

CONFERÊNCIA SOBRE MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS NA CAVIDADE ORAL

Cardoso de Matos *, Maria Luis Cardoso de Matos**

2.^a PARTE

A Patologia psicossomática compreende as desordens orgânicas lesionais ou funcionais em cuja gênese e evolução se reconhece uma participação psicológica prevalente.

Assim: A medicina psicossomática é uma concepção doutrinal e patogénica, que aceita e inclui os factores psíquicos e conflituais no determinismo ou no desenvolvimento das doenças físicas.

Principais Escolas Mundiais:

O maior incremento foi dado pela Psicanálise.

De Chicago. → Alexander (194..)

Utiliza uma caracteriologia psicanalítica.

Perfis de personalidade electivos de entidades morbidas: hipertensão arterial, lesão coronária, úlceras digestivas...

Foi através da teoria P. que se desenvolveu o mov. psicossomático contemporâneo.

Nemiah e Sifneos (197..) Boston.

(definem pensamento operacional)

Criam o conceito de Alexitimia (incapacidade de descodificar e exprimir emoções).

Perspectiva comportamentalista.

E. de Paris → Semi-Ali (I.P.S.O.)

Pierre Marty, de M'Uzan, e Christian-David.

Retomam o conceito de pensamento operacional: ausência de liberdade fantasmática, pobreza de "rêverie" de vida onírica e um "relação branca" nas trocas efectivas interpessoais → impossibilidade do inconsciente poder aparecer sob a forma de representação.

Em relação à criança esta escola é representada pelo pediatra Kreisler. Depois será desenvolvida pelos psicanalistas M. Faim e M. Soulé.

Voltando às representações e ao inconsciente:

Algumas definições da teoria psicanalítica: →

1.^a TÓPICA → Inconsciente; Pré-consciente; Inconsciente criada por FREUD

2.^a TÓPICA → Id; Ego; Super-Ego criada por FREUD

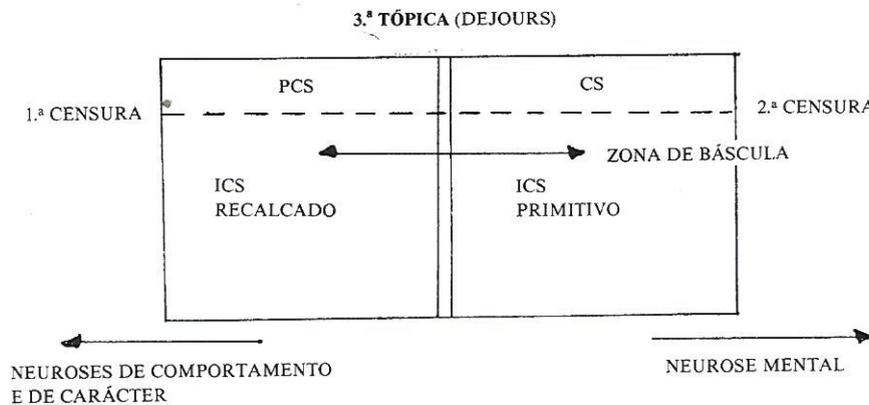
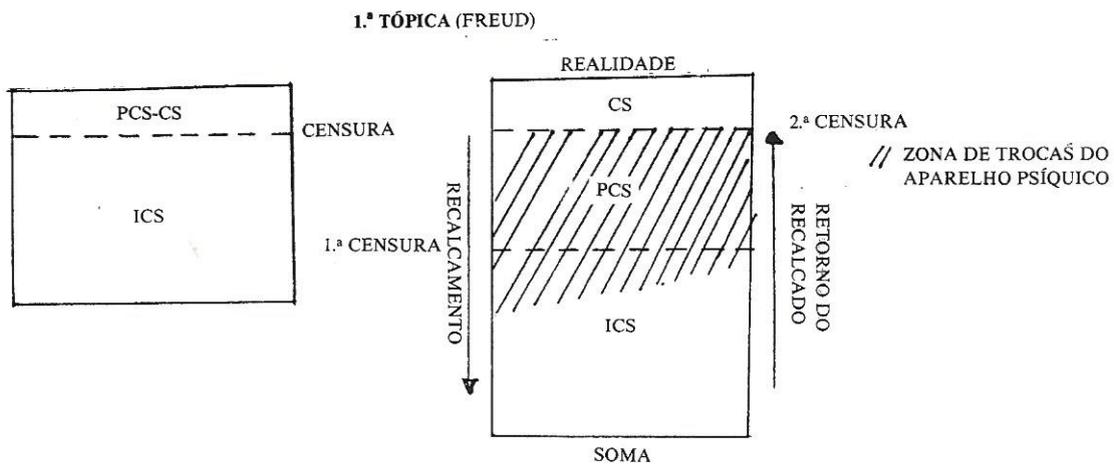
3.^a TÓPICA → a seguir representada em esquema — DEJOURS

Da qualidade do pré-consciente depende a organização das defesas psíquicas face às situações traumáticas.

A base da vida operacional resulta de um defeito do funcionamento do pré-consciente e de um isolamento do inconsciente.

* Chefe de Serviço Hospitalar Coordenador da consulta de Estomatologia do H. S.M.

** Psiquiatra, Pedo-Psiquiatra, Psicanalista Chefe de Serviço Hospitalar do CSMIJL



ESTUDO DO APARELHO PSÍQUICO

Retomando, o pensamento operacional (Marty e de M'Uzam): ausência de liberdade fantasmática, com pobreza de "rêverie", de vida onírica, uma relação branca nas trocas de afecto:

"A carga ligada aos afectos e às emoções, mal veiculada é pouco ou mal elaborada pelas funções mentais; parece aderir rapidamente na via somática" → Marty.

A vida operacional é uma modalidade de funcionamento por vezes permanente, mas a maior parte das vezes episódicas "passagens operacionais", indicadora de uma desorganização, especialmente sob a forma de *depressão essencial*.

É preciso fazer um parentese para explicar, que a nosologia psicanalítica do adulto assenta sobre estruturas de personalidade, que se separam das organizações mentais clássicas e bem constituídas, tipo neurose ou psicose.

Aqui depressão essencial, quer indicar a ausência de expressão mentalizada positiva como acontece nos estados depressivos clássicos onde a pessoa oferece uma rica sintomatologia mental, logo só há abaixamento do tónus dos instintos da vida, num desaparecimento da libído, tanto narcísica como objectal. Ela é fundamental para a prevenção da desorganização somática. Exprime-se por um funcionamento de tipo operacional, desvitalizado.

Necessário definir três conceitos:

- a) Neurose de comportamento
- b) Neurose de carácter.
- c) Neurose mental.

A neurose mental é a que todos conhecem, que se traduz por um quadro clínico mental, resulta de um conflito intrapsíquico, com recalco → com fixações mais tardias e uma organização sólida da 2.ª fase do estadio anal (2.ª tópica)

Aqui interessa-nos os dois primeiros.

a) *N. Comportamento*: (Comportamento vazio para a criança) o essencial do processo patológico reside num defeito *permanente* do funcionamento do pré-consciente, cujas modalidades de expressão clínica são diversas, mas nunca longe do tipo operacional.

Estas neuroses são o resultado de fixações pouco sólidas, dizem respeito em particular à falha da organização genética anal, entrando em sistema arcaico (sistema primário) dando organizações do aparelho psíquico, quase que não elaboráveis. O funcionamento da 1.^a tópica é inconstante.

O super eu edipiano não se constituiu.

→ Doença física ou passagem ao acto.

Não são "acting-out" emergentes do recalçamento.

b) *N. de Carácter* a 1.^a tópica é caracterizada por um funcionamento irregular no tempo. Os traços de carácter, se bem, que com aparência neurótica revelam a existência de um préconsciente frágil e permeável.

Estas neuroses situam-se entre as mentais e as de comportamento. Aproximam-se das *N. mentais* podendo ser confundidas com estas devido às fixações tardias que encerram, estas são, nestes casos, muito frágeis.

Ambas estas neuroses têm como quadro clínico básico a depressão essencial.

É preciso ainda acrescentar, que na criança estas neuroses não estão ainda organizadas e o que vemos são traços depressivos de um tipo ou de outro. Daí uma reversibilidade possível → *comportamento vazio*.

A estrutura comportamental nunca está instalada definitivamente antes da adolescência, período onde se organiza a personalidade.

Logo devia-se falar mais de funcionamento comportamental e não de estrutura.

PSICOPATOLOGIA

CONCEITOS FUNDAMENTAIS

- 1) Relação precoce.
- 2) Conceito de traumatismo.
- 3) Para-excitação.
- 4) Genética psicanalítica.
- 5) Inorganização.

6) Metapsicologia → conceitos de *económico*, *dinâmico* e *tópico*.

1) Um bebé só, não existe → Winicoth.

Conceito de díada → bebé + mãe uma entidade, que constitui um todo. É como todo, que ela se vai relacionar com os outros, especialmente o pai.

Assim: a coesão do recém nascido é em grande parte assegurada pela função materna. *As diferentes funções somáticas do recém nascido entram em jogo nesta relação*. Estas funções evoluem numa relação estreita com as características da personalidade materna. Os sistemas musculares e sensoriais tomam, portanto, um papel de 1.^o plano

Estes sistemas presidem, entre outras coisas, ao desenvolvimento progressivo, na criança, dos sentimentos *de fora e dentro*, do *outro* e de *si próprio*, do *objecto* e do *sujeito* e à noção de *distância*.

Eles presidem ainda às funções de *introjecção* e de *projecção*. Têm ainda um papel importante no estabelecimento da fase anal. Esta fase é decisiva na evolução mental (retenção, escolha, manipulação dos objectos internos...)

A fase anal é de extrema importância no recurso contra a perda objectal, tão frequente nas afecções psicossomáticas.

Vê-se assim, que esta patologia joga-se toda a um nível muito arcaico (relação precoce), onde as funções psíquicas não têm ainda o desenvolvimento necessário para se defenderem do traumatismo.

Este define-se com Freud como um aglomerado de excitações não possível de ser integrado no aparelho psíquico. Como vimos, é à mãe que cabe a função de *para-excitação*, logo de evitar o traumatismo. Se esta não é capaz de exercer esta função, a criança muito precocemente reage com a linguagem da descarga somática, por incapacidade de elaboração.

4) A genética psicanalítica é extremamente importante, como vos deve ser bem compreensível. O traumatismo tem valor diferente segundo a fase do desenvolvimento.

5) Não se dá, portanto, uma desorganização do aparelho psíquico, mas sim uma inorganização. Para haver desorganização presupõe-se, que houve anteriormente organização. Aqui esta não chega a existir.

Vê-se assim mais uma vez o aspecto bem arcaico desta perturbação.

NOSOLOGIA

Expressão somática na criança

Podemos distinguir 4 tipos:

- 1 — Alterações mentais relacionadas com uma alteração orgânica.
- 2 — Consequências psicológicas de doenças físicas.
- 3 — Consequências somáticas de comportamentos anormais: Condutas de auto-agressão, agressão externa, falta de cuidados físicos, acidentes (pediatria social).
- 4 — Alterações de expressão somática:
 - a) Conversão
 - b) Simulação e falsos problemas somáticos.
 - c) Expressão motora.
 - d) *Patologia psicossomática propriamente dita*

“O histérico fala através do seu corpo, o doente psicossomático sofre no seu corpo. O corpo é para o primeiro um instrumento e para o segundo uma vítima.”

a) conversão → recalçamento com transposição do conflito mental em sintomas somáticos. Logo, pulsão, recalçamento, angústia, que não aparece clinicamente, descarga desta no corpo. Passa-se tudo de forma linear.

Há fenómenos de conversão muito frequentes na criança com invalidez e hospitalizações múltiplas, mais frequentes ainda em consultas de pediatria.

→ Controvérsia sobre a histeria infantil:

Lebovicí não a aceita. Cramer e Kreissler dizem não haver neurose mental organizada. Esta só existe na adolescência. O que pode existir são mecanismos de descarga do tipo da conversão. *É mais fácil falar pelo corpo em especial numa criança.* Estes mecanismos podem tudo simular. O perigo da histeria existe para ambos os lados: esconder doença orgânica, ou ganho secundário. Procura de ganho secundário inconsciente!! Aqui há mentalização, que aparece sob a forma simbó-

lica. Na Psicossomática esta capacidade está alterada; o que existe é uma falha de mentalização (depressão essencial).

A simulação pode confundir-se com o fenómeno de conversão. A criança “mima” com grande facilidade vários sintomas: dores, edemas por fricção, úlceras cutâneas...

Enganam bem o médico, havendo mesmo casos de internamento. Suscitam sentimentos negativos. É preciso não esquecer o sofrimento, que está por detrás e que existe na realidade. Há uma enorme dificuldade de comunicação!, logo *procura de ganho secundário inconsciente!!*

Falsos problemas somáticos → Patologia de grande predominância familiar.

- c) Expressão motora:
 - hipotonia
 - alterações do ritmo e manifestações tónico-motoras
 - descargas motoras diversas
 - as instabilidades
 - inibição psico-motora
 - tiques
 - desajeitados
 - atrasos motores
 - dispraxias

PATOLOGIA PSICOSSOMÁTICA PRÓPRIAMENTE DITA

Esta P. compreende as desordens orgânicas lesionais ou funcionais, cuja génese e evolução reconhecem uma participação psicológica prevalente.

A incidência cronológica tem muita importância, pois depende do desenvolvimento. Ex: a anorexia tem significados patológicos diferentes no recém nascido, no período edipiano, ou no período de latência. O mesmo para a insónia.

Se a doença é lesional ou funcional é importante, porque se pode passar de uma situação para a outra, ou uma esconder a outra. Sob o ponto de vista semiológico, tem de haver precisão médica rigorosa. Cada doença deve ser sempre interpretada com base na Fisiopatologia e integrada à luz dos conceitos dinâmicos. Ex. anorexia → ausência de fobia do 8.º mês → deslocamento fóbico sobre a comida.

FACTORES PATOGÉNICOS DO AMBIENTE

Factores desencadeantes

A) Sobrecarga de excitação desencadeia uma dinâmica conflitual por excesso.

Aparece sobretudo na patologia funcional:

Alterações do sono, dores abdominais, cefaleias.

No lactente: cólicas do 1.º trimestre, vómitos, insónia, espasmo do soluço.

B) Insuficiência e carência; frustração permanente. A patologia da carência é a mais grave.

Situações de carências:

(Lebovici e Soulé)

- Insuficiência, a relação objectal e incipiente.
- Descontinuidade, separações repetidas.
- Distorção da relação objectal (inversão dos papéis materno-paterno).

ESTRUTURAS MENTAIS EM RISCO DE PSICOSSOMÁTICA

Segundo I.P.S.O. → Tanto no adulto como na criança um funcionamento sem falhas, graças a uma organização psico-efectiva sólida, constitui o essencial das defesas mentais, que se opõem há desorganização somática.

Estrutura — Não é um estado definitivo, mas sim uma modalidade *actual* de funcionamento, o que está em relação com a maleabilidade própria da infância.

Estados de inorganização:

Graves defeitos que atingem todos ou quase todos os sectores do desenvolvimento. Estão em relação com uma conjuntura de privações afectivas severas por vezes aumentadas de condições familiares ou sociais defeituosas.

Ex. nanismo por frustração.

DESORGANIZAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS

A destruição ou o afundamento das defesas somáticas faz-se por mecanismos mentais de desorganização cuja forma mais explícita é a depressão.

Ela é uma das circunstâncias mentais mais propícias à eclosão da doença. Ou ela aparece enxada nas estruturas já descritas, ou então na vida da criança, por modificações da relação, o que vai provocar um vazio da plenitude afectiva.

Esta depressão essencial pode aparecer sob a forma de atonia depressiva e em todas as idades (do lactente ao adolescente).

Ela realiza uma atonia mais próxima do luto do que da melancolia. Ela é um mecanismo de desorganização maior.

Exs. de pesquisas biológicas actuais → depressões imunitárias, que coincidem com um luto.

OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA PSICOSSOMÁTICA

1.º A criança no seu aspecto médico e psicológico, o seu comportamento e a sua estrutura mental.

2.º Os fenómenos de interacção patogénica.

3.º As características psicológicas dos interlocutores habituais da criança.

4.º A família, a sua estrutura individual, a economia do seu funcionamento; as características sociais.

ORIENTAÇÕES TERAPÊUTICAS

Uma evolução terapêutica satisfatória pode ser compreendida como a constituição progressiva de um funcionamento psicossomático satisfatório, a partir da organização defeituosa geradora da desordem.

A originalidade fundamental desta Patologia, é a necessidade da actuação inter-disciplinar. Resulta também na prática e sobretudo na acção terapêutica a necessidade de complementaridade pediátrica e psicológica.

Como já foi dito, são os pediatras que veem a maior parte dos casos. Os pedopsiquiatras têm acção a 2 níveis:

- A) *indirecta* (através da informação e do apoio na rectguarda)
- B) *directa* (quando se tem mesmo de intervir numa acção psicológica).
- C) *actuação isolada* mesmo esta a maior parte das vezes em comunicação com os pediatras.

ACÇÃO DIRECTA

Terapêuticas mais frequentes

1) Psicoterapias de duração prolongada → semanais. Dois anos em média.

2) Psicoterapias de duração limitada → 4 a 6 meses e igualmente semanais.

1) e 2) para crianças mais velhas e com lesão orgânica.

3) Terapias de ritmo espaçado → mensais ou bi-trimestrais, algumas vezes trimestrais com duração de vários meses a 1 ou 2 anos.

4) Consultas terapêuticas → 1 a 4 sessões com a duração de 2 horas ou mais, cada uma. (Psicoterapia Breve — Cramer).

As 2 últimas são as mais frequentemente escolhidas em I.P.S.O..

Há ainda as terapias centradas no corpo: relaxação e psicomotricidade → criança grande, adolescente e adulto.

O sintoma pode desaparecer e não se interromper a terapêutica e vice-versa, porque o pretendido é reequilibrar o funcionamento psíquico, numa economia psicossomática satisfatória.

Há ainda a acrescentar, que a técnica de Psicoterapia preconizada por Marty e seguida pela sua escola, assenta na conceptualização de que o *terapeuta, deve, fundamentalmente funcionar como objecto para-excitação.*

Assim, agindo, supõe-se, que se vai sucessivamente organizar o aparelho psíquico, sobretudo nas Patologias de carência.

Outro aspecto da terapêutica é a *injecção do fantasma ou empréstimo do fantasma.*

Hoje, mais recentemente com Dejours, pensa-se que a aplicação só destas técnicas não modifica estruturas. Logo, com a paragem da Psicoterapia ou mesmo da Psicanálise, pode novamente aparecer a doença, sobretudo nas situações de carência.

Cada vez mais, se pensa ser necessário a *interpretação da agressividade e mesmo da violência*, que tal como na Psicose se centram no âmago da estrutura.

BIBLIOGRAFIA

E.M.C. de Psiquiatria
(diversos artigos)

Les mouvements individuels de vie et de mort. P. Marty (Payot)

L'Ordre Psycho-somatique. P. Marty (Payot)

Narcissisme de vie, narcissisme de mort. André Green (E. Minuit)

Théâtre du Je. Joyce Mc. Dougall. (Gallimard)

Le Corps entre Biologie et Psychanalyse. C. Dejours (Payot).

Affect and Fantasy in Patients with psychosomatic disorders. Nemiah and Sifneos.

La Fain et le corps. E.J. Kestenberg. (Puf)