

A PELE TRANSPARENTE: DO ESTADO LIMITE AO LIMITE SOMA/PSIQUE

Alda Rosa*, Catarina Pinheiro**

RESUMO

A propósito de um caso clínico de uma patologia limite com doença somática associada, os autores abordam o acompanhamento, quer psiquiátrico, quer psicológico, integrando uma reflexão teórica sobre o assunto.

Palavras-chave: Estado limite; Doença somática; Pele transparente; Narcisismo.

Muito se tem pensado e escrito sobre a patologia limite e a psicossomática. É ainda misteriosa esta linha, este limite, entre o soma e o psíquico. Nos escritos teóricos sobre cada um destes sofrimentos fala-se sempre de dor mental. *Dor no corpo, dor na alma*, mas em funcionamentos com uma enorme intolerância à dor mental. É um mal estar que sofre de um vazio interno, de um "vazio insuportável" já nós ouvimos e lemos a propósito destas patologias.

Sabemos da linha ténue entre o corpo e a mente, sabemos e esquecemos, e ainda se faz uma clínica em que estes dois elementos (que temos de separar para *falar deles ou dele*) são obliterados nas suas constantes interações.

Já Platão dizia ser impossível curar a cabeça sem curar o corpo e vice-versa. A medicina sofreu grandes desenvolvimentos, doenças antes fatais são agora facilmente curáveis. Porém aquilo de que Platão se apercebeu, na altura em que estas doenças eram fatais, é agora muitas vezes esquecido. Hoje, a concepção moderna de um corpo máquina, ajuda a fazer do corpo um espaço silencioso de uma doença controlável pelo médico (C. Herzlic, J. Pierret, 1984). O biológico e o psicológico ainda muito separados por cortinas de ferro, tanto que às vezes esquecemos a transparência que irrompe do físico para a psique e vice-versa.

Não é uma pele opaca esta, e, no entanto, a interacção corpo/mente é tantas vezes ignorada nas práticas clínicas que decorrem diariamente nos corredores dos nossos muitos hospitais.

J. Maltsberger e C. Lovett (in Silver, D., Rosenbluth, M., 1992) referem-se a aspectos de depressão nos doentes *borderline* caracterizada pela existência de um Ego frágil, de uma onipotência não ultrapassada, pelo que há uma imensa intolerância a vivências depressivas que aumentam então o risco suicida. São sujeitos muito impulsivos e com um frágil contacto com a realidade. A dor depressiva não é integrada e os afectos depressivos são acompanhados de vivências intensas de inferioridade e de vazio. Há ainda a depressão anaclítica numa necessidade absoluta do objecto, sem o que surge um sentimento de desprotecção e de vazio, como se a separação dos outros implicasse morte e desintegração. São depressões com características melancólicas.

C. Matos (1997) refere-se à sua experiência com pacientes em análise com doenças ou patologias somáticas que sofreram de uma depressão profunda com características melancólicas, "com um poderoso introjecto maligno". Tratava-se de uma depressão com características diferentes das habituais, seriam pessoas com uma personalidade pré-depressiva. Pessoas que parecem não sentir, e assim não mentalizam os sentimentos que escam então no soma. A falta inscreve-se no corpo. Falhando os indicadores emocionais inscritos no relacional, fica-se ao "sabor" dos impulsos e daqui há duas hipóteses: o *acting out* e o *acting in* – a agressão inunda o sujeito por dentro. Diz-nos C. Matos que no *self* habita um imenso vazio, um buraco mesmo. O sujeito precisa de amor mas ignora essa necessidade e fica-se por uma raiva "sem causa, objecto, nem objectivo", é uma raiva invasora "que se espalha em ondas excitatórias descontroladas por eferentes nervosos vários". O objecto é imprescindível (sem objecto, morre). "É

* Psiquiatra, Hospital Fernando Fonseca.

** Psicóloga clínica, Hospital Fernando Fonseca.

este objecto imprescindível mas maligno que está na raiz da doença psicossomática", acrescenta Matos.

Estado limite e psicossomática em vivências melancólicas e de vazios aterradores. É como se a depressão se organizasse "num sistema fechado, que priva o Eu das suas capacidades de investir novos objectos, o fixa na sua dor, no seu luto. Trata-se não mais da sombra do objecto mas do objecto da sombra, comparável a um objecto estranho ao psiquismo que o fecha. Trata-se de definir não mais a perda do objecto mas o objecto da perda, o "objecto perda" (...)" (J. Arfouilloux, 1993, p.255).

São muitos os conceitos que parecem encontrar-se aqui em relação. Pensamos na clínica do negativo de que fala A. Green, o luto branco ao serviço da pulsão de morte.

Se é da clínica que nascem os conceitos, é nela que os reencontramos e assim podemos compreendê-los melhor. Procurámos então referir resumidamente uma situação clínica que nos parece traduzir estas questões.

A Carla de 30 anos, recorre pela primeira vez a uma consulta de Psiquiatria após tentativa de suicídio. Após algumas consultas abandona o acompanhamento. Passados largos meses a Carla surge novamente depois do diagnóstico de esclerose múltipla.

Apresenta um discurso caracterizado pela ausência de elementos de ligação. É um discurso disruptivo, carente de uma sucessão temporal e de uma contextualização espacial clara que situe, contextualiza e contenha mesmo, os acontecimentos e as vivências. Predomina uma exploração centrípetas, numa subjectividade unipresente, onde se esbate a possibilidade em diferenciar a fantasia da realidade, o dentro do fora. Há um recorrente uso de adjectivos extremos: valorizantes ou desvalorizantes da realidade, em constantes movimentos de (des)idealização do objecto. Lembra o discurso coesivo e adesivo que A. Green (1983) diz ser característico do narcisismo, a realidade achatada numa confirmação de si mesmo, como se o sujeito da enunciação coincidisse como sujeito do enunciado.

Realizámos uma avaliação psicológica recorrendo à metodologia projectiva. Para tal seguimos os modelos conceptuais preconizados por M. E. Marques (1999), pensando nesta metodologia

como algo que nos pode permitir "aceder à singularidade, aceder ao processo, ao como o sujeito utiliza aquilo que é, no confronto com aquilo que, sendo novo, desconhecido, implica a mobilização desse ser-essência que realiza, (re)cria e estabelece novas realidades" (p.148). Destacaram-se então vários elementos que têm estado presentes ao longo de todo o acompanhamento (psiquiátrico e psicológico) que se tem realizado com a Carla, e que passamos a referir.

Percebemos a existência de uma intensa dificuldade da Carla em delimitar e diferenciar a realidade, centrando-se em elementos parciais desta, sem que os consiga reunir depois num objecto total. A realidade é assim apreendida de uma forma descontínua e não unificada. Encontra-se presente uma identidade frágil.

Percebe-se a existência de um estado de incoerência interior, numa relativa indiferenciação dos vários conteúdos mencionados. É claro aqui a inexistência de um envelope psíquico estanque, pelo contrário deparamo-nos com uma *pele transparente* indicadora de uma extrema vulnerabilidade aos estímulos externos. Este é um aspecto que nos faz pensar numa dialéctica relacional muito primária, numa falha intensa existente na primeira relação que se traduz em sentimentos de vulnerabilidade, insuficiência, raiva e incompletude.

A Carla refere-se de uma forma violenta a uma vivência de dano narcísico, numa extrema desvalorização de si. Refere-se à mãe como uma pessoa distante e fria, pouco compreensiva mas de quem necessita de uma forma vital. Pais que são vividos como absolutamente necessários, mas inconstantes no afecto e no acolhimento.

Estão patentes, na avaliação inicial e ao longo do acompanhamento, elementos regressivos, pulsionais e destrutivos, numa convivência que nos alertam para os riscos de passagem ao acto. Predominam mecanismos como a identificação projectiva, como se a Carla actuasse no seu interior um sentimento de destruição, que se baseia numa vivência de desagregação interna, resultando em agires auto-destrutivos. Habitam no seu interior, sentimentos de estranheza e de vazio num risco de destruição imanente (o risco da esclerose). Tem uma angústia intensa e invasora, não possuindo um aparelho psíquico capaz de a conter ou circunscrever.

Lembramos o que Bergeret (1991), nos diz a

propósito dos doentes *Borderline*, que são sujeitos muito dependentes da realidade externa e da posição dos objectos, manifestando uma imensa necessidade de afecto. Estabelecem uma relação anaclítica com o objecto, sentem a necessidade do outro, mas temem os perigos da intrusão na proximidade (a Carla diz frequentemente que o nosso olhar devolve compreensão, mas que também desprotege).

J. Maltzberger e C. Lovett (*in* Silver, D., Rosenbluth, M., 1992), referindo-se a doentes *borderline* destacam uma insuficiente integração corporal, que tem como base experiências primárias de rejeição das expressões emocionais corporais o que por sua vez terá influências nas capacidades de diferenciação *self-object* (numa vivência de contiguidade corporal mãe-bebé). Resulta daqui uma extrema dificuldade em manter a permanência do objecto interno. A Carla refere-se frequentemente à dificuldade da permanência das coisas na sua vida, não se envolve em projectos, até acha que se se *colasse*, se se *agarrasse*, conseguiria.

Como diz A. Dias o objecto externo está sempre a fazer as vezes do objecto interno. O autor pensa que quando predomina o defeito do pensamento simbólico, temos os doentes *borderline* assimbólicos, dominados pela acção, com intensos sentimentos de raiva, incapacidade de pensar, como que utilizando permanentemente a identificação adesiva e a identificação projectiva. A relação de objecto serve como que de pele para parte do próprio *Self* do paciente (pseudoobjectos, pseudocontinente).

A proximidade objectal é vivida pela Carla, como contendo grandes riscos, sendo ameaçadora. Quer o acompanhamento psiquiátrico, quer o psicológico têm decorrido com períodos de descontinuidade, denotando-se o permanente risco de ruptura. Tem existido uma enorme dificuldade em efectuar terapêutica farmacológica, quer com psicofármacos (neurolépticos prescritos em algumas alturas do acompanhamento, como contenção), quer a terapêutica para a esclerose.

Sabemos que os doentes *borderline* são conhecidos por procurarem apoio mas entrarem rapidamente em ruptura, desistirem e rapidamente procurarem outro tipo de apoio, ou outro terapeuta, consumindo recursos de uma forma dis-

persa, que lembra a descontinuidade psíquica e relacional tão característica destes funcionamentos.

O objecto/outro é vivido pela Carla como estando num constante risco de desaparecer, numa impossível constância interna. Alguns autores referem-se ao que consideram o fenómeno esquizóide nos *borderline* e no conflito agaro-claustrofóbico: na proximidade do objecto surge o terror da intimidade, longe o terror da distância. Existe uma oscilação constante entre a posição esquizo-paranóide (em equação simbólica) e a posição depressiva (formação simbólica). Reconhecemos esta oscilação na Carla, mas oscilação numa rapidez estonteante, qual montanha russa repleta de *loopings*.

A Carla refere-se constantemente a uma necessidade de "colo", vive o apoio como uma estrutura à qual procura agarrar-se.... Mas, a instabilidade é enorme, e o outro idealizado rapidamente se torna num mau objecto persecutório que a qualquer momento a pode magoar. É grande a dificuldade em interiorizar uma imagem deste *outro* que por vezes lhe devolve um sentimento de ser entendida e acolhida numa possibilidade em se identificar, "aqui estou em contacto comigo própria". É que no seu interior também habita uma dor imensa e uma intolerância enorme à dor depressiva, "eu não consigo chorar".

Nessa intolerância à dor vem a solução megalómana, mágica e absolutamente atraente qual néon de Las Vegas: a morte dar-lhe-ia paz. Na sua ideia, matar-se não era ser má para si própria, seria antes matar a violência que é viver. Seria também devolver a violência que sente vir dos outros, numa espécie de vingança inconsciente mas onde sobressaem os seus elementos sádicos e masoquistas. Nunca a vêem, a morte apresentaria aos outros o espectáculo da sua dor. E nós pensamos no curso desta esclerose...

G. Bergeret (1991) refere-se mesmo a estados de descompensações agudas, que podem conduzir o sujeito à morte, quer por suicídio, quer devido a um colapso qualquer, favorecido por uma fraqueza orgânica localizada em algum órgão. Esclerose que poderemos entender como um processo auto-destrutivo.

Lembrando J. Milheiro (1999, p. 26), "Haverá de facto marcadores psicossomáticos? E haverá

marcadores dos caminhos? Aproximam-se respostas. Sabe-se hoje, por exemplo, que o sistema imunitário funciona como "integrador psicossomático", desempenhando função idêntica a um "cérebro móvel", que propicia resposta automática relativa à vida emocional e ao sofrimento nela envolvido desde a vida intra-uterina".

É tão grande o espaço interno habitado pelos maus objectos, numa extrema dificuldade em vencer o bom, que a possibilidade de viver a posição depressiva (D), encontra-se adiada. Lembremos aqui W. Bion, "Há pessoas tão intolerantes ao sofrimento ou à frustração que sentem o sofrimento sem o sofrer e assim não o descobrem" (Bion, 1970/1991, p.19). É a não vivência do luto, o "passar ao lado da vida". E a Carla diz como lhe é difícil fazer a terapêutica para a esclerose, é como se o químico que entra no seu corpo a forcesse a um pensamento impossível: o da perda e da dor depressiva.

A não aderência à capacidade de pensar (e à dor depressiva que implica), a não tolerância ao não-significado que procura uma significação, conduz Bion a conceptualizar o sintoma físico nas doenças psicossomáticas, como um *anti-significado* ou destituição de significado.

Para o mesmo autor, também no *paranóico* a mudança catastrófica é impossível porque também ele não suporta a dor (A. Dias, 1992). A catástrofe torna-se real. A depressão não é atingida, Ps cria um novo Ps e assim sucessivamente. Mata-se o real através de uma causalidade circular (Ps' Ps). Também não há transformação.

Psicose e somatização são dois pólos de um mesmo processo, um processo que impele a fuga num retrocesso ao desenvolvimento. A catástrofe não é transformável surgindo o perigo de se tornar real (real na doença psíquica ou na doença física). Desistência de pensar, de viver, numa pulsão de morte que pensamos deixar aqui livre curso à esclerose...

E é na patologia limite que a angústia de perda de objecto tem uma presença importante, parecendo aqui tornar-se já angústia de perda do sujeito dada a precariedade dos limites entre sujeito e objecto. A. Green (1983) fala da *angústia do um* como sendo a angústia narcísica, é a unidade ameaçada pelo espaço de separação entre dois. É o *objecto trauma*. O *outro* não é só necessário, é absolutamente necessário, e a dependência é absoluta-

mente intolerável. Perda do objecto é perda de si. No lugar de um *insight* um *painsight*.

Ao narcisismo positivo, A. Green propõe o seu duplo negativo, aquele que se alia, não à pulsão de vida mas à pulsão de morte, ao princípio do Nirvana, ao zero, um repouso na morte como outra forma de imortalidade. Espécie de anorexia, compara Green, que se recusa depender das necessidades corporais, deixando-se morrer.

H. Rosenfeld (1991/1971) fala-nos na intolerância à separação existente num narcisismo maligno, e refere-se a algo que observa na clínica: mudar, receber ajuda, implica fraqueza, sendo vivido como uma coisa errada ou como um fracasso pela organização narcísica.

Glen Gabbard (1992) refere que os sujeitos com patologia limite têm uma extrema dificuldade em confiar nos outros, tendo um pânico permanente sentindo que a qualquer momento possam ser rejeitados. O uso da clivagem impõe traços extremamente contrastados aos objectos significativos: ou são deuses ou demónios. A separação do objecto é muitas vezes sentida como se o outro tivesse realmente desaparecido (frequentemente a Carla refere-se ao insuportável que são os espaços entre as sessões). Predominam, no seu interior, introjectos negativos, convencidos de possuírem uma tamanha maldade que possa destruir o outro ou eles próprios.

P. Horton (in Silver, D., Rosenbluth, M., 1992) refere-se a uma característica que surge no tratamento da patologia limite: são sujeitos que têm uma enorme necessidade de afecto e que procuram activamente ser consolados, confortados, nutridos. Pensa que tal é devido a um deficiente manejo do objecto transitivo. Diz ser comum a criação de um sentimento nos terapeutas dos doentes *borderline*, de que não os podem ajudar, nenhum terapeuta é melhor que o objecto consolador. E pensamos no gato da Carla que a acompanha sempre, sem o qual não consegue adormecer.

E Green fala-nos no complexo da mãe morta (1983/1980). Por uma ou outra razão a mãe está deprimida. De repente, tudo termina, e ao calor da relação vem o frio de uma distância que sem aviso nem explicação se intromete. As consequências narcísicas são enormes. Há não só uma perda de amor, mas também uma perda de sentido. A Carla não se lembra da sua mãe até ao perí-

odo da sua adolescência, e aí é de uma mãe doente, que chorava e se deitava cedo, de uma mãe que tinha de proteger... Diz Green que o sujeito não consegue amar um novo objecto, já que o seu amor se encontra hipotecado na mãe morta. É frequente a necessidade da Carla em preservar a imagem das figuras parentais, que são tudo para si. A. Green acrescenta que no complexo da mãe morta, o bebé procura um pai de recurso que não responde, o sujeito encontra-se entre uma mãe morta e um pai inacessível.

Platão fala da ligação corpo-mente. Hoje fala-se muito desta mesma ligação, sendo a doença um único meio de escapar ao insuportável. Numa abordagem mais psicossomática, a doença seria um aliado do sujeito, não o mal em si mas um paliativo a uma dor maior (C. Herzlic, J. Pierret, 1984). É assim que a Carla entende o suicídio, e na sua transparência, toda a dor psíquica se traduz no orgânico, e toda a dor física desespera a sua mente. Como diz J. Milheiro (1999, p. 22), "a doença não pode ser um intruso ou um corpo estranho chegado de fora. Não é um invasor daquela pessoa, vem de dentro".

O mesmo autor refere-se às lacunas somáticas como algo que origina ou propicia as somatizações em que a doença se objectiva. As lacunas somáticas corresponderão a lacunas de mentalização. O "facto psicossomático" existe sempre, mas não temos ainda sobre ele uma definição clara e unívoca, nem encontramos as palavras certas para o fazer.

Segundo A. C. Matos (1999, p. 11), "o ser/ter sido único e especial, exclusivo e com rosto, constitui a condição determinante de uma auto-estima forte, homogénea, activa e com pressão suficiente, donde o desenvolvimento de uma resiliência necessária". Nos sujeitos com predisposição à patologia psicossomática houve um insuficiente investimento parental. O sujeito "não recebeu aquele olhar apaixonado que cria a beleza do rosto, a coesão do *self* e a intencionalidade do eu" (p. 11). A Carla teme a depressão, como se não tivesse um objecto interno que permitisse "imaginar, sentir, amar, chorar, criar, escolher e decidir – e ser ouvido, eleito e acatado" (p.12).

Parece-nos essencial, face a esta dor mental a criação de um espaço intersubjectivo. Como diz Ogden (1985), a subjectividade de um sujeito

pressupõe a existência de dois sujeitos que juntos criem uma inter-subjectividade.

Talvez a Carla necessite daquilo mesmo que nos transmite procurar: o retorno a uma unidade primeira fundadora, a *rêverie*. Parece-nos ser fundamental uma concentração no seu potencial, numa confiança básica nas suas capacidades para aprender e para crescer. Numa luta contra um passado aterrador, é-lhe difícil projectar um futuro melhor. Mas só numa crença básica na mudança, só assim a área intermediária, o objecto transitivo, poderá constituir-se como lugar de experiência cultural. Como diz Green, os "*objectos transnarcísicos*".

Como desenvolver esta crença, O? É uma questão difícil de responder quando nós compreendemos com tanta dificuldade a transparência da nossa unidade psicossomática.

Abstract

The propose of the authors is to describe psychiatric and psychologic management of a borderline patient with a associated somatic disease and to elaborate a theoretical approach about this theme.

Key-words: Borderline pathology; Somatic disease; Transparent skin; Narcissism.

BIBLIOGRAFIA

- Arfouilloux JC. Dépressions et Dépressi-vité Chez L'enfant. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant (Dépressions)* 1993; 13: 242-262.
- Bergeret G. *Personalidade normal e patológica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- Dias AC. *As Aventuras de Ali-Babá nos Túmulos de Ur*. Lisboa: Fenda, 1992.
- Gabbard G. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre, 1992.
- Green A. *Narcissisme de Vie, Narcissisme de Mort*. Paris: Minuit. (Réúne trabalhos de 1966 a 1983), 1983.
- Grinberg L, Sor D, Bianchedi E. *Nueva Introduccion a las ideias de Bion*. Madrid: Tecnipublicaciones, 1991.
- Kernberg O. *Severe Personality Disorders. Psychoterapeutic Strategies*. New Haven and London: Yale University Press, 1986.
- Marques ME. *A Psicologia Clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi, 1999.
- Matos AC. Ser único e Ter rosto: o binó-mio resiliente. *Rev Port Psicossomática* 1998; 1(1): 11-21.
- Matos AC. Psicanálise, Psicossomática e imunidade. *Rev Port Psicossomática* 1997; 1(2): 9-16.
- Milheiro J. Lacunas somáticas vs Lacunas de metabolização. *Rev Port Psicossomática* 1997; 1(1): 33-41.
- Milheiro J. Psicossomática Estrutural: o facto psicossomático. *Rev Port Psicossomática* 1997; Vol. 1, nº2: 19-29.
- Ogden T. On Potential Space. *Int J Psycho Anal* 1985; 66 (2): 129-141.
- Rosenfeld H. *Uma Abordagem Clínica para a Teoria Psicanalítica das Pulsões de Vida e de Morte: uma investigação dos aspectos agressivos do narcisismo*. In: Mélanie Klein Hoje, (tome I, 243-259). Rio de Janeiro: Imago. (Obra publicada em 1971), 1991.
- Segal H. *Notas sobre a formação de sím-bolos*. In: E. B. Spillus (Ed.), Mélanie Klein Hoje (Vol. I, pp.167-184). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Texto publicado em 1957 e revisto em 1979), 1991.
- Silver D, Rosenbluth M. *Handbook of Borderline disorders*. Connecticut: Int. Univ. Press, 1992.
- Szvec G. La fonction maternelle du thérapeute, la mère morte, l'amante. *Rev Franç Psychosom*; 16: 7-18.