

ABORDAGEM PSICANALÍTICA INSTITUCIONAL EM TERRITÓRIOS DE ADIÇÕES E PERTURBAÇÃO *BORDERLINE* DA PERSONALIDADE¹

Sandra Pires²

<https://doi.org/10.51356/rpp.441a4>

RESUMO: No presente trabalho, visa-se ilustrar, a partir da apresentação do caso clínico de uma jovem com problemas de adição e perturbação *borderline* da personalidade, acompanhada em psicoterapia psicodinâmica em contexto institucional ambulatorio, a pertinência do pensamento psicanalítico e da compreensão da dinâmica transferocontratransferencial no acesso ao funcionamento mental e adesão ao tratamento destes pacientes de difícil acesso (Joseph, 1975).

Com base no material clínico e no enfoque conceptual da teoria da relação de objeto de Otto Kernberg (1976), da posição autista-contígua de Thomas Ogden (1989) e dos fenómenos de «formação de segunda pele» de Esther Bick (1968), propõe-se subsidiar a compreensão de manifestações de carácter sensorial que podem figurar nestes pacientes e ser atuadas no palco intersubjetivo da relação terapêutica, como formas de comunicação primitiva e inconsciente que visam recuperar sensações de existir, repor os limites do eu e a conexão emocional ao outro, associadas à precariedade identitária dos limites do *self* e ansiedades de dissolução ligadas a vivências de desamparo originário. São analisadas implicações clínicas e técnicas desta abordagem, no âmbito da intervenção terapêutica nestes pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: adições, patologia *borderline*, desamparo originário, ansiedade autista-contígua, fenómenos de segunda pele.

¹ Artigo submetido em novembro de 2023 e aceite para publicação em fevereiro de 2024.

² Psicóloga Clínica no Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, Mestre em Psicologia clínica e psicopatologia. Psicanalista, membro da Sociedade Portuguesa de Psicanálise (SPP), da Federação Europeia de Psicanálise (FEP) e da Associação Internacional de Psicanálise (IPA). *E-mail:* sandra.b.pires@gmail.com

INTRODUÇÃO

Uma elevada percentagem de pessoas que procuram ajuda nos centros de tratamento de adições apresenta perturbações de personalidade, um dado observável na prática clínica nestas instituições e sustentado pela investigação empírica. Arpit Parmar e Gaurishanker Kaloiya (2018), na sua pesquisa epidemiológica sobre a comorbilidade das perturbações por uso de substâncias psicoativas e transtornos de personalidade, e com base na revisão sistemática de literatura publicada até 2017, encontraram uma prevalência de perturbações da personalidade em sujeitos adictos em tratamento de 34,8% a 73,0%, com uma média estimada de 56,5%, apresentando-se mais prevalentes as perturbações de personalidade *borderline* e antissocial.³

A evidência científica esclarece também que, não obstante os tipos de perturbação da personalidade observados em pacientes com transtorno por uso de drogas e álcool serem semelhantes, a prevalência de qualquer perturbação de personalidade tende a ser maior em pacientes com transtorno por uso de drogas do que em pacientes apenas com transtorno por uso de álcool (Landheim et al., 2003). Uma patologia de personalidade primária subjacente ao desenvolvimento secundário de uma perturbação aditiva com drogas estará na base desta comorbilidade psicopatológica e tenderá a correlacionar-se positivamente com o agravamento de ambas as enfermidades. Vários estudos sustentam a presença de transtornos de personalidade nos sujeitos com adições como preditora de mau prognóstico em termos de adesão ao tratamento e resultados do mesmo (Langås & Malt, 2012).

Numa perspetiva psicodinâmica, e de acordo com os trabalhos de Kernberg e colaboradores (1975, 1989, 2004), a organização *borderline* ou limite de personalidade assenta na difusão de identidade (ausente ou insuficiente integração do *self*), na utilização de defesas primitivas (como clivagem e identificação projetiva) e na manutenção do teste de realidade (capacidade de distinguir o intrapsíquico do extrapsíquico), podendo, em contextos de maior exigência emocional e perante a enorme fragilidade do Eu (com défices na tolerância à ansiedade e controle dos impulsos), perder essa capacidade de

³ Na população normal, a prevalência global das perturbações da personalidade relacionadas situa-se entre os 10% a 14,8%.

distinção entre o mundo interno e o mundo externo, comprometendo o teste de realidade. Nas formas mais severas da patologia-limite, poderão mesmo ocorrer situações de rutura psíquica psicótica. O próprio abuso de drogas, nomeadamente as estimulantes (como cocaína, *crack*, etc.) ou psicodislépticas (como o haxixe, LSD, *ecstasy*, etc.), pelo seu efeito perturbador no Sistema Nervoso Central, poderá ser propenso a manifestações psicóticas ou suscitar a ocorrência de surtos psicóticos com necessidade de internamento hospitalar psiquiátrico.

Os desvalimentos do ego associados a uma problemática narcísica-identitária precoce e a uma patologia das relações de objeto internalizadas, com deficiente capacidade de integração da representação do *self* e dos objetos, embora com gradientes diversos de gravidade, são nucleares nestes sujeitos. Estão na base do seu funcionamento mental que opera predominantemente de forma regredida e projetiva, tendendo a estados de ativação afetiva intensa e, pela falta de uma estrutura psíquica estável, a projetar nos objetos de relação significativos os seus conteúdos mentais ligados a representações do *self* e dos objetos internalizados. É uma dimensão de funcionamento com impacto nas dificuldades de apego ou comprometimento da capacidade de ligação afetiva ao outro, sendo comuns as relações objetais pautadas pela instabilidade e/ou desconexão emocional associadas a níveis elevados de sofrimento psíquico e disfuncionamento psicossocial. O sujeito tende a sentir-se permanentemente ameaçado, pois com as fronteiras ténues entre o *self* e o exterior os movimentos pulsionais tendem a ser vividos como vindos do outro. Neste contexto, as drogas tornam-se fortemente apelativas pela possibilidade de criarem e promoverem conforto e contacto sensorial para os sujeitos que se encontram em desconforto emocional e desconectados, tendendo a procurar nos efeitos específicos das substâncias um auxílio na regulação dos seus estados emocionais intoleráveis (raiva, agressão, depressividade melancólica, anedonia, etc.), da sua baixa autoestima e do seu sentimento de desconexão (Khantzian, 2015).

Este modo de funcionamento mental clivado e primitivo funda-se na história desenvolvimental precoce dos sujeitos ligada a experiências frustrantes de cariz traumático, vividas nas relações primárias (Pires, 2005; Pires & Duran, 2010), que viriam a comprometer o seu desenvolvimento psicoafetivo, por exemplo tornando a aquisição da posição

depressiva muito mais difícil do que o habitual e comprometendo a capacidade de elaboração psíquica dos afetos. Os afetos, pela incapacidade de um continente interno que os contenha e signifique, tendem a ser experimentados como indiferenciados, dificilmente encontram acesso à palavra e revestem-se de um significado emocional próprio, podendo ser atuados no próprio corpo-soma e/ou expulsos via ação no campo relacional significativo. É nesta matriz comunicacional de âmbito projetivo que as matizes emocionais dos indivíduos que padecem de adições e sofrimentos-limite irão colorir as relações transfero-contratransferenciais com o terapeuta ou outros cuidadores do campo institucional.

Espelham-se na ambivalência e desconfiança que amiúde caracterizam o estabelecimento da relação terapêutica, dominando linguagens comunicacionais com aparências dissonantes e modulações afetivas abruptas manifestas no carácter caótico com que se revestem os processos terapêuticos com estes pacientes, com faltas às sessões programadas ou períodos longos de ausência sem contacto, nos discursos centrados em pedidos concretos e funcionalização da relação com o terapeuta, ou revestidas de temporalidades monótonas e desvitalizadas que geram nos técnicos e cuidadores reações contratransferenciais negativas (zanga, cansaço, confusão, desinvestimento, falta de esperança...), que, se forem atuadas, irão certamente contribuir para perpetuar a trajetória precocemente alienada destas pessoas. A dificuldade de adesão na relação terapêutica fundada na relação sofrida de (des)apego e passado patogénico que transportam no seu mundo interno assume contornos transferenciais na clínica difíceis de manejar, pelo carácter de violência psíquica que imprime no campo terapêutico, precisando, tal como refere Bion (1962), que o terapeuta carregue os sentimentos que eles próprios não conseguem suportar.

Como podemos entender melhor estas pessoas quando nos chegamos às instituições de saúde e assistenciais e se encontram numa situação tão grande de desamparo e solidão? Como não ficarmos presos ao que, muitas vezes, aparenta ser destrutivo na relação terapêutica, mas, sim, procurar na sua compreensão mais profunda significar os apelos que nos fazem de serem resgatados do seu desamparo originário, do seu mundo interno caótico e desinvestido por uma relação de apego necessariamente investida libidinalmente, viva, que os reclame?

Consideramos que a psicanálise, pela possibilidade de escuta dos fenômenos inconscientes e atenção à dimensão intersubjetiva da relação, dará certamente um contributo importante à compreensão das sonoridades noturnas e complexas inerentes a estes casos difíceis. É o que nos propomos ilustrar.

MATERIAL CLÍNICO: A BELA E OS MONSTROS

Bela, com 16 anos, chega à instituição de tratamento de adições encaminhada pela escola. Sob extensas rastas e um tecido metálico de *pier-cings*, entrevê-se um rosto gracioso de feições quase esculpidas num corpo delicado de cariz infantil e ornamentado de correntes e tatuagens. Retenho a imagem do rosto de uma mulher tatuado no braço, que Bela me esclarece ser a mãe. Um rosto bonito, mas inquietante pelo olhar inexpressivo, vazio. Bela, na altura, nega a relevância do haxixe, que afirma consumir de manhã à noite. Está há ano e meio sem aparecer e guardo a impressão de uma jovem muito frágil, defensiva no discurso e na capa protetora de espinhos. Que teme, de que ou de quem se procura resguardar? Porque andar uma adolescente com a mãe colada à pele, como que a velá-la, que poderá significar da qualidade do objeto psíquico materno que nela habita? Embora no seu discurso inicial me fale da ótima relação com a mãe, amiga e compreensiva, em oposição ao pai, agressivo e distante. Nos anos que se seguem, a relação comigo é de esconde-esconde, aparece e desaparece, testemunhando o carácter inquietante das suas vinculações. Apresenta-se cada vez mais desorganizada, com policonsumo de drogas (haxixe, heroína, cocaína), passando a maior parte do tempo a viver na rua como «ocupa» de casas abandonadas. Nesta altura, exala um odor nauseabundo, que eu sinto como invasivo, como se me ficasse colado à pele e entranhado no gabinete, e que, nalguns momentos, me fazia desejar o rápido término das sessões. Algumas vezes faz-se acompanhar da mãe, fiel à tatuagem, bonita, mas de opacidade emocional sombria e olhar atemorizado, transmitindo impotência para lidar com a filha, que diz passar por casa só para lhe pedir dinheiro. O pai já saiu de casa há uns anos, é um homem muito deprimido, acompanhado psiquiatricamente, e não está disponível. Bela vai aceitando projetos de internamento em comunidade terapêutica, mas desinveste rapidamente, voltando à sua existência desamparada de sem-abrigo e aos

comportamentos autodestrutivos. Numa comunidade terapêutica, é-lhe pedido para cortar as suas rastas sujas, e relata-me, posteriormente, a forma inquietante e dolorosa como vivenciou este corte.

À terceira tentativa numa comunidade, consegue permanecer mais tempo, mas acaba por ser expulsa. A mãe não a aceita em casa, diz que chegou a altura de investir nela, arranjou amigos, e que a filha tem de cuidar da vida dela. Bela procura-nos e pede ajuda, sendo acolhida por uma instituição onde está algum tempo, mas acaba por recidivar. Reaparece-nos poucos meses depois, encontrando-se sem-abrigo num bairro social, com consumos elevados e a prostituir-se, e com a descoberta de estar grávida. Bela tem agora 20 anos. Procura a mãe para a receber em casa e vem pedir-nos ajuda. Mostra-se confusa com a notícia da gravidez, mas manifesta o desejo de a levar avante apesar das dúvidas e inquietações relativas ao papel futuro de cuidadora. «Se nunca soube cuidar de mim, como saberei cuidar de um filho?»

A forma como rapidamente abandona os comportamentos destrutivos, aderindo ao programa de substituição opiácea com metadona e à rede de cuidados que lhe estendemos (psicoterapia dinâmica individual semanal e participação no grupo orientado pela equipa materno-infantil, onde, semanalmente, no mesmo *setting*, a equipa se encontra disponível para acolher as grávidas e puérperas aditas e seus bebés)⁴, assim como aos cuidados de vigilância da gravidez, denota um comportamento diferente do anterior, uma maior coragem de se entregar na relação, permitindo-se nutrir por ela, sendo notório o vínculo afetivo que vai estabelecendo com o bebé e que a permite ir-se aprofundando connosco. Como se a existência daquele bebé e o vínculo ou vínculos a que se abre neste momento trouxessem uma esperança de repor algum equilíbrio psicológico, de sair da sombra, da obscuridade, para a linha de desenvolvimento da vida.

⁴ Esta rede de cuidados, através de subequipas multidisciplinares da instituição, procurou articular-se entre si e com a paciente no sentido de lhe proporcionar uma resposta empática e apoiante, entendida em termos da noção de Winnicott de ambiente envolvente e acolhedor (*holding environment*): o grupo terapêutico materno-infantil, essencialmente um espaço/tempo de acolhimento e auto/hetero observação das relações materno-infantis, e a psicoterapia individual, um espaço/tempo de escuta e de indagação do seu mundo interno e relacional. A terapêutica de manutenção com metadona, medicamento substituto opiáceo, tem também efeitos contentores que contribuem para uma maior estabilidade psicológica e sentimento de integração do *self* (Hagman, 1995).

A mãe recebe-a em casa com resistência. Havia acolhido um alcoólico da rua, que pôs a viver no quarto de Bela, e deixa-a a dormir no sofá da sala. Situação que se mantém por meses, apesar dos apelos de Bela, e nossos, mostrando-se cega ao estado de vulnerabilidade da gravidez cada vez mais avançada da filha. Bela faz referência ao frigorífico vazio lá de casa, à desarrumação e sujidade, aos cães que também lhe parecem famintos e que a mãe há anos mantém no apartamento. Traz à tona, desta forma, os seus profundos sentimentos de carência afetiva e desamparo. A inexistência de um lugar para si na casa da mãe parece-nos condensar o que vamos percebendo como a inexistência de uma morada no interior da mãe. Bela mantém o estado de desamparada, dos sem-abrigo que deambulam pelo exterior mendigando o amparo do investimento alheio, não contando com uma morada interior dotada de recursos libidinais que a acolham. O seu desamparo e desproteção mobilizam em mim e na equipa materno-infantil uma função cuidadora intensa. Bela parece sorver o lugar especial que lhe estendemos; parece encontrar amparo e abrigo no olhar objetual narcisante da equipa e na luminosidade afetiva da relação. Embora outro acontecimento vá ensombrando o bem-estar e potencial trabalho de elaboração psíquica em curso. Na sala de espera da consulta, passamos a confrontar-nos com a presença da mãe numa atitude cúmplice e próxima com um outro utente nosso, que ela vem acompanhar à instituição, porque, segundo refere, ficaram amigos e estão a trabalhar juntos. Por vezes, vamos chamar Bela, já bastante grávida, encontrando-se esta num lado da sala, sozinha, e a mãe mais à frente, a acompanhar o nosso outro utente numa proximidade familiar, situação desconcertante e embaraçosa. Bela queixa-se de a mãe, com carro, não se disponibilizar para a transportar e de a deixar sempre sozinha, enquanto anda para todo o lado com o novo estranho.

Sentimos que o *acting* da mãe de Bela no *setting* terapêutico da filha agride não só Bela como também a díade terapêutica e o espaço institucional. Bela começava a recuperar pela transferência que a relação terapêutica com a equipa lhe estava a possibilitar: a vivência de um lugar exclusivo de ser estimada e cuidada, que, porventura, lhe faltou pela depressão e desapego dos pais.⁵ O continente relacional e afetivo

⁵ A mãe relatou-nos que quando a Bela nasceu se sentiu muito desamparada e sozinha – o marido já deprimido não ajudava – e poderá ter experienciado uma depressão pós-parto.

que lhe estendemos parece satisfazer necessidades de amparo, de proteção e afetivas potenciais para o futuro desenvolvimento do continente mental de que claramente carece.

A mãe da nossa paciente recusa a necessidade de maternalização da filha grávida, não manifestando empatia com o seu estado, colocando outro no seu lugar e sugerindo-nos um modo psicótico de operar, provavelmente, perante as ansiedades intensas que a gravidez da filha e o vínculo que foi estabelecendo connosco lhe suscitam. Mas o agir transferencial ou *alienati* destas emoções no campo terapêutico poderão representar um apelo para que ali possam ser pensadas, ressignificadas? A mãe de Bela, à data, mostra-se impenetrável às emoções da filha ou à possibilidade de se e de a pensar, recusando qualquer acompanhamento. Por outro lado, a situação dolorosa vivenciada, e que Bela traz para as sessões, evoca-lhe o sentimento diacrónico de nunca ter sentido muito interesse por parte dos pais, e recorda-a de um comentário que ouvira na infância o avô dizer à mãe, de que ela cuidaria melhor dos seus cães do que da filha. O *acting* transferencial abre a porta do quarto escuro do impensável, dos sentimentos de exclusão e humilhação presentes e passados que a (e nos) condoem, feridas abertas e difíceis de tocar. O acolhimento da sua dor no nosso interior e, muitas vezes, um silêncio empático são os recursos terapêuticos possíveis na altura, com esperança de que possam amortecer o impacto do traumático vivenciado.

Depois de a bebé nascer, perante o que fomos pensando na relação terapêutica, Bela e a filha vão para uma instituição que acolhe mães solteiras e os seus filhos. Mostra-se encantada com a sua bebé, mas sofredora pelo desinvestimento da mãe nela e na neta. O pai mantém-se orbital. Vive a entrada de um terceiro (pai da bebé) na relação dual com a filha com grande inquietação, aspirando viver com esta a relação fusional que, porventura, lhe faltou. O desejo de prolongar uma relação simbiótica com a filha expressa-se em comportamentos vários em que parece procurar reforçar o contacto corporal com a bebé, tais como dormir com a filha na cama, ou até mesmo na relação terapêutica, nas sessões em que se faz acompanhar da bebé, tendendo a permanecer com ela ao colo. Qualquer observação nossa a esse respeito, aludindo ao que sentimos expressar o seu próprio desejo de amparo através da bebé, tende a ser vivenciada de forma crítica persecutória, incitando-nos ao

reforço do carácter terno das nossas intervenções e qualificador do seu bom investimento para que sejam aceites. Dos tempos que se seguem, realça-se o empenhamento e sucesso num curso de cabeleireira, mas revelam-se intensas dificuldades relacionais com os pares no curso e na instituição onde vive. Predominam as queixas de que não gostam dela, que recorda como sempre a terem habitado. Refere que sempre se sentiu diferente, desconectada emocionalmente dos outros. Surge o pensamento de que se afastam dela porque tem um problema de flatulência recorrente e insolúvel, até então, e os maus odores levam a que os outros se afastem dela e a gozem. Também na instituição social que a acolhe a ela e à filha começa a surgir, desde cedo, a convicção de que a governanta não gosta dela, a rejeita e humilha na presença de outras colegas. Dá a melhor fruta às outras na frente dela, grita-lhe... o que lhe suscita sentimentos de raiva e zanga intensos. Algumas tentativas nossas de abordagem dos sentimentos dolorosos que poderá estar a experienciar pelo investimento da mãe no nosso outro utente, o nosso próprio investimento, tendem a ser violentamente rejeitadas, parecendo rasgar as frágeis telas do seu tecido psíquico. Colegas e governanta constituem-se, durante algum tempo, objetos-ecrã onde Bela, sem se dar conta, coloca vivências intoleráveis dos seus sentimentos de desamparo, desvalorização e inveja, exclusão e humilhação, que se sente incapaz de pensar e transformar, e que constituem «terrores sem nome». As vivências delirantes com a governanta, se inicialmente mais circunscritas, acentuam-se no nosso período de férias, em que, confrontando-se com angústias de separação, e na ausência da terapeuta que lhe confere uma pseudo-organização, não se revela ainda capaz de organizar um pensamento que lhe permita conter a angústia. Falta-lhe a pele psíquica sustentada pela terapeuta e emerge o objeto fragmentado em pedaços que ela não é capaz de reunir.

No pós-férias desse ano, inicia terapia farmacológica neurolética, mas toda uma temporalidade se revela necessária para que no campo terapêutico as emoções de raiva e ódio possam ser amparadas e pensado o seu sentido (o profundo desamparo que experienciou), possibilitando atenuar as suas projeções violentas. Por vezes, Bela precisa de nos submeter transferencialmente à sua agressão, gritando connosco enfurecida, como se os gritos fossem a forma que encontra para nos fazer sentir o seu desespero. A sensibilidade e tato com a parte mais

paranoide e desesperada, de que facilmente se sente humilhada e destruída perante a perturbação narcísica envolvida, exigem grande contenção interpretativa da nossa parte; só mais tarde, numa intimidade e confiança que se vai fortalecendo, se permitirá tocar nos afetos de abandono e desvalorização narcísica que a desesperam e que a fazem sentir insuficiente. Bela acaba por ser convidada a sair da instituição ao fim de dois anos. Não cruzou os braços e tratou de arranjar uma casa com a ajuda da nossa equipa. Foi ativa a procurar apoios para equipar a sua casa nova, onde passou a viver com a filha. Foi-se mantendo a trabalhar, investida na filha e no tratamento. Houve progressos ao nível do seu funcionamento mental, como um maior *insight* sobre si, por exemplo, reconhecendo o quão difícil foi sendo como filha, evidenciando maior empatia com os pais. Nos últimos tempos, foi permitindo ao pai da filha aproximar-se e assumir uma maior parentalidade, e tem contado mais com a ajuda da mãe, que, estando a viver uma relação amorosa mais organizada e viva, se tem mostrado mais disponível para apoiar a filha e a neta. Mas Bela manifesta ainda uma grande tendência para agir as suas ansiedades mais intensas, sobretudo de separação. No regresso após as últimas férias, fala-me da hipersexualidade em que se envolvera com múltiplos parceiros e nas fantasias que por vezes tem de se prostituir. Ao escutá-la, penso que está a falar-me de como ainda se sente perdida sem as nossas sessões e de que, no sexo intenso que me descreve, talvez tenha ido à procura de um amparo, de animar partes suas mais deprimidas, fugir do vazio e de uma certa solidão que, porventura, a assolou. Aceita e é capaz de expressar que sentiu a minha falta, comentando que, mesmo faltando por vezes às sessões, é tranquilizador para si saber-me por cá. Bela mantém um funcionamento mental muito agido, mas já é mais fácil o acesso ao pensamento. Contudo, a terapeuta e a equipa institucional são ainda uma segunda pele mental de que vai precisar de se socorrer por um longo tempo até poder fortalecer a sua própria pele psíquica, o seu aparelho de pensar. Há muito que prescindiu do *look dread*, palavra inglesa que significa medo ou terror. Os *dreadlocks* eram usados por tribos guerreiras do Leste de África como forma de intimidar os inimigos. Bela sabe que os monstros ou inimigos, as emoções inquietantes, estão mais dentro do que fora, mas já não são tão atemorizadores ou ao serviço de um narcisismo destrutivo como outrora.

DESAMPARO ORIGINÁRIO, ANSIEDADE AUTISTA-CONTÍGUA E FENÓMENOS DE SEGUNDA PELE

Thomas Ogden (1989), na sua formulação teórica da posição autista-contígua, ao subsidiar uma compreensão ampliada dos estados mentais característicos da fase inaugural do desenvolvimento precoce, oferece-nos dados importantes para a compreensão de estados mentais pré-verbais não simbólicos de pacientes em que os afetos primitivos e as manifestações corporais se impõem, trazendo luz à dinâmica intersubjetiva complexa da relação analista-paciente. Na posição autista-contígua, que caracteriza o funcionamento mental dos primeiros dias de existência humana, a relação intersubjetiva predominantemente de cariz sensorial entre o infante e o objeto primário cuidador estaria na base da constituição do psiquismo. O desamparo originário do bebê, pela torrente de sensações corporais que experiencia perante a profunda imaturidade do seu equipamento psíquico, só é amparado e segurado pela relação de unicidade que vive com o objeto, proporcionada pela ritmicidade e contiguidade das experiências táteis vividas através da superfície da pele. Estas vivências de segurança, conforto e contenção com a pele do cuidador funcionando como limite permitem-lhe atribuir sentido psíquico às suas primeiras impressões sensoriais, conter as ansiedades desintegradoras primárias e, paulatinamente, gerar sentido de uma superfície sensorial delimitada e criar os rudimentos iniciais da experiência de um *self*. A relação de contiguidade sensorial, como o rosto do bebê no seio da mãe, possibilita organizar um sentido rudimentar de si mesmo, «Eu-dade», uma experiência de si, aquilo que Winnicott denomina «um lugar em que se vive e sente» (Winnicott, 1971).

Já no artigo *The experience of the skin in early object-relations*, Esther Bick (1968) refere que a identificação, nesta fase inaugural, com a função continente do objeto primário sentido concretamente como uma pele é o que possibilitará conter o seu estado não integrado, e, progressivamente, dar origem à fantasia de espaços internos e externos. A autora refere que o desenvolvimento desta função de pele ocorre essencialmente no contexto de amamentação, onde o objeto ótimo é o mamilo na boca, juntamente com a mãe que segura a criança, fala com ela e tem um cheiro familiar. Mais tarde, Anzieu (1989/1995) defendeu o papel decisivo do tocar na passagem do envelope tátil continente para o espaço intersensorial que prepara para a simbolização.

É a partir destas aquisições primordiais que a cisão primária e a idealização do *self* e do objeto, conforme descritas por Melanie Klein (1957/1991) para caracterizar a relação de objeto esquizoparanoide, podem operar. A posição autista-contígua, embora mais primitiva do que as posições esquizoparanoide e depressiva, estaria em interação dialética com estas ao longo da existência humana. Já Esther Bick (1968) no seu artigo havia chamado a atenção para a diferença entre a não integração enquanto experiência passiva de total desamparo que caracteriza a não contenção do bebé na relação de objeto inaugural e a posterior desintegração defensiva ativa que se dá através do processo de cisão ao longo do desenvolvimento.

O comprometimento desta conexão emocional originária, assente na corporeidade ou predominância sensorial da díade e na ritmicidade dos cuidados, desencadearia angústias primitivas no bebé associadas ao enfraquecimento do sentimento das fronteiras do *self* e da discriminação eu-outro com efeitos constitutivos no psiquismo, assim como no desenvolvimento psicoafectivo posterior. Segundo Ogden (1989), marcas psíquicas destas experiências arcaicas de desamparo originário podem estar presentes em formas mais elaboradas e diferenciadas de relação, cronologicamente posteriores, manifestando-se sob a forma do seu primeiro registo, ou seja, numa linguagem sensório-motora. Em alguns pacientes, poderão observar-se manifestações típicas de ansiedade autista-contígua associadas a experiências de desintegração iminente da superfície sensorial ou perdas das fronteiras de segurança do *self*, resultando em vivências de vazamento, de dissolução, ou desaparecimento ou queda em espaços indelimitados, presentes na sensação de não controlar os esfíncteres, ou de vazamento de conteúdos corporais (sangue, saliva, urina, fezes, etc.), ou de não adormecer por medo de cair em espaços infinitos levando-os a cercarem-se de cobertores ou manter as luzes acesas. Esther Bick (1968) descreveu estas tentativas sensoriais que envolvem fenómenos que visam compensar a falta de integridade corporal e psíquica como «fenómenos de segunda pele», habitualmente sob a forma de adesão ou contacto sensorial com a superfície de um objeto, de forma que se reassegure a integridade da própria superfície do *self* ou pele psíquica. Ogden (1989) identificou dois tipos de experiências sensoriais com objetos no modo autista-contíguo: a criação de «formas autísticas», que, no caso de bebé,

surgem da experiência de toques delicados na superfície da sua pele, responsáveis pelas impressões sensoriais macias (como as resultantes do toque das suas bochechas com o seio da mãe ou o contacto com substâncias corporais como saliva, urina e fezes)⁶, e experiências com «objetos autísticos» resultantes do contacto com superfícies duras em que um objeto é fortemente pressionado contra a pele.

No campo intersubjetivo da relação analítica ou terapêutica, podemos encontrar manifestações assentes nestas formas de comunicação primitivas sensoriais pré-simbólicas, agidas pelos fenómenos psíquicos de identificação projetiva e com impacto contratransferencial. Na nossa paciente Bela, o seu odor nauseabundo inicial, que me fazia sentir invadida e com desejo de rápido término das sessões, pode ser compreendido como uma resposta inconsciente aos mecanismos de identificação projetiva, através dos quais a paciente me engaja nos seus sentimentos inconscientes e involuntários de se sentir invadida de forma intensa e dolorosa pelo seu objeto interno materno inquietante e o seu desejo de o expulsar, de se ver livre dele. Por outro lado, o seu odor intenso pode ser experimentado como uma forma autística que a envolve e, através das sensações corporais que lhe provoca, proporcionar-lhe a sensação de estar viva, de que existe num lugar demarcado e que existe para alguém, que o cheira, que pode fundir-se com ela e recordá-la, permanecer com ela no seu interior. Desta forma, paradoxalmente ao que possa aparentar, estas vivências sensoriais primitivas integram dimensões de intersubjetividade, de desejo de ligação ao Outro, de experienciar com o objeto uma relação de contiguidade que poderá ser captada e entendida no contexto da relação transferocontratransferencial entre paciente e analista.

O próprio abuso de droga pode ter a função de uma forma autística, de um casulo que a protege do mundo exterior e lhe confere o sentimento de estar viva pelas sensações que lhe provoca, e de coesão corporal e do *self*.

Na mesma linha, as formas de comunicação não-verbal associadas à indumentária que apresenta, à forma como se faz revestir pelas longas

⁶ Mais tarde, no decurso do desenvolvimento, o recurso a atividades que envolvam ritmicidade ordenada, por exemplo cantarolar, repetir séries de números, mexer no cabelo, também poderão ter função de formas autísticas, tal como no bebé o movimento ritmado de sucção.

rastas, pelo manto de tatuagens, correntes e *piercings*, poderão corresponder às suas tentativas de se revestir de algo consistente, palpável, no caso do tecido metálico de correntes e *piercings*, a superfícies duras (objetos autísticos) que a protejam da dissolução das «paredes» do *self* dando-lhe sentimento de fronteiras. Tomar banho, perder o odor que a envolve e protege ou cortar as suas longas rastas, como lhe foi pedido numa comunidade terapêutica, representariam perigo de perder os limites que a contêm.

A convicção delirante de que a sua flatulência incontrollada estaria na base do afastamento e hostilização das suas colegas de curso traduz o seu receio de dissolução, de vazar dimensões corporais que atingiriam os objetos de relação, representando, de forma idêntica, manifestações de ansiedade autístico-contíguas.

Estes comportamentos de carácter primitivo, assentes em modalidades de funcionamento regressivo e projetivo, visariam reparar a falta de coesão do *self*, associados ao efeito desintegrador, na sua personalidade, da desconexão emocional vivida ao nível da relação primária, trauma nuclear de Bela e com grande impacto no seu desenvolvimento ulterior. Bela relata que este sentimento de desconexão emocional do outro sempre a acompanhou. A quebra na ritmicidade e contiguidade da experiência de relação com o objeto materno, comprometida possivelmente pelo estado de depressão pós-parto da mãe, poderá ter estado na base de falhas nesta primeira forma de contenção da paciente e ter gerado estados desintegrados na sua mente, responsáveis por ansiedades primitivas, fortemente caracterizadas pela ausência de limites corporais que pudesse vivenciar como «pele psíquica» e forma/função de contenção interna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, procurámos ilustrar como intervimos de forma analítica no contexto institucional em situações clínicas de adições e grave perturbação de personalidade *borderline*, e como o pensamento e a intervenção de cariz psicanalítico, possibilitando o entendimento das comunicações inconscientes, se refletem na adesão ao tratamento e transformação psíquica destes pacientes de difícil acesso. Foi igualmente nosso objetivo contribuir para o entendimento das comunicações primitivas sensoriais de carácter

pré-verbal e pré-simbólico atuadas no campo terapêutico como formas subjetivas de estes sujeitos se conectarem emocionalmente ao outro, tentativas inconscientes de existir e de reforçar o sentimento de coesão corporal e do *self*.

O recurso a estimulações sensoriais, correspondendo a qualidades parciais que impactam no objeto, como o odor ou a indumentária que os adorna, pode ter a intenção inconsciente de aplacar ansiedades de desintegração primitivas ligadas à falta de contenção experienciada na relação primária, na posição autista-contígua. Estas linguagens pré-verbais e pré-simbólicas, ancoradas em equações simbólicas pela falta de uma função internalizada que as contenha e signifique, viabilizam uma linguagem do terapeuta analista que as entenda e ampare, constituindo-se como envelope ou a «pele psíquica» que lhes falta. Paradoxalmente ao que pode parecer, muitos dos comportamentos aparentemente alienantes do outro na relação e que, contratransferencialmente, podem suscitar emoções negativas no terapeuta visam a vivência da fusão inicial da contiguidade que lhes faltou, que lhes proporcionará conforto, sentimento de permanecer no outro e existir. Deste modo, pensamos que, à semelhança do que ocorre na vivência primitiva da díade mãe-bebê, na intervenção terapêutica nestes casos é importante compreender o paciente através de uma sintonia afetiva e sensorial, que está aquém da linguagem verbal, e compreender que significa permitir-se experimentar os seus estados mentais primitivos e quase, insuportavelmente, dolorosos.

Sabemos também que na posição autística-contígua a importância do processo de subjetivação recai sobre a sucessão rítmica, ou seja, sobre a ritualização do comportamento materno, que deve operar de maneira circular e previsível (Civitarese, 2010). No contexto terapêutico de pacientes desamparados, com situações-limite e traumatologia da relação precoce, afigura-se de grande importância a confiabilidade e regularidade proporcionadas pelo *setting* terapêutico acolhedor (por exemplo: regularidade e estabilidade das sessões, horários, etc.), assim como uma estrutura firme, com regras e disponibilidade afetiva consistentes por parte da equipa, que proporcione uma oportunidade para que a estrutura, a ordem e a confiança na relação se comecem a desenvolver na mente dos pacientes (Alvarez, 2020). A oportunidade

de contenção vivida nas relações terapêuticas institucionais é particularmente benéfica nestes sujeitos precocemente desamparados e com passados patogênicos, que, pela inacessibilidade de representação, vão atuar as suas vivências não integradas no campo terapêutico. Conter e amparar pode significar que «numa situação de conflito ou frustração, por exemplo, a fragilidade do paciente não lhe permite integrar e reagir adequadamente a afetos intensos, podendo experimentar estados de fragmentação interna, cujo resultado são comportamentos regressivos, com frequência de colorido agressivo» (Magalhães, 2008, p. 78). Neste contexto, os elementos da equipa deverão proporcionar um continente adequado e potenciador, quando possível, do entendimento das angústias do sujeito e da sua regressão. Sabemos que o uso da interpretação, frente à vulnerabilidade narcísica envolvida e à grande fragilidade do *self*, deve ser cauteloso, pois encontra limites na intensa precariedade psicológica dos sujeitos, podendo facilmente gerar aumentos de tensão. Privilegia-se a empatia com as necessidades infantis e ansiedades emergentes de modo muito gradual, com tato com o que o paciente possa aceitar, de forma que não seja rejeitado e que propicie uma maior integração do ego, assim como grande sensibilidade e tato com os estados afetivos mais vulneráveis projetados, que frequentemente assumem a forma de transferência paranoide. Revela-se igualmente útil entrar em contacto com as partes mais dependentes da personalidade, habitualmente cindidas e projetadas na substância.

A atitude de escuta recetiva e uma atitude firme e não demasiadamente masoquista em relação às projeções por vezes bastante violentas dos pacientes – indicadoras da sua necessidade desesperada de fazer com o terapeuta o que fizerem com eles – podem ajudar.

Por fim, salientamos a necessidade, nestas situações clínicas, de as intervenções terapêuticas serem mais ativas do que o habitual nos contextos psicanalíticos, por exemplo através de movimentos de procura de contacto com os pacientes quando eles se ausentam, para que se sintam reclamados pelo objeto vivo de relação, chamados para a relação do lugar de exílio em que se refugiam dos seus desamparos originários.

ABSTRACT: *The aim of this work is to illustrate, based on the presentation of a clinical case of a young woman with addiction problems and borderline personality disorder followed in psychodynamic psychotherapy in an institutional outpatient context, the relevance of psychoanalytic thinking and understanding of transference and countertransference dynamic in accessing the mental functioning and adherence to treatment of these difficult to reach patients (Joseph, 1975).*

Based on clinical material and the conceptual approach of Otto Kernberg's theory of object relation theory (1976), Thomas Ogden's autistic-contiguous position (1989) and Esther Bick's phenomena of "second skin formation" (1968), it is proposed to support the understanding of sensory manifestations that can appear in these patients and be acted on the intersubjective stage of the therapeutic relationship, as forms of primitive and unconscious communication that aim to recover sensations of existence, restoring the limits of the self and emotional connection to the other, associated with the precarious identity of the limits of the self and anxieties of dissolution linked to experiences of original helplessness. The clinical and technical implications of this approach for therapeutic intervention in these patients are analyzed.

KEYWORDS: *addictions, borderline pathology, original helplessness, autistic-contiguous anxiety, second skin phenomena.*

REFERÊNCIAS

- Alvarez, A. (2020). *Companhia viva. Psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, desamparadas e que sofreram abuso*. Blusher. (Original publicado em 1992.)
- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod. (Original publicado em 1989.)
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484–486.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann.
- Civitaresse, G. (2010). *The intimate room: theory and technique of the analytic field*. Routledge.
- Hagman, G. (1995). A psychoanalyst in methadonia. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(3), 167–179.
- Joseph, B. (1975). O paciente de difícil acesso. Em E. B. Spillius (Ed.), *Melanie Klein hoje. Desenvolvimentos da teoria e da técnica* (vol. 2, pp. 62–75). Imago.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Jason Aronson.

- Kernberg, O. et al. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. Basic Books.
- Kernberg, O. et al. (2004). *Aggressivity, narcissism and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship. New developments in the psychopathology and psychotherapy of severe personality disorders*. Yale University Press.
- Khantzian, E. (2015). Psychodynamic psychotherapy for the treatment of substance use disorders. Em Nady el-Guebalay et al. (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*. Doi: 10.1007/978-88-470-5322-9_38
- Klein, M. (1991). *Inveja e Gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. Imago. (Original publicado em 1957.)
- Landheim, A. S., Bakken, K. & Vaglum, P. (2003). Gender Differences in the Prevalence of Symptom Disorders and Personality Disorders among Poly-Substance Abusers and Pure Alcoholics: Substance Abusers Treated in Two Counties in Norway. *European Addiction Research*, 9(1), 8–17. Doi: <https://doi.org/10.1159/000067732>
- Langås, A. M., Malt, U. F. & Opjordsmoen, S. (2012). In-depth study of personality disorders in first-admission patients with substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 12(180). Doi: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-180>
- Magalhães, L. (2008). Perspectivas psicodinâmicas no tratamento do toxicodependente. *Revista Toxicodependências*, 14(3), 67–81.
- Ogden, T.H. (1989). *The primitive edge of experience*. Jason Aronson.
- Parmar, A. & Kaloiya, G. (2018). Comorbidity of Personality Disorder among Substance Use Disorder Patients: A Narrative Review. *Indian Journal Psychological Medicine*, 40(6), 517–527. Doi: https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_164_18
- Pires, S. (2005) Maus tratos infantis: Fator de risco na gênese da toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 11(1), 65–78.
- Pires, S. & Duran, D. (2010). Maus tratos infantis e percursos na toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 16(3), 3–16.
- Shearer, S.L. (1994). Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 182(9), 524–526.
- Sletvold, J. (2013): The ego and the id revisited: Freud and Damásio on the body ego/self. *The International Journal of Psychoanalysis*, 94(5), 1019-1032.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of PD in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatr.*, 16, 274–82.
- Winnicott, D. (1971). *Playing and Reality*. Tavistok.