Matos e Pierre Marty na raiz da doença somática está uma depressão precoce, anterior aos seis meses de idade, sem objecto. Será esta mesma personalidade que nos períodos de crise irá fazer uma depressão falhada, uma depressão sem depressão psíquica mas com depressão biológica, sobretudo ao nível do aparelho imunitário. Sami-Ali considera que se existiu um recalçamento ele opera desde a primeira infância, tornou-se coextensivo ao sujeito, o que lhe permitiu adaptar-se socialmente, abstraindo-se daquilo que é enquanto subjectividade. A ausência da subjectividade dá lugar a uma depressão caracterial, ficando a somatização dependente de uma situação de impasse.

**Palavras – Chave:** Depressão Falhada; Depressão essencial; Depressividade; Depressão à Priori; Patologia Psicossomática

**Abstract:** In this article we aimed to investigate whether a psychosomatic disorder can arise instead of a depression, unable to be experienced and performed by the individual. According to Coimbra de Matos and Pierre Marty, underneath the somatic illness lies an early depression, that took place before the individual reached the 6 months old, without the object. This seems to be the same kind of personality that in crisis periods will develop a *failed depression*, a depression without psychic depression, with no mental representation, but with a biological expression, mainly through the immune system. Sami-Ali believes that if repression occurred, it operates since early childhood, becoming commensurate to the subject, which enabled him to fit in socially, leaving its own subjectivity behind. The absence of subjectivity, leads to the formation of a characterial depression, in which somatization is dependent on a state of deadlock.

**Key – Words:** Failed Depression; Essential Depression; Depressivity; Depression a Priori; Psychosomatic Disease

## Índice

Introdução.....	1
Desenvolvimento.....	1
Conclusão.....	27
Referências Bibliográficas.....	28
Revisão da Literatura.....	29

## Introdução

Como é sabido a depressão é considerada a doença do século, no entanto, a depressão que aqui nos propomos investigar é outra. Interessa-nos saber se a doença psicossomática pode surgir no lugar de uma depressão, impossível de ser vivida e elaborada pelo indivíduo. Sem amor não existe a possibilidade de perde-lo, a depressão não se desenvolve, é uma depressão falhada. A depressão permitiria a elaboração da perda e o renascimento da esperança. A carência afectiva não consciencializada e elaborada psiquicamente repercute-se no soma (Coimbra de Matos, 2003).

Procuraremos responder à questão inicialmente levantada através das teorias de Coimbra de Matos, Pierre Marty e Sami-Ali e dos conceitos depressão falhada, depressão essencial e depressão a priori. A depressão essencial é uma depressão sem objecto, sem auto-acusação nem mesmo culpabilidade consciente, onde o sentimento de desvalorização pessoal e de ferida narcísica se orienta para a esfera somática. Um tal quadro para nós deve ser associado à precariedade do trabalho mental (Marty, 1993).

Sami-Ali (1992) irá sublinhar a importância que dá ao recalçamento da função do imaginário, conseguido em benefício da adaptação social que mediatiza o Super-ego corporal. Dai resulta uma patologia marcada *a priori* pela depressão e em que a formação caracterial prevalece sobre a formação sintomática, ligada ao insucesso do recalçamento. Para o autor a somatização aparece em correlação negativa com o imaginário quando, numa situação de impasse, o conflito se revela insolúvel porque impensável (a=não a). O que cria, independentemente de qualquer doença orgânica particular ou qualquer perfil psicológico específico, uma situação de risco máximo que dispõe à somatização. Esta pode ser precipitada pela perda, impossível de elaborar, do objecto narcísico (Sami-Ali, 1992).

## Desenvolvimento

Depressividade e depressão falhada são conceitos diferentes, que traduzem realidades psicopatológicas diversas. Embora próximas, não são iguais, se bem que possam coexistir

(Coimbra de Matos, 2003).

Segundo Coimbra de Matos (2003) a depressividade é um traço de personalidade constituído por uma depressão latente e larvar com atributos de depressão introjectiva e anaclítica. Sendo uma perturbação estável, egossintónica e permanente, ela configura uma pré-disposição à doença depressiva, quer como depressão introjectiva, quer como depressão anaclítica.

Na origem da depressividade está uma carência afectiva e uma repressão precoces. A sua origem relaciona-se com perdas afectivas cumulativas na primeira infância e limitação/proibição excessiva do comportamento espontâneo e reactivo (Coimbra de Matos, 2003).

A depressão falhada é uma depressão não organizada mentalmente, uma depressão sem depressão, uma depressão sem objecto (Coimbra de Matos, 2003).

Aqui, a depressão traduz-se pelo abatimento do sistema imunitário, é uma depressão biológica. Há uma diminuição da reactividade dos sistemas biológicos de adaptação e um abatimento da auto-regulação homeostática, bem assim como da capacidade auto-reparadora do organismo (Coimbra de Matos, 2003).

Na disposição psicossomática tem maior relevo a depressão falhada. Esta, organiza-se antes da representação unificada do objecto de vinculação. Nessa altura, ou seja, até aos seis meses de idade não existe uma representação do objecto libidinal minimamente estável. Assim sendo, não existe lugar para o sentimento de perda do objecto, depressão anaclítica, ou para a perda do amor do objecto, depressão introjectiva (Coimbra de Matos, 2003).

A ausência ou insuficiência do bom objecto interno, por outras palavras, a inconstância e condicionalidade do amor do objecto pelo sujeito, geram um clima afectivo interior em que o sujeito sofre e deprime-se, ou nega e adocece somaticamente. Segundo Coimbra de Matos (1999a) a depressão ou é assumida como doença mental e pode eventualmente ser elaborada, é o *deprimido* que sofre psiquicamente e que tem possibilidade de vir a curar-se, ou não é aceite como doença psíquica e faz sofrer o corpo, é o *depressivo* que adocece somaticamente e faz sofrer os outros.

A personalidade predisposta à doença psicossomática assenta na sua condição protomental. Esta é oriunda de perdas/ofensas *registadas mas não pensadas*, anteriores ou na

ausência de memória de reconhecimento, quer dizer, antes da capacidade de reconhecer o objecto de vinculação ou em estado mental de impossibilidade de reconhecimento (Coimbra de Matos, 2003).

É num processo de repressão original anterior à capacidade ou que impede a capacidade de representar psiquicamente a experiência, mais especificamente no seu excesso, violência, abuso de utilização e/ou precocidade de uso que Coimbra de Matos (2003) situa o *primum movens* da patologia psicossomática.

O recalçamento primário é um mecanismo primitivo de defesa psíquica do Eu. O acontecimento traumático não é representado nem integrado mentalmente. Deste, fica apenas a emoção desencadeada e os impulsos activados, que constituem o conteúdo típico de significado desconhecido do recalçado primário; também algumas impressões sensoriais, imagens isoladas, actos estereotipados e reacções fisiológicas que persistem ou se repetem (Coimbra de Matos, 2003).

Coimbra de matos (2003) sublinha a importância que dá, por um lado, à perda afectiva e à experiência amorosa frustrada - *a perda de um relação que ficou aquém do desejo e do fantasma* - na patogenia do fundo depressivo da patologia psicossomática e por outro lado, à experiência traumática - *primariamente recalçada* - omissa em termos representativos conscientes e memorizada em afectos.

É através do *inconsciente potencial* ou *virtual*, um espaço constituído por desejos e fantasias não realizadas que melhor podemos compreender o recalçamento primário. Por *falta*, carência do meio, houve uma ausência de experiência necessária, que deixou uma *falha* ou lacuna no aparelho psíquico e no *Self*. Foi um trauma por omissão (Coimbra de Matos, 2003).

Não há recalçado, porque não houve experiência traumática a recalcar. O trauma, foi a ausência de experiência. É o que o autor designa por inconsciente não recalçado, vazio.

O *vazio traumático* estabelece uma *fissura* que isola o inconsciente virtual do recalçado e do consciente. Em virtude desta fenda ou clivagem o paciente repete, impelido pela tensão de necessidade, comportamentos de busca mal orientados - *procura não diferenciada ou pouco significativa*. Por exemplo, a busca dos mais variados objectos na depressividade ou depressão latente e crónica: tóxicos, alcoolismo, tabagismo, dependência

de pessoas pouco significativas, etc. Há um comportamento do tipo obsessivo e repetitivo para preencher um vazio, o que Coimbra de Matos (2003) designa por vazio depressivo.

A não satisfação da necessidade impede a experiência de satisfação e, desde logo, a memorização dessa experiência e o despertar do desejo e da fantasia. Segundo Coimbra de Matos (2003) existe uma «área branca» no espírito: com emoções de tensão, desconforto interno, insatisfação hipersensibilidade à frustração, irritabilidade e moções de tendência a agir e à descarga (no comportamento externo, de relação com o mundo – *acting out* – e no comportamento interno dos órgãos – *acting in*); existem afectos sem conteúdo ideativo («sonhos brancos», «medos sem nome», «depressões sem rosto», «irritações sem alvo», «terrores sem fantasma», etc.) e actos sem finalidade.

Estas experiências não compreendidas, não simbolizadas em palavras nem elaboradas pelo pensamento, são facilmente esquecidas e/ou recalcadas pela sua presença incómoda. É este o recalçamento primário, que conduz à formação de um «segundo inconsciente primário», recalcado, que Coimbra de Matos (2003) designa por *inconsciente metaprimário* ou pré secundário.

Na depressão falhada ou depressão sem rosto faltou a adequada e oportuna resposta objectal e a satisfação da necessidade de aconchego. Segundo Coimbra de Matos (2003) o que desencadeia a depressão falhada é a *perda empática* original e reiterada; ou seja, a desarmonia afectiva na díade, a falência da afinação afectiva (*attunement*) por parte do objecto.

A depressão falhada é devido a uma falha empática precoce ocorrida com o objecto de vinculação, a mãe, em regra. A falta de intuição e de investimento amoroso do bebé pelo prestador de cuidados está na origem desta falha básica que condiciona esta reacção depressiva, que é a depressão de todo o ser sem vivência depressiva a que Coimbra de Matos (2003) chama de *depressão falhada*.

A depressão basal que encontramos na patologia psicossomática é outra e de outra natureza. É o desinvestimento da mãe pelo bebé por retracção narcísica. É a depressão autêntica – por perda de amor – da primeira infância, não resolvida e enquistada, que observamos na depressão de fundo da patologia psicossomática (Coimbra de Matos, 2003).

É esta perda afectiva ignorada ou vivida como luto e não elaborada na dimensão

mental depressiva, com tristeza, infelicidade, culpa, raiva, humilhação e ressentimento, uma das grandes causas do adoecer somático (Coimbra de Matos, 2003).

Na patologia psicossomática, assistimos ao *não investimento da realidade objectal*. Não existe desinvestimento porque não houve investimento (Coimbra de Matos, 2003).

Segundo Coimbra de Matos (2003) tudo se passa a um nível de *emocionalidade protopática*. O sujeito não foi investido diacriticamente como ente específico e diferente dos outros, e como tal, não existe nem sente existir no interior, na mente do objecto. Falhou a *constância do sujeito no interior do seu objecto*, aquilo que lhe daria uma identidade, um rosto. Este é o sujeito alexitímico, não reconhecido e que não se reconhece. Não sabe quem é porque não sabe diferenciar aquilo que sente, em termos de um sentimento discriminado, diacrítico, de si mesmo.

A relação com o outro é uma relação branca, sem espessura afectiva nem dimensão imaginária. Sem zanga, conformista, hiperadaptada à realidade. É o que o autor designa por «normopata».

A pessoa predisposta à patologia psicossomática não foi ou foi insuficientemente investida de início pelos seus pais, como indivíduo único e excepcional. Não foi o centro da sua atenção, apressado e estima. Não ficou no foco dos seus olhares. Não recebeu aquele olhar apaixonado que cria a coesão ao *self* e a intencionalidade do eu (Coimbra de Matos, 1999b).

Nos períodos intercríticos, a personalidade psicossomática tece-se à custa de um processo defensivo de traça obsessivo/maníaca com isolamento, supressão da capacidade de leitura emocional – pensamento operatório, esforço adaptativo de cariz maníaco, alexitimia. Segundo Coimbra de Matos (1999b) o indivíduo não tem “*rosto interno*” (psíquico) para poder imaginar, sentir, amar, chorar, criar, escolher, decidir, ser ouvido, eleito e acatado.

Com reduzido investimento narcisante, sem afecto, o bebé vai crescer por um lado anónimo, sem identidade, e por outro, deslibidinizado, sem uma sexualidade viva. Um ser pragmático com uma sexualidade funcional, sem fantasia, sem emoção (Coimbra de Matos, 1999b).

Sem um investimento diferenciado, a pessoa não existe. Está aquém do sentimento de abandono, antes da depressão. A defesa é muitas vezes o funcionamento obsessivo-maníaco, a ordem e a eficiência em conjugação com a adaptação esforçada, outras, o *acting-out*,

operando acções no exterior de forma a impedir o esvaziar de energia e acções / destruições dentro, o *acting-in*. Agir, ainda, através do comportamento manifesto de forma a dar coerência a um *self* em eminência de dispersão (Coimbra de Matos, 1999b).

Mal amado pelo objecto, o psicossomático tem um narcisismo dependente, com *locus* de regulação externo, ou vários *loci* no exterior. O narcisismo autárcico, de regulação interna, não é atingido (Coimbra de Matos, 1999b).

A esta lacuna ou falha narcísica básica o sujeito vai responder com um duplo comportamento: submissão e conformismo por um lado, e por outro, adaptação ao real servida por uma lógica da razão, conveniência, utilidade. Vale dizer, sendo o servo e seguidor do objecto-lei / norma / modelo, abdicando de qualquer autonomia (norma própria) e o certo e correcto, preciso e conciso, adequado e oportuno, objectivo (Coimbra de Matos, 1999b).

O conformismo-adaptação é um *desvio desenvolvimental*, um desenvolvimento alternativo. Por outras palavras, sujeição à lei do objecto, sujeição à razão lógica e experimental. O pouco ou nenhum espaço para o desejo próprio, para a fantasia e lógica dos afectos, dá lugar a um pensamento neutro (sem desejo) e literal (nunca figurado ou simbólico). Perde-se a dimensão relacional, afectiva, o indivíduo vive para fazer as coisas (Coimbra de Matos, 1999b).

A depressão não vivida, em que o indivíduo não sente dor, culpa, tristeza, é também uma depressão não elaborada: Nem sequer se vislumbrou o trabalho depressivo de acesso e compreensão da relação depressígena em que o sujeito se sentiu desamado, oprimido pelo objecto e desqualificado, controlado e mal tratado, vítima indefesa da prepotência do objecto, explorado e vampirizado directamente ou em face da pessorrência do objecto, e miserável perante a petulância deste. Muito menos sentiu a relação de economia depressiva e depressivante, na qual o sujeito sempre deu mais do que aquilo que recebeu do objecto (Coimbra de Matos, 1999b).

É uma depressão que falhou como sinal de uma situação relacional externa e interna de mortificação e morte. Uma vivência apenas sustentada pela inconsciência primária ou secundária defensiva, pelo que encerra de inquietante e demolidor. Depressão que falha no seu propósito intrínseco, provocar a mudança, pois não foi vivida como acontecimento

psíquico (Coimbra de Matos, 1999b).

Segundo Coimbra de Matos (1999a) pacientes em análise com história de doença orgânica ou patologia somática surgida durante a cura analítica, apresentaram todos um período de depressão profunda e longa, na sua maioria de cariz melancólico, com poderoso introjecto maligno. A resolução analítica da depressão e sobretudo da estrutura depressiva da personalidade levou a uma melhoria notável ou mesmo à cura da doença orgânica.

Não existia nesses pacientes história anterior de depressão manifesta. Porém, um traço de personalidade específico e típico, mas diferente da habitual personalidade depressiva, foi-se tornando visível à atenção e observação do autor. Coimbra de Matos (1999a) designou essa condição, inicialmente e à falta de melhor termo, por *depressividade*, e mais tarde por *pré-depressividade* ou *personalidade pré-depressiva*.

Não é idêntica à personalidade depressiva corrente, com abatimento depressivo ou quebra de vitalidade, diminuto entusiasmo ou falta de esperança. Os pacientes têm energia, porém, é uma energia de esforço (Coimbra de Matos, 1999a).

São pessoas com uma forte *tendência a idealização objectal*, extensiva ou circunscrita, à qual se associa uma grande sociabilidade ou uma componente esquizóide ou mesmo esquizo-paranóide. Auto-alimentam-se da idealização do objecto, que enaltecem, respeitam e veneram. Não esperam, nem obtêm, a retribuição devida e desejável. É deprimente e depressígeno, porém, não sentem, não vivem a depressão. É como se não tivessem um aparelho psíquico para sentir os sentimentos, e estes, não mentalizados, escoassem na vertente somática, como estados corporais. É esta falência da elaboração dos afectos que Coimbra de Matos (1999a) designa como facto essencial.

O melancólico não sabe o que lhe falta, mas sabe que lhe falta algo. O pré-depressivo não sabe sequer que lhe falta algo, apenas ficou, quando ficou, a uma sensação superficial de um mal-estar indefinido. Da experiência frustrante ou de privação afectiva, apenas ficou o rasto somático. Sem vivência emocional, a auto-regulação do investimento objectal fica comprometida, encontrando-se este investimento, à mercê do objecto, necessitado e narcísico (Coimbra de Matos, 1999a).

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,

através de um comportamento impulsivo ou de *acting-out*, sociopático em norma, ou guiado pelos atractores, à mercê dos caprichos dos objectos que captam o afecto positivo, deixando o *self* do sujeito inundado pela agressão que o objecto repele, *acting-in*, doença psicossomática (Coimbra de Matos, 1999a).

No *self* do paciente fica um vazio, que precisa de amor para seu preenchimento. Mas o sujeito, o Eu, ignora essa necessidade, e por isso, não procura satisfazê-la (Coimbra de Matos, 1999a).

Como verificámos, Coimbra de Matos (1999a) centra a patogenia 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. Segundo Coimbra de Matos (1999a) da depressão cujo desenvolvimento suspenso deve ser retomado na análise, assim como, na mesma análise deve ser feita a reparação da falha através da nova relação, construtiva, desenvolvutiva e sanígena.

A identidade própria destes pacientes 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 próprio pelo do objecto (Coimbra de Matos, 1999a).

Aqui, o sujeito cresce por identificação maciça ao objecto ideal pré-concebido. Não tem uma identidade própria, pois não fez uma identificação diferencial e não conhece o objecto real, que é uma projecção do objecto ideal. Desta forma, os choques com o objecto real são inevitáveis e a culpa que se vai acumulando canaliza a agressão para o *self* corporal (Coimbra de Matos, 1999a).

Na psicossomatose a estruturação depressiva é muito precoce, numa época em que quase não existe mente, mas apenas uma proto-mente que introjecta tudo o que a mente do objecto projecta, separando apenas aquilo de mais terrível, constituindo o introjecto maligno. Por outro lado, a proto-mente mantém e reforça a idealização, sem objecto morre. Segundo Coimbra de Matos (1999a) é este objecto imprescindível que está na raiz da doença psicossomática.

Da experiência traumática não ficou traço mnéstico, apenas a emoção dolorosa roendo o corpo e / ou o vazio traumático sinalizando a falta de afago e aconchego. Dor

esquecida que se revela em fúria, relativa à carência / vazio que o paciente vagamente sempre sentiu (daí a depressão larvada) e sempre tentou ignorar, pelo aplicado preenchimento da vida e das necessidades dos outros (Coimbra de Matos, 1999a).

A observação psicanalítica de doentes com patologia psicossomática pelo autor, permitiu-lhe observar duas ordens de factores: - Uma personalidade pré-disponente que consiste numa variante específica da estrutura depressiva com 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 alucinação negativa, não reconhecimento ou forclusão – *mas no plano afectivo*. O indivíduo exclui da representação emocional do objecto tudo o que é mau e *diferente de si próprio*. – Um acontecimento psíquico desencadeante. É o momento em que a realidade negada do outro, adquire tal evidência que deixa de poder ser ignorada. É o momento de queda da grande ilusão, quase delírio, que sustentava todo um projecto de vida do predestinado a doença.

E a depressão, sequência lógica da perda afectiva, não se desenvolve. Segundo Coimbra de Matos (1999a) 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*. Falha uma função essencial do trabalho depressivo, o tratamento dos *lixos tóxicos*.

A raiva sem destino externo, acumulada no interior, perturba o funcionamento mental, este, já anteriormente desorientado, apático e menos adaptativo pela desilusão e não aceitação da realidade traumática. Por outro lado, a mesma raiva cria zonas de turbulência e desorganização homeostática, onde se pode instalar o caos. Segundo Coimbra de Matos (1999a) um dos *lóci* de depressão e desorganização somática pode ser o sistema inume, com alteração das suas funções de defesa e / ou cognição biológicas.

Segundo Coimbra de Matos (1999a) a incapacidade para reconhecer as porções malignas e estranhas do objecto tem dois níveis. Alguns doentes mais graves e propriamente psicossomáticos são incapazes de conhecer ou *intuir* os aspectos negativos e diferentes do outro e de reconhecer os estados emocionais próprios. Apresentam apenas sentimentos vagos, ténues, mal discriminados, ou seja, protopáticos, que não são transformados em afectos diacríticos, pela falta ou falência do aparelho mental. Será isto provavelmente o

fundamento da alexitimia. Outros doentes, mais neuróticos, intuem as propriedades afectivas do outro, sobretudo a sua malignidade, mas recalcam de imediato e acabam por funcionar na relação exactamente como os primeiros.

O funcionamento em idealização objectal produz um gradiente de assimetria no sistema relacional binário, com hipertrofia e hiperdominância do parceiro idealizado, cujo efeito atractor se vê potencializado. Desta forma, a identidade do sujeito vai-se fundindo, moldando na identidade do objecto, com progressiva descaracterização do sujeito (Coimbra de Matos, 1999a).

Logo, produz-se um afundamento no *self* no deslizar pelo declive da relação assimétrica, que se revela numa depressão branca, com a mínima ressonância emocional à dor. Este abatimento repercute-se no funcionamento biológico (Coimbra de Matos, 1999a).

Aquando da desilusão traumática, ou seja, 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 (Coimbra de Matos, 1999a).

Coimbra de Matos (2003) aponta estados como a zanga contida, o sonho falhado, o ressentimento com pouca consistência e a depressão falhada como os principais factores que podem desencadear perturbações psicossomáticas. Emoções que a pessoa não percebe, não as resolve e que por isso se tornam crónicas, causando efeitos orgânicos.

A retirada libidinal, sem desejo de satisfação nem desejo de objecto, caracteriza o desinvestimento psicótico. É esta *retirada da libido* que encontramos também na patologia psicossomática. Só que, na psicose, o doente delira, constrói uma realidade imaginária, enquanto na patologia psicossomática adapta-se à realidade frustrante, transnificando-a como boa. À razão da necessidade de adaptação impõe-se uma subtracção ou desistência do prazer de viver. É uma «depressão falhada» como temos conceptualizado, pois nem a tristeza de perda se organiza. O sentimento de perda é banido ou nem sequer se forma (Coimbra de Matos, 2002).

A retracção da libido acompanha-se de uma inibição da actividade lúdica, assim como de toda a acção conducente ao prazer relacional. Portanto, a uma inibição da

«actividade de luxo», essencial e especificamente humana (Coimbra de Matos, 2002).

A inibição da acção criativa e criadora que vamos encontrar em toda a patologia mental, máxima na catatonia acinética e no estupor melancólico, é escondida pela cobertura de zelo e esforço pragmáticos e funcionamento psíquico operacional na perturbação psicossomática (Coimbra de Matos, 2002).

O sonho não reproduz a informação que ficou na memória recente ou antiga, consciente ou inconsciente, do realmente experimentado ou apenas imaginado, mas *produz*, com essas informações mnésticas de factos ou pensamentos preexistentes, o que nunca existiu na realidade nem na fantasia. O sonho faz então aparecer o que sem ele jamais seria visto. O sonho transforma em pensamento e imagem o que o corpo sente sem saber que sente (2002).

Segundo Coimbra de Matos (2002) o paciente psicossomático sonha muito pouco, provavelmente porque o acesso a esse mundo oculto lhe está vedado. Talvez lhe seja difícil a leitura do criptograma somático ou sofra de uma alexia dos sinais do corpo, e por isso, este adoece.

O que faltou ao paciente psicossomático foi uma relação continente, um «útero mental», o funcionamento alfa da mãe, capaz de dar sentido às angústias e aos afectos do bebé (Coimbra de Matos, 2002).

Segundo Coimbra de Matos (2002) sem esta resposta, as soluções são a psicose e o desligamento do objecto, e o *reverso da psicose*, o desligamento de si próprio. A denegação atinge a realidade afectiva, o sentir, e por arrastamento, aquele que sente, o próprio. Denegação de si mesmo, denegação da subjectividade, amputação do ser.

Sem esta capacidade de acesso ao sofrimento básico, à falta e aos sinais que a revelam, tristeza, desânimo e tédio, a depressão, não vivida, não será elaborada e mais ao menos resolvida e ultrapassada. Fica no corpo, estagnada em lume brando, roendo o soma, emperrando o seu funcionamento. Depressão sem depressão, sem sinais, é um processo crónico de apodrecimento pelo empobrecimento de respostas adaptativas de confronto com os *stressores*, só estratégias passivas de *coping*, pela falência dos mecanismos auto-reguladores e auto-reparadores biológicos (Coimbra de Matos, 2002).

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 suficiente e atempada estimulação. Este regulador periférico é o pensamento, com a sua capacidade de prever e antecipar, informando o processo de decisão (Coimbra de Matos, 2002).

Alheias à vivência depressiva, as relações destas pessoas são sempre superficiais, pouco empáticas, utilitárias. Porém, a economia do afecto redundando no não abastecimento narcísico, no agravamento do traço depressivo egossintónico, da existência banal porque lhe falta a distinção dos afectos. Segundo Coimbra de Matos (2002) 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 e se alastra à vida libidinal.

Falhou o processo dialéctico continente / conteúdo, em que o sujeito se gera despertando a capacidade geradora de objecto. É o bebé real que a mãe interpreta e a quem responde. O *self* real cresce em defeito, o indivíduo não se encontra. Perdido pelo objecto, perdido de si, adapta-se, funciona segundo as regras (Coimbra de Matos, 2002).

O não encontro com o prestador de cuidados talvez seja o factor essencial na etiologia do perdido de si, daquele que não forma sentimentos, pois não encontra símbolos para os pensar, palavras para os exprimir e comunicar. Do que não constrói pictogramas para representar os seus momentos existenciais. Assim como, daquele que ficou aquém da subjectividade, e se queda, resume e concentra na explicação mecânica da articulação de peças brutas da experiência de si com o mundo. Triste sem o saber (depressão falhada) porque incapaz de se sentir (perdido de si) já que não sentido (construído no sentimento) (Coimbra de Matos, 2002).

O que o bebé sente, interpreta e constata é o amor e a admiração da mãe por ele. É desta forma que se constitui o sujeito, ao ver-se a si mesmo no brilho dos olhos da mãe. O sujeito psíquico nasce, assim, fora da experiência de si mesmo. Nasce da e para a relação. Segundo Coimbra de Matos (2002) somos todos filhos da mente das nossas mães. Por isso,

alguns não chegam a ser, pois tiveram mães sem mente para eles.

A experiência de estar vivo como sujeito depende directamente do sentimento de ser amado. Estando dentro do objecto, no afecto e na memória, pode viajar pelo exterior, sem risco de quebrar o vínculo e perder o sonho. Porque, então, nesse tempo, foi representado o símbolo, o representante do que para o sujeito a coisa significa (Coimbra de Matos, 2002).

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 coexistência dialéctica, só adquirem significado quando um dos existentes pressupõe a existência do outro (Coimbra de Matos, 2002).

Com frequência, encontramos no período anterior ao despoletar da doença somática uma situação vivencial negativa para o sujeito. São períodos longos ou relativamente curtos de acontecimentos *stressantes* com repercussão emocional surda. A emoção, reprimida ou suprimida, fica enclausurada. Com isso, o conhecimento do evento traumático é esbatido, o seu reconhecimento negado e o significado lesivo para o sujeito ignorado. 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 como insignificante, não traumático, ao próprio e ao observador (Coimbra de Matos, 2002).

É o negativo porque abaixo do limiar da sua revelação consciente. Negativo, maléfico, por oposição ao positivo, benéfico. Negativo porque nega, infirma uma existência. Negativo porque rouba e ocupa o lugar da ausência (Coimbra de Matos, 2002).

Acontece que na parcela de funcionamento psicossomático da mente há um *abafamento da revolta*. O medo é de tal ordem que impede a formação / *consciência* da raiva. Segundo Coimbra de Matos (2002) a intolerância / *intolerabilidade* da dor ajuda à missa negra.

Estamos ao nível das emoções primárias, medo, raiva, entusiasmo. Os sinais de alerta, ansiedade-sinal e *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 que a segunda prepara. Fica o desgaste do ferimento sofrido e a perda do não conseguido (Coimbra de Matos, 2002).

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, sem a representação consciente / inconsciente do objecto perdido. Logo, sem depressão, a depressão falhada, a depressão sem passado (Coimbra de Matos, 2002).

No psicossomático há uma dupla desistência: da *intimidade partilhada* com o outro e da *intimidade pessoal*, nem o sonho autístico persiste. É a mente plana, uma vida sem sentido. O Eu, que sonha e que ama, esmagado, não formado. Há uma sideração da capacidade de sonhar, criar e amar (Coimbra de Matos, 2002).

Segundo Coimbra de Matos (2002) não há *sentimento de perda e elaboração desse sentimento*. Não há pois, doença depressiva, com introjecção do objecto perdido, culpa e diminuição da auto-estima. Por conseguinte, não existe 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. Falha a depressão clínica, mental, o processo de elaboração psíquica, é a depressão falhada.

No *inconsciente originário* as energias instintuais e pulsionais não se encontram significadas, senão nas suas formas mais puras (as funções psicossomáticas) que encontram para se expressar. Segundo Marty (1993) parecem ser as disposições genéticas individuais e o Inconsciente, nos seus primeiros aspectos, que dão seu molde inicial e sua maneira de ser às funções.

O Inconsciente originário, aplicar-se-ia desde o início à realização do programa da espécie humana, de acordo com os encontros entre o sujeito e o seu mundo exterior. Ele permitiria que tomassem forma, em sua partida, e se desenrolassem, na ordem individual, as organizações funcionais do desenvolvimento e dos equilíbrios homeostáticos (Marty, 1993).

Em qualquer fase da vida, as funções, estejam isoladas umas das outras ou organizadas entre si (até à sistemática do adulto), não podem integrar senão uma quantidade limitada de excitações instintuais ou pulsionais. Quando essa quantidade de excitações é limitada, os impulsos dinâmicos em jogo contribuem para os fenómenos da consciência progressiva do desenvolvimento individual e das ligações interfuncionais necessárias ao equilíbrio homeostático. Vê-mos aqui os *sinais e os instintos das pulsões de vida*, as pulsões correspondendo aos níveis psíquicos da excitação. Quando as excitações persistem em

quantidade demasiado grande, a função ou os sistemas funcionais excessivamente excitados desorganizam-se. Aqui, vemos o  *sinal das Pulsões de Morte* (Marty, 1993).

As actividades fantasmáticas e oníricas permitem integrar as tensões pulsionais e protegem dessa forma a saúde física individual. O PO - pensamento operatório, que evidencia a carência funcional dessas actividades, vai naturalmente acompanhar as perturbações somáticas. É um pensamento consciente, sem ligação com movimentos fantasmáticos apreciáveis. Ele duplica e ilustra a acção, precede-a ou segue-a num campo temporal limitado entretanto. Segundo Marty (1993) as relações do sujeito com os seus interlocutores habituais ou particulares traduzem-se numa relação “branca”.

O PO não utiliza mecanismos mentais neuróticos ou psicóticos. O isolamento do inconsciente não parece do tipo obsessivo, já que não procede de um distanciamento por manipulação mental ou verbal do material psíquico (Marty, 1993).

O PO surge desprovido de valor libidinal, nem sempre permite a exteriorização da agressividade, revela-se inapto em subentender a dramatização sadomasoquista. Pode ser considerado uma modalidade do processo secundário, devido à sua orientação para a realidade sensível, a preocupação de causalidade, de lógica, de continuidade. A ligação deste pensamento a coisas e não a conceitos abstractos, sugere a precariedade da conexão com as palavras, assim como um investimento de nível arcaico (Marty, 1993).

A noção de “vida operatória” substitui a de PO para melhor dar conta da redução do pensamento face à importância dos comportamentos. As poucas representações que parecem existir, assim como os sonhos, são pobres, repetitivos, contendo a marca do actual e do factual (Marty, 1993).

A investigação de um sujeito operatório evidencia, na maioria das vezes, a persistência, automática, de um certo carácter em detrimento das organizações do Ego. Segundo Marty (1993) estamos na presença da redução do indivíduo a uma certa uniformidade social.

Segundo Marty (1993) a depressão psicossomática ou depressão sem objecto, seria melhor designada como *depressão essencial*, já que constitui a essência mesma da depressão, ou seja, o rebaixamento do nível do tónus libidinal sem qualquer contrapartida positiva.

Esta sintomatologia depressiva define-se pela *falta*: apagamento, em toda a escala da

dinâmica mental (deslocamentos, condensações, introjecções, projecções, identificações, vida fantasmática e onírica). Não se encontra nesta depressão “conveniente” a relação libidinal, regressiva e ruidosa das depressões neuróticas ou psicóticas. Sem contrapartida libidinal, a desorganização e a fragmentação ultrapassam sem dúvida o domínio do mental, o fenómeno é comparável ao de morte, onde a energia vital se perde sem compensação. Menos espectacular que a depressão melancólica, leva mais certamente à morte. O instinto de morte é senhor da DE (Marty, 1993).

A DE estabelece-se quando acontecimentos traumáticos desorganizam um certo número de funções psíquicas, cujas capacidades de elaboração fracassam. Deve-se buscar manifestações negativas e naturalmente pouco perceptíveis (Marty, 1993).

Angústias difusas frequentemente precedem a DE. Automáticas no sentido clássico, importunas. Traduzem a profunda aflição do indivíduo, provocada pelo afluxo de movimentos instintuais não dominados. O Ego submerso mostra assim a sua desorganização. A angústia não representa ou não representa mais o sinal de alarme, ela é o alarme (Marty, 1993).

Nota-se o apagamento funcional dos dois sistemas tópicos freudianos. Não existem desejos, apenas interesses maquinais. O ego cumpre da pior maneira e de modo evidente, os seus papéis de ligação, de distribuição e de defesa. Está apartado de suas origens e desorganizado. O desaparecimento dos sentimentos inconscientes de culpabilidade constitui um dos sinais principais da DE. O consciente recebe mas não emite. A supressão das relações originais com os outros e consigo mesmo, assim como, a perda de interesse pelo passado e pelo futuro, demonstram que é no nível do pré-consciente que sobretudo se constata os danos. A ausência de comunicação com o inconsciente constitui uma verdadeira rotura com a sua própria história. O factual e o actual impõem-se à ordem de cada dia (Marty, 1993).

A estrutura fundamental resulta, esquematicamente, primeiro da qualidade psíquica segundo a organização dos dois sistemas tópicos freudianos, a seguir das relações complexas entre o funcionamento mental e os comportamentos. As diversas proposições são complementares. Uma organização do Ego de acordo com a segunda tópica (neuroses mentais e neuroses bem mentalizadas) implica uma organização satisfatória do Pré-consciente da primeira tópica, ao mesmo tempo que exclui a prevalência do comportamento.

A ausência de um Superego pós-edipiano, ao contrário, assinala a fragilidade do Ego, assim como os riscos de uma má mentalização e da prevalência do comportamento (neuroses mal mentalizadas e neuroses de comportamento). Dificuldades clínicas diferenciais apresentam-se. As mais significativas são: distinguir a ferida narcísica causada por uma perda de objecto de um complexo de castração, distinguir as ofensas narcísicas ou a vergonha de uma culpabilidade pós-edipiana, distinguir o Superego pós-edipiano dos imperativos de outras origens, distinguir enfim as actividades comportamentais de aparência edipiana daquelas de uma organização genital da fase edipiana (Marty, 1993).

Despromovidas de uma parte de suas significações anteriores, como as diversas figuras de retórica (como a simbólica) ficaram sem uso, a fala parece conservar-se apenas para descrever os eventos e intermediar as relações. A sexualidade em sentido mais amplo, encontra-se excluída do verbo. O pénis não evoca mais a castração (Marty, 1993).

Às vezes as representações parecem ausentes. Por vezes, mesmo carregadas de conteúdos verbais (porém as palavras parecem reduzidas ao estado de coisas), as representações mostram-se limitadas e superficiais, reproduzindo directamente percepções vivenciadas na realidade. Traços mnésicos eventualmente puros, pouco numerosos e pouco sujeitos a associações de ideias, essas representações parecem simples testemunhos de eventos registados. Isto como se as complexidades da vida mental não existissem para estes indivíduos, como se o afecto que o Ego promove nos outros, aqui estivessem afastados. A ausência ou limitação e a superficialidade das representações reduzidas às das coisas, a restrição dos afectos apenas às coisas em questão, a falta de simbolização do verbo, fizeram com que circunscrevêssemos as *neuroses de comportamento*. Os sujeitos em causa, capazes de levar uma vida eficiente e satisfatória, enriquecida às vezes por expressões sublimatórias artísticas, não encontram, na realidade, outras possibilidades senão traduzir na actualidade e na acção os movimentos inconscientes. Descrevemos, na mesma perspectiva, mas em grau menor de pobreza as *neuroses mal mentalizadas* (Marty, 1993).

Entre o conjunto formado pelas “neuroses de comportamento” e pelas “neuroses mal mentalizadas” com representações ausentes ou raras, superficiais e pouco associativas e o conjunto formado pelas “neuroses mentais” clássicas e “neuroses bem mentalizadas” com representações relativamente fáceis, profundas e associativas, figura uma terceira categoria

de neuroses, que pela sua importância numérica merece a nossa atenção. As possibilidades representativas e associativas dos sujeitos em causa variam consideravelmente no *tempo*. As variações do pré-consciente destes sujeitos levaram-nos a qualificar o seu conjunto de *neuróticos de mentalização incerta* (Marty, 1993).

Consideramos como *lacunas fundamentais* as insuficiências quantitativas e qualitativas das representações psíquicas bem como as insuficiências de conotações afectivas dessas representações. Essas insuficiências devem-se ou às deficiências congénitas ou accidentais das funções sensório-motoras da criança ou da sua mãe, ou o mais frequente, aos excessos ou às carências dos acompanhamentos afectivos da mãe. Consideramos como *lacunas secundárias* a incerteza no tempo de rememoração de regiões mais ao menos vastas de representações não recalcadas, mas facilmente sujeitas a evitamentos e repressões. Estas regiões parecem longitudinalmente ligadas a tonalidades desagradáveis das inscrições que lhes correspondem a um ou vários períodos de vida. Essas lacunas secundárias podem acarretar irregularidades graves do funcionamento mental, cujo risco em psicossomática já conhecemos (Marty, 1993).

Quanto mais o Pcs de um sujeito se mostrar rico de representações permanentemente ligadas entre si, mais a patologia eventual correrá o risco de se situar na vertente mental. Quanto menos o Pcs de um indivíduo se mostrar rico de representações, de ligações entre as que existem e de permanência das representações e de suas ligações, mais a patologia eventual correrá o risco de se situar na vertente somática (Marty, 1993).

Segundo Marty (1993) as qualidades do Pré-consciente bem como a comunicação entre Inconsciente e Pré-consciente que a isto se relaciona são, definitivamente, as melhores garantias de uma organização mental, senão defensiva face aos conflitos, pelo menos adaptada à elaboração dos conflitos e aberta à relação.

O Ego-Ideal, aspecto conservado ou reencontrado do narcisismo primário, testemunha uma insuficiência evolutiva parcial do aparelho mental que entrou particularmente a organização temporal-espacial individual, o Pré-consciente e o Ego, imagens sucessivas de *medida* do “princípio da realidade” durante o desenvolvimento (Marty, 1993).

O Ego-ideal é um conceito que não se traduz teoricamente como uma instância nem clinicamente como uma função do aparelho mental. Não pertence ao núcleo do inconsciente,

sua presença relativamente rara ressalta isso. Não é produto de recalcamientos. Não provém de interiorizações e sua presença, permanente ou passageira, mostra-se particularmente incompatível com a de um Superego pós-edipiano. Não depende de identificações secundárias, pois apesar de frequentemente serem encontrados nos pais sistemas idênticos, também são encontrados sistemas marcados pelo Ideal do Ego e por organizações superegógicas severas. Parece que estas características parentais, constituem apenas uma causa original do Ego-ideal da criança. A imagem ideal que o sujeito tem de seus pais, vem então juntar-se ao narcisismo primário, ambos não elaboráveis. A “criança comportada”, parece neste sentido, uma forma clínica precoce da presença do Ego-ideal (Marty, 1993).

O Ego-ideal não deixa lugar às deliberações íntimas, nem às regressões, como regressar aquém do narcisismo primário, senão morrendo? Por essas razões, não existe problemática de castração, nem recuos narcísicos secundários (Marty, 1993).

Representando um “todo” de invulnerabilidade ou um “nada”, já que o fracasso diante da realidade se acha vivenciado como uma ferida narcísica (desorganizadora da esfera somática, pois não existem possibilidades de recuo) e não como uma culpabilidade negociável, o Ego mostra-se eminentemente mortífero (Marty, 1993).

Segundo Marty (1993) a perspectiva de adaptação do adulto e as suas condições de vida faz com que nele se determinem arbitrariamente três domínios essenciais, diferentemente mobilizáveis de acordo com os sujeitos: o do aparelho somático, de essência arcaica que, sem perder toda a sua flexibilidade adaptativa biológica e funcional, se encontra pouco disposto a significativos distanciamentos de sua sistêmica; o do aparelho mental, o mais longo a ser individualmente determinado, o mais recentemente estabelecido, o mais sujeito teoricamente a regressões e a reorganizações; o dos comportamentos, sempre presentes no decorrer do desenvolvimento, finalmente mais ao menos relacionados, e até mesmo submetidos, à ordem mental. Quando a disponibilidade conjugada do aparelho mental e dos sistemas de comportamento se encontra ultrapassada, prejudicada por uma nova situação, é o aparelho somático que responde.

O fluxo das excitações instintuais e pulsionais, de essência agressiva e erótica, constitui o problema central das somatizações. As excitações podem ser elaboradas no aparelho psíquico e ser expressas em traços de carácter e de comportamento. É necessário

ainda que elaborações e expressões se apliquem precisamente às excitações em questão. A quantidade das actividades mentais e das condutas nada resolve enquanto os valores afectivos - agressivos e eróticos – não corresponderem às necessidades actuais (mas fundadas no passado) do sujeito. Os obstáculos ao fluxo conveniente das excitações provém: no seio do aparelho mental, ou de uma insuficiência fundamental do sistema pré-consciente das representações, ou de uma desorganização psíquica por fragilidade desse sistema, ou de inibição, de evitamentos ou repressões das representações, ou da precedência de um Ego-ideal entravando qualquer regressão. No nível dos comportamentos, de impossibilidades ou de insuficiências funcionais ou de inibições, de evitamentos ou de repressões das condutas agressivas e eróticas (Marty, 1993).

Podemos considerar esquematicamente dois pólos extremos nos processos de somatização: o das desorganizações psicossomáticas (que origina finalmente doenças evolutivas), às quais se seguem desorganizações mentais, trata-se aqui de desorganizações progressivas; o das regressões somáticas (que origina por definição doenças reversíveis), as quais se assemelham às regressões mentais, acompanhando-as ou completando-as (Marty, 1993).

As neuroses bem mentalizadas abriam regularmente espaço a doenças reversíveis; as neuroses mal mentalizadas e as neuroses de comportamento, a doenças evolutivas. As neuroses de mentalização incerta, a doenças reversíveis na maioria dos casos, a doenças evolutivas nos casos de desorganizações psíquicas, de repressões maciças e duráveis das representações ou de precedência notável do Ego-ideal (Marty, 1993).

O *desencadeamento* de uma somatização sucede, num tempo mais ao menos longo de latência, a uma desorganização mais ao menos profunda do funcionamento mental. O tempo pode ser curto, a somatização, frequentemente do tipo regressivo, rápida e até mesmo imediata. O tempo pode ser longo e, mais frequentemente então, a desorganização progressiva. Uma desorganização, primeiramente mental portanto, é sempre acompanhada por uma depressão, pouco marcada quando uma solução regressiva surge sem tardar, longa e do tipo essencial, já que não existe lugar para uma regressão sintomática mental quando das desorganizações progressivas (Marty, 1993).

A *manutenção* das somatizações depende teoricamente da duração da depressão

essencial, que está na sua origem, e que persiste. Ele depende portanto, da conservação dos factores traumatizantes e da ausência de uma estabilização regressiva, mental ou somática. Contudo, deve-se ter em conta, a natureza das afecções somáticas que se puderam produzir: duração do seu curso natural para algumas, irreversibilidade para outras (no diabete insulino-dependente por exemplo) ou evolutividade autónoma (como nos canceres, por ex.) fenómenos que escapam ao poder hierárquico do sistema psicoafectivo do sujeito (Marty, 1993).

Independentemente das sistemáticas próprias às doenças, e independentemente de recuperações regressivas que, mesmo inesperadas, podem surgir, o *fim* das somatizações corresponde naturalmente ao fim dos movimentos desorganizadores, ou seja, ao fim da depressão essencial, a qual desencadeou em parte, manteve, agravou e complicou essas doenças. O fim da depressão essencial supõe uma mudança radical do estado psicoafectivo dos pacientes, face ao valor traumático dos acontecimentos ou situações anteriores, ou o cessar do peso traumático inicial e de outros que, às vezes, advieram nesse tempo (Marty, 1993).

Esta mudança psicoafectiva do estado dos pacientes pode decorrer de uma “paixão” amorosa ou mística, sublimatória artística ou social, ou de um acontecimento inesperado, nascimento ou renascimento de um investimento afectivo semelhante ao investimento afectivo desaparecido (Marty, 1993).

Mesmo que uma retocolite hemorrágica se tenha seguido a uma colopatia e um câncer a um nódulo no seio, a experiência ensina-nos que os fenómenos de uma depressão essencial e de uma desorganização somática intervieram antes da RCH e do câncer. A experiência ensina-nos também que esses fenómenos, modificando o funcionamento mental na sua essência, fizeram justamente com que desaparecesse qualquer possibilidade de representação simbólica nos sujeitos (Marty, 1993).

Ter-se-á notado, anteriormente, o número considerável de referências à primeira infância. As insuficiências ou a fragilidade da mentalização, as depressões essenciais, as angústias difusas, o Ego-Ideal, por exemplo, frequentemente encontrados no princípio das doenças graves, fazem com que retornemos às disposições mentais iniciais dos sujeitos. Outras manifestações, do tipo de repressões do comportamento ou das representações, como

certas singularidades (alérgicas por exemplo), igualmente geradoras de somatizações, também remetem à primeira infância (Marty, 1993).

Funcionar sem falha, de forma permanente, exige que o recalçamento cesse de ser um processo parcial, para se integrar no conjunto do funcionamento. Integração que significa uma profunda modificação caracterial, a alteração do ser mesmo do sujeito, e que faz com que o recalçamento transformado na modalidade principal da existência, se repita, depois, sem parar, ao longo da vida, sempre que o recalçado ameaça irromper. Assim o recalçamento determina a função caracterial que, por sua vez, determina o recalçamento. Aqui, o funcionamento caracterial coincide com o processo de recalçamento, o qual, paradoxalmente, permite ao sujeito adaptar-se socialmente, abstraindo-se daquilo que é enquanto subjectividade. O sujeito não é um termo distinto de uma relação, ele adere às exigências que o forçam, mas que lhe permitem existir. O indivíduo não tem rosto, tem o rosto de outro que é a mãe (Sami-Ali, 1992).

Exteriormente o conformismo confunde-se com os princípios de funcionamento social. É a adesão completa às normas de comportamento que, aplicadas primeiro pelos pais, criam na criança a ilusão de um mundo harmonioso onde os problemas não se põem, não se podem pôr. Adotar as regras de funcionamento exterior é então uma forma de se fazer aceitar pela figura materna, à qual se reduzem os outros, todos os outros (Sami-Ali, 1992).

O conformismo é uma dificuldade radical em ser diferente, em introduzir o negativo. Então, apenas é possível ser como o outro, a fim de que a alteridade se apague e assim desapareça a subjectividade. Pois nada delimita o conformismo que, nesse caso, fixa, quer o comportamento social, quer a sensibilidade, quer a percepção, a imaginação, o pensamento, os quais por sua vez se tornam comportamentos. O conceito de Super-ego corporal, em que o absolutamente subjectivo coexiste com o absolutamente objectivo, o cultural com o corporal, o estereótipo com o inefável, dá conta de um tal funcionamento que se inscreve num universo de regras do qual depende o sujeito na sua existência. À força de ser conforme, o indivíduo desaparece no seu funcionamento, ele torna-se o exterior que está nele, que é ele e que o autoriza a ser (Sami-Ali, 1992).

Correlativamente, tudo aquilo que não pode estar de acordo com a norma deve ser “reprimido”, considerado como nulo, anulado. Se há aqui um recalçamento, ele opera desde a

primeira infância, no momento em que começa a organizar-se o campo perceptivo: este sofre uma estilização com o objectivo de o fazer coincidir com aquilo que deve ser percebido. O recalçamento acompanha a percepção, invade o ser, torna-se coextensivo do ser: é o não ser que torna perceptível o ser (Sami-Ali, 1992).

A depressão caracterial é subtil, indescernível, não aparece num determinado momento da vida, confunde-se com a vida. Depressão que para além do infortúnio, para além dos problemas, é um puro sentimento de estar só. Mas estar só significa estar só com o único objecto que existe, sem mediação, sem ultrapassagem, e ser precisamente esse objecto. Inscrita à partida no recalçamento da subjectividade, a depressão mantém sempre inalterado esse carácter absoluto. Contudo, recalçar a subjectividade significa antes de mais anular o corpo na sua realidade sexual. O que, apesar de tudo, não impede que o corpo continue a existir num discurso objectivo, adaptado, racional, cujo efeito mais insigne é o de reforçar ainda o recalçamento da sexualidade. Recalçamento sem falha, sem deficiência, sem escapatória possível, e que, por conseguinte, se distingue radicalmente das suas variantes neuróticas ou psicóticas, fundadas sobre o insucesso do recalçamento e o retorno do recalçado (Sami-Ali, 1992).

Depressão *a priori*, no seio da qual o sujeito e o objecto não existem mais, porque formam um Super-ego corporal. O ser confunde-se com o deve ser que é também o nada do ser, já que só “o nada é sempre perfeito”. Segundo Sami-Ali (1992) designar este estado por “depressão sem objecto” ou “relação branca” é o mesmo que desconhecer toda a complexidade que aqui discutimos.

Esta depressão, existente antes de qualquer acontecimento, condicionando todo o acontecimento, transcendendo por isso mesmo as contingências de uma vida que se desenrola no espaço e no tempo, toma concretamente a forma de um paradoxo. Entre a realidade psíquica e o comportamento social que participa na formação reactiva, o contraste é total. Depressão paradoxal, em conformidade, que se ignora ela própria como depressão, que petrifica cada vez mais o conjunto da vida psíquica e que diminui cada dia as poucas possibilidades que se projectam ainda à sua frente, como um sonho incompreensível (Sami-Ali, 1992).

Na patologia orgânica o recalçamento conseguido é concebido como um

recalcamento que produz efeito, não sobre o conteúdo imaginário mas sobre a própria função do imaginário, isto é, sobre o sonho e os seus equivalentes na vida vigil, significando o seu sucesso que ele se efectua através de uma modificação caracterial durável de todo o funcionamento psicossomático. Assiste-se, então, ao esquecimento persistente dos sonhos, à rarefacção das manifestações oníricas, à redução da vida psíquica que, doravante, se reduz ao consciente. O desfalecimento da memória é um acto de recalcamento eminente positivo e, pela força do esquecimento, os sonhos acabam por não existir senão em si, objectivamente e não para aquele que é o seu actor (Sami-Ali, 1992).

Podemos supor que o cancro, em algumas das suas formas, seja a actualização de uma situação de impasse, de uma potencialidade biológica e que esta potencialidade se inscreva num funcionamento caracterial rígido, marcado pelo recalcamento conseguido do imaginário e também por uma depressão caracterial difusa, e que a própria somatização seja arrastada por um luto não elaborável, é para tal formulação que tendem numerosos estudos clínicos, estatísticos e experimentais. Dai a considerar o cancro uma doença psicossomática vai um passo (Sami-Ali, 1992).

Segundo Sami-Ali (1992) uma doença orgânica nunca é assimilável à neurose ou à psicose, mas ela pode ser destas o equivalente. Promovida de um coeficiente sintomático comparável, ela aparece no *lugar* de uma formação neurótica ou psicótica.

No recalcamento que engendra o recalcamento observa-se uma causalidade circular, feita de linha quebradas e nunca curvas. Uma tal situação dinâmica sustem todo o funcionamento caracterial cujo insucesso, fora da hipocondria, deixa lugar às somatizações, que por sua vez, desaparecem quando o recalcamento caracterial toma de novo as coisas em mãos (Sami-Ali, 1992).

A somatização alérgica, como aliás outras somatizações, alia-se à depressão, e encontra-se, por isso mesmo, pela ruptura com o sonho e os seus equivalentes, em correlação negativa com o imaginário (Sami-Ali, 1992).

O hospitalismo é uma forma extrema da “depressão anaclítica” que, de acordo com Spitz, se observa nos primeiros meses de vida em crianças separadas da mãe, durante períodos mais ao menos longos, e cuja profundidade é função dessa separação. Corresponde à ausência total e prolongada da mãe e de qualquer figura materna. Facto notável, no entanto,

a depressão, aqui, longe de se reduzir ao psíquico, atinge de imediato o somático, abalando o corpo nos seus fundamentos biológicos. Não há dúvida, então, que a figura ausente da mãe movimenta um processo psicossomático que só se pode compreender seguindo os seus meandros (Sami-Ali, 1992).

O conceito de desintração pulsional articula a dinâmica subjacente à depressão anaclítica. Pois no estado de ambivalência que se encontra o bebê, as pulsões agressivas e libidinais estão ainda indiferenciadas, de forma que, privadas do seu objecto exterior, elas não podem interpenetrar-se, reforçar-se reciprocamente. Reforço onde a agressão desempenha o papel de uma onda transportadora, que dirige para o meio externo as duas pulsões unificadas. Esta saída para o exterior imobiliza-se devido à ausência do objecto e as duas pulsões que ficam separadas retornam sobre o sujeito. Então, apoderando-se do único objecto disponível, a agressividade faz a sua obra de destruição. De igual modo, a pulsão libidinal sem objecto exterior reconduz a criança, aquém do auto-erotismo, ao narcisismo primário, para lhe permitir simplesmente viver, esperando o fim (Sami-Ali, 1992).

Apercebemo-nos, então, de que estas crianças tal como Spitz as descreve, não sonham, não fantasmizam, não alucinam! Nenhuma alusão ao imaginário de uma ponta a outra de uma minuciosa descrição do que advém da criança, do nascimento à palavra. Outra lacuna importante: tudo se passa como se o problema do rosto não se pudesse colocar, já que, de qualquer forma, o rosto da criança existe para o observador. Duas omissões que, definitivamente, são as componentes da mesma problemática: a subjectividade (Sami-Ali, 1992).

Pois de uma forma diferente da alergia, em que a criança tem o rosto do outro, na depressão anaclítica, a criança não tem rosto, perde o rosto que pode ter, tem dificuldade em reconhecer um rosto que não está lá. Segundo Sami-Ali (1992), ela tem o rosto da ausência, ausência da circularidade de trocas entre ela e a mãe, ausência da ilusão de ter o rosto dela, ausência da possibilidade de ser amada e reconhecida na sua identidade. A depressão é a perda de si pela perda do objecto, que é o próprio e a promessa de si, sem que nada da ordem do imaginário venha preencher o vazio, transformando a ausência em presença, a presença em ausência. À falta de poder recriar o objecto real na sua ausência, enquanto objecto imaginário em relação com o corpo real, que, participando na ausência, se torna um corpo

imaginário, a actividade projectiva é impelida a alimentar-se de ausência e a reproduzir a ausência da qual se alimenta de novo. Este é, antes de mais, o empobrecimento contínuo da função do imaginário em toda a sua extensão, empobrecimento que deve ser tido como equivalente, noutros conjuntos sintomáticos, do recalçamento da função do imaginário, por oposição ao recalçamento de um conteúdo do imaginário. Estamos plenamente numa situação de impasse, onde o imaginário está em correlação negativa com a somatização.

Que a função do imaginário seja atingida pela depressão anaclítica dois fenómenos clínicos o atestam. Por um lado, a insónia, que suprime precisamente a fase paradoxal do sono ligada à actividade do sonho, suprime o sono e, por outro lado, o desaparecimento gradual de qualquer forma de auto-erotismo que, por intermédio da motricidade, permite ao sujeito alucinar o objecto na ausência. Tudo se passa, então, como se o recalçamento da função do imaginário, que são o sonho e os seus equivalentes, fosse igualmente um recalçamento do biológico no momento em que se constitui essa mesma função. Segundo Sami-Ali (1992) é esta complexidade que desconhecem os conceitos redutores com “relação branca” ou “depressão essencial”, sublinhando, um e outro, a ausência de elaboração psíquica. Esta existe, mas a questão que se põe, então, é a da impossível constituição da subjectividade.

Temos assim, em negativo, o protótipo da depressão caracterial, dado que esta provoca naquilo que Sami-Ali (1992) chama *depressão a priori*, a inacessibilidade absoluta da vida onírica e dos seus equivalentes no estado de vigília. Pois o que, na ocorrência, é eliminado do campo do consciente, por causa do recalçamento caracterial, desaparece realmente na depressão anaclítica e no hospitalismo, na sequência do esgotamento do imaginário. Não é menos verdade que o desgaste, pelo qual o processo psicossomático se torna irreversível, é também o que caracteriza a *depressão a priori* quando, cortado do imaginário e exposto ao insolúvel, o sujeito só pode reagir por um recalçamento repetitivo que, ele próprio, contribui para interditar toda a escapatória. Mas o que caracteriza a somatização na depressão *a priori* e no hospitalismo é que ela está em correlação negativa com o imaginário.

## Conclusão

O conceito depressão falhada de Coimbra de Matos tem conotações com o de «depressão essencial» de Pierre Marty e o de depressividade com os de «depressão *a priori*» e «depressão caracterial» de Sami-Ali (Coimbra de Matos, 2003). De acordo com Coimbra de Matos e Pierre Marty na raiz da doença psicossomática está uma perda precoce, anterior à capacidade de representação objectal, antes dos seis meses de idade. Esta perda objectal – pré-objectal, de um objecto – produz uma depressão branca (sem sintomas psíquicos) e básica que Coimbra de Matos designou por depressão falhada e Marty por depressão essencial. A personalidade assim construída fica *aquém da depressão*, numa organização pré-depressiva, de depressão larvada ou depressividade. Ultrapassou o caos psicótico, porém, não atingiu o limiar da depressão. Nos momentos de crise, não se deprime mentalmente, faz uma depressão falhada: uma “*depressão*” sem depressão psíquica mas com depressão das funções biológicas, sobretudo ao nível do aparelho imunitário (Coimbra de Matos, 1999b). A vida operatória ligada à *depressão essencial* constitui uma etapa de relativa cronicidade, um estado instável, que se instala no decorrer de uma *desorganização progressiva lenta*. É repleta de incidentes ou de acidentes somáticos (Marty, 1993). Segundo Coimbra de Matos (2002) o núcleo da perturbação psicossomática estará, então, na incapacidade de mentalizar, trabalhar na mente e pela mente, quer a dor (depressão falhada), quer a esperança e a ilusão (sonho falhado). O sonho falhado deixa apenas o pensamento operatório, um subproduto da imaginação.

Adoptar as regras externas é uma forma de se fazer aceitar pela figura materna. Se existiu um recalçamento, ele opera desde a primeira infância, tornou-se coextensivo ao sujeito. A ausência de subjectividade deu lugar a uma depressão caracterial, ficando a somatização dependente de uma situação de impasse. O que é apagado da consciência por causa do recalçamento caracterial desaparece realmente na depressão anaclítica e no hospitalismo na sequência do esgotamento do imaginário (Sami-Ali, 1992).

**Referências:**

Coimbra de Matos, A. (1999a). Psicanálise, Psicossomática e Imunidade. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 1* (2), 9-16.

Coimbra de Matos, A. (1999b). Ser único e ter rosto: O binómio resiliente. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 1* (1), 11-21.

Coimbra de Matos, A. (2002). Esquizoidia e Doença Psicossomática: Conservação de Energia e Inibição da Acção. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 4* (2), 9-33.

Coimbra de Matos, A. (2003). *Mais Amor Menos Doença – A Psicossomática Revisitada*. Lisboa: Climepsi Editores.

Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Sami-Ali (1992). *Pensar o Somático – Imaginário e Patologia*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

## Revisão da Literatura

A *depressividade* é um traço de personalidade constituído por uma depressão latente e larvar com uma mistura de atributos de depressão anaclítica e depressão introjectiva (Coimbra de Matos, 2003).

Sendo sobretudo um tipo de carácter depressivo – e portanto uma perturbação estável, egossintónica e permanente – configura também uma predisposição à doença depressiva, quer como depressão introjectiva, quer como depressão anaclítica (Coimbra de Matos, 2003).

Segundo o autor a depressividade está ainda, frequentemente, na base de alguns quadros de toxicoddependência e de doença psicossomática, bem como de perturbações de comportamento (alimentar, sexual e agressivo).

A sua origem relaciona-se com perdas afectivas cumulativas na primeira infância e limitação/proibição excessiva do comportamento espontâneo e reactivo; ou seja, carência afectiva e repressão precoce (Coimbra de Matos, 2003).

A *depressão falhada* é uma depressão não organizada mentalmente; uma depressão «sem depressão» ou depressão sem objecto (Coimbra de Matos, 2003).

Aqui, a depressão traduz-se apenas pela «depressão biológica», de que destacamos a depressão imunitária. Há uma diminuição da reactividade dos sistemas biológicos de adaptação e um abatimento da auto-regulação homeostática, bem assim como da capacidade auto-reparadora do organismo (Coimbra de Matos, 2003).

A depressão falhada organiza-se antes do estabelecimento da memória de reconhecimento; isto é, antes da representação unificada do objecto de vinculação. É, pois, anterior à representação mental do objecto investido. Por esse tempo – até aos seis meses de idade aproximadamente –, não existe ainda uma representação do objecto libidinal minimamente estável. Não há assim lugar para o sentimento de perda do objecto (depressão anaclítica) ou do amor do objecto (depressão introjectiva); mas tão só pode ser vivenciada a perda/ausência de resposta empática necessária e desejada (Coimbra de Matos, 2003).

O que desencadeia e organiza a depressão falhada é a *perda empática* original e reiterada; ou seja, a desarmonia afectiva na díade, a falência da afinação afectiva

(*attunement*) por parte do objecto. Deriva da patologia da má responsividade do objecto. Por outras palavras, o que faltou foi a adequada e oportuna resposta objectal de contacto e conforto, assim como a satisfação da necessidade de aconchego (Coimbra de Matos, 2003).

Depressividade e depressão falhada são conceitos diferentes, que traduzem realidades psicopatológicas diversas; embora próximas, não são iguais, se bem que possam coexistir (Coimbra de Matos, 2003).

Na disposição psicossomática tem mais relevo a depressão falhada. O conceito de depressão falhada tem conotações com o de «depressão essencial» de Pierre Marty; e o de depressividade, com os de «depressão *a priori*» e «depressão caracterial» de Sami-Ali (Coimbra de Matos, 2003).

Sem amor não existe a possibilidade de perdê-lo. A depressão não se desenvolve – é a *depressão falhada*. A depressão vivida permitiria a elaboração da perda e o renascimento da esperança. A carência de afecto, não consciencializada e elaborada psiquicamente, repercute no organismo biológico como hipotonia geral e perturbações da regulação neurovegetativa, endócrina e imunitária (Coimbra de Matos, 2003).

A depressão falhada é devido a uma falha empática – falta de compreensão empática e resposta adequada do objecto de vinculação (mãe, em regra). A falta de intuição, empatia e investimento amoroso do bebé pelo prestador de cuidados está na origem desta falha básica que condiciona esta reacção depressiva, de desistência, que é a depressão de todo o ser/organismo sem vivência depressiva – a que chamamos *depressão falhada* (Coimbra de Matos, 2003).

Na patologia psicossomática, assistimos ao *não investimento da realidade objectal*. Não há desinvestimento porque não houve investimento (Coimbra de Matos, 2003).

Tudo se passa a um nível de *emocionalidade protopática*. O sujeito não foi investido diacriticamente como ente específico e diferente de todos os outros; como tal, não tem existência nem sente ter existência própria e constante no interior, na mente, do objecto – falhou a *constância do sujeito no interior do seu objecto*, aquilo que lhe daria identidade, rosto. Não reconhecido, não se reconhece; é alexitímico – tem de si próprio uma consciência grosseira, protopática; não sabe verdadeiramente quem é porque não chega a saber autêntica e diferenciadamente o que sente em termos de um sentimento discriminado, diacrítico, de si

mesmo – é apenas e tão só mais um, uma ovelha do rebanho (Coimbra de Matos, 2003).

A relação com o outro é uma relação branca, sem espessura afectiva nem dimensão imaginária, uma relação comensal, neutra, funcional e utilitária; sem sonho nem paixão. Mas é também uma relação asséptica, sem zanga nem interferência; conformista, obedecendo à norma; adaptada, hiperadaptada à realidade. É o «normopata» (Coimbra de Matos, 2003).

Segundo o autor a personalidade psicossomática – mais rigorosamente, com predisposição à patologia psicossomática – assenta na sua condição protomental; sendo esta oriunda de perdas/ofensas *registadas mas não pensadas*, isto é, anteriores ou na ausência de memória de reconhecimento – quer dizer, antes da aquisição da capacidade de reconhecer o objecto de vinculação (antes dos seis meses de idade, em média) ou em estado mental de impossibilidade de reconhecimento (estado alterado de consciência).

A saída psicossomática é *não amar nem odiar*. Simplesmente, conformar-se – contendo o desejo e a raiva; um e outra descarregando-se no corpo. A doença psicossomática corresponde, pois, a um *acting-in* – acto realizado dentro, no soma; libidinal ou agressivo (Coimbra de Matos, 2003).

É num processo de repressão original – anterior à capacidade ou que esmaga a capacidade de representar psiquicamente a experiência e, sobretudo, de a elaborar no espaço psíquico -, mais especificamente, no seu excesso, violência, abuso de utilização e/ou precocidade de uso que situamos o *primum movens* da patologia psicossomática (Coimbra de Matos, 2003).

A depressão basal que encontramos na patologia psicossomática é outra e de outra natureza. É a falha de vitalidade e entusiasmo, de esperança e sonho que o *desinvestimento do bebé pela mãe* (por retracção narcísica, luto ou investimento privilegiado lateral ou paralelo) provoca naquele. É a depressão autêntica – *por perda de amor* – da primeira infância, não resolvida e enquistada, que observamos na depressão de fundo da patologia psicossomática (Coimbra de Matos, 2003).

É a depressão crónica subclínica – ou depressividade – que importa realçar como causa frequente do mais variado leque de doenças psicossomáticas (Coimbra de Matos, 2003).

A perda afectiva ignorada ou vivida como luto (como perda material, corpórea, do

objecto ou da sua presença) e não elaborada na dimensão mental depressiva – ou seja, com tristeza, infelicidade e desinteresse, culpa e/ou inferioridade, raiva, humilhação e ressentimento – é, ao fazer-se a economia do sofrimento depressivo, uma das grandes causas do adoecer somático (Coimbra de Matos, 2003).

Segundo o autor a ausência ou insuficiência do bom objecto interno – o mesmo é dizer, a *inconstância e condicionalidade do amor do objecto pelo sujeito* – geram um clima afectivo interior que, ou se sofre – e o indivíduo deprime-se -, ou se nega – e o sujeito adoce: é então o corpo que vacila e cede. Com efeito, a depressão ou é assumida como doença mental e pode eventualmente ser elaborada (é o *deprimido*, que sofre psiquicamente e tem possibilidade de vir a curar-se) ou não é aceite como doença psíquica e faz sofrer o corpo com a sua repercussão interna ou a sociedade com as suas distímias irritadas e descargas agressivas (é o *depressivo*, que adoce somaticamente e/ou provoca sofrimento nos outros).

Outro grande factor psicopatológico como força etiopatogénica em patologia psicossomática é o recalçamento primário ou repressão primária (Coimbra de Matos, 2003).

O recalçamento primário é um mecanismo primitivo de defesa psíquica do Eu – isto é, de exclusão da consciência – pela *não representação* e não integração mental do acontecimento traumático. Deste, fica apenas a emoção desencadeada e os impulsos activados, que constituem o conteúdo típico de significado desconhecido do recalçado primário; também algumas impressões sensoriais, imagens isoladas, actos estereotipados e reacções fisiológicas que persistem ou se repetem (Coimbra de Matos, 2003).

São, então, de duas ordens ou categorias os factores psíquicos etiopatogénicos na patologia psicossomática:

A *falha* na estrutura do *Self* por falta de resposta adequada necessária e suficiente do objecto: patologia da falha narcísica por carência responsiva do mundo objectal. Depressão crónica latente ou larvar ou *depressividade*.

Universo sem cor. Próprio sem entusiasmo. Pseudovitalidade operacional: protótipo – o executivo não criativo (Coimbra de Matos, 2003).

Coimbra de Matos (2003) sublinha a importância que dá, por um lado, à perda afectiva (de amor do objecto amado) e à expectativa amorosa frustrada – *a perda de uma*

*relação que ficou aquém do desejo e do fantasma* – na patogenia do fundo depressivo da patologia psicossomática e, por outro lado, à experiência traumática *primariamente recalçada* – omissa em termos representativos conscientes e memorizada em afectos – na constituição do núcleo psíquico irritativo da doença psicossomática.

O *inconsciente potencial* ou *virtual* é constituído por desejos e fantasias possíveis e esperáveis, mas não realizadas, reais (como fantasias, evidentemente). E o não desejado nem representado, porque nunca tal coisa foi anteriormente experimentada (para poder depois ser desejada e representada, fantasiada). O lugar do acontecimento (acontecimentos) não vivido mas programado no código genético e necessário a um desenvolvimento são – ficou vazio, o que é traumático. Por *falta*, carência do meio, houve uma ausência de experiência necessária, que deixou uma *falha* ou lacuna no aparelho psíquico e no *Self*. Foi um trauma por omissão (Coimbra de Matos, 2003).

Não há recalçado, porque não houve experiência traumática a recalcar. O trauma foi a ausência da experiência. Não é pois um inconsciente recalçado, secundário (ao recalçamento); mas um inconsciente não recalçado, *primário*, vazio (Coimbra de Matos, 2003).

O *vazio traumático* estabelece uma *fissura* que isola o inconsciente virtual do recalçado e do consciente. Em razão desta fissura (fenda ou clivagem) o paciente repete, impelido pela tensão da necessidade, comportamentos de busca mal orientados ou mesmo sem sentido – *procura não diferenciada ou pouco significativa*. Por exemplo: busca e dependência de objectos os mais variados na depressividade ou depressão latente e crónica – tóxicos (toxicoddependência), alcoolismo, tabagismo, toxicomania objectal (dependência de pessoas não significativas), estímulos («toxicomania» dos estímulos), colecções (coleccionismo obsessivo), etc. Há um comportamento do tipo obsessivo e repetitivo para preencher, informemente, o vazio depressivo (Coimbra de Matos, 2003).

A não satisfação da necessidade impede a experiência de satisfação e, desde logo, a memória dessa experiência – e portanto o despertar do desejo e da fantasia optativa conexas (em linguagem clássica, faz abortar o desejo e o fantasma). Há uma «área branca» no espírito: com emoções de tensão, desconforto interno, insatisfação, hipersensibilidade à frustração, irritabilidade e moções de tendência a agir e à descarga (no comportamento

externo, de relação com o mundo – *acting-out* – e no comportamento interno dos órgãos – *acting-in*); existem afectos sem conteúdo ideativo («sonhos brancos», «medos sem nome», «depressões sem rosto», «irritações sem alvo», «terrores sem fantasmas», etc.) e actos sem finalidade. O seu significado e objectivos são construídos, pelo psicanalista, por dedução lógica da carência provável e indução criativa da sua natureza específica (Coimbra de Matos, 2003).

Segundo Coimbra de Matos (2003) estas experiências não compreendidas, e, como consequência, não nomeadas (simbolizadas em palavras) nem mentalizadas (elaboradas pelo pensamento) são facilmente esquecidas – porque não integradas num conhecimento compreensivo – e/ou recalcadas pela sua presença incomoda, estranha e obstaculizante. É este o recalçamento primário, que conduz à formação de um «segundo inconsciente primário», recalcado, e que mais precisamente designaremos por *inconsciente metaprimário* ou pré-secundário.

A pessoa predisposta à patologia psicossomática não foi ou foi insuficientemente investida como indivíduo único e excepcional, desde o princípio, pelos seus pais. Não esteve no centro da atenção, apreço e estima destes. Não ficou no foco dos seus olhares. Não recebeu aquele olhar apaixonado que cria a beleza do rosto, a coesão do *self* e a intencionalidade do eu (Coimbra de Matos, 1999b).

A personalidade à partida assim condicionada / constuída fica *aquém da depressão*, numa organização pré-depressiva, de depressão larvada ou depressividade – que situamos depois do caos psicótico e na proximidade do limiar da depressão. Nos momentos de crise / descompensação, não se deprime mentalmente, faz uma depressão falhada: uma “*depressão*” *sem depressão* (psíquica) com abatimento (depressão) das funções biológicas, sobretudo ao nível do aparelho imunitário, com perturbação dos sistemas auto-reguladores neuro-endócrinos e instinto-afectivos (Coimbra de Matos, 1999b).

Nos períodos intercristicos, a personalidade psicossomática tece-se à custa de um processo defensivo de traça obsessivo-maníaca com isolamento / supressão da capacidade de leitura emocional – pensamento operatório, esforço adaptativo (de cariz maníaco), alexitimia. Não tem “*rosto interno*” (psíquico) para poder imaginar, sentir, amar, chorar, criar, escolher e decidir – e ser ouvido, eleito e acatado (Coimbra de Matos, 1999b).

À mingua e sem investimento narcisante e isolado que fica do corpo erótico – desde logo, do afecto – o bebé vai crescer, por um lado, anónimo, sem identidade valorizante, e por outro, deslibidinizado, sem uma sexualidade viva e um erotismo global, que se estenda da ponta dos pêlos à medula dos ossos, difundindo também por toda a mente e funções do aparelho psíquico – um ser pragmático com uma sexualidade funcional, sem fantasia, sem emoção (Coimbra de Matos, 1999b).

Sem unicidade e brilho, a pessoa não existe. Está aquém do sentimento de abandono, antes da depressão, da perda / carência de afecto. Ultrapassou o caos psicótico, mas não atingiu o limiar da depressão. A defesa é muitas vezes o funcionamento obsessivo-maníaco – a ordem e a eficiência, em conjugação ou união conjuntiva com a adaptação esforçada; outras, o *acting-out*, a patologia do agir, operando acções fora, no exterior, para impedir, esvaziar de energia, intencionalidade e sentido, acções / destruições dentro, o *acting-in*. Agir ainda, através do comportamento manifesto, para emprestar / ter a ilusão de dar coerência a um *self* em iminência de dispersão e perda de sentido existencial (Coimbra de Matos, 1999b).

Mal banhado pelo amor do objecto, o psicossomático tem um narcisismo dependente, com *locus* de regulação externo, ou vários *loci* no exterior. O narcisismo autárcico, de regulação interna, não é atingido (Coimbra de Matos, 1999b).

À lacuna ou falha narcísica básica ou primária vai o indivíduo responder por um duplo comportamento: (a) submissão e conformismo, por um lado, e por outro, (b) adaptação ao real servida por uma lógica da razão, conveniência e utilidade; vale dizer, sendo (a) o servo e seguidor do objecto-lei / norma / modelo, abdicando de qualquer autonomia (norma própria), e (b) o certo e correcto, preciso e conciso, adequado e oportuno, objectivo (Coimbra de Matos, 1999b).

É todo um desenvolvimento alternativo, que constituí um *desvio desenvolvimental*: conformismo-adaptação; é dizer, sujeição à lei do objecto (*heteronomia*), sujeição à razão lógica e experimental. Nenhum (ou muito pouco) espaço para o desejo próprio, assim como para a fantasia e lógica dos afectos (a razão do coração). Donde, o pensamento neutro (sem desejo) e literal (nunca figurado ou simbólico). Vive para fazer coisas; a dimensão relacional, afectiva, perde-se (Coimbra de Matos, 1999b).

A depressão não vivida, em que o indivíduo não sente a dor, a mágoa, o abatimento e

a tristeza, a culpa e a desvalorização, é também uma depressão não elaborada. Nem sequer se vislumbrou o trabalho depressivo de acesso e compreensão da relação depressígena em que o sujeito se sentiu desamado, oprimido pelo objecto e desqualificado, controlado e maltratado, vítima indefesa da prepotência do objecto, explorado e vampirizado, ridicularizado directamente ou em face da pesporrência do objecto, e miserável perante a petulância deste. Muito menos sentiu a relação de economia depressiva e depressivante, na qual o sujeito sempre deu mais do que aquilo que recebeu do objecto, relação de hemorragia e esgotamento narcíseos (Coimbra de Matos, 1999b).

Segundo o autor é sobretudo uma depressão que falhou como sinal e sintoma de alerta para uma situação relacional externa e interna de mortificação e morte, uma vivência insustentável – e só sustentada pela inconsciência primária ou secundária defensiva de grande parte do seu conteúdo, continente e articulação significativa – pelo que encerra de inquietante e demolidor. Depressão também que falha no seu propósito intrínseco de provocar mudança – já que não foi vivida (compreenda-se, vivida como acontecimento psíquico).

Pacientes em análise com história de doença orgânica crónica ou recidivante ou patologia somática surgida durante a cura analítica, 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 melhoria notável da doença orgânica ou mesmo à cura (Coimbra de Matos, 1999a).

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-depressividade* ou *personalidade pré-depressiva* (Coimbra de Matos, 1999a).

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 (Coimbra de Matos, 1999a).

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. 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 (Coimbra de Matos, 1999a).

O melancólico não sabe o que lhe falta, mas sabe que lhe falta algo (um amor envolvente, sabemo-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. Faltando a vivência emocional, a auto regulação do investimento objectal fica à deriva – encontrando-se este investimento, o investimento libidinal, à mercê da atracção-captação pelo objecto necessitado e narcísico. O sujeito depara-se com um objecto captativo, que suga investimento amoroso (Coimbra de Matos, 1999a).

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 (Coimbra de Matos, 1999a).

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, conseqüentemente, não procura satisfazê-la (Coimbra de Matos, 1999a).

Como se vê, centramos a patogenia 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 (Coimbra de Matos, 1999a).

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, desenvolvutiva e sanígena (Coimbra de Matos, 1999a).

A identidade própria destes pacientes 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 (Coimbra de Matos, 1999a).

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 diferencial; 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 (Coimbra de Matos, 1999a).

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 (Coimbra de Matos, 1999a).

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 (Coimbra de Matos, 1999a).

A observação psicanalítica de doentes com patologia psicossomática pelo autor, permitiu-lhe observar, então, duas ordens de factores:

1. Personalidade predisponente. É uma variante específica da estrutura depressiva com 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).

2. Acontecimento psíquico desencadeante. Um dia, a realidade negada do outro, adquire tal evidência que perfura o escotoma do sujeito. É o momento de queda da grande ilusão, quase delírio, 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 de grande e terrível desilusão.

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 (Coimbra de Matos, 1999a).

A raiva sem destino externo, acumulada no interior, emperra e perturba o funcionamento mental, funcionamento esse já anteriormente desorientado, atordoado, 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 cognição biológicas (Coimbra de Matos, 1999a).

Segundo o autor 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 e de reconhecer os estados afectivos próprios. Há apenas sentimentos vagos, ténues e mal discriminados – protopáticos – que não são transformados em elementos afectivos diacríticos pela falta, ou falência do aparelho mental. Será isto provavelmente o fundamento da alexitimia.

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.

O funcionamento em idealização objectal produz 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 (Coimbra de Matos, 1999a).

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 (Coimbra de Matos, 1999a).

Aquando da desilusão traumática, da erupção violenta da realidade do investimento do sujeito pelo seu objecto, a turbulência gerada, e quase impossível e 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* (Coimbra de Matos, 1999a).

Coimbra de Matos (2003) aponta estados como zanga contida, o sonho falhado, o ressentimento com pouca consistência e a depressão falhada como os principais factores que podem desencadear perturbações psicossomáticas. Emoções que a pessoa não se apercebe, não as resolve e que se tornam assim crónicas, causando efeitos orgânicos. Concluindo: «a incapacidade de fazer a leitura dos afectos e emoções predispõe o adoecer somático».

A retirada libidinal – nem desejo de satisfação, nem desejo de objecto - caracteriza o

desinvestimento psicótico. É esta *retirada da libido* que encontramos também na patologia psicossomática. Só que, no percurso psicótico, o doente delira, constrói uma «realidade imaginária; enquanto no trajecto psicossomático adapta-se à realidade frustrante, transnificando-a como boa – à razão da necessidade de adaptação impõe-se uma subtracção ou desistência do prazer de viver, relacionar-se e comunicar. 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 (Coimbra de Matos, 2002).

A retracção da libido acompanha-se, como seria de esperar, de uma inibição 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 (Coimbra de Matos, 2002).

Inibição da acção criativa e criadora que vamos encontrar em toda a patologia mental – máxima na catatonía acinética e no estupor melancólico, escondida pela cobertura de zelo e esforço pragmáticos e funcionamento psíquico operacional na perturbação psicossomática (Coimbra de Matos, 2002).

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) preexistentes, o que nunca existiu nem na realidade nem na fantasia. O sonho faz então aparecer aquilo que sem ele já mais seria visto. O sonho transforma em pensamento e imagem o que o corpo sente sem saber que sente (Coimbra de Matos, 2002).

Segundo o autor o paciente psicossomático sonha muito pouco, provavelmente porque o acesso a esse mundo oculto, ao lado da consciência, está-lhe vedado. 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 adocece.

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 / «perdidos» do bebé (Coimbra de Matos, 2002).

Segundo o autor sem esta resposta, as soluções, saídas, adaptações, defesas, são duas:

- A psicose – o desligamento do objecto
- O *reverso da psicose* – o desligamento de si próprio. Sem desejo por si próprio, é, apropriadamente, o *antinarcisismo*. A denegação atinge a realidade afectiva: o sentir e, por arrastamento, aquele que sente, o próprio. Denegação de si mesmo, denegação da subjectividade – amputação do ser.

Sem esta capacidade de acesso ao “sofrimento básico” (na feliz expressão de Jaime Milheiro), à falta e aos sinais que a revelam – tristeza, desânimo e tédio -, a depressão, não vivida, não será elaborada e mais ao 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 de respostas adaptativas de confronto com os *stressores* – só estratégias passivas de *coping* -, pela falência dos mecanismos auto-reguladores e auto-reparadores biológicos (Coimbra de Matos, 2002).

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 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 (Coimbra de Matos, 2002).

Alheias à vivência depressiva, as relações destas pessoas são sempre superficiais, pouco empáticas, utilitárias. Porém, a economia do afecto redundando no não abastecimento narcísico – no agravamento do traço 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 *reação 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 (Coimbra de Matos, 2002).

Falhou o processo dialéctico 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 (Coimbra de Matos, 2002).

Segundo o autor o não encontro / relação com um prestador de cuidados / parceiro, 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 constrói pictogramas para representar os seus momentos existenciais e muito menos ideogramas para os andaimes da edificação de narrativas pessoais/interpessoais; daquele que ficou à quem da subjectividade porque não viveu a experiência mútua e dialéctica 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). Triste sem o saber (depressão falhada) porque incapaz de se sentir (perdido de si) já que não sentido (construído no sentimento).

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 nossas mães. Por isso alguns não chegam a ser, pois tiveram mães sem mente para eles (Coimbra de Matos, 2002).

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 vêem – 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 (Coimbra de Matos,

2002).

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 subproduto da imaginação (Coimbra de Matos, 2002).

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 coexistência 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 possibilidade do seu reencontro ou substituição (Coimbra de Matos, 2002).

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 (Coimbra de Matos, 2002).

Com frequência, encontramos no período anterior ao despoletar da doença somática uma situação vivencial negativa para o sujeito. 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, 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

(Coimbra de Matos, 2002).

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 (Coimbra de Matos, 2002).

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 (Coimbra de Matos, 2002).

Segundo o autor 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.

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 / inconsciente do objecto perdido; logo, sem depressão, a depressão falhada, a depressão sem passado (Coimbra de Matos, 2002).

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 Eu (o que sonha, o que ama) esmagado ou não formado; há uma agenesia ou sideração da capacidade de sonhar, criar, amar (Coimbra de Matos, 2002).

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

(Coimbra de Matos, 2002).

Segundo o autor não *há sentimento de perda e elaboração desse 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 mente primordial ou *protomente* é apenas um detector do estado geral do Organismo – equilíbrio ou desequilíbrio homeostático -, ou melhor, um desmodulador que capta sinais de desregulação ou regulação orgânica e os traduz em emoções de sofrimento / desprazer / mal-estar ou de satisfação / prazer / bem-estar, que por sua vez desencadeiam comportamentos inatos significativos para o outro da mesma espécie – choro, gemido, sorriso, relaxamento da face (Coimbra de Matos, 2003).

Nesta época da protomente e neste estilo de relação que perdura com maior ou menor densidade, as omissões e inadequações responsivas provocam desregulações emocionais; à desregulação emocional segue-se em cascata a desregulação neurovegetativa, hormonal e imunitária. A consequência são as perturbações funcionais e psicossomáticas: do sono, do apetite, da motilidade, digestivas, alérgicas, infecciosas. É a patologia mais frequente do lactente. Mais tarde será a insuficiente capacidade de leitura e expressão em palavras dos afectos – alexitimia -, que, inatendidos, pressionam o soma (Coimbra de Matos, 2003).

Mas há mais. A quase inexistência de mente, no sentido das funções de representação e de criação imaginária e simbólica, dificulta a integração perceptiva, a compreensão do acontecido e a antecipação do acontecer, isto é, a análise e o projecto, portanto, a posse do resultado da experiência e o instrumento de transformação. Não se deprime, só sofre as consequências materiais da perda – *depressão falhada*. Não sonha – *sonho falhado*; e assim à míngua, de objectivos, não se realiza, adapta-se às circunstâncias e conjunturas (Coimbra de Matos, 2003).

O protomental não tem rosto, não lhe foi atribuída uma expressão própria e única; é mais um no meio do rebanho ou no seio da prole. Sem uma almofada emocional agente e reagente, os factores do meio atingem directamente o corpo e determinam sem passagem

pelo patamar da mentalização o seu comportamento; pouco se passa na esfera dos sentimentos. [Reparem que digo sentimentos e não emoções, algo que tem um sujeito de acção e não apenas de reacção.] É um ser vivo, mas não (ainda não) um *vivente*, um ser de experiência emocional (Coimbra de Matos, 2003).

O conceito depressão falhada de Coimbra de Matos tem conotações com o de «depressão essencial» de Pierre Marty e o de depressividade com os de «depressão *a priori*» e «depressão caracterial» de Sami-Ali (Coimbra de Matos, 2003).

O mérito dos especialistas em psicossomática franceses foi prosseguir as suas pesquisas fora dos caminhos usuais, na hipótese de uma construção incompleta ou de um funcionamento atípico do aparelho psíquico dos neuróticos mentais. Foi assim que surgiram os novos conceitos nosográficos de “Pensamento operatório”, de “Depressão essencial”, de “Desorganização progressiva” (Marty, 1993).

As actividades fantasmáticas e oníricas permitem integrar as tensões pulsionais e protegem assim a saúde física individual; o pensamento operatório – PO -, que evidencia a carência funcional dessas actividades, vai naturalmente acompanhar perturbações somáticas. É um pensamento consciente, sem ligação com movimentos fantasmáticos (representativos) apreciáveis. Ele duplica e ilustra a acção, precede-a ou segue-a num campo temporal limitado entretanto. As relações do sujeito com os seus interlocutores habituais ou particulares traduzem-se numa relação “branca” (Marty, 1993).

O PO não utiliza mecanismos mentais neuróticos ou psicóticos. O isolamento do inconsciente não parece do tipo obsessivo, já que não procede de um distanciamento por manipulação mental ou verbal do material psíquico (Marty, 1993).

O PO surge desprovido de valor libidinal, nem sempre permite a exteriorização de uma agressividade, revela-se inapto a subentender a dramatização sadomasoquista. Pode ser considerado uma modalidade do processo secundário, por causa da sua orientação para a realidade sensível, a preocupação de causalidade, de lógica, de continuidade. Ligando-se esse pensamento, contudo, a coisas e não a conceitos abstractos, a produtos da imaginação ou a expressões simbólicas, sugere a precariedade da conexão com as palavras e sugere assim um processo de investimento de nível arcaico (Marty, 1993).

A noção de “vida operatória” substitui a de PO para melhor dar conta da redução do

pensamento face à importância dos comportamentos. As poucas representações que parecem existir são (como os sonhos) pobres, repetitivos, contendo a marca do actual e do factual (Marty, 1993).

A vida operatória, ligada à *depressão essencial*, constitui uma etapa de relativa cronicidade, um arranjo frágil, um estado instável, que se instala no decorrer de uma *desorganização progressiva lenta*. É repleta de incidentes ou de acidentes somáticos (Marty, 1993).

A investigação de um sujeito operatório evidencia, na maioria das vezes, a persistência, automática, de um certo carácter em detrimento das organizações do Ego. Estamos na presença de uma redução do indivíduo a uma certa uniformidade social (Marty, 1993).

A depressão essencial é uma depressão sem objecto, nem auto-acusação, nem mesmo culpabilidade consciente, onde o sentimento de desvalorização pessoal e de ferida narcísica se orienta para a esfera somática. Um tal quadro para nós, deve ser evidentemente relacionado à precariedade do trabalho mental (Marty, 1993).

A depressão psicossomática, que inúmeras vezes chamei de depressão sem objecto, seria melhor designada como *depressão essencial*, já que constitui a essência mesma da depressão, isto é, o rebaixamento do nível do tónus libidinal sem qualquer contrapartida económica positiva (Marty, 1993).

Esta sintomatologia depressiva define-se pela *falta*: apagamento, em toda a escala, da dinâmica mental (deslocamentos, condensações, introjecções, projecções, identificações, vida fantasmática e onírica). Não se encontra, nessa depressão “conveniente”, “a relação libidinal” regressiva e ruidosa das outras formas de depressões neuróticas ou psicóticas. Sem contrapartida libidinal portanto, como a desorganização e a fragmentação ultrapassam sem dúvida o domínio mental, o fenómeno é comparável ao da morte, onde a energia vital se perde sem compensação. Menos espectacular que a depressão melancólica, sem dúvida leva mais certamente à morte. O instinto de morte é o senhor da DE. O tempo passado na DE é cada vez mais nefasto aos sujeitos (Marty, 1993).

A DE estabelece-se quando acontecimentos traumáticos desorganizam um certo número de funções psíquicas, cujas capacidades de elaboração transbordam... Deve-se

buscar manifestações negativas, naturalmente pouco perceptíveis (Marty, 1993).

Angústias difusas frequentemente precedem a DE. Automáticas no sentido clássico, importunas... Traduzem a aflição profunda do indivíduo, aflição provocada pelo afluxo de movimentos instintuais não dominados... O Ego submerso mostra assim... a sua desorganização. A angústia não representa ou não representa mais o sinal de alarme... Ela é o alarme... Automáticas, essas angústias difusas reproduzem um estado arcaico de transbordamento... (Marty, 1993).

Nota-se o apagamento funcional dos dois sistemas tópicos freudianos... Em vão se procura por desejos; não se encontra senão interesses maquinais... O Ego cumpre da pior maneira, de modo evidente, seus papéis de ligação, de distribuição e de defesa. Está de facto... apartado de suas origens e desorganizado... Sem dúvida o desaparecimento dos sentimentos inconscientes de culpabilidade... constitui um dos sinais principais da DE... O consciente recebe mas não emite... É no nível do Pré-consciente, no apagamento das funções habitualmente activas, que se constata sobretudo os danos... a supressão das relações originais com os outros e consigo mesmo... a perda de interesse pelo passado e pelo futuro. A ausência de comunicação com o Inconsciente constitui uma verdadeira rotura com sua própria história. O factual e o actual impõem-se à ordem de cada dia... (Marty, 1993).

Despromovidas de uma parte de suas significações anteriores, como as diversas figuras de retórica (como a simbólica) ficaram sem uso, a fala parece conservar-se somente para descrever os eventos e intermediar as relações... A sexualidade, no sentido mais amplo, encontra-se assim excluída do verbo... o pénis não evoca mais a castração (Marty, 1993).

No *inconsciente originário* as energias instintuais e pulsionais não se encontram significadas, senão nas formas (as funções psicossomáticas) que assumem para se expressar. Parecem ser as disposições genéticas individuais e o Inconsciente, nos seus primeiros aspectos, que dão seu molde inicial e sua maneira de ser às funções (Marty, 1993).

O Inconsciente originário (extensão da noção freudiana de “núcleo do Inconsciente” aplicar-se-ia desde o início à realização do programa da espécie humana, de acordo com os encontros entre o sujeito e o seu mundo exterior. Ele permitiria que tomassem forma, em sua partida, e se desenrolassem, na ordem individual, as organizações funcionais do desenvolvimento e dos equilíbrios homeostáticos (Marty, 1993).

Em qualquer fase da vida, as funções, estejam isoladas umas das outras ou organizadas entre si (isto até a sistemática do adulto), não podem integrar senão uma quantidade limitada de excitações instintuais ou pulsionais. Quando essa quantidade de excitações é limitada, os impulsos dinâmicos em jogo contribuem para os fenómenos da consciência progressiva do desenvolvimento individual (agrupamentos e hierarquizações funcionais sucessivos) e das ligações interfuncionais necessárias ao equilíbrio homeostático (coordenações somáticas, psicossomáticas e psíquicas). Vemos aqui os *sinais dos Instintos e das Pulsões de vida*, as pulsões correspondendo aos níveis psíquicos da excitação. Quando as excitações persistem em quantidade demasiado grande, a função ou os sistemas funcionais excessivamente excitados desorganizam-se (isolamento e anarquização funcionais). Aqui, vemos o *sinial dos Pulsões de Morte* (Marty, 1993).

Às vezes, as representações parecem ausentes. Às vezes, mesmo carregadas de conteúdos verbais (porém as palavras parecem então reduzidas ao estado de coisas), as representações mostram-se limitadas e superficiais, reproduzindo directamente percepções vivenciadas na realidade. Traços mnésicos eventualmente puros, aliás pouco numerosos e pouco sujeitos a associações de ideias, essas representações parecem simples testemunhos de eventos registados. Isto, como se as complexidades da vida mental não existissem nesses indivíduos, como se os afectos que o Ics promove, permanentes ou quase, nos outros, aqui estivessem afastados. A ausência ou limitação e a superficialidade das representações reduzidas às das coisas, a restrição dos afectos apenas às coisas em questão, a falta de simbolização do verbo, fizeram com que circunscrevêssemos e definíssemos as *neuroses de comportamento*. Os sujeitos em causa, capazes de levar uma vida eficiente e satisfatória, enriquecida às vezes por expressões sublimatórias artísticas sobretudo, não encontram, na realidade, outras possibilidades senão traduzir na actualidade e na acção os movimentos inconscientes. Descrevemos, na mesma perspectiva, mas em grau menor de pobreza das representações, os sujeitos do grupo das *neuroses mal mentalizadas* (Marty, 1993).

Entre o conjunto formado pelas “neuroses de comportamento” e pelas “neuroses mal mentalizadas” (com representações ausentes ou raras, superficiais e então pouco associativas) e o conjunto formado pelas “neuroses mentais” clássicas e “neuroses bem mentalizadas” (com representações relativamente fáceis, profundas e via de regra

associativas), figura uma terceira categoria de neuroses que, por sua importância numérica, merece atenção. As possibilidades representativas e associativas dos sujeitos referidos variam, com efeito, consideravelmente no *tempo*. Ora, certa ou relativamente “bem mentalizados”, parecem, antes, ricos de pensamentos e, para numerosos psicanalistas, classicamente analisáveis, ora “mal mentalizados”, sendo a sua pobreza e a sua superficialidade psíquica representativa e desoladora. As variações do pré-consciente desses sujeitos levaram-nos a qualificar o seu conjunto de *neuróticos de mentalização incerta* (Marty, 1993).

Consideramos como *lacunas fundamentais* as insuficiências quantitativas e qualitativas das representações psíquicas bem como as insuficiências de conotações afectivas dessas representações. Essas insuficiências devem-se ou às deficiências congénitas ou acidentais das funções sensório-motoras da criança ou da sua mãe, ou, o mais frequente, aos excessos ou às carências dos acompanhamentos afectivos da mãe. Consideramos como *lacunas secundárias* a incerteza no tempo de rememoração de regiões mais ao menos vastas de representações não recalcadas (regiões inteiras reaparecem às vezes), mas facilmente sujeitas a evitações e repressões. As regiões de representações em questão parecem longitudinalmente ligadas a tonalidades desagradáveis das inscrições que lhes correspondem a um ou vários períodos de vida. Essas lacunas secundárias podem acarretar irregularidades graves do funcionamento mental, cujos riscos em psicossomática já conhecemos (Marty, 1993).

Poder-se-ia finalmente dizer que, quanto mais o Pcs de um sujeito se mostrar rico de representações permanentemente ligadas entre si, mais a patologia eventual correrá o risco de se situar na vertente mental. Quanto menos o Pcs de um sujeito se mostrar rico de representações, de ligações entre as que existem e de permanência das representações e de suas ligações, mais a patologia eventual correrá o risco de se situar na vertente somática (Marty, 1993).

*O Ego-Ideal* – Aspecto conservado ou reencontrado do narcisismo primário, o Ego-Ideal testemunha uma insuficiência evolutiva parcial do aparelho mental que entrou particularmente a organização temporal-espacial individual, o Pré-consciente e o Ego, imagens sucessivas de *medida* do “princípio da realidade” durante o desenvolvimento. O

Ego-ideal representa a *desmedida*. Sua presença pode ser fundamental ou aparecer somente quando de desorganizações ou de regressões psíquicas. De fora é visto como um sentimento de onipotência do sujeito face a si mesmo, bem como, eventualmente, face ao mundo exterior (Marty, 1993).

O Ego-ideal é um conceito que não se traduz, nem teoricamente como uma instância, nem clinicamente como uma função do aparelho mental. O Ego-ideal não pertence ao núcleo do inconsciente, sua presença relativamente rara ressalta isso. Não é o produto de recalcamientos. Não provém de interiorizações e sua presença, permanente ou passageira, mostra-se em particular incompatível com a de um Superego pós-edipiano. Não depende de identificações secundárias, apesar das aparências: de facto, frequentemente são encontrados nos pais sistemas idênticos de Ego-ideal, mas também sistemas marcados pelo Ideal do Ego e por organizações superegóicas severas. Parece que estas características parentais constituem, com efeito, apenas uma causa original do Ego-ideal da criança. A imagem ideal às vezes “admirável” que o sujeito tem de seus pais (imagem antipulsional ou apulsional) – representação não mobilizável, não elaborável – vem então juntar-se ao narcisismo primário – igualmente não elaborável – do sujeito “A criança comportada” parece, neste sentido, uma forma clínica precoce da presença do Ego-ideal (Marty, 1993).

O Ego-ideal surge clinicamente, nas suas formas fundamentais, como um potente traço de carácter e de comportamento. Testemunha um estado de exigência sem nuances do sujeito em relação a si mesmo, sem possibilidades de adaptação às circunstâncias externas outras que não as de uma realidade “operatória” (multiplicidade de recusas), também sem possibilidade de adaptações aos seres externos que, não sendo objectos de identificações, não são vivenciados como objectos de projecções com implicações afectivas (contrariamente a certas aparências), mas como os “peões” dos jogos de realidade que se colocam (Marty, 1993).

O Ego-ideal não deixa lugar nem às deliberações íntimas, nem às regressões (como regressar a quem do narcisismo primário de outro modo senão morrendo?). Por essas razões, não há problemática de castração, não há recuos narcísicos secundários (Marty, 1993).

Representando um “todo” de invulnerabilidade ou um “nada”, já que o fracasso diante da realidade se acha vivenciado como uma ferida narcísica (desorganizadora da esfera

somática, pois não existem possibilidades de recuo) e não como uma culpabilidade negociável, o Ego-ideal mostra-se eminentemente mortífero (Marty, 1993).

A perspectiva de adaptação do adulto e as suas condições de vida faz com que nele se determinem arbitrariamente três domínios essenciais, diferentemente mobilizáveis de acordo com os sujeitos: o do aparelho somático, de essência arcaica que, sem perder toda sua flexibilidade adaptativa biológica e funcional, se encontra pouco disposto a significativos distanciamentos de sua sistemática; o do aparelho mental, o mais longo a ser individualmente determinado, o mais recentemente estabelecido, o mais sujeito teoricamente a regressões e a reorganizações; o dos comportamentos, sempre presentes no decorrer do desenvolvimento, finalmente mais ao menos relacionados, até mesmo submetidos, à ordem mental. Quando a disponibilidade conjugada do aparelho mental e dos sistemas de comportamento se encontra ultrapassada, prejudicada por uma nova situação, é o aparelho somático que responde (Marty, 1993).

Definitivamente, o fluxo das excitações instintuais e pulsionais, de essência agressiva e erótica, constitui o problema central das somatizações. As excitações podem ser elaboradas no aparelho psíquico e ser expressas em traços de carácter e de comportamento. É necessário ainda que elaborações e expressões se apliquem precisamente às excitações em questão. A quantidade das actividades mentais e das condutas nada resolve enquanto os valores afectivos – eróticos e agressivos – não corresponderem às necessidades actuais (mas fundadas no passado) do sujeito. Os obstáculos ao fluxo conveniente das excitações provêm habitualmente: no seio do aparelho mental, ou de uma insuficiência fundamental do sistema pré-consciente das representações, ou de uma desorganização psíquica por fragilidade desse sistema, ou de inibição, de evitamentos ou de repressões das representações, ou da precedência de um Ego-ideal entretendo qualquer regressão. No nível dos comportamentos, de impossibilidades ou de insuficiências funcionais (sobretudo sensório-motoras), ou de inibições, de evitamentos ou de repressões das condutas eróticas e agressivas (Marty, 1993).

Pode-se considerar esquematicamente dois pólos extremos nos processos de somatização: o das desorganizações psicossomáticas (que origina finalmente doenças evolutivas), as quais seguem desorganizações mentais, trata-se aqui de desorganizações progressivas; o das regressões somáticas (que origina por definição doenças reversíveis), as

quais se assemelham às regressões mentais, acompanhando-as ou completando-as (Marty, 1993)

As neuroses bem mentalizadas abriram regularmente espaço a doenças reversíveis; as neuroses mal mentalizadas e as neuroses de comportamento, a doenças evolutivas. As neuroses de mentalização incerta, a doenças reversíveis na maioria dos casos, a doenças evolutivas nos casos de desorganizações psíquicas, de repressões maciças e duráveis das representações ou de precedência notável do Ego-ideal (Marty, 1993).

*O desencadeamento* de uma somatização sucede, num tempo mais ao menos longo de latência, a uma desorganização mais ao menos profunda do funcionamento mental. O tempo pode ser curto, a somatização, frequentemente de tipo regressivo, rápida e até mesmo imediata. O tempo pode ser longo e, mais frequentemente então, a desorganização progressiva. Uma desorganização, primeiramente mental portanto, é sempre acompanhada por uma depressão, pouco marcada quando uma solução regressiva surge sem tardar, longa e do tipo essencial, já que não há lugar para regressão sintomática mental quando das desorganizações progressivas (Marty, 1993).

A *manutenção* das somatizações depende teoricamente da duração da depressão essencial, que está na sua origem, e que persiste. Ela depende portanto da conservação dos factores traumatizantes e da ausência de uma estabilização regressiva, mental ou somática. Contudo, deve-se levar em conta, evidentemente, a natureza das afecções somáticas que se puderam produzir: duração do seu curso natural para algumas, irreversibilidade das lesões para outras (no diabetes insulino-dependente, por exemplo) ou evolutividade autónoma (nos canceres, por ex.) fenómenos que escapam ao poder hierárquico do sistema psicoafectivo dos sujeitos (Marty, 1993).

Independentemente das sistemáticas próprias às doenças, e independentemente de recuperações regressivas que, mesmo inesperadas, podem surgir, *o fim* das somatizações corresponde naturalmente ao fim dos movimentos desorganizadores, isto é, ao fim da depressão essencial, a qual desencadeou em parte, manteve, agravou e complicou essas doenças. O fim da depressão essencial supõe uma mudança radical do estado psicoafectivo dos pacientes, face ao valor traumático dos acontecimentos ou situações anteriores, ou o cessar do peso traumático inicial e o de outros pesos traumáticos que, às vezes, advieram

nesse tempo (Marty, 1993).

Uma mudança psicoafectiva do estado dos pacientes pode decorrer de um milagre, “paixão” amorosa ou mística, sublimatória artística ou social, ou de um acontecimento inesperado, nascimento ou renascimento de um investimento afectivo semelhante ao investimento afectivo desaparecido; decorre na maioria das vezes de uma psicoterapia convenientemente conduzida por um especialista experiente em *psicossomática* (Marty, 1993).

Mesmo que uma retocolite hemorrágica se tenha seguido a uma colopatia e um câncer a um nódulo no seio, a experiência ensina-nos que os fenómenos de uma depressão essencial e de uma desorganização psicossomática intervieram antes da RCH e do câncer. A experiência ensina-nos também que esses fenómenos, modificando o funcionamento mental na sua essência, fizeram justamente com que desaparecesse qualquer possibilidade de representação simbólica nos sujeitos atingidos (Marty, 1993).

Segundo Marty (1993) as afecções concernidas pelas regressões somáticas parecem responder às quatro regras seguintes:

- São desencadeadas por um traumatismo psicoafectivo que momentaneamente desorganizou o aparelho mental, dando eventualmente origem a uma regressão psíquica, a qual precedeu ou acompanhou a regressão somática.

- São em si mesmas não evolutivas e reversíveis. Consistem em doenças “com crises” de duração mais ao menos longa. Portanto, espontaneamente põem fim às desorganizações e podem-se resolver sozinhas, sem apoio externo.

- Na maior parte das vezes, são habituais aos sujeitos, no entanto o início do que se tornará hábito pode situar-se em idades diferentes. Às vezes, elas são excepcionais.

- Sua sintomatologia é limitada e constituída por hiperactividades ou hipoactividades (às vezes por ambas ao mesmo tempo) de sistemas funcionais relativamente isolados na organização psicossomática geral dos indivíduos. Essa sintomatologia produz-se, todavia, em detrimento da economia destes últimos.

Ter-se-á notado, anteriormente, o número considerável de referências à primeira infância. As insuficiências ou a fragilidade da mentalização, as depressões essenciais, as angústias difusas, o Ego-Ideal, por exemplo, frequentemente encontrados no princípio das

doenças graves, fazem com que retornemos para as disposições mentais iniciais dos sujeitos. Outras manifestações, do tipo de repressões do comportamento ou das representações, como certas singularidades (alérgicas por exemplo), igualmente geradoras de somatizações, também remetem à primeira infância (Marty, 1993).

A estrutura fundamental resulta, esquematicamente, primeiro da qualidade psíquica segundo a organização dos dois sistemas tópicos freudianos, a seguir das relações complexas entre o funcionamento mental e os comportamentos. As diversas proposições são complementares. Uma organização do Ego de acordo com a segunda tópica (neuroses mentais e neuroses bem mentalizadas) implica uma organização satisfatória do Pré-consciente da primeira tópica, ao mesmo tempo que exclui a prevalência do comportamento. A ausência de um Superego pós-edipiano, ao contrário, assinala a fragilidade do Ego, assim como os riscos de uma má mentalização e da prevalência do comportamento (neuroses mal mentalizadas e neuroses do comportamento). Dificuldades clínicas diferenciais apresentam-se. As mais significativas são: distinguir a ferida narcísica causada por uma perda de objecto de um complexo de castração, distinguir as ofensas narcísicas ou a vergonha (muitas vezes intituladas de “culpabilidade” pelos próprios pacientes) de uma culpabilidade pós-edipiana, distinguir o Superego pós-edipiano dos imperativos de outras origens, distinguir enfim as actividades comportamentais de aparência edipiana daquelas de uma organização genital da fase edipiana (Marty, 1993).

Segundo o autor as qualidades do Pré-consciente (espessura das camadas de representações, ligações entre as representações, permanência do funcionamento) bem como a comunicação entre Inconsciente e Pré-consciente que a isto se relaciona são, definitivamente, as melhores garantias de uma organização mental, senão defensiva face aos conflitos, pelo menos adaptada à elaboração dos conflitos e aberta à relação (à eventual relação terapêutica, por exemplo, que aqui interessa particularmente).

De acordo com Marty (1993) a avaliação sintomática mostra-se particularmente delicada em psicossomática, à medida que, para apreender as transformações ocorridas paralelamente à doença, as características actuais devem ser comparadas às particularidades habituais. Com efeito, estas últimas não são automaticamente evidentes para o investigador, que dedica pois sua atenção às marcas mais precisas e mais amplas (elas entrelaçam-se nas

outras) da economia habitual e actual do paciente, como também a seus movimentos, que se referem em particular:

- à sintomatologia neurótica, de carácter, de comportamento. Semiologia das angústias, das fobias, das depressões, da agressividade e da culpabilidade;

- aos investimentos activos e passivos e aos contra-investimentos, internos (lugar da doença, aceitação ou não das regressões, entre outros) e externos (familiares, profissionais e sociais). A determinação dos lugares e dos momentos mostra-se frequentemente frutífera e reveladora;

- à actividade sexual e suas qualidades (essencialmente orgástica, complexa, sublimada e perversa).

- à economia mental (que repousa numa estrutura que ela define): insuficiência fundamental do aparelho psíquico, com facilidade de desorganizações, irregularidades do funcionamento mental (transbordamentos momentâneos das possibilidades de elaboração por excesso de excitações ou repressão de representações), regressões, desorganizações no decorrer de depressões essenciais.

Os traumatismos permanecem nos quadros económicos individuais que estabelecemos anteriormente. Oriundos de uma excitação excessiva dos instintos ou pulsões que a organização psicossomática dos sujeitos não pode encarar, *os traumatismos definem-se pela quantidade de desorganização que produzem e não pela qualidade do acontecimento ou da situação que os produzem*. Assim, um traumatismo decorre da relação entre a excitação e a defesa psicossomática do sujeito em questão (Marty, 1993).

Percebe-se, nestas condições, que a descoberta dos traumatismos que levaram às desorganizações mais ao menos significativas dos pacientes representa uma fase privilegiada da investigação, no sentido de que finalmente revela: a sensibilidade dos sujeitos a certos tipos de acontecimentos ou situações; seus níveis de excitabilidade, isto é, no sector mental, seus investimentos, seus desejos, suas defesas e seus conflitos profundos (despertados pelos acontecimentos); as fraquezas das suas organizações (e, através disso mesmo, suas organizações) mentais e somáticas. No sector do comportamento não elaborado psiquicamente (neuroses mal mentalizadas e de comportamento), não se trata muito de conflitos internos. O traumatismo corresponde à dura perda (todavia difícil de descobrir às

vezes) de um objecto (pessoa, organização conjugal, profissional ou de amizade, por exemplo) directamente investido enquanto presença real (Marty, 1993).

O interesse pelas origens mais ao menos distantes e pela evolução, na vida do paciente, de qualquer elemento de sua organização constitutiva, dinâmica ou económica, é permanente. Pode dar lugar a uma busca sistemática, a propósito de períodos ou de momentos relativamente recentes, ou mais antigos, da idade adulta, da adolescência, da puberdade, do período de latência, da infância ou da primeira infância: períodos ou momentos relativos, a maioria das vezes, ou a factos de ordem “traumática” (acontecimentos familiares, por exemplo), ou a fenómenos naturais do desenvolvimento (de ordem edipiana inicial, ou da puberdade, por exemplo) relacionados a certas idades determinadas pelo investigador (Marty, 1993).

Segundo o autor, assim, a atenção recai ao menos:

- *Quanto à estrutura*, sobre o desenvolvimento organizador do Pré-consciente e de seus pontos de partida inconsciente: relações com a mãe, desde a gravidez até um ano, nos sectores de excitações e pára-excitações, conforme as funções em ponta evolutiva; separações; mães substitutas; figura paterna; frequência e idades das mudanças de situação; acontecimentos que favorecem ou desfavorecem as organizações da sensório-motricidade, das linguagens e, globalmente, de todas as ligações internas e externas habituais.

- *Quanto às particularidades habituais*, sobre as idades de aparecimento dos sintomas e sobre as motivações perceptíveis dos sistemas de defesa: as idades críticas do desenvolvimento sugerem por si só adaptações definitivas. As marcas neuróticas mentais (angústias, sintomas clássicos) remetem às fases de evolução libidinal. As marcas caracteriais, com frequência relacionadas a uma insuficiência das defesas mentais, mas igualmente activadas pela evolução libidinal, remetem ao mesmo tempo a acontecimentos, a situações, a encontros familiares ou outros.

- *Quanto à organização económica e dinâmica actual* da vida: sobre a organização mental progressiva e o aparecimento das defesas de diversas ordens, sobre a sucessão dos investimentos (em todos os sentidos da palavra), dos contra-investimentos e dos sobreinvestimentos e sobre as motivações que se podem perceber destes.

- *Quanto à patologia somática*, sobre as diversas afecções a partir da primeira

infância, sobre sua natureza, sobre seu parentesco ou não com a afecção actual, sobre o processo do seu surgimento, sobre sua evolução, suas complicações, sobre sua correspondência no tempo com outros acontecimentos.

Segundo Marty (1993) deve-se saber distinguir, na actualidade, uma depressão essencial de uma depressão sintomática (mentalizada), saber determinar a permanência e a antiguidade de uma depressão sintomática latente, saber medir a qualidade das depressões anteriores (uma depressão essencial recente, mesmo de longa duração, pode ter desaparecido no momento da consulta, enquanto que uma doença grave prossegue o seu curso).

Quanto às angústias, difusas ou objectais, às vezes dos dois tipos, sabe-se que vão da expressão de uma aflicção do bebé (a regressão a este estado é frequente em certos sujeitos) até o “sinal de alarme” das angústias objectais acompanhando a agressividade edipiana (Marty, 1993).

Quanto aos *sadomasoquismos*, narcísicos, relacionais, morais, mentais ou de comportamento, convém considerar o seu valor económico com ligação erótica ou sem ligação (do tipo das neuroses de destino) onde se observa uma ausência da integração de satisfações passivas, onde os riscos somáticos são graves (Marty, 1993).

Para determinar as *descontinuidades do funcionamento mental*, além das noções de depressões essenciais anteriores ou de cefalalgias marcadas, a dificuldade é grande. Pode-se determinar alguns momentos de descontinuidade durante a própria investigação e descobrir, às vezes, a sua origem: organização mental frágil, interrompida à menor variação afectiva ou rotura do ritmo da relação; inibição, evitação ou repressão das representações, sobretudo eróticas e agressivas. Disso se deduz, empiricamente, de acordo com o contexto, que pode ocorrer habitualmente, há mais ou menos tempo, a mesma coisa (Marty, 1993).

Segundo o autor, no trabalho psicoterapêutico, o terapeuta vê sua ambição limitada, às vezes (neuroses de comportamento, neuroses mal mentalizadas) e, no entanto, a riqueza e a disponibilidade do *funcionamento mental* representam sempre um ideal em direcção ao qual o terapeuta faz seu paciente tender. Assim, ele dá uma atenção constante aos dois níveis principais dos bloqueios possíveis desse funcionamento: o do acesso das pulsões à representações, nos numerosos casos de isolamento do inconsciente (depressão essencial), o do acesso das representações e dos pensamentos à consciência (inibições, evitamentos,

repressões).

Segundo Marty (1993), em numerosos casos, os perigos somáticos estão próximos e o paciente encontra-se sem possibilidades de ligações representativas. Considera-se então como convenientes:

- Sobe o ângulo da objectualização, as passagens da depressão essencial às sintomatologias depressivas, as das angústias difusas (estados de aflição) às angústias objectais, as das fobias de ambiente às fobias de objecto, as das feridas narcísicas e dos sentimentos de vergonha à culpabilidade, do mesmo modo que se considera favoravelmente o aparecimento de um complexo de castração e, evidentemente de um complexo edípiano.

- Sobe o ângulo instintivo-pulsional, as passagens dos comportamentos de descarga às condutas mentalmente relacionadas, as retomadas mais ao menos manifestas de uma sexualidade (ostentando às vezes, no início, uma forma homossexual pré-genital) ou de uma agressividade face a objectos externos ou ao próprio terapeuta (que, sobretudo, não se deve defender dela mas, ao contrário, salientá-la).

- Sobe o ângulo do esclarecimento dos conflitos, as tentativas, auxiliadas pelo terapeuta, de verbalização dos elementos traumáticos e conflituais; após, a interiorização dos conflitos (passagens de representações rudes de coisas a representação de palavras manipuláveis e analisáveis); em seguida, tanto quanto possível, a representação dos desejos e das defesas internas sobe as formas maiores dos complexos de castração e de Édipo – o habitual da psicanálise clássica -, a verbalização dos traumatismos e dos conflitos da infância, particularmente importantes em psicossomática, tendo também aqui seus limites.

A fiscalização do funcionamento mental efectua-se finalmente através das associações de representações e de pensamento cuja existência, multiplicação, qualidade, riqueza (recuperando o valor simbólico das palavras) e regularidade são sem cessar observadas no conjunto esperado dos movimentos progressivos do paciente, movimentos entre os quais a aceitação das regressões ocupa uma grande parte. Em último lugar, é o investimento pelo sujeito de seu próprio pensamento que, nos melhores casos, coroa o sucesso terapêutico (Marty, 1993).

Um dos meios de direccionar o paciente para o investimento do seu pensamento é interessá-lo ampla e repetidamente pela sua *actividade onírica*, até que esta atinja uma

forma, uma qualidade e um ritmo convenientes. Os sonhos representam, de facto, especialmente para a psicossomática, os testemunhos: por sua presença (não isoladamente do inconsciente), de uma actividade mental do paciente, fora de sua relação com o terapeuta; por sua comunicação, do estado dessa relação (demonstrando ao menos uma certa confiança ou confiança afirmada – relação de base ou transferencial); por seu conteúdo, da qualidade (da mais operatória ou “crua” ou pobre, à mais simbólica) dos sistemas de representações e dos agrupamentos dos seus níveis evolutivos; pelas associações de que os sonhos são objecto, do grau das ligações em todo o funcionamento mental; por sua sucessão (desigual), das variações (progresso, estagnação ou recuo) da economia psíquica (Marty, 1993).

Hoje, confrontamo-nos de modo particular com os anti-depressivos receitados, parece, facilmente. Ao mesmo tempo que se alivia seu sofrimento, convém não aniquilar sistematicamente as expressões depressivas dos sujeitos, último recurso dos deprimidos para não ficar totalmente isolado afectivamente e para conservar uma vida relacional, sobretudo aquelas de que necessitam as psicoterapias (Marty, 1993).

As intervenções psicoterapêuticas são, de facto, destinadas, erguendo as barreiras existentes, a animar, a ampliar e a enriquecer o funcionamento mental do paciente até ao nível mais desenvolvido possível. Esse projecto, que passa pelo canal da manutenção e da organização progressiva da relação do terapeuta com o paciente deve, para se realizar, evitar que o terapeuta crie obstáculos ao avanço (às vezes de importância vital) do sujeito. Poder-se-ia definir o papel de organização progressiva através da fórmula: “da função materna à psicanálise” (Marty, 1993).

Segundo o autor a função materna prevalece – pelo menos por precaução – no início de inúmeras terapias. Prevalece por muito tempo com os pacientes desorganizados (depressão essencial) e quase sempre com aqueles que são mal organizados mentalmente (neuroses de comportamento e neuroses mal mentalizadas, casos somáticos mais ao menos evolutivos e frequentemente graves).

O *objectivo* das intervenções pouco interpretativas é assim, antes de qualquer análise profunda (a do conflito edipiano, p. ex.), fazer com que desapareçam os estados de aflição e as depressões essenciais, geradoras e mantenedoras de doenças somáticas frequentemente graves, organizando ou reorganizando da melhor maneira, até uma disponibilidade regular e

durável, se possível, o aparelho psíquico mau, medíocre ou incerto dos pacientes (Marty, 1993).

As *quedas de nível do funcionamento mental* alertam o psicoterapeuta. Elas são, com efeito, capazes de desencadear *novas manifestações somáticas*, às vezes relativamente benignas (crises da doença habitual reversível, por exemplo); outras, mais ameaçadoras (aparecimento de uma nova patologia ou retomada de uma afecção evolutiva, por exemplo). Com as doenças reversíveis, não é raro que a doença somática se manifeste sobe forma de uma crise, antes mesmo que uma variação do funcionamento mental tenha podido ser percebida (Marty, 1993).

Funcionar sem falha, de forma permanente, exige que o recalçamento cesse de ser um processo parcial, para se integrar no conjunto do funcionamento. Integração que significa uma profunda modificação caracterial, a alteração do ser mesmo do sujeito, e que faz com que o recalçamento transformado na modalidade principal da existência, se repita, depois, sem parar, ao longo da vida, sempre que o recalcado ameaça irromper. Assim o recalçamento determina a função caracterial que, por sua vez, determina o recalçamento. Aqui, o funcionamento caracterial coincide com o processo de recalçamento, o qual, paradoxalmente, permite ao sujeito adaptar-se socialmente, adoptando as exigências do meio familiar, e abstraindo-se daquilo que é enquanto subjectividade. O sujeito não é um termo distinto de uma relação, ele adere às exigências que o forçam, mas que lhe permitem existir. O indivíduo não tem rosto, tem o rosto de outro que é a mãe (Sami-Ali, 1992).

Exteriormente o conformismo confunde-se com os princípios de funcionamento social. É a adesão completa às normas de comportamento que, aplicadas primeiro pelos pais, criam na criança a ilusão de um mundo harmonioso onde os problemas não se põem, não se podem pôr. Adoptar as regras de funcionamento exterior é então uma forma de se fazer aceitar pela figura materna omnipresente, à qual se reduzem os outros, todos os outros (Sami-Ali, 1992).

O conformismo não é astúcia, nem estratagema, mas dificuldade radical em ser diferente, em introduzir o negativo. Então, apenas é possível ser como o outro, a fim de que a alteridade se apague, que ela não seja nem perceptível, nem imaginável, nem pensável, e assim desapareça a subjectividade. Pois nada delimita o conformismo que, nesse caso, fixa,

quer o comportamento social, quer a sensibilidade, quer a percepção, a imaginação, o pensamento, os quais por sua vez se tornam comportamentos. O conceito de Super-ego corporal, em que o absolutamente subjectivo coexiste com o absolutamente objectivo, o cultural com o corporal, o estereótipo com o inefável, dá conta de um tal funcionamento que se inscreve num universo de regras do qual depende o sujeito na sua existência. À força de ser conforme, o indivíduo desaparece no seu funcionamento, ele torna-se o exterior que está nele, que é ele e que o autoriza a ser (Sami-Ali, 1992).

O exterior é pois o Super-ego corporal. Conformar-se às regras de funcionamento significa conformar-se. Tudo o que acontece ocorre sob o olhar de uma instância impessoal, exterior ao sujeito e que torna o sujeito exterior a si próprio, como se não tivesse interioridade e devesse ser transparente. Tornar-se uma superfície a fim de que o olhar aí deslize sem se deter, a fim de que não haja nada a dizer de novo, é para isso que tende o conformismo. Não se trata de um sentimento de culpabilidade, mas de um medo de ser apanhado em falta, de não se mostrar irrepreensível. No olhar dos outros, nenhuma acusação precisa, o que paradoxalmente implica que se deve provar a inocência. Tarefa impossível pelo facto de se ser olhado. Ser olhado é por definição ser criticável, pela razão de não vermos e de os outros verem. Por outro lado, que o outro desempenhe o papel de Super-ego corporal é certamente devido a uma projecção, a uma projecção inicial, bem precisa e depressa neutralizada, que não entrou o desenvolvimento ulterior e que actualmente se encontra modificada pelo pensamento psíquico consciente, pensamento que ela sustenta sem no entanto o invadir (Sami-Ali, 1992).

Aplicar a regra comporta, então, para que nada escape, uma dupla redução: de todo o ser ao que deve ser, e de todo o ser a um único ser, indiferentemente Eu ou outro, ambos conformes ao que deve ser. Através deste nivelamento geral é, antes de mais, o próprio sujeito que é reduzido enquanto subjectividade. E como, de resto, todos devem ser iguais, a multiplicidade só pode resultar da reduplicação do mesmo. Todas as situações são então quantitativamente diferentes, qualitativamente idênticas. Uma situação a três resolve-se em duas situações a dois que, definitivamente, são duas situações a um em que, por isso mesmo, o conflito é excluído. E, verdadeiramente, poderíamos surpreender-nos por o conflito não surgir quando todos são iguais: a rivalidade, pelo menos, é feita de uma tal semelhança. É

que a rivalidade é uma relação, enquanto que aqui falta qualquer relação. A ausência de conflito é ausência de relação(Sami-Ali, 1992).

Correlativamente, tudo aquilo que pode não estar de acordo com a norma deve ser “reprimido”, considerado como nulo, anulado. Se há aqui um recalçamento, ele opera desde a primeira infância, no momento em que começa a organizar-se o campo perceptivo: este sofre uma estilização com o objectivo de o fazer coincidir com aquilo que deve ser percebido. O recalçamento acompanha a percepção, invade o ser, torna-se coextensivo do ser: é o não ser que torna perceptível o ser (Sami-Ali, 1992).

Assim se precisa a estrutura lógica que rege este mundo irremediavelmente fechado e desertificado de subjectividade. O desaparecimento do sujeito na conformidade e aqui compensado por um sentimento de exaltação narcísica que a aplicação da norma faz nascer, norma que representa a onnipotência parental na qual se participa. Aplicar a norma é pois perpetuar a onnipotência, do mesmo modo que reter o que confirma e eliminar o que infirma é uma maneira de restituir a norma nunca ferida, incondicional, idêntica a ela própria. Idêntica onde nada tem rosto, sem identidade. As coisas perdem a sua singularidade no nome que as designam, tornam-se permutáveis, como o discurso que sobre elas se faz e as pessoas que produzem esse discurso. Dupla despersonalização do subjectivo e do objectivo, a partir do que um determinado objecto, enredado nas definições implacáveis, pode adquirir qualidades de que não dispõe realmente. Qualidades deduzidas posteriormente, não criadas pela projecção e que permanecem exteriores àquilo que elas designam: falsa aparência que suplanta a projecção quando, por boa educação, se faz *como se*. Afecção em vez de afecto e diarreia verbal do objecto (Sami-Ali, 1992).

O juízo é impossível num sistema tautológico onde nada participa em nada. Dupla possibilidade, com efeito: porque a coisa é simplesmente ela própria e porque, posta em relação com outra, ela deixa de ser ela própria. Na altura da enunciação, desliza a contradição no ser da coisa que perde a sua identidade, se destrói. Relacionar é matar: a violência é contida pelo não contacto. Mas, de repente, o pensamento não pode pensar, imobiliza-se no imutável. Estamos próximo do impasse autista em que o pensamento é igualmente impellido a pôr as coisas no absoluto isolamento (Sami-Ali, 1992).

A depressão caracterial é subtil, indescernível, não aparece num determinado

momento da vida, confunde-se com a vida. Depressão, que para além do infortúnio, para além dos problemas, é um puro sentimento de estar só. Mas estar só significa estar só com o único objecto que existe, sem mediação, sem ultrapassagem, e ser precisamente esse objecto. Inscrita à partida no recalçamento da subjectividade, a depressão mantém sempre inalterado esse carácter absoluto. Contudo, recalçar a subjectividade significa antes de mais anular o corpo na sua realidade sexual, fazer com que ele não exista porque ele não é nomeado, e não nomeado porque ele não existe. O que, apesar de tudo, não impede que o corpo continue a existir num discurso objectivo, adaptado, racional, cujo efeito mais insigne é o de reforçar ainda o recalçamento da sexualidade. Recalçamento sem falha, sem deficiência, sem escapatória possível, e que, por conseguinte, se distingue radicalmente das suas variantes neuróticas ou psicóticas, fundadas sobre o insucesso do recalçamento e o retorno do recalçado (Sami-Ali, 1992).

Depressão *a priori*, no seio da qual o sujeito e o objecto não existem mais, porque formam um com o Super-ego corporal. O ser confunde-se com o deve ser que é também o nada do ser, já que só “o nada é sempre perfeito”. Por conseguinte, designar este estado de coisa por “depressão sem objecto” ou “relação branca”, dois conceitos que derivam do de “depressão essencial”, é o mesmo que desconhecer toda a complexidade que aqui discutimos (Sami-Ali, 1992).

Esta depressão, existente antes de qualquer acontecimento, condicionando todo o acontecimento, transcendendo por isso mesmo as contingências de uma vida que se desenrola no espaço e no tempo, toma concretamente a forma de um paradoxo. Entre a realidade psíquica e o comportamento social que participa na formação reactiva, o contraste é total. Depressão paradoxal, em conformidade, que se ignora ela própria como depressão, que petrifica cada vez mais o conjunto da vida psíquica e que diminui cada dia as poucas possibilidades que se projectam ainda à sua frente, como um sonho incompreensível (Sami-Ali, 1992).

Pode agora ver-se que, para além do conteúdo, o recalçamento caracterial incide sobre a função do imaginário em toda a sua extensão, função que é a própria subjectividade (Sami-Ali, 1992).

Para o autor, a insónia, impasse por excelência do imaginário, faz parte do síndrome

depressivo. A insónia é, antes de mais, uma relação com o imaginário. Pois o que é a insónia senão uma defesa massiva desesperada contra a actividade do sonho e a obstinação em andar as voltas no espaço vigi, vazio, por medo de atravessar a noite que nos separa de nós mesmos?

O recalçamento da função do imaginário é conseguido em benefício da adaptação social que mediatiza o Super-ego corporal. Daí resulta uma patologia marcada *a priori* pela depressão e em que a formação caracterial prevalece sobre a formação sintomática, ligada ao insucesso do recalçamento. A somatização aparece em correlação negativa com o imaginário quando, numa situação de impasse, o conflito se revela insolúvel porque impensável (a=não a). O que cria, independentemente de qualquer doença orgânica particular ou qualquer perfil psicológico específico, uma situação de risco máximo que dispõe à somatização. Esta pode ser precipitada pela perda, impossível de elaborar, do objecto narcísico (Sami-Ali, 1992).

Podemos supor que o cancro, nalgumas das suas formas, seja a actualização, numa situação de impasse, de uma potencialidade biológica e que esta potencialidade se inscreva num funcionamento caracterial rígido, marcado pelo recalçamento conseguido do imaginário e também por uma depressão caracterial difusa, e que a própria somatização seja arrastada por um luto não elaborável, é para uma tal formulação que tendem numerosos estudos clínicos, estatísticos e experimentais. Daí a considerar o cancro uma “doença psicossomática” vai um passo (Sami-Ali, 1992).

A “complacência somática” indica exactamente como é que a realidade corporal, já tocada pela doença orgânica, se torna suficientemente maleável para participar nas metamorfoses do corpo imaginário. É esta persistência do corpo real para além do corpo imaginário, enquanto que a dualidade se funda num corpo onírico, que abre de imediato à interrogação, no próprio momento em que se constitui o conceito da histeria, o campo da psicossomática (Sami-Ali, 1992).

O que Freud diz do delírio paranóico, ou seja, que “aquilo que tomamos por produção mórbida, a formação do delírio, é realmente a tentativa de cura, a reconstrução” aplica-se eminentemente à doença orgânica, quando ela se acompanha de fenómenos projectivos. Conferir retrospectivamente ao sintoma um sentido por meio da projecção, numa última tentativa de justificar o injustificável, pode então marcar a passagem, ao

modificar em profundidade todo o funcionamento psicossomático, do corpo real ao corpo imaginário. No limite, estabelece-se uma correlação negativa entre projecção e somatização, pela qual, entre outras, se explica a raridade, senão mesmo a ausência de doenças orgânicas nas psicoses estruturadas (Sami-Ali, 1992).

Isto, no entanto, só é meia verdade pois, na histeria, inversamente, em que o corpo está repleto de um imaginário que o desrealiza, a somatização deve ser concebida em correlação positiva com a projecção (Sami-Ali, 1992).

Para apreender na sua totalidade o fenómeno psicossomático, é forçoso, então, determinar o laço exacto entre o imaginário e uma dada forma de somatização. Laço que, necessariamente passa por um processo específico de recalçamento, o recalçamento do imaginário. Ora, na somatização histérica o recalçamento falha, correspondendo o sintoma conversivo, em conformidade com o modelo freudiano da formação sintomática, em geral, ao insucesso do recalçamento e ao retorno do recalçado. A somatização não histérica define-se pelo sucesso do recalçamento do imaginário, recalçamento que se mantém graças a uma formação caracterial que actua progressivamente face ao sonho e aos seus equivalentes. O que é dizer que o recalçamento durável do imaginário não se pode efectuar sem a transformação do conjunto do funcionamento psicossomático (Sami-Ali, 1992).

A ausência do imaginário não é portanto uma “carência”, um não-ser Real. Ela é o que advém do funcionamento psicossomático, quando o recalçamento caracterial interdita todo o acesso à vida onírica. Neste sentido, o recalçamento persistente dos sonhos, no qual se realiza um compromisso caracterial entre a necessidade de dormir e o medo de sonhar, deve ser considerado como a forma mais acabada de insónia, insónia que, originalmente, é uma defesa desesperada contra a actividade onírica (Sami-Ali, 1992).

Desta configuração de condições dinâmicas nasce uma personalidade conforme às normas socioculturais que, interiorizadas, se reproduzem. Reprodução que é repetição do mesmo, aplicação de um conjunto de regras adaptativas, pelas quais se define um modo de vida que faz abstracção do subjectivo, uma subjectividade sem sujeito (Sami-Ali, 1992).

Se a esta personalidade se junta uma qualquer somatização, esta só poderia ser orgânica, destacando-se sobre um fundo caracterial inalterado, senão mesmo inalterável, e tendo lugar numa situação de impasse em que os próprios termos do conflito, próximo nisso

da vertente psicótica, se tornam impensáveis porque contraditórios (a=não a). Patologia da adaptação, por conseguinte, que caracteriza o recalçamento persistente do imaginário, e na qual os sintomas orgânicos, pelo facto de não resultarem do insucesso do recalçamento e do retorno do recalçado, são aquilo que são. O seu sentido simbólico só pode ser secundário. A somatização do *literal* corresponde assim à somatização do *figurado* na histeria. As duas somatizações, não obstante, podem coexistir se subitamente a actividade onírica se encontra afastada do campo do consciente (Sami-Ali, 1992).

Quando a depressão chega a investir todo o espaço psíquico, o recalçamento da actividade do sonho torna-se total: a memória não retém mais as imagens nocturnas. Corte consigo, corte com o outro, falta de profundidade em todo o contacto. A energia, bloqueada, esgota-se interiormente sem poder franquear um limiar. E tudo pára, exposto a um terrível sentimento de culpabilidade, tão envolvente, quanto impalpável (Sami-Ali, 1992).

O que se domina vulgarmente como imagem do corpo é mais do que uma imagem que permanece distinta do corpo, ela é o ser mesmo do sujeito encarnado, enquanto ser imaginário. Pois, em qualquer altura, o corpo tem esse poder de metamorfose em que se actualiza como outro, levado por um espaço e um tempo que são igualmente outros. E há sincronização entre a constituição do corpo imaginário, através da projecção, e a tomada de consciência pela projecção do corpo imaginário (Sami-Ali, 1992).

O corpo na histeria deriva inteiramente da sexualidade infantil, onde se encontram sobrepostas “zonas erógenas” e “zonas histerógenas”. Sobreposição que justifica o facto de que, nos dois casos, o corpo libidinal é uma imagem do corpo que se constitui a partir do corpo real. Está em jogo aqui o próprio processo de apoio, o qual consiste em reproduzir através do corpo real e relativamente a um objecto real, uma experiência anterior de satisfação. Reprodução que não é simples actualização de uma lembrança, mas verdadeira alucinação corporal do objecto na sua ausência: projecção que torna presente o objecto ausente, e ausente o corpo presente (Sami-Ali, 1992).

A histeria supõe que o apoio tenha lugar e que a somatização se inscreva num corpo erógeno. O que já deixa entrever uma outra possibilidade: a de uma somatização aquém do apoio, na qual se constitui como problema a dupla constituição do corpo imaginário e do objecto imaginário. Então, deve realmente repetir-se o momento inicial em que o

objecto se transforma em objecto presente-ausente; é o caso, por exemplo, da bulimia onde o corpo se torna um vazio que nada pode preencher e cujo preenchimento, por uma alimentação que substitui o amor materno, não se acompanha nem de apetite, nem de prazer. Nos próprios limites da sexualidade infantil, a somatização não poderia então reduzir-se à exclusiva conversão histérica (Sami-Ali, 1992).

Assim como são diferentes as zonas erógenas, assim também elas devem ser consideradas como a metamorfose do mesmo fundamento primitivo, a pele, “zona erógena por excelência”, mas zona ambígua, nos confins do dentro e do fora, subtraída à diferenciação, mais próxima do neutro de uma somatização que, globalmente, se refere à superfície corporal, e não a um órgão em particular (Sami-Ali, 1992).

Há, portanto, vários níveis de somatização que vão do figurado ao literal, do literal ao neutro, e que revelam o corpo na sua dupla pertença ao narcisismo e ao para-aquém do narcisismo (Sami-Ali, 1992).

Este reconhecimento não lança o objecto para fora do campo da psicossomática, mas permite antes integrá-lo, ao estabelecer uma correlação negativa entre projecção e sintoma orgânico. Correlação que se constata mesmo na histeria de conversão. Fenómeno que não releva apenas da “complacência somática” mas que, em contrapartida, tende a mostrar que a projecção, longe de ser um mecanismo puramente psicológico, se acompanha de um reforço das defesas imunitárias, as quais, inversamente, se enfraquecem quando se atenuam as manifestações projectivas (Sami-Ali, 1992).

É claro que uma doença orgânica nunca é assimilável à neurose ou à psicose, mas ela pode ser destas o equivalente. Promovida de um coeficiente sintomático comparável, ela aparece no *lugar* de uma formação neurótica ou psicótica (Sami-Ali, 1992).

Na patologia orgânica o recalçamento conseguido é concebido como um recalçamento que produz efeito, não sobre o conteúdo imaginário mas sobre a própria função do imaginário, isto é, sobre o sonho e os seus equivalentes na vida vigil, significando o seu sucesso que ele se efectua através duma modificação caracterial durável de todo o funcionamento psicossomático. Assiste-se, então, ao esquecimento persistente dos sonhos, a rarefacção das manifestações oníricas, à redução da vida psíquica que, doravante, se reduz ao consciente. O desfalecimento da memória é um acto de recalçamento eminente positivo e,

pela força do esquecimento, os sonhos acabam por não existir senão em si, objectivamente e não para aquele que é o seu actor (Sami-Ali, 1992).

O funcionamento caracterial desvia-se do imaginário para aderir ao real. Real que não é a realidade, mas sim uma certa imagem da realidade, tal como ela se encontra num contexto sociocultural particular. O real corresponde, então, aos estereótipos do pensamento e da sensibilidade, às regras de funcionamento onde se perpetua, através dos comportamentos, a pertença anónima ao social. Norma e normalidade tornam-se intermutáveis, pelo poder que elas exercem no dentro e que mediatiza uma instância interiorizada à qual incumbe a dupla tarefa de recalcar o imaginário e de o substituir pelo conformismo (Sami-Ali, 1992).

O real acompanha-se de um modo de utilização que dá acesso não às coisas, mas à definição das coisas. O corpo transforma-se, então, num corpo funcional, cuja subjectividade é mascarada pela prótese em que ele se tornou. A adaptação é uma maneira de ser adoptado, de encontrar no não-ser um sentimento de ser, de depender de um outro para existir, face às coisas, como um corpo submetido ao espaço e ao tempo. Um outro que se converte num verdadeiro Super-ego corporal que participa do absolutamente objectivo de uma cultura e do absolutamente subjectivo do corpo e cuja problemática fundamental é a do narcisismo formal e material. De igual modo, mesmo onde a adaptação consegue substituir uma subjectividade sem sujeito, ela em si não está em causa, nem, por maioria de razão, o seu excesso. O que, pelo contrário, singulariza a situação é o facto de que a adaptação opera aqui em detrimento do sujeito, permitindo-lhe ser de uma maneira impessoal, ao olhar de um outro impessoal e num mundo abandonado pela subjectividade (Sami-Ali, 1992).

Nenhum desvio entre a regra e a sua aplicação e por essa coincidência introduz-se duravelmente o literal. Este vem preencher o vazio deixado na vida psíquica pelo recalçamento do imaginário, ao reforçar esse mesmo recalçamento. De resto, a verdadeira natureza do literal, só se revela numa situação relacional típica, que em todo o lado se cria automaticamente sem ter em conta as qualidades pessoais do outro, ao qual é atribuído o papel de Super-ego corporal (Sami-Ali, 1992).

A patologia de adaptação que daí resulta, enuncia que o recalçamento conseguido da função do imaginário cria uma situação de risco máximo, que predispõe às somatizações

despromovidas em si de qualquer valor expressivo e que tocam o corpo real; somatizações do literal e do neutro que surgem sobre um fundo caracterial inalterável, cujo sentido simbólico só poderia ser secundário. Fundo que nada favorece o retorno do recalçado, mantendo o recalçamento de uma forma constante. De igual modo, o processo de somatização está em correlação negativa com o imaginário, o que contrasta absolutamente com o figurado da histeria de conversão, em correlação positiva com o imaginário (Sami-Ali, 1992).

No recalçamento que engendra o recalçamento observa-se uma causalidade circular, feita de linhas quebradas e nunca curvas. Uma tal situação dinâmica sustem todo o funcionamento caracterial cujo insucesso, fora da hipocondria, deixa lugar as somatizações que, por sua vez, desaparecem quando o recalçamento caracterial toma de novo as coisas em mãos (Sami-Ali, 1992).

A somatização alérgica, como aliás outras somatizações, alia-se à depressão, e encontra-se, por isso mesmo, pela ruptura com o sonho e os seus equivalentes, em correlação negativa com imaginário (Sami-Ali, 1992).

O hospitalismo é uma forma extrema da “depressão anaclítica” que, segundo Spitz, se observa nos primeiros meses de vida em crianças separadas da mãe, durante períodos mais ao menos longos, e cuja profundidade é função dessa separação. Corresponde à ausência total e prolongada da mãe e de qualquer figura materna. Facto notável, no entanto, a depressão, aqui, longe de se reduzir ao psíquico, atinge de imediato o somático, abalando o corpo nos seus fundamentos biológicos. Não há dúvida, então, que a figura ausente da mãe movimenta um processo psicossomático que só se pode compreender seguindo os seus meandros (Sami-Ali, 1992).

O conceito de desintração pulsional articula a dinâmica subjacente à depressão anaclítica. Pois no estado de ambivalência que se encontra o bebé, as pulsões agressivas e libidinais estão ainda indiferenciadas, de forma que, privadas do seu objecto exterior, elas não podem interpenetrar-se, reforçar-se reciprocamente. Reforço onde a agressão desempenha o papel de uma onda transportadora, que dirige para o meio externo as duas pulsões unificadas. Esta saída para o exterior imobiliza-se devido à ausência do objecto e as duas pulsões que ficaram separadas retornam sobre o sujeito. Então, apoderando-se do único

objecto disponível, a agressividade faz a sua obra de destruição. De igual modo, a pulsão libidinal sem objecto exterior reconduz a criança, aquém do auto-erotismo, ao narcisismo primário, para lhe permitir simplesmente viver, esperando o fim (Sami-Ali, 1992).

Apercebemo-nos, então, de que estas crianças, tal como Spitz as descreve, não sonham, não fantasmizam, não alucinam! Nenhuma alusão ao imaginário de uma ponta a outra de uma minuciosa descrição do que advém da criança, do nascimento à palavra. Outra lacuna importante: tudo se passa como se o problema do rosto não pudesse colocar-se, já que, de qualquer forma, o rosto da criança existe para o observador. Duas omissões que, definitivamente, são as componentes da mesma problemática: a subjectividade (Sami-Ali, 1992).

Pois de uma forma diferente da alergia, em que a criança tem o rosto do outro, na depressão anaclítica, a criança não tem rosto, perde o rosto que pode ter, tem dificuldade em reconhecer um rosto que não está lá. Dito de outra forma, ela tem o rosto da ausência, ausência da circularidade de trocas entre ela e a mãe, ausência da ilusão de ter o rosto dela, ausência da possibilidade de ser amada e reconhecida na sua identidade. A depressão é a perda de si pela perda do objecto, que é o próprio e a promessa de si, sem que nada da ordem do imaginário venha preencher o vazio, transformando a ausência em presença, a presença em ausência. À falta de poder recriar o objecto real na sua ausência, enquanto objecto imaginário em relação com o corpo real, que, participando na ausência, se torna um corpo imaginário, a actividade projectiva é impelida a alimentar-se de ausência e a reproduzir a ausência da qual se alimenta de novo. Este é, antes de mais, o empobrecimento contínuo da função do imaginário em toda a sua extensão, empobrecimento que deve ser tido como equivalente, noutros conjuntos sintomáticos, do recalçamento da função do imaginário, por oposição ao recalçamento de um conteúdo do imaginário. Estamos plenamente numa situação de impasse, onde o imaginário está em correlação negativa com a somatização (Sami-Ali, 1992).

Que a função do imaginário seja atingida pela depressão anaclítica, dois fenómenos clínicos o atestam. Por um lado, a insónia, que suprime precisamente a fase paradoxal do sono ligada à actividade do sonho, suprime o sono e, por outro lado, o desaparecimento gradual de qualquer forma de auto-erotismo que, por intermédio da motricidade, permite ao

sujeito alucinar o objecto na ausência. Tudo se passa, então, como se o recalçamento da função do imaginário, que são o sonho e os seus equivalentes, fosse igualmente um recalçamento do biológico no momento em que se constitui essa mesma função. É esta complexidade que desconhecem os conceitos redutores como “a relação branca” ou “depressão essencial”, sublinhando, um e outro, a ausência de elaboração psíquica. Esta existe, mas a questão que se põe, então, é a da impossível constituição da subjectividade (Sami-Ali, 1992).

Temos assim, em negativo, o protótipo da depressão caracterial, dado que esta provoca, naquilo a que chamo *depressão a priori*, a inacessibilidade absoluta da vida onírica e dos seus equivalentes no estado de vigília. Pois o que, na ocorrência, é eliminado do campo do consciente, por causa do recalçamento caracterial, desaparece realmente na depressão anaclítica e no hospitalismo, na sequência do esgotamento do imaginário. Não é menos verdade que o desgaste, pelo qual o processo psicossomático se torna irreversível, é também o que caracteriza a *depressão a priori* quando, cortado do imaginário e exposto ao insolúvel, o sujeito só pode reagir por um recalçamento repetitivo que, ele próprio, contribui para interditar toda a escapatória. Mas o que caracteriza a somatização na depressão *a priori* e na hospitalização é que ela está em correlação negativa com o imaginário (Sami-Ali, 1992).

A somatização própria à depressão anaclítica e ao hospitalismo não tem nada, com efeito, de simbólico, nada, de qualquer forma, de comparável ao investimento da energia libidinal na altura de um conflito neurótico, num órgão pertencente ao corpo imaginário provido de zonas erógenas. É que, por um lado, o impasse comporta, para além da situação neurótica, um conflito insolúvel, aparentando-se já ao impensável da psicose e, por outro lado, a somatização, passando além do corpo erógeno, atinge em profundidade o corpo real. Não específica, não localizável, sem órgão, ela é a alteração dos processos biológicos fundamentais, que põem sobretudo em cheque o sistema imunitário, do que é testemunha precisamente a extraordinária frequência das doenças infecciosas no hospitalismo. Somatização do neutro, conseqüentemente, que consome o corpo, enquanto processo vital e significativo, nos confins do real e do imaginário, relativamente à figura materna que falta, a aporia do não rosto. Somatização à qual pode aliar-se, aliás, o literal, quando uma função em particular, a da visão binocular se encontra, às vezes, atingida nas

suas bases neuro-fisiológicas, dando lugar a uma “coordenação ocular deficiente” (Sami-Ali, 1992).

Ora se no hospitalismo se assiste à passagem do corpo imaginário ao corpo real, é o movimento oposto que opera no autismo, invertendo a correlação negativa entre imaginário e somatização, e fazendo aparecer o autismo como o exacto contrário do hospitalismo. O autismo é a criação original de uma *forma de pensamento* que, estando no impasse, consegue neutralizar inteiramente o impasse (Sami-Ali, 1992).

Enquanto o impasse no hospitalismo se estrutura à volta do vazio, sobe a forma de um ciclo vicioso onde indefinidamente a ausência chama a ausência, no autismo ele releva da contradição. Aquela, originalmente, de uma mãe que, ausente pela sua presença, deseja que, à sua imagem, a criança, contudo presente, se organize na ausência (Sami-Ali, 1992).

No autismo, o fora, em toda a sua generalidade, é a figura materna, com quem o autista se desidentifica, ao ponto de perder ao mesmo tempo que a linguagem, o seu rosto próprio. Se, não obstante, a criança autista não conhece o desabamento do hospitalismo, é porque a mãe, identificada com a realidade externa, permanece o negativo com o qual o contacto é rompido (Sami-Ali, 1992).

Ora, o notável no autismo é que a projecção se mantém inalterável, tendo modificado, ao mesmo tempo, o ser e o pensamento. Por outras palavras, uma primeira projecção, nos confins do fora e do dentro, impede qualquer outra projecção e torna supérfluo o eventual recurso a uma outra estratégia. É que, por sua vez, o recalçamento consegue neutralizar inteiramente a situação de impasse, o que cria uma outra patologia para além do insucesso do recalçamento e do retorno do recalcado. Por consequência, se o autismo se aproxima das formações caracteriais nas quais, também, o recalçamento se mantém duravelmente, ele não deixa de constituir, tal como a patologia de adaptação, um singular exemplo de uma patologia que funda o recalçamento conseguido (Sami-Ali, 1992).

De qualquer modo, instaurar um limite não significa investir a pele como superfície corporal que delimita o dentro e o fora, já que, zona erógena por excelência, a pele assegura uma unidade de funcionamento que falta justamente no autismo. Para cá do apoio, tendo bruscamente parado no momento em que se efectua a passagem do corpo real ao corpo

imaginário, correlativamente com a transformação do objecto real em objecto imaginário, o corpo aqui não é o da sexualidade infantil (Sami-Ali, 1992).

No autismo o corpo é um conjunto funcional que não se pode mais projectar, imobilizado numa primeira projecção, a partir da qual o dentro e o fora são determinados, de uma vez por todas negativamente. O corpo é a negação do fora pela negação do dentro, ele só existe por essa dupla operação que faz dele um corpo em negativo, corpo sem corpo e rosto sem rosto. Também a visão binocular se perde, do mesmo modo, em proveito do táctil (Sami-Ali, 1992).

Desejar que a criança não seja, torna-se abstrair-se de si enquanto corpo que vibra com um outro corpo, contendo-o, no entanto. Por uma tal negação de si e do outro, a mãe passa da identificação à projecção, convertendo o seu filho num duplo narcísico, face ao qual se impõe a maior distância. O contacto é substituído pelos imperativos, o corpo por um *corpus* de regras. Regras de funcionamento impostas de fora, estranhas ao corpo, em dissonância com o seu ritmo, desconhecendo o seu movimento de dilatação e de contracção, passando por cima do prazer e do desprazer, fazendo sempre efracção, não parando face a qualquer angústia, como se o corpo não tivesse limite nem interioridade, nem exterioridade, nem existência própria. De qualquer forma que a mãe, ao deixar de estar em diapásão com a criança, transforma-se em Super-ego corporal, que substitui à vivência subjectiva os esquemas adaptativos mais banais, e às trocas relacionais, os comportamentos sociais estereotipados. É toda a actividade imaginária emergente que se encontra então ferida e que retrocede, deixando o corpo desabitado, vazio, fina película entre o ser e o não ser (Sami-Ali, 1992).

A existência de uma projecção limite que cria o limite, introduz no autismo uma correlação negativa entre imaginário e somatização. O que está perfeitamente de acordo com aquilo que sabemos da enigmática ausência, nas crianças autistas, de qualquer doença orgânica. O que, paradoxalmente, não exclui que as crianças autistas possam adoecer, mas só apenas no momento em que a organização projectiva enfraquece, ou cede inteiramente (Sami-Ali, 1992).

Mais radical na patologia da adaptação, o recalçamento não deixa aqui subsistir nenhuma projecção. O que se modifica desta forma é o conjunto do funcionamento

psicossomático em redor do imaginário, que são o sonho e os seus equivalentes. Modificação que corresponde ao recalçamento durável da função do imaginário, que se efectua por intermédio da organização caracterial. Esta encarrega-se de abolir da vida consciente, que o sonho quer o interesse pelo sonho, de forma a que se tornem definitivamente equivalentes a lembrança e o esquecimento do sonho. Só existe, doravante, um único recalçamento, que se confunde com o carácter, e que compensa a perda da vida onírica, através de uma imaginação realista que facilita um funcionamento adaptativo, onde o papel social substitui, progressivamente, a subjectividade. Por conseguinte, nem neurose, nem psicose, mas sim os traços de carácter mais diversos, destinados a conter o funcionamento na “normalidade”, ao criar insidiosamente, paralelamente a esta vida sem mistério, as condições dinâmicas de uma patologia que só podia ser orgânica. Esta produz-se quando o recalçamento se revela incapaz de neutralizar uma situação que, por isso mesmo, se torna uma situação de impasse. O recalçamento caracterial, portanto, contém em si mesmo o impasse, já que ele põe termo ao conflito psíquico, às suas incidências inconscientes, às possibilidades oníricas da sua elaboração, e que só concebe o conflito como uma alternativa absoluta, sem mediação e sem a eventualidade de uma solução de compromisso (Sami-Ali, 1992).

O que quero agora acrescentar é que o recalçamento caracterial do imaginário pode encontrar o seu equivalente somático nas alterações particulares, que surgem no curso de algumas quimioterapias, e que atingem, ao mesmo tempo que a função do imaginário, o conjunto do funcionamento psicossomático. Confirmando a correlação negativa entre projecção e somatização, a “cura” de uma psicose pode ceder lugar a uma doença orgânica, na ocorrência, ao cancro (Sami-Ali, 1992).

Tudo se passa, portanto, como se eliminar a doença mental operasse pela eliminação do imaginário do qual ela se alimenta, ao mesmo tempo que pela adaptação à realidade. É sem dúvida o equivalente do recalçamento do imaginário enquanto função, conduzindo, como toda a patologia fundada sobre a adaptação, a uma somatização em correlação negativa com a projecção. O corpo real é atingido através de uma somatização que não tem nada de simbólico, só secundariamente, porque ela se inscreve, desde logo, no literal e no neutro (Sami-Ali, 1992).

Podemos, desta forma, situar a psicose no contexto da somatização, de uma

somatização que oscila entre o corpo real e o corpo imaginário. Se a projecção é dela o eixo fundamental, é porque ela está já provida de um valor biológico tal que, a partir dela, se torna possível definir o que caracteriza, num dado momento no indivíduo, o conjunto da economia psicossomática. A somatização, contudo, permanece função de uma situação de impasse que só a psicose, enquanto tentativa de pensar o impensável, é capaz de franquear. Ela ultrapassa-a por intermédio de uma redução, mediata ou imediata, ao idêntico, fazendo dissolver as polaridades, na posição do objecto único que é também o sujeito único. Contrariamente ao conflito neurótico, cuja forma é a simples alternativa, a *ou não-a*, a situação de impasse comum à psicose e à somatização é inteiramente estruturada pela contradição: a *ou não a e nem a, nem não-a*. O que à priori exclui qualquer solução neurótica (Sami-Ali, 1992).

Se as quatro formas de impasse que acabam de ser analisadas na relação com a somatização, se encontram habitualmente quando a doença orgânica é já uma realidade, elas não deixam de ser susceptíveis de aparecer em miniatura no curso do trabalho analítico, quando se joga subrepticamente o destino de todo o ser. Em momentos decisivos, imprevisíveis, que a interpretação determina, quando ela torna inoperante um funcionamento caracterial, que se tornou a atitude adaptativa prevalecente, assiste-se a uma modificação súbita da sintomatologia: de psíquica passa a somática. Não definitivamente, no entanto, nem de forma irreversível, mas por curtos períodos de instabilidade, de questionamento, durante os quais o somático repellido volta de novo ao primeiro plano (Sami-Ali, 1992).

Compreender a somatização exige que seja em simultâneo tida em conta, por um lado, a relação positiva ou negativa com o imaginário e, por outro, a estrutura lógica do conflito que implica a contradição, ou não a implica. Se a relação positiva ou negativa com o imaginário designa a diferença entre recalçamento falhado e o recalçamento conseguido dessa função, torna-se possível combinar de várias formas estas duas ordens de factores. Uma dedução *a priori*, ou quase, pode então efectuar-se. Se a relação com o imaginário se mantém graças ao insucesso do recalçamento, a somatização, nesse caso, só poderia ser a do corpo imaginário e manifestar-se sob dois aspectos essenciais, segundo o conflito inclua ou exclua, a contradição. Quando a inclui, é então o impasse, característico da psicose, definindo-se a psicose como a possibilidade de ultrapassar o impasse por intermédio da

alteração da própria estrutura do pensamento, que se torna pensamento do imaginário. Isto é válido, tanto na paranóia, como no autismo. Uma vez constituída, a psicose modifica a tal ponto a economia psicossomática que os danos do corpo real são absorvidos pelo corpo imaginário. De igual modo, a psicose encontra-se em correlação negativa com a somatização verdadeiramente orgânica, quer ela pertença ao literal ou ao neutro. Se, pelo contrário, o conflito exclui a contradição, é a histeria de conversão que aparece, através das somatizações que relevam do figurado. Neste sentido, a histeria está em correlação positiva com a somatização do corpo imaginário, o que, além disso, não deixa afastar a possibilidade precedentemente evocada de uma sintomatologia histórica mista, onde alternam danos orgânicos e manifestações psicóticas (Sami-Ali, 1992).

Consideremos agora a relação negativa com o imaginário, que opera o recalçamento conseguido. Na ocorrência, o conflito anuncia-se, de imediato, em termos que excluem qualquer mediação. É por isso que a alternativa simples própria ao conflito neurótico se converte imediatamente numa alternativa absoluta, na qual nos fechamos como num beco sem saída. A inacessibilidade do imaginário dispõe, então, para uma somatização do corpo real, que toma a forma do literal e do neutro, divergindo nisso da psicose, com a qual, no entanto, partilha o ponto de partida, ou seja, a contradição e a situação de impasse. A patologia da adaptação parece assim o negativo da psicose, e não é indiferente constatar que na altura dos momentos de crise a actividade imaginária irrompe de novo sob a forma de pesadelos repetitivos, ou mesmo episódios alucinatórios delirantes, e ela permanece clivada no seio de um conjunto funcional que, por outras vias, ameaça de clivagem (Sami-Ali, 1992).

Ora, a experiência clínica mostra que existe, já marcada pela variabilidade sintomática, uma terceira forma maior de patologia, na qual o recalçamento falhado alterna com o recalçamento conseguido (Sami-Ali, 1992).

No intervalo em que se efectua a transformação sintomática, observa-se a inclusão de um funcionamento num outro funcionamento, à semelhança de um parêntesis que encerra um outro. O que se produz, no entanto, não é a ultrapassagem de uma sintomatologia por uma outra que a conserva e a enriquece, mas o desaparecimento puro e simples do funcionamento anterior: os novos parêntesis não contêm verdadeiramente nada. O

recalcamento do imaginário, enquanto função, elimina, por conseguinte, qualquer manifestação neurótica ou psicótica, ao reduzir a nada as próprias possibilidades de conflito. Passagem ao limite onde se joga o todo pelo todo, e último recurso para fazer calar em si as vozes discordantes. O silêncio que volta é presságio de morte, o recalcamento realiza um nivelamento ao qual o suicídio conduz na realidade. É sem dúvida uma relação de sobrevivência, talvez a única disponível na altura do infortúnio (Sami-Ali, 1992).

Existem assim três formas maiores de patologia que determinam, relativamente à função do imaginário, o insucesso do recalcamento, o sucesso do recalcamento e a oscilação periódica entre um e outro. Desta última forma depende um novo olhar, que deveria aclarar a imbricação entre o somático e o cultural. Três formas de patologia que, em definitivo, derivam de três funcionamentos distintos, definidos pela relação com o imaginário, mas que só se tornam patológicos quando se cristalizam numa situação de impasse (Sami-Ali, 1992).