

REVISTA
PORTUGUESA
de **PSICOSSOMÁTICA**

Revista Portuguesa de Psicossomática
Sociedade Portuguesa de Psicossomática
medisa@mail.telepac.pt
ISSN: 0874-4696
PORTUGAL

1999
António Coimbra de Matos
SER ÚNICO E TER ROSTO: O BINÓMIO RESILIENTE
Revista Portuguesa de Psicossomática, jan-jun, año/vol. 1, número 001
Sociedade Portuguesa de Psicossomática
Porto, Portugal
pp. 11-21

Ser Único e Ter Rosto: O Binómio Resiliente

António Coimbra de Matos

INTRODUÇÃO:

Da ausência de rosto à depressão falhada

No título “Ser único e ter rosto”, a expressão “ter rosto” significa *ser especial*. Assim, o título poderia ter sido “ser único e especial”. Porquê, então, termos optado por “ter rosto”? Pela simples e importante razão de acentuar o significado e o valor do rosto na relação humana, seja, na relação interpessoal e inter-subjectiva.

O rosto é, de facto, o que socialmente nos identifica. É a fotografia do rosto – e de face – a que se apõe no Bilhete de Identidade; assim como é o rosto aquilo que se esconde quando não queremos ser reconhecidos. “Dar a cara” quer dizer expormo-nos e assumir a responsabilidade. Os traços e expressões do rosto evidenciam a nossa personalidade própria; pois o processo de personalização deixa a sua marca na face, dizendo quem somos. Por isso, vamos afirmar, em determinada altura da nossa conferência, que “**temos cara e não focinho** (como os bichos)”.

Comunica-se, de preferência, face

a face (e não de lado, como alguns animais); o bebé humano, ao mamar, olha o rosto da mãe, a qual, por seu turno, olha o rosto do bebé; a cópula de face surge nos homínídeos e estabiliza-se em *homo sapiens*.

Defendemos que o ser/ter sido *único e especial*, exclusivo e com rosto, constitui a condição determinante de uma auto-estima estável, forte, homogénea, activa e com pressão suficiente. Onde, o desenvolvimento da *resiliência* necessária; isto é, de uma apreciável capacidade de voltar à forma/estado natural depois de deformado/alterado pelo impacto de acontecimentos traumáticos. Daqui decorre o subtítulo da nossa palestra: “*binómio resiliente*”.

Outra história é a ligação disto, do que acabamos de expor, com a psicossomática. A nossa hipótese/tese, que aqui desenvolveremos, é a de que 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.

* Conferência na Sociedade Portuguesa de Psicossomática, Porto, 14/11/98

A personalidade à partida assim condicionada/construída 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 instintivo-afectivos.

Nos períodos intercíticos, a personalidade psicossomática tece-se à custa de um processo defensivo de traça obsessivo-maníaca com isolamento/supressão da capacidade de leitura emocional – pensamento operativo, 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.

I - DO NARCISISMO DAS DIFERENÇAS

“*O homem é um animal narcísico*”
Coimbra de Matos, 1983

O falo-narcisismo ou o *narcisismo do corpo sexuado*, a narcisização da identidade sexual, necessita de um espelho – o olhar do objecto – que o defina e consolide, que construa a **completude/compleição falo-narcí-**

sea. Deste modo, a criança, principalmente na fase genital infantil, precisa do olhar de alguém que *confira beleza* ao seu corpo; assim como o/a adolescente vai precisar de alguém que *confirme a beleza* desse seu mesmo corpo.

Discriminando melhor, este processo de narcisização da imagem sexuada pelo olhar do outro começa já na fase genital precocíssima (zero aos dezoito meses) que induz a primeira imagem sexuada do sujeito e o *seu valor*, que é confirmada e revalorizada pelo olhar do próprio, em movimento reflexo narcíseo, o dobrar do próprio olhar sobre si mesmo como ser sexuado – igual a uns, diferente de outros – na fase genital precoce, em que, por um processo de identificação idiomórfica, se auto-reconhece e auto-investe como macho ou fêmea consoante o seu sexo morfológicamente patenteadado.

Todavia, antes e concomitantemente, o bebé é reconhecido e investido pelo seu **rosto** – que o diferencia de todos os outros bebés, confirmando-o como *único* e o *mais belo* (para e pelos seus pais, designadamente a sua mãe). É esta distinção e honra de ser único e **especial** que o soergue do anonimato e da indiferença, colocando-o no altar da admiração e do amor. Pelo *olhar apaixonado* da mãe/dos pais, ele/ela é o príncipe/princesa maravilhoso/a; mas não o objecto sagrado, tabú e intocável – destinado a não ter corpo e erotismo.

Assim, à míngua e sem investimento narcisante e isolado que então 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 e sem emoção.

É somente o ser exclusivo e com um rosto apreciado e amado aquele que tem acesso, não só à identidade-diferença, como ao estatuto de *alguém*, a dignidade sem a qual se é apenas ninguém. Um rosto que define e distingue, um rosto que valoriza e promove – um rosto que dá unidade, coesão, equilíbrio e força à mente e ao corpo, um rosto que contém e ostenta a pessoa.

Sem essa 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 coesão e coerência a um *self* em iminência de dispersão e perda de sentido existencial.

Tem-se teorizado – e há mesmo alguma investigação empírica que confirma essa hipótese – que a personalidade psicossomática, isto é, a pessoa predisposta a padecimentos psicossomáticos, tem, desde a tenra infância, dificuldade de distinguir o rosto/rostos familiares: próximo do psicótico autista, o psicossomático teria uma reduzida angústia perante o estranho, ou melhor, investe de uma forma quase igualitária todos os objectos (pessoas), familiares e estranhos. Mais precisamente, e em particular para o psicossomático, nenhum rosto (nem o da mãe ou amante) é suficientemente interessante e fascinante. Talvez seja verdade; mas supomos que o fenómeno principal, e causa *princeps*, é o oposto: *não foi investido diferenciada e privilegiadamente* – o seu rosto não foi distinguido (e só o amor distingue), não é uma cara mas um focinho. Lembro o extraordinário romance de Hemingway “O adeus às armas”, em que o filho recém-nascido – que morre – lhe parece (parece ao personagem que o representa) um “coelho esfolado”. Recordo ainda o que me disse a mãe de uma criança de 8 anos com grave doença psicossomática: “este meu filho não tinha rosto para mim” (sic).

Ter rosto significa, então, ser amado tal como se é; ser bonito porque se é amado, e não por ter olhos azuis ou pretos. Ser alguém – e não o Zé ou a Maria Ninguém – é ser objecto do amor, o objecto construído pelo amor, e não o objecto que fabrica um amor sempre falso. E recordo o pequeno finlandês Iiro que consultou

Winnicott antes de uma cirurgia estética e reconstrutiva por sindactilia – a sua angústia pré-operatória era o receio de perder a imagem de pato de pato com a qual tinha sido amado.

O que eu quero – como todos os homens e mulheres, crianças e velhos – não é ter a imagem X ou Y, mas aquela com a qual sou amado ou penso vir a ser amado; é isso e nada mais, nem menos. Se fosse diferente, não seria quem sou; e só me interessa ser apreciado como sou. Se fosse querido com outra forma, sentir-me-ia rejeitado e até humilhado. E, para finalizar: só desejado por aquilo que sou, posso amar-me a mim mesmo, ter um narcisismo saudável e uma auto-estima confortável.

Ter rosto é, pois, ser gente – amável e amada, distinguível e distinta: em toda a acepção da palavra. Porque qualquer um de nós tem sempre algo que o distingue, o enobrece e de que se orgulha. Queira o destino que esse algo distinto alguém que não o próprio o tenha destacado e enaltecido.

E, pese o aparente absurdo, aquilo que encanta não é um atributo real do sujeito amado, mas uma ilusão do sujeito amante. Portanto, a beleza do bebé, o seu impacto estético na mãe/ /pai está no olhar idealizante destes – no bebé fantasmático e imaginário, muito mais que no bebé real.

II - DO NARCISISMO ESSENCIAL

O bebé, assim como a criança, o

adolescente e até o adulto, precisa/ am, para criar, manter e regular a auto-estima, do olhar do outro, de outrém, que ateste (no duplo sentido de confirmar e encher até ao limite) o seu valor e competências – o que quer dizer, revele a sua capacidade para ser amado e desejado, a sua *amabilidade*; concebido e dito de outro modo, a sua *introjectabilidade*, os seus atributos para ser introjectado, a sua qualidade de *objecto introjectável*, seja, aquele que o outro, o parceiro de relação, o objecto do sujeito, deseja, lhe apetece introjectar, levar consigo, e com ele selar uma relação de objecto interno, uma relação – agora verdadeiramente – de amor.

É esta relação interior (vínculo L, de *love*) que preside ao nascimento e desenvolvimento da vida mental. É esta relação, *constante* porque psíquica, estando para além do/s encontro/ s real/ais, esta relação de permanência, que gera e gere o **narcisismo essencial** constituinte da coesão e coerência do *self* e do vigor e harmonia funcional do aparelho psíquico. Este narcisismo essencial é o cimento e o fermento da estrutura e da actividade da pessoa.

A fonte de vida humana que é o **olhar amante do outro** está para o sujeito como o Sol para a Terra. Sem sol não haveria vida biológica. Sem o olhar apaixonado do objecto não existe vida mental. Se escasseia, apenas se desenvolve uma proto-mente operativa, linear, *tangente ao real*; uma mente prisioneira da contingência, deformável (não resiliente), que não anima o corpo. Uma vida sem

graça – na acepção lúdica, simbólica e sagrada. Uma existência sem transporte – para o sonho, para a utopia, para o infinito. Um corpo que se arasta, à falta de imaginário que o embale. Um organismo que definha, à míngua da dor que o sacuda e da alegria que o catapulte. Um soma, ou psicossoma, à deriva – sujeito às intempéries que o atingem no osso, pela ausência de uma atmosfera espiritual que o proteja. Um corpo frio – neutro – deambulante. Um vagabundo da noite, que nem esmola sabe pedir. Um corpo submerso na treva onde o amor não chega; dele, só desponta o pico do conhecimento. Porém, sem norte, sem a bússola do afecto, é um cognoscente errante que só ilumina o território proximal e cutâneo das coisas; as suas ideias, eventualmente luminosas, não se articulam numa espiral evolutiva ascendente, não sendo pois produtivas e criadoras; não passa de uma inteligência de pirilampo.

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. Na ausência do maestro interior, a harmonia polifónica dos afectos não é conseguida; a orquestra faz ruído e não música. E o espectador/ouvinte – corpo, órgãos, funções orgânicas – tapa os ouvidos, abandona a sala, distrai-se, pateia: foge ao controle e perde o destino/finalidade, descontrola-se e descontrola.

Visão imaginária, interessante tal-

vez, mas pouco mais que um curioso devaneio. Será ... contudo, foi a sonhar que aprendi a viver. E creio bem que não só eu.

III - ENQUADRAMENTO DA PATOLOGIA PSICOSSOMÁTICA

A família humana é a primeira família bifocal.

O mito cristizador é o da Sagrada Família com o Menino Jesus

Os factores afectivo-relacionais implicados na etiologia e patogenia do adoecer psicossomático são idênticos aos de toda a patologia mental de *natureza relacional*, entenda-se em que o início, percurso e resolução se articulam com as vicissitudes da relação.

Além disso, estes factores causais derivam, emergem da relação. A relação inter-subjectiva (que se estrutura ou não como intra-subjectiva) é que pode ser sadia, sanígena e desenvolvutiva; ou patológica, patogénica e regrediente. Pese embora, os factores morbígenos resultem mais – consoante os contextos e circunstâncias – da necessidade, desejo ou apelo do sujeito; ou da atracção, estímulo ou resposta do objecto.

Há, porém, variáveis mais ou menos específicas para certos quadros clínicos ou nosológicos dependentes da época desenvolvimental (períodos sensíveis, de janela), do estado mental de base (psico-estática), da conflitualidade predominante (psico-

dinâmica), das funções mentais em vigência, da conjuntura situacional, etc..

A janela da estruturação do narcisismo primordial situa-se mais ou menos entre os 3 e os 8 meses. Inicia-se com a resposta ao sorriso da figura de vinculação; esbate-se com o aparecimento das primeiras reacções de vergonha – a *dobra narcísea*, a partir da qual se começa a esboçar a consciência narcísica com o desenvolvimento dos sentimentos de ridículo, a típica ansiedade narcísea, o medo de ser rizível, objecto de troca; o que porém só atinge um desenvolvimento pleno na fase genital precoce (18-36 meses).

O estado mental é o do *espanto*, que precede o conhecimento (como Aristóteles já o afirmara).

O conflito psíquico predominante é entre o desejo e o medo – do objecto, obviamente.

A conjuntura é a da relação binária. Não chegou ainda à triangulação, com apreensão da relação entre os outros. Está numa relação angular ou bifocal, que se segue à relação linear com a mãe.

IV - O CONFORMISMO E A SOBRE-ADAPTAÇÃO: o desenvolvimento desviado e desviante (a psicose maníaco-depressiva submersa)

Um segundo aspecto da patologia psicossomática diz respeito mais à patogenia do que à etiologia propriamente dita – é a resposta, patológica

e patogénica ela mesma, à carência/insuficiência do investimento primário no sujeito. 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 (“um pau é um pau” – quem é o louco que o identifica como símbolo do poder?, o pateta que julga com ele impor respeito à polícia?, o pacóvio que decide dele fazer o mastro da caravela do cenário das Comemorações dos Descobrimentos? – que gente doida, pusilânime e sonhadora!...).

É todo um **desenvolvimento alternativo**, que constitui 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.

“Eu cá – retruque ufano e triunfante o psicossomático – tenho os pés na terra” (ainda que se enterre cada vez mais, sabemos nós). E realçamos aqui um pequeno-grande pormenor-

decoreção de destaque da personalidade psicossomática: (1) o *narcisismo reactivo*, agressivo, de convicção feito (“Não sou homem de fé, mas de convicção” – líder político *dixit*. O que, esmiuçado, significa: não acredito em ninguém, sou desconfiado, paranóide; mas sei que sei, sou megalómano, maníaco) e (2) a *defesa maníaca* – triunfo, controle e desprezo: tenho de impor a minha lei (que copiei de outros, sou apenas um clone) porque o resto é uma cambada de canalhas, atrasados mentais e/ou uns malucos que vivem na ilusão.

O carácter narciso-maníaco é o suporte, a cobertura de quitina, que protege a fragilidade de insecto destes pacientes. Saliento este traço de artrópode por menos conhecido. É, todavia, muito evidente, quando procedemos à radiografia da personagem. É uma força factícia, mas que não deixa de lhe ser útil e iludir os outros: “sou um duro”, refere o próprio; “resistente”, dizem os familiares; “apurado para todo o serviço”, confirma o médico.

A doença, insidiosa ou súbita, surge como imprevisto (“tão jovem, respirava saúde”, etc.) a mor das vezes; mas sobretudo, como coisa insólita, que vem do ar como relâmpago ou descendo de pára-quedas – “como, a mim, a si?”, e todo o mundo se interroga. É a maldição dos deuses, erro dos genes, ou algum engano do sistema imune - de acordo com o progresso do conhecimento das coisas, dos fenómenos e dos seres.

V - EM BUSCA DOS AFECTOS PERDIDOS

Mas não haverá mais, entre o saber e a ignorância, no reino da **incerteza**?

Há seguramente.

Notamos alguns sinais, registamos certas sequências. Por que não *indagar*?

O que será feito desses afectos que não chegaram a sê-lo? Desses outros que não conseguimos agarrar em pensamentos e conter em palavras? Daquelles que separamos e deitamos fora? De alguns que enfiámos em câmaras de isolamento? De muitos que recalcamos na profundidade de nós mesmos? Que fizemos do desamparo que negamos, da impotência que não reconhecemos, da tristeza que nos furtamos a viver (a *depressão fallhada*), do trabalho de luto (esquecimento) que não executamos, do trabalho de depressão (revolta) que não sentimos nem elaboramos? Por que nos acomodamos sem nada assimilar? Por que não aprendemos e só repetimos? Por que nos deformamos sob o impacto do real e dos outros, e não *transformamos* a realidade física e objectal (humana)? Etc., etc..

Não é fácil, nem possível, responder completa e cabalmente. Temos, porém, algumas respostas parcelares, transitórias e essencialmente hipotéticas.

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 de-

pressão 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, culpabilizado 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, pressentiu 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.

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).

Mas aberto o percurso mental à depressão primária, a mudança necessária será sentida como catastrófica; e só admissível e possível na esteira de uma relação outra, a relação analítica ou similar, na qual o parceiro analista, pelo seu particular atributo de não ingerência, assume o *real* papel de *objecto transformador*. En-

tão, mas só então, a agressividade inflectida sobre o soma difunde pela via comum da interioridade, atingindo também a mente; e desde agora e deste novo lugar, sentida e esmiuçada/analizada, poderá entrar em processo de *deflexão*.

Chegamos assim ao ponto culminante de tentativa de resolução da patogenia mental que suporta a patologia psicossomática: a **deflexão dos instintos/pulsões** – agressividade e líbido – com circulação pela mente e deriva para a relação. Banhada pelas emoções, a mente recupera: pensa, imagina, constrói. Activada pelo investimento pulsional, a relação cria espessura e densidade. A vida, aquela que vale a pena ser vivida – a da apreensão da beleza, da fruição do amor, da descoberta e da transformação – está, agora sim, ao seu alcance.

VI - O IMPASSE EMOCIONAL

O psicossomático vive um *impasse* afectivo e relacional: não ama, nem odeia; apenas está (na verdade, sem estar) na relação. Um pouco à maneira de um estagiário de psiquiatria do tempo em que não havia internato: um dia chamei-o à atenção pelo seu desinteresse e alheamento da vida da enfermaria; oh, doutor, mas um estagiário não é para trabalhar, um estagiário é para *estar!*... O psicossomático *está*, está lá e desempenha com zelo, competência e assiduidade as suas funções; mas se não estivesse e um robot o substituisse era quase a mesma coi-

sa. O psicossomático é bom, mas a gente não sabe (nem ele) onde está a sua bondade; zanga-se, mas não se sabe qual o sentido da sua zanga; às vezes está triste, mas ignora-se qual é a sua tristeza; outras, parece alegre, mas não se percebe em que consiste a sua alegria. Está e circula – as mais das vezes em velocidade de cruzeiro. Nota-se pouco; pois nota, é tão certo que mais parece uma peça da engrenagem social. E se faz barulho, é porque gripou, que o seu motor é bem silencioso. O impasse dos afectos, o impasse na relação. Só se lhe trocarmos o passo dá sinal de vida emocional: chora, barafusta, ameaça, é amantíssimo. Mas cedo regressa à monotonia, que é o seu passo e passo.

É uma caricatura, bem certo. Mas tem o propósito, quiçá o mérito, de realçar, ampliando, traços característicos da sua personalidade e relação de objecto.

VII - A FRUSTRAÇÃO NÃO É BOA AINDA QUE SEJA INEVITÁVEL

A adaptação forçada e esforçada à norma e ao desejo de mundo objectal, *negando a frustração*, é o pão nosso de todos os dias que piedosamente solicita aos deuses, pois estes, sabiamente, guardam a carne para eles.

A frustração é necessária e estruturante – pensa o doente, conforme lhe ensinaram (e o psicossomático “está sempre nos conformes”).

Essa coisa da frustração, tão útil no processo de domesticação: a angústia sinal de perigo, a depressão sinal de perda, ficaram bem domadas, safadas do percurso quotidiano. Não aprendeu, não pode aprender que a **frustração é inevitável mas não é boa** (tal como a morte).

Não há vida sem frustração, assim como não há vida sem morte. Mas sempre que se possa passar-lhes ao lado, evitá-las, é melhor; ou não fosse necessário e útil lutar pela vida e pelo prazer.

Essa coisa incómoda e patética do benefício/necessidade da “introdução suave e progressiva da frustração” para alimentar/fazer nascer o desejo... Introduzir o supositório com manteiga de cacau (suavemente deslizante)... Ou essa coisa paradoxal da sodomia meiga e benfazeja...

Mas o bom aluno aprende bem a lição – e lixa os seus órgãos, tal como o lixaram a ele. A bem da Pátria, talvez... Ou do emprego médico!...

VIII - EM JEITO DE CONCLUIR

Nestes pacientes, o psicanalista aparece como alguém que revela, descobre o *self* profundo – desamparado e só, abatido e triste – mas autêntico; um *self* que já não apela nem espera resposta.

E o analista desperta a relação suspensa de **apelante-respondente**, espreitando pelas imperceptíveis frestas ou minúsculas zonas translúcidas da carapaça caracterial defensiva, à procura do **universo erótico em ago-**

nia; à busca também do *self* genuíno, fustigado pelo vento seco e frio da rejeição e do desamor, enquistado e regelado.

Destapando aqui e acolá a fúria reactiva à frustração (a “agressividade reprimida” de Franz Alexander), o psicanalista pode, se for um **bom atractor**, fazer mais e melhor: conquistar para a vida as correntes tórridas e vivas da paixão e do entusiasmo.

E a razão do coração vencerá.

Bibliografia

- Atlan H (1979). *Entre le cristal et la fumée. Essai sur l'organisation du vivant*. Ed Seuil, Paris.
- Brandão J, Horta P, Amaral J, Coelho R (1998). Úlcera gastroduodenal. Perspectivas psicossomáticas. *Psiquiatria Clínica*, (1) 19 : 31-40.
- Cardoso R Mota, Fonte AR (1994). Dos equivalentes afectivos à somatose, passando pela alexitimia. *Rev Port de Pedopsiquiatria*, 7 :69-78.
- Coelho R (1997). Cardiopathie dans la perspective de la psychosomatique. *Rev Port de Pedopsiquiatria*, 15: 115-122.
- Freud S (1917). Luto e melancolia, SE.
- Matos A Coimbra (1980). A extensão da identidade. *Jornal do Médico*, (102), 1879: 417.
- Matos A Coimbra (1980). Afectos Comemorativos. *Jornal do Médico*, (104), 1904: 289.
- Matos A Coimbra (1981). A Dimensão da Depressividade no Adoecer Somático. *O Médico*, (99) 1549: 322-331.
- Matos A Coimbra (1982). A deflexão da agressividade. *Jornal do Médico*, (108), 1975: 831-839.
- Matos A Coimbra (1983). Textos sobre Narcisismo, depressão e Masoquismo. *Análise Psicológica* 4 (Série III): 409-423.
- Matos A Coimbra (1985). Depressão, Depressividade e Depressibilidade. *Rev Port de Psicanálise*, 1: 41-47.
- Matos A Coimbra (1989). *Patologia Psicossomática: perspectiva psicanalítica. Psiquiatria de Ligação e Psicossomática*. In: Workshops do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria: 61-74.
- Matos A Coimbra (1989). *O inconsciente primário ou virtual e a psicossomática. Psiquiatria de Ligação e Psicossomática*. In: Workshops do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria : 309-316.
- Matos A Coimbra (1996). Percursos da Identidade: Processos Transformadores. *Rev Port de Pedopsiquiatria*, 11: 23-33.
- Matos A Coimbra (1997). *Funcionamentos Depressivos no Toxicodependente*. Actas - III Congresso Internacional sobre Toxicodependência - X Encontro das Taipas: 144-146.
- Matos A Coimbra (1997). Progressos no Tratamento Psicanalítico. *Acta Médica Portuguesa*, 12: 871-874.
- Sutherland JD (1980). The British object relations theorists. Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip. *J Am Psychoanal Assoc*, 28: 829-860.
- Winnicott D (1949). Hate in the countertransference. *Int J Psychoanal*, 30: 69-74.

Resumo

O autor apresenta como condição de desenvolvimento da predisposição à patologia psicossomática o insuficiente investimento amoroso diferencial do sujeito pelo seu objecto fundador.

Não tendo sido especialmente reconhecido e apreciado, o psicossomático não tem rosto que o defina; é um anónimo.

Não reconhecido, não se reconhece. As emoções que o identificariam não chegam

*a ser formadas e sentidas; muito menos, transformadas em pensamentos e codificadas em palavras. Há uma **carência estrutural** do conhecimento afectivo do próprio.*

Não tendo sido verdadeiramente objecto de ninguém, não investe nenhum objecto. Tem objectivos, mas não tem objecto; daí o seu pragmatismo e neutralidade emocional.

*Ultrapassou o caos psicótico pela definição de objectivos; mas não consegue viver a depressão (**depressão falhada**) pela ausência de investimento objectal. Está nos antípodas da depressão (o deprimido é o doente do objecto único, hiperinvestido; o psicossomático, o doente **sem objecto**).*

Summary

The author regards the insufficient emotional investment of the subject, by its establishing object, as the condition

predisposing to the development of psychosomatic illness.

Not having been especially recognised or appreciated, the psychosomatic patient lacks a face to define himself; he is anonymous.

*Not recognised, he cannot recognise himself. The feelings which could identify him are not created or felt, much less transformed into thoughts or coded in words. There is a **structural deficit** of the knowledge of oneself.*

Not having truly been someone else's object, no object can be invested in. He has objectives but lacks the object and thence his pragmatism and emotional neutrality.

*He has overcome the psychotic chaos by defining objectives but cannot live the depression (**failed depression**) because of the absence of object investment. He is at the opposite of depression (the depressed has one over-invested object while the psychosomatic patient has **no object**).*