

# A toxicidade de uma conduta depressiva de sentido ou A somatose de um espírito em privação de imaginário

---

Carlos Farate\*

## **Resumo**

*O autor propõe uma abordagem psicodinâmica para a compreensão dos mecanismos de funcionamento mental dos doentes da dependência, em particular os dependentes de substâncias psicotóxicas, à luz de uma leitura pulsional da perturbação da relação de objecto que caracteriza o essencial da economia psíquica destes doentes.*

*Procura, ainda, estabelecer uma analogia entre esta leitura e alguns dos conceitos chave da teoria psicossomática, nomeadamente os conceitos de "pensamento operatório", "depressão essencial" e "desorganização progressiva" de Marty e o conceito de "alexitimia" de Sifneos, a partir de dois exemplos clínicos que lhe parecem ilustrar bem a expressão somática do registo mental adictivo destes pacientes.*

**Palavras-chave:** Dor somática; Dependência; Sofrimento depressivo; Vazio interno.

Ao aceitar o convite para participar na Revista Portuguesa de Psicossomática num tema a um tempo próximo da leitura clínica de alguns dos sintomas mais habituais dos doentes que observo no meu quotidiano institucional e distante do eixo teórico da abordagem psicoterapêutica que, de ordinário, lhes proponho, não pude deixar de me sentir perante um desafio particularmente exigente. A saber, a de um sujeito suposto exibir conhecimentos bastantes para versar uma temática – a psicossomática das perturbações adictivas dos **doentes da dependência** – para a qual se sente insuficientemente preparado.

Com efeito, nem a circunstância primeira de observador implicado e psicoterapeuta inevitável da dor mental, fisicamente insuportável, que os doentes da dependência carregam consigo em palavras soltas de um sofrimento somático dificilmente metaforizável, logo insusceptível de significação numa consciência do "todo substancial" a que se alheiam pertencer, sequer a condição última de membro titular da confraria mé-

dica me outorgam a consistência teórica necessária ao mister que me propus realizar.

Sem pretender obter escusa para esta minha falha substancial, pela tentativa de elaboração de um liame integrador da dupla condição – de médico e psicoterapeuta – que acabo de referir, não deixo, contudo, de recorrer à reflexão filosófica epicurista de R. Misrahi (1996) quando este atribui à Medicina, mais arte da relação que ciência da cura, uma função *eudemonista*, designando, deste modo, uma finalidade para o acto médico que está muito para além do prolongamento da vida como fenómeno orgânico e que privilegia, antes, a libertação do indivíduo doente para a alegria e o gosto de viver de que o seu padecimento orgânico o mantém alienado.

Nesta perspectiva, a palavra terapêutica deve associar ao "saber fazer" da intervenção técnica o "saber dizer" humanista da arte da relação a um sujeito doente, já que, como nos diz F-Bernard Michel (1996), "com a sua experiência, o seu vivido, o médico deve reinserir a doença na história de uma vida".

E isto tanto mais quanto, à ideia contemporânea da doença como processo patológico, i.é como "(...) *pathos*, sentimento directo e concreto de sofrimento, de impotência, de vida contrariada" na definição de G. Canguilhem (1966), se associa uma angústia existencial importante centrada no medo depressivo da dor, com todo o cortejo de fantasmas prejorativos que lhe subjazem.

É, precisamente, a partir deste último ponto que me proponho ousar algumas reflexões a propósito do tema que serve de título a este trabalho, utilizando uma estratégia interrogativa dominante ilustrada com alguns exemplos clínicos que acentuam, mais que esclarecem, as dúvidas que me suscitam os mecanismos de funcionamento mental dos doentes que derivam para o *soma*, ou para gestos repetitivos de uma excitação sensorial vazia de sentido, os resquícios de uma angústia dolorosa que parece ter esvaziado a capacidade de simbolização do Eu corporal originário.

De facto, ao observar a máscara de sofrimento apelativo de um heroínodo dependente em estado de privação opiácea agido numa somatose neurovegetativa espectacular, não posso deixar de me interrogar sobre a raiz profunda de um síndrome doloroso que se oculta na imagem de contornos vagos e tez pálida, quase exangue, que espelha, sem reflectir, a pulsão mortífera que rói as entranhas de um corpo destituído de mente que lhe possa pensar razão suficiente de existir.

António é um politoxicod dependente de 39 anos de idade e semblante indiferente, adicto dominante da heroína, soldado sem quartel de várias modalidades de tratamento de desintoxicação/desabituação e substituição (de quê?) com resultados entre o infrutífero e a abstinência efémera, que finaliza um 2º internamento na mesma instituição em que cumpro mais um período de vigilân-

cia médica nocturna. É no início da noite anterior à alta clínica, programada para o dia seguinte de manhã, que me procura em apelo imperativo, dirigido à enfermeira de serviço, para calmar uma insónia rebelde somatizada na queixa de "esticões nas pernas e dores nas costas" que não o deixam repousar (de quê?). Olha para mim de modo indiferente, olhar vago, mortíco, num rosto mal cuidado de pele rugosa e coloração baça, e articula com dificuldade num tom sonolento "dê-me aí umas pastilhas...eu até sei a cor delas, a mim não me dão a volta, que eu sei... umas pastilhas que um Dr. me deu ontem, ou foi antes?... (encolhe os ombros) já não me lembro, não interessa, mas bateram bem... caí logo na cama... já disse aqui a ela (corrijo em atitude reguladora, à Sra. Enfermeira que está aqui ao meu lado) – encolhe os ombros num torpor agitado, fita-me um pouco, mais atónico que surpreendido – tá bem à Sra. Enfermeira... mas é disso que eu preciso...". Sinto-me tratado como um médico "branco" (sem bata), distribuidor de pastilhas balsâmicas de ocasião, pelo lado tóxico/depressivo inscrito na mente somática primordial deste paciente (pré-psíquica, na designação de A. Green). Sinto que transfere na minha direcção uma exigência prepotente de transfusão de um soro artificial que substitua a ausência da circulação de pensamentos autênticos na sua mente. Percebo (pela leitura do processo, confirmada em interjeições anónimas que lança a espaços, quase sem me olhar) que é seropositivo, habita de modo precário em casa de

uma mãe cansada (desde quando?) e de um pai obscurecido, último filho de uma fratria que não (o) reconhece, sem companhia certa ou emprego possível. Vai regressar aonde, para fazer o quê? "não interessa quero é as pastilhas para as dores, para dormir" responde de modo vago. Digo-lhe que me parece que se achou bem cuidado, acolhido, naquele internamento e que há um lado seu que em vez de o deixar pensar a tristeza enorme e a raiva que sente em ter que se ir embora amanhã, como se voltasse a sentir-se deixado, desamparado, outra vez, esvazia *isso* nas dores insuportáveis de uma "ressaca" que alivia à base de pastilhas indiferentes que o isolam, cada vez mais, no seu sofrimento. Fica cabisbaixo por um momento, olha, pela primeira vez, para mim com um pouco de interesse. Pergunto-lhe, porque não vai falar com a sua terapeuta do mal-estar que sente, da sombra de uma solidão que o isola, cada vez mais, de uma ajuda necessária para poder sentir, ainda, algum sentido para a sua vida. Meneia a cabeça de modo vagamente afirmativo, diz que ainda sente dores, estabeleço uma prescrição pontual explicando-lhe a acção daqueles comprimidos e reforço que a dor da separação é muito difícil de suportar. Toma os medicamentos, olha-me outra vez, diz um obrigado fugidio, e é acompanhado ao seu quarto pela enfermeira.

Qual o valor desta minha intervenção? Que efeito pode ter mobilizado na *persona* estereotipada que se refugia, sem cessar, num cenário in-

terno marcado pela ausência de impressão perceptível de um objecto de amor primário, eventualmente memorizável, privação originária essa que procura alienar da consciência pelo investimento negativo de um corpo doloroso em cujo sofrimento mima, a cada passo, a falta concreta do esteio securizante e alimentador precocemente perdido?

Esta ausência de representação percebida do objecto de pulsão, i.é da sua presença mnésica no fundo vazio de um *Self* deprimido de imaginário, pode, então, dar lugar a um sobreinvestimento do factual que, para além do sentido (regressivo) ou do não-sentido (desorganizativo) atribuível à coisa somática na metapsicobiologia Martyana, parece revestir, neste paciente, o carácter de um alucinação sensorio-motora estereotipada que, na asserção de A. Green, recobre a "alucinação negativa" do objecto de satisfação precocemente perdido.

Para Green (1998), este "trabalho do negativo" resulta da alteração precoce de um Eu mnésico, capaz de conservar os objectos – pessoas, acontecimentos – e de os ligar entre si dando-lhes um sentido vivencial próprio, cujo bloqueio paralisante impede a experiência da continuidade espacial e temporal que é necessária ao trabalho de representação mental do sujeito de palavra.

É esta incapacidade radical de retenção do outro significativo que aparece bem vincada em Rui, um heroíno-dependente seropositivo para o HIV em programa (difícil) de substituição pela metadona, que iniciou há

cerca de 10 anos noutra Centro de Atendimento e que é suposto manter (indefinidamente?) no Centro em que desenvolvo a minha actividade. Jovem idoso sem idade, rosto marcado por uma tonalidade baça, um olhar vago e a expressão indiferente, aparece-me em consulta em estado de adiantada anomia social e anemia psíquica (a fazer lembrar a ausência de tónus vivencial e o esvaziamento da vida fantasmática característicos da alexitimia) transferido de um Centro em Espanha, lugar de refúgio intemporal aonde se recolheu após a morte da companheira, passageira breve de doença e tratamento em Portugal, na sequência de uma intercorrência somática do mal de saúde que também o atinge.

Não esboça pedido de ajuda terapêutica, nem expressão de uma razão significativa para o regresso à terra que o viu nascer. Tudo parece ser remetido para a "posta restante" dos motivos avulsos, do estilo "estava a acabar o tempo de lá ficar...vim porque aqui faz sol... foi para ver os colegas... olhe, vim para passar lá por casa", que não podem fazer sentido para o doente Rui, de seu nome accidental. Contudo, os cuidados que lhe são prodigalizados pela equipa que o segue – médico, assistente social, enfermeira, terapeuta ocupacional – inscritos no contrato terapêutico que assina comigo de modo túbio, algo desconfiado, mobilizam uma regressão sádico-oral que se cristaliza na avidez invejosa com que abocanha a solicitude de que é alvo, sobre um fundo mental em que a patologia relacional

identificada por P. Marty (1980) nas situações de desorganização progressiva dos doentes psicossomáticos – dificuldades de retenção objectal, afastamento dos objectos de satisfação potencial – é dominante.

Esta negativização perceptiva radical do outro, presença inefável numa realidade interna virtual, está bem patente na última consulta que teve comigo e com a assistente social que o acompanha. Começa por dizer que quer deixar a Metadona. Porquê? "Porque já não interessa, outro dia vim buscar a dose para levar para casa e não ma quiseram dar porque a senhora que vinha comigo (a D. Isolina, corrijo, ela tem um nome – trata-se da voluntária Vicentina que lhe dá apoio domiciliário desde que regressou a Portugal)... seja... a D. Isolina tinha o homem dela doente com uma trombose, paralítico e por isso não pôde vir... a Sra. Enfermeira deu os comprimidos aos outros e a mim não deu nada...". Digo-lhe que ele também tem um lado que o deixa paralítico com a ideia de que vai ser deixado e que este lado o obriga a ter que deixar para não ser deixado, abandonado. Encolhe os ombros em atitude neutra e dispara num discurso maquinal, lamuriento, em direcção à assistente social. Fala, sem parar, "da boca para fora", como diz, como se não quisesse ouvir, na expectativa (vazia) de não ser ouvido. Queixa-se de que não pode ligar a água nem a luz em casa, não pode fazer nada. A assistente social responde-lhe que para isso tem que negociar com o senhorio, dar alguns passos que já lhe indicou há

algum tempo. Encolhe os ombros agastado, "não posso, não tenho B.I. nem cartão de contribuinte, não tenho identificação nenhuma". "Então está morto" digo-lhe de imediato. Olha-me algo surpreendido, sorri tristemente e responde-me "o Sr. Dr. é capaz de ter razão". Fica um momento em silêncio e acrescenta "é, os filhos do senhorio estão à espera que eu morra para poderem ficar com a casa". "Porque lhes faz a vontade?" Fica em suspensão por um momento e falo-lhe, então, do seu lado que "faz de morto" para não ter que se ligar, ligar a água e a luz, ligar-se ali a nós, às pessoas vivas que o rodeiam. Faz de morto, foge de se ligar pelo medo de perder, de ficar sózinho, porque é esse medo que lhe provoca uma tristeza de morte (dou-lhe o exemplo da morte da companheira, da mãe que, aparentemente, deixou de o apoiar). Fica por algum tempo em silêncio. Parece agora mais presente, interrompeu a torrente maquinal de palavras do seu discurso inicial, factual, vazio de sentido. Diz-me, então, "às tantas só dão por mim se der um tiro neles" (em quem? Só nos filhos do senhorio). Significo-lhe que esse é o dilema mentiroso do lado da sua mente que faz de morto e que o tenta convencer de que só pode ser reconhecido de forma negativa, matando tudo aquilo que pode estar vivo dentro de si, ameaçando deixar quando quer ficar, mas que é esse lado que o mantém isolado no seu medo de ficar sozinho. Sorri e olha para mim de um modo mais vivo, "o que é que o Sr. Dr. Carlos acha?". Respondo-lhe, simplesmente,

que se acreditasse nesse seu lado mortífero, negativo, não estava ali a falar comigo das coisas que lhe dizem respeito, que lhe interessam.

Ao reflectir sobre a força do funcionamento operatório, vazio das qualidades nominais e afectivas do vivido, do lado que "faz de morto" da mente deste paciente não posso deixar de pensar nos conceitos de "depressão essencial" de P. Marty (1980), ou de "alexitimia primária" de Sifneos (1970), que se inscrevem, ambos, na inviabilidade relacional de um corpo vazio de linguagem.

É tentador invocar, a este propósito, a importância atribuída por W. Bion (1962) à qualidade do diálogo corporal entre o bebé e a mãe alimentadora e prestadora de cuidados da ligação objectal primária, em particular a capacidade desta última em sonhar e dar significado aos conteúdos emocionais e sensório-motores dispersos na mente da criança, como função primordial no desenvolvimento de um aparelho capaz de ligar estes conteúdos elementares dispersos nos pensamentos da linguagem e do sonho.

Será, então, a falência deste diálogo corporal originário que, ao inviabilizar a construção de um corpo de linguagem capaz de assegurar a inteligibilidade perceptiva dos objectos que povoam a realidade externa do indivíduo, o torna incapaz de deixar cair a máscara do sintoma estereotipado ou da conduta repetitiva, impedindo-o de aceder, como sujeito de uma vida mental própria, à relação de palavra com um outro significativo?

Como me propus (ousar) fazer no início, termino este texto breve com um questionamento metafórico apoiado na reflexão filosófica que transcrevo livremente de M. Benasayag (1996) a partir da leitura de um pequeno texto seu intitulado "A saúde e o seu modelo".

Diz-nos Benasayag "tomar conta dos diferentes aspectos da coisa, tomar conta da complexidade que compõe uma coisa não a torna sujeito. Falar de sujeito é seguramente falar de outra coisa. O sujeito, enquanto sujeito da liberdade, não se identifica nunca (de modo redutor) a um papel, estado civil ou *curriculum vitae*, nem a um sintoma ou a uma pessoa(...) porque pessoa (*persona*) significa máscara. A questão do sujeito não tem a ver com a qualidade da máscara mas com aquilo que se é capaz de fazer com a máscara, com o que nós somos".

### *Summary*

*The author proposes a psychodynamic approach to the understanding of the mental functioning of the patients suffering from dependency diseases, in particular those who are drug addicts, based on a Freudian instinct theory interpretation of the troubled object relation that characterises the psychic economy of these patients.*

*He also tries to establish an analogy between this interpretation and some of the key concepts of the psychosomatic theory, specially the concepts of "operative thinking", "essential depression" and "progressive disorganisation" from P. Marty and the concept of "alexithymia"*

from Sifneos, using two clinical vignettes to illustrate the somatic expression of the addictive mental functioning of these patients.

**Key-words:** Somatic pain; Dependency; Depressive suffering; Internal emptiness.

#### BIBLIOGRAFIA

- Misrahi R. *Vous avez dit Santé? Réflexions philosophiques*. Ed. Maisonneuve et Larose, Paris, 1996, 143 pp.
- Bernard-Michel F. *Vous avez dit Santé? Réflexions philosophiques*. Ed. Maisonneuve et Larose, Paris, 1996, 143 pp.
- Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Quadrige/PUF, 3<sup>e</sup> édition, Paris, 1991, 224 pp.
- Green A. *Interrogations psychosomatiques*, sous la direction de Alain Fine et Jacqueline Schaeffer, R.F.P., Débats de Psychanalyse, PUF, Paris, 1998, 169 pp.
- Marty, P. *L'ordre psychosomatique – les mouvements individuels de vie et de mort/désorganisation et régression – Tome 2*. Bibliothèque Scientifique Payot, Paris, 1980, 300 pp.
- Sifneos PE. The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients", *Psychotherapy Psychosomatic* 1973; 22: 255-262.
- Bion W. *Aux sources de l'expérience*, PUF, Bibliothèque de Psychanalyse, Paris, 1979; 135 pp.
- Benasayag M. *Vous avez dit Santé? Réflexions philosophiques*. Ed. Maisonneuve et Larose, Paris, 1996, 143 pp.

#### Informação sobre o autor:

\* Médico Psiquiatra da Infância e Adolescência.

Director do CAT Oriental do Porto