

PSICOSSOMÁTICA: UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA

Trabalho de curso no âmbito da cadeira Psicossomática
do Mestrado Integrado em Psicologia na Universidade de Coimbra

2011

Pedro Nuno Martins Carvalhal

Licenciado em Ciências Psicológicas pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra.
Mestrando em Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade de Coimbra (Portugal)

E-mail:

pedronuno21@hotmail.com

RESUMO

A forma como mente e corpo se relacionam, tem sido considerado por todas as gerações de pensadores porém a psicossomática apenas no séc. XX se tornou foco de interesse no campo de saúde mental. É impossível arquiectar sua história sem se envolver na reflexão acerca da unidade mente-corpo, implícita pelas palavras gregas *psyque* (alma) e *soma* (corpo). A Psicossomática procura desta forma entender a relação mente–corpo nos processos de adoecimento. Parte da observação doenças somáticas nos quais os processos emocionais exercem um papel, ou de situações clínicas nas quais uma perturbação psicológica aumenta o risco de desenvolver determinada doença.

Palavras-chave: Psicossomática, mente, corpo, saúde mental

*“ (...) a incapacidade de fazer a leitura dos afectos e emoções
predispõe para o adoecer somático”*

Coimbra de Matos

1. O CONCEITO DE PSICOSSOMÁTICA

Já desde a Antiguidade que se sabe que os sentimentos e emoções se reflectem no corpo, mas apenas em 1818 o psiquiatra Heinroth, introduziu os termos *psicossomático*, e posteriormente em 1828 *somatopsíquico*. Sendo que o primeiro se refere “a sua convicção da influência exercida pelas paixões sexuais sobre a tuberculose, a epilepsia e o cancro”; e o segundo às doenças onde o factor somático modifica o estado psíquico (Paixão, 2009). Este autor defendia assim uma orientação unicista muito semelhante à de Espinosa, onde corpo e psique são a parte exterior interior de uma mesma coisa (Vicente, 2005).

É através de Freud que a psicossomática e a psicanálise se ligam, pois apesar de nunca ter criado uma teoria psicossomática manteve a preocupação de procurar estabelecer ligação entre corpo e psique, especialmente através da teoria das pulsões, da sua concepção económica do aparelho psíquico e de sua tentativa de criar uma psicologia científica tendo como base as leis da termodinâmica e das descobertas da neurologia da sua época (Capitão, 2006).

Para o fundador da Psicanálise a patologia psicossomática corresponde a uma alternativa ao sintoma onde a simbolização não foi possível. É o fracasso das capacidades mentais de ligação e organização conflitual como forma de lidar com a realidade. Em 1895 Freud distingue o sintoma histórico conversivo das perturbações somáticas: o primeiro é falsamente somático e teriam a sua origem na neurose mental sendo mantido pelo recalçamento, e quando o seu significado se torna claro este desaparece, pelo retorno do recalçado. No segundo são os verdadeiros sintomas somáticos, sem significado corporal e ligados a uma neurose actual. Para este autor, as neuroses actuais são situações estruturalmente pouco definidas, de mau prognóstico, devidas a uma insatisfação actual da libido. O sujeito responde através de sintomas corporais, a irritação de um órgão ou a sensação de dor, constituindo-se assim a resposta do corpo à realidade desfavorável (Freud, 1990).

Coimbra de Matos (2003) refere a presença do conflito intrapsíquico tanto na histeria como na doença psicossomática ainda que distinga a problemática ao nível do conflito, assegurando que na última este é predominantemente pré-genital e pré-edipiano, isto é, presumivelmente aquém da simbolização e da capacidade de elaborar as experiências no espaço psíquico.

Paixão (2002) chama a atenção que a resposta “psicossomática” deve ser diferenciada de outro tipo de respostas do corpo como: o agravamento de doenças devido a dificuldades psicológicas ou a consequências psicológicas de doenças; as manifestações somáticas de formações de compromisso do sintoma neurótico, quando o corpo é usado como meio para reduzir a ansiedade e resolver inconscientemente o conflito (como na histeria); a focalização da angústia no corpo (hipocondria), tal como acontece com as queixas somáticas da criança sem base orgânica; e as queixas sintomáticas falsas com o objectivo de retirar algum benefício.

2. A EVOLUÇÃO DAS IDEIAS

Dunbar introduz o conceito de psicossomática na literatura científica nos Estados Unidos. A fundadora da Sociedade Americana de Psicossomática conceptualizou em 1943 uma teoria onde introduz a noção de personalidade predisposta para os acidentes (pessoas impulsivas, provenientes de famílias rígidas e pouco dispostas à afectividade) e as personalidades corináriopáticas (ambiciosas, metódicas, com grande auto-estima e que utilizam a própria agressividade para as suas ambições). Desta forma, a conversão somática seria apenas uma forma através do qual os mecanismos psíquicos influenciam as funções somáticas (Vicente, 2005).

Na década de 40, Alexander estuda as personalidades propensas a riscos patológicos específicos, numa altura onde a investigação psicanalítica deslocava-se do significado simbólico do sintoma ou doença para o estudo dos mecanismos de defesa e adaptação do Ego (Matos, 2003).

Franz Alexander vai mais longe do que Dunbar, pois para este, a função essencial do sistema nervoso é manter o corpo em homeostasia. Aos distúrbios do equilíbrio homeostático do sujeito vem a chamar de neuroses vegetativas que são a consequência da supremacia do sistema nervoso autónomo. Assim a investigação passa a debruçar-se sobre as consequências da adaptação forçada do corpo e da defesa excessiva ou falhada. O tipo de processos adaptativos determina a via para a somatização (Matos, 2003). Para este autor, as perturbações psicossomáticas seriam as consequências dos estados de tensão crónica, relativa a uma expressão desadequada de vivências. Desta forma, as diferentes patologias psicossomáticas equivaleriam a diferentes factores psicológicos, que para Dunbar, seriam os tipos de personalidade, e para Alexander, os conflitos e/ou condições de vida significativas (Paixão, 2009).

Os distúrbios emocionais das funções vegetativas foram divididos por Alexander em duas categorias: a primeira refere-se à componente emocional de preparação para luta ou fuga no stress, e a segunda, à retirada da actividade dirigida para o exterior. Distinguiu assim as doenças relacionadas com o sistema nervoso simpático como respostas activas, incluindo doenças como a hipertensão arterial, a diabetes, a epilepsia, etc; e as doenças relacionadas com o sistema nervoso

parassimpático como respostas passivas das quais estariam relacionadas com perturbações como a asma, as colites, a úlcera duodenal, entre outras (Paixão, 2009).

Nos anos 50, Schur postula que na génese da perturbação psicossomática está uma situação regressiva que equivale às respostas somáticas da criança, determinada pelo stress e o conflito inconsciente. Trata-se de um funcionamento sujeitado pelos processos primários, num movimento que se considera ser uma expressão sintomática do desejo de presença da mãe (Alarcão, 1991).

Posteriormente Engel colocavam a ênfase na problemática da perda objectal, real ou imaginária, para este autor, a doença precipitar-se-ia na sequência da vivência de experiências emocionais de perda, ajuda ou de esperança. Seguindo esta linha de pensamento, Mistcherlich, em 1965, afirmava que a falência das defesas neuróticas perante uma situação de perda objectal daria origem ao aparecimento das doenças psicossomáticas, isto é, inicialmente, o sujeito recalca o afecto para, depois, ser somatizado, tendo assim a satisfação das suas necessidades libidinais e de punição. Exemplo disso é o eczema anal, em que o prurido é simultaneamente fonte de prazer e dor (Alarcão, 1991).

Menninger acreditava que a psicossomática seria uma forma inconsciente de automutilação, resultante da auto punição perante impulsos de ressentimentos e hostilidades exprimidas pelo comportamento. Torna-se assim uma vivência masoquista do sofrimento (Alarcão, 1991).

É no final dos anos 50 que Marty (representante da Escola Psicossomática de Paris), juntamente com Christian David, Michel Fain, e Michel de M'Uzan iniciam uma nova e intensa investigação nesta área, e ao usarem a escuta analítica para a compreensão dos pacientes, ao invés do detrimento do sujeito via órgão, desligam-se definitivamente da escola psicossomática americana. Para eles o paciente possui uma “gigantesca negatividade simbólica, onde o pensamento operatório, a precariedade e a ausência de fantasia se impunham como esfinges aos decifradores do enigma psicossomático” (Dias, 1992).

Para os precursores da escola psicossomática de Paris, a investigação deve passar por integrar o sintoma no paciente tendo em conta o funcionamento do seu imaginário; presença/ausência de actividade onírica ou dos seus equivalentes (como o fantasma, afecto, jogo alucinação, transformação, delírio, crença, corpo imaginário, espaço e temporalidade do imaginário); e finalmente as situações de vida conflituais e de impasse. Procura-se integrar o corpo na sua inextrincável presença real e imaginária (Vicente, 2005).

Marty caracteriza o funcionamento mental dos pacientes psicossomáticos pela designação de pensamento operatório. A doença somática caracteriza-se desta maneira pela pobreza da fantasia e pensamento operatório, que teria na raiz uma perda precoce produzindo assim uma “depressão branca” (Matos, 2003).

Marty (1968, citado por Vicente, 2005) explica que a vida operacional é “*uma modalidade de funcionamento por vezes permanente, mas a maior parte das vezes episódica, indicadora de*

uma desorganização, especialmente sobre a forma de uma depressão essencial (...) a carga afectiva ligada às emoções, mal veiculada e pouco ou mal elaborada pelas funções mentais, parece aderir rapidamente à via somática.” Neste sentido, Vicente (2005) afirma que é por via de uma falha do pré-consciente, que criando uma ausência de comunicação entre o consciente e o inconsciente manifesta-se numa pobreza fantasmática e conseqüentemente precariedade na vida onírica.

Para Marty, os mecanismos fundamentais da doença psicossomática são a regressão psicossomática (pressupondo uma fixação psicossomática mais intensa e impeditivo da evolução posterior) e a desorganização progressiva (ligado ao instinto de morte pela privação da actividade libidinal) (Vicente, 2005).

A depressão essencial de que Marty falava estabelece-se ao mesmo tempo que a desorganização progressiva, faltando-lhe as características associadas à depressão. Assim é retardado o aparecimento do afecto depressivo. Inicialmente estes sujeitos referem poucos sonhos, e tiram pouco benefício das abordagens clássicas da psicoterapia (Vicente, 2005).

Em suma, para a escola psicossomática de Paris, os pacientes psicossomáticos possuem uma grande dificuldade em identificar e descrever os seus afectos, tendo em conta a sua pobreza fantasmática e que resulta de um forma de vida bastante operatória e funcional, evitando o conflito.

É também bastante importante analisar as concepções bionianas acerca da psicossomática: para Bion existe uma relação de continente-contéudo entre a mãe e a criança, os conteúdos mentais são projectados para a mãe, que os metaboliza e os tornará pensáveis para a criança. Neste sentido os estados psicóticos representam “estado de não-separação vivido como dois corpos numa só pele” que provocará um sofrimento mental decorrente da incapacidade de tolerar a frustração que permite elaborar pensamentos e consecutivamente a falência da função α , a capacidade de pensar as emoções fica assim comprometida, tal irá manifestar-se simbolicamente através das angústias de morte da psicose (Sá, 2007). Neste seguimento Vicente (2005) enfatiza o contributo de Bion para a compreensão de uma “mente sobreexcitada e desprovida de emoção”. A concepção de Bion acerca da mente diz-nos que estes sujeitos têm um funcionamento mental muito primitivo, baseado apenas nos pressupostos básicos.

É a partir das experiências de Sifneos com doentes psicossomáticos que este introduz o conceito de alexitimia para descrever as dificuldades que estas pessoas têm em identificar, diferenciar e verbalizar sentimentos. Dificuldades a que se pode apelidar também de iliteracia emocional. (Sá, 2009)

Ainda segundo Sifneos, esta alexitimia é ainda bastante caracterizada por uma forte pobreza fantasmática, tal como preconizava a escola psicossomática de Paris, com o “pensamento operatório” identificando sujeitos “inaptos a decodificar e a exprimir emoções”. Porém segundo Vicente (2005) estes conceitos não são sobreponíveis, isto porque na alexitimia existe um

ensurdecer sob as próprias emoções, enquanto no pensamento operatório ocorre um isolamento face às emoções do outro, relacionam-se de uma forma desprovida de afecto.

Apesar de ser inicialmente apenas associada às perturbações psicossomáticas, o conceito de alexitimia rapidamente se foi expandido à psicopatologia, onde foram identificadas uma variedade de situações clínicas onde as suas manifestações sintomáticas foram relacionadas com uma dificuldade de mentalização e elaboração psíquica dos conflitos internos, Taylor (1984, citado por Vicente, 2005) refere que a alexitimia também pode ser encontrada em vários sujeitos com distúrbios alimentares, perturbações afectivas e depressões mascaradas.

Note-se que a alexitimia não deve ser considerada uma ausência mas sim uma dificuldade na simbolização e modulação das experiências afectivas que tem origem na perturbação da relação primária e afecta não só a capacidade de expressão emocional, mas também as relações de objecto (Vicente, 2005).

Segundo Kraemer e Loader (1995, citado por Vicente, 2005) esta dificuldade na simbolização não é mais do que uma forma adaptativa de diminuir a dor mental, pois os afectos ficam “indisponíveis” e o sujeito tem de recorrer a indícios exteriores para moldar o seu comportamento.

Vicente (2005) considera que o factor etiológico mais importante para o desenvolvimento de características alexitimicas é a existência de uma perturbação na díade primária. Nos primeiros movimentos de separação-indivuação a criança não se sente valorizada, mas por outro lado que a mãe não prescindir dela narcisicamente, sentindo a separação como algo proibitivo submetendo-se ao objecto para não o perder, tal agrava a sua ferida narcísica e perpetua o sentimento de incompletude por parte da criança. A alexitimia pode ser a defesa edificada para não reconhecer a perda objectal ou narcísica (Vicente, 2005). Assim, o contacto com este objecto vivenciado como desvalorizante e rejeitante da sua especificidade e indiferença, neste sentido Coimbra de Matos (2003) afirma que “(...) a depressão [pela perda do objecto] ou é assumida como doença mental e pode eventualmente ser elaborada (...) 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.”

Não obstante, Sperling salienta que na doença psicossomática, os impulsos agressivos são dirigidos para o soma provocando a lesão orgânica. Desta forma, a somatização seria um *acting-in*, sobre o corpo notando-se a inflexão da agressividade ante a impossibilidade de revelar, afectiva e simbolicamente, o sofrimento psíquico (Matos, 2003).

Tentando ir um pouco mais longe, Sami-ali acredita que o imaginário tendo a função de ligação entre o corpo e a mente, devido a uma situação conflitual insolúvel sofreu um recalçamento inconsciente com a supressão da vida mental do sujeito e assim a sua subjectividade. Este autor traz de novo a noção de episódio traumático anterior à inibição do imaginário que desencadearia a doença psicossomática (Sá, 2009).

3. CONCLUSÃO: UMA INTEGRAÇÃO DA BIOLOGIA, PSICANÁLISE E PSICOSSOMÁTICA.

Recentemente com os contributos de Changeaux e Damásio e de outros neurocientistas tornou-se evidente que a linguagem do sistema nervoso são as imagens. Desta maneira pensar é recombinaar imagens (consciência alargada). A noção de alexitimia perde assim alguma consistência para ganharem força as ideias de Sami-ali, segundo as quais, não se está perante uma ausência do imaginário mas sim de uma inibição (recalcamento caracterial). Perde força a ideia de Bion que estas imagens derivavam de uma elaboração simbólica (através da função α), mas sim syo a competência natural e espontânea do crebro para as produzir e recombinaar (Sá, 2009).

Através dos processos de interacção sináptica as imagens produzidas pelo sistema nervoso (imaginação ou representação mental) são recombinaadas e integradas numa história de vida (a fantasia) que se traduz na competência para “pensar os pensamentos” (função simbólica) com a intencionalidade de pensar e articular (Sá, 2009).

Quando se censura a sensibilidade, reprime-se a fantasia gerando-se uma confusão de linguagens, onde o indivíduo passa a reconhecer como ameaça os recursos que lhe dão vida e o protegem, a competência para pensar. Não obstante, é o controlo obsessivo das emoções e a contenção da agressividade que inibe a fantasia e a função simbólica gerando-se assim uma confusão de linguagens que leva da iliteracia emocional à indiferença e ao adoecer psicossomático (Sá, 2009).

BIBLIOGRAFIA

Alarcão, M. (1991). *A criança asmática*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Capitão, C.G., Carvalho E.B., (2006) *Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema*. PSIC Revista de Psicologia da Vetor Editora, 7, 21-29.

Dias, C.A. (1992) *Aventuras de Ali-Bábá nos túmulos de Ur: Ensaio psicanalítico sobre a Somatopsicose*. Lisboa: Fenda

Freud, S. (1990). *Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)* Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol.III, Rio de Janeiro: Imago Editora. *Psicossomática: uma perspectiva Psicanalítica Pedro Nuno Carvalhal* 11

Matos, A. C. (2003). *Mais amor menos doença: A psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi Editores

Paixão, N. (2009) *Um estudo exploratório: busca da compreensão da toxicodependência e da psicossomática no âmbito da vinculação*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra

Paixão, R. (2002) *Manual de Psicopatologia Infantil e Juvenil*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Sá, E. (2007) *Patologia Borderline e Psicose na clínica Infantil*. Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Sá, E. (2009) *Esboço para uma nova Psicanálise*. Coimbra: Almedina

Vicente, L. B., (2005) *Psicanálise e Psicossomática: uma revisão*. Revista Portuguesa de Psicossomática, 7, 257-267.