
Instituto Superior de Psicologia Aplicada
MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA

TESE DE MESTRADO

As Origens Psicológicas da Toxicomania

José Pedro Sequeira – Nº 1047

ORIENTADOR: Prof. Dr. Carlos Amaral Dias
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

2003

Índice

Introdução	3
Considerações Terminológicas	6
Sentido e Sentidos do Problema da Toxicomania.....	15
Perspectiva Psicanalítica Histórica da Toxicomania	30
A Psicopatologia na Toxicomania	51
Objecto Psicopatológico	51
A Questão Nosológica	57
Sintomas e Características da Personalidade na Toxicomania	72
Estudos de avaliação psicológica.....	74
Estrutura Familiar dos Sujeitos Toxicómanos.....	82
Padrões Familiares	89
A Comunicação na Família.....	92
Mitos Familiares	93
Separações, Perdas e a Individuação	97
Específicidades da Dinâmica Psicológica da Toxicomania.....	101
Função Defensiva da Droga.....	101
Falha na formação do ideal do Eu.....	107
Hiposimbolização	109
Dependência Objectal Primitiva	114
Auto-agressão	116
Gratificação Regressiva	117
Crise Narcísica.....	119
Vulnerabilidades Precoces nos Afectos e no Pensamento.....	122
Dor Inconsciente	130
Conclusões	135
Bibliografia	139

À memória de Alberto Queiró

INTRODUÇÃO

A natureza das questões que o problema da toxicomania levanta é de uma incalculável complexidade. Desde as questões teóricas que passam pelos modelos que a tentam explicar, às fronteiras e limites entre os conhecimentos produzidos, a tarefa de penetrar neste objecto de estudo mantém-se um desafio intelectual de grande envergadura.

Como assinala Décio Gurfinkel a clínica da toxicomania interroga o campo psicanalítico e a sua teoria sobre o psíquico em diversos aspectos nomeadamente a oposição prazer/realidade, a criação de realidades (neo-realidades), a transposição do registo do desejo para o da necessidade e a complexa relação com o prazer e a realidade (a necessidade do prazer, a realidade do prazer, as neo-necessidades), o sentido do nirvana (êxtase e morte), o lugar do super-eu (sádico, porém sustento para um investimento, estratégia de sobrevivência diante do desamparo) entre outras.

O nosso trabalho centra-se e desenvolve aspectos relacionados com a personalidade do toxicómano e com a compreensão psicanalítica do fenómeno. Uma das questões que nos interessou formular foi a de saber se existe uma personalidade pré-toxicómana ou se existe uma organização predisponente à toxicomania?

Cândido Agra no seu livro *Dizer as drogas, ouvir as drogas*, faz uma integração dos vários modelos teóricos incluindo a psicanálise e coloca a seguinte questão: Como se situam os diferentes sistemas explicativo-interpretativos de pretensão técnico-científica da linha discursiva sobre o “fenómeno das drogas”?

Este autor serve-se da epistemologia de Th. S. Kuhn para caracterizar duas linhas de acção. A primeira linha centra-se na problemática da droga inscrita segundo modelos teóricos com concepções próprias (por exemplo, psiquiatria, criminologia, psicanálise, behaviorismo, humanismo) e chama a esta linha o paradigma da droga-enigma. A segunda linha tenta abordar esta questão de uma forma inovadora,

rejeitando as formas tradicionais e tentando elaborar um novo discurso integrando aspectos não científicos. Chama a esta linha de droga-novo paradigma.

Do nosso ponto de vista esta proposta tem como objectivo ir para além de um certo impasse que se instalou nesta matéria, advindo dos insucessos terapêuticos e da falta de consenso teórico. No entanto, no campo psicopatológico, e no que diz respeito à prática clínica com esta problemática são conhecidos um conjunto de temas recorrentes, numa grande variedade de indivíduos, que favorecem o estabelecimento da relação com as drogas. Este trabalho tem como objectivo elucidar alguns deles.

Ainda de acordo com Cândido Agra as tentativas de fixar uma estrutura de personalidade responsabilizante pelo fenómeno da adicção parecem não abrir vias explicativas importantes - afinal toda a estrutura da personalidade pode aparecer implicada numa toxicomania - mas é possível reconhecer traços de funcionamento comuns às diferentes estruturas implicadas na toxicomania. A compreensão psicodinâmica do toxicómano tem operado nesta direcção, e é sobre ela que este trabalho recai. Propomo-nos passar em revista os conceitos que, de acordo com este modelo, servem para ilustrar e compreender os aspectos relacionados com as causas, o desenvolvimento e a estrutura do sujeito dependente de drogas.

Decidimos começar por elucidar os termos mais implicados na abordagem da toxicomania e olhar para a sua significação, para as palavras e para as relações do léxico com o conhecimento.

Abordamos de seguida, as linhas históricas do percurso deste problema percorrendo os aspectos que consideramos mais significativos para a compreensão da toxicomania, do ponto de vista do sujeito, que encontra na droga uma forma e um estilo de se relacionar e posicionar na vida.

Posteriormente, incidimos a nossa atenção sobre o objecto e as questões nosológicas que este problema encerra, na tentativa de precisar aspectos, que nem sempre são clarificados quando se aborda este sintoma.

Demonstramos de seguida, todo um conjunto de estudos de avaliação psicológica que fundamentam a nossa hipótese. Para além destes aspectos, foi ainda necessário

caminhar ao encontro das especificidades que se encontram na dinâmica psicológica interna do sujeito que sofre com esta problemática.

As dificuldades que estes pacientes colocam nas psicoterapias, no nosso entender, passam pelas verdadeiras vulnerabilidades psicológicas que são prévias à instalação do problema e que são muitas vezes pouco valorizadas por todos aqueles que se ocupam por este problema.

Na nossa perspectiva é aqui que reside o cerne da questão e por isso achamos necessário aprofundar as vicissitudes estruturais do psiquismo com o intuito de chamar a atenção para os problemas emocionais e do pensamento que nos levam para as questões que vão para além das contingências edípicas e, portanto, desta forma, remetem-nos para as partes da personalidade mais precoces, ou seja, para o território do pré-verbal e dos mecanismos defensivos mais primitivos actantes.

CONSIDERAÇÕES TERMINOLÓGICAS

“- Se um sujeito se droga, é sob o domínio de uma necessidade imperiosa - diz o médico.

- Não - responde o juiz - é por fraqueza moral”.

As perplexidades da cruzada farmacológica iniciam-se, como refere Antonio Escohotado na sua seminal obra, *Historia general de las drogas*, com a própria noção de droga. Desde a Antiguidade que o conceito grego - *phármakon* - significa ao mesmo tempo e, inseparavelmente, remédio e veneno. Alguns fármacos são mais tóxicos do que outros mas nenhum é uma substância inócua. Esta ambivalência essencial parece ter sido esquecida, na actualidade, em prol de factores classificatórios supostamente mais rigorosos.

Platão, em *Protágoras*, dispõe os *phármaka* entre as coisas que podem ser ao mesmo tempo boas (*agathá*) e penosas (*aniará*). O *phármakon* é sempre colhido na mistura (*summeíhton*) da qual também fala o *Filebo*, por exemplo essa *ubris*, esse excesso violento e desmedido no prazer que faz gritar os descomedidos como loucos, e “o alívio que dá aos cheios de sarna a fricção e todos os tratamentos semelhantes, sem que haja necessidade de outros remédios”. Esta dolorosa fruição, ligada tanto à doença quanto ao apaziguamento, é um *phármakon* em si. Ela participa ao mesmo tempo do bem e do mal, do agradável e do desagradável. Ou, antes, é no seu elemento que se desenham essas oposições (Derrida).

Na leitura que Derrida faz dos textos platónicos constata que se o *phármakon* é “ambivalente”, é pois, por constituir o meio no qual se opõem os opostos, o movimento e o jogo que os relaciona mutuamente, os reverte e os faz passar um no outro (alma/corpo, bem/mal, dentro/fora, memória/esquecimento, fala/escritura etc.).

É a partir desse jogo ou desse movimento que os opostos ou os diferentes são *detidos* por Platão. (...) O *phármakon*, sem nada ser por si mesmo, os excede sempre como um fundo sem fundo. Ele mantém-se sempre em reserva, ainda que não tenha profundidade fundamental nem última localidade. Nós o veremos prometer-se ao infinito e escapar-se sempre por portas secretas, brilhantes como espelho e abertas sobre um labirinto. É também a essa reserva de fundo que chamamos *farmácia* (Derrida).

Gostaríamos de iniciar este estudo tentando elucidar a semântica de muitas das palavras que aparecem associadas ao problema da droga. O problema do consumo abusivo de drogas e da terminologia para o designar tem tomado várias formas e expressões. As mais comuns são toxicod dependência e toxicomania mas aparecem referidas também as expressões toxicofilia e adicções.

No Ocidente, os termos mais usados para exprimir a ideia de habituação, resultante do consumo abusivo de substâncias psico-activas, são “adicção” e “dependência”. O termo “adicção” deriva do latim *ad dicere*, “dizer a”, no sentido de dar, de entregar alguém a outrem como escravo. Foi, no direito romano, um termo jurídico que, durante a Idade Média, se usou em França para significar a “detenção de um indivíduo endividado que não consegue pagar a sua dívida”, um devedor insolvente, submisso, escravizado, tendo-se convertido em escravo por não dispor de outros recursos para cumprir o compromisso contraído. Portanto, um *Addictum* era aquele que se assumia como marginal; alguém que, fatal ou voluntariamente, fora jogado numa condição inferior à que tivera até então. Em síntese, tratava-se de uma pessoa que não soube ou não pôde preservar aquilo que lhe conferia identidade. O *adicto* aparece, assim, como despojado: é aquele que perdeu a sua identidade e, simultaneamente, adoptou uma identidade imprópria como única maneira possível de saldar uma dívida. Através da renúncia à sua identidade verdadeira mas insustentável, o *adicto* restabelece o equilíbrio social perdido em virtude da sua inadimplência. *Adicto* era aquele que evitava a dissolução total de sua existência apelando para a aceitação em público de sua falta de direito a uma identidade própria. Para ser alguma coisa, devia aceitar que não era ninguém.

A psicanalista Irene Barchetti refere-se à palavra a-dicção como (falta de “palavra”), carência de “palavra”, e degradação da “palavra” paterna, que será substituída pela droga, que passará a ocupar esse lugar e constituirá o drama em que vive todo o tipo de paciente que se encaminha para a adicção.

O termo dependência, também derivado do latim “pendere”, encerra na origem etimológica, dois sentidos: depender de (sentido passivo) e estar agarrado (sentido activo). Podemos definir dependência como a necessidade que uma coisa tem de outra para ser ou existir ou, defini-la de forma mais explícita, como uma forte inclinação para adoptar um certo tipo de comportamento, sem que isso implique sentido pejorativo.

Morel *et al.* (1977) dizem-nos que as palavras e, as noções de droga, dependência e toxicodependência, estão atulhadas de subentendidos ideológicos e cobrem sentidos diferentes e até opostos. Se não esclarecemos os seus sentidos fazemos com que, do jornalismo à psiquiatria, do polícia ao sociólogo, do utilizador ao deputado, todos lhe atribuíam o mesmo sentido. Desta forma, os nossos lugares-comuns aumentam um pouco mais as nossas confusões. Parece não haver dúvidas que estes termos têm uma ressonância difusa na sociedade contemporânea.

Quer seja jurídico-policial, médica ou psicológica, nenhuma definição permite circunscrever de forma global e satisfatória a totalidade das problemáticas ligadas aos abusos de drogas. As representações que a subentendem estão inevitavelmente impregnadas da função e do quadro de observação daquele que a propõe.

Dan Kaminski lembra que a causa da droga não é outra senão o discurso que é mantido a seu respeito, que cria a coisa: “A toxicomania é apenas o que se diz dela, reduz-se à sua gestão, é a ordem das palavras dirigindo as coisas”. Esta asserção culmina então num enunciado essencial: “o toxicómano é apenas uma categoria nascida da proibição de uma classe de produtos”.

É a representação social que é o tóxico da droga. Em si mesma, reduzida às suas características agrícolas ou físico-químicas, cada droga não é mais do que o seu primeiro sentido etimológico: uma coisa seca.

O dicionário histórico *Robert* indica que a origem da palavra droga é incerta. Talvez no holandês da Idade Média, *droga* tenha sido substantivado com o sentido metonímico de produto seco; ou - outra hipótese - droga seria uma forma meridional do latim *derogarem*: diminuir o valor, mentira, embuste. Sendo inicialmente um ingrediente que servia para tingir e para preparações químicas, por volta de meados do século XVI, a droga torna-se um remédio tradicional. O sentido de uma coisa má à absorção, de um medicamento de eficácia duvidosa ou de uma coisa ou pessoa de quem não se faz caso é desenvolvido ao longo de dois ou três séculos, até que no início do século XX, droga ganha o sentido de estupefaciente.

Actualmente, o termo droga utiliza-se pejorativamente para designar certas substâncias psicoactivas utilizadas ilicitamente ou sem prescrição médica, pelos seus efeitos sobre os sentidos e sobre a consciência. Esta significação é acompanhada de uma quantidade de conotações negativas: delinquência, sujeição do consumidor, nocividade para o indivíduo e para a sociedade. Uma tal sobrecarga de inferências morais e ideológicas deram à droga um valor mítico.

A palavra tóxico vem do grego *toxikon*, veneno para usar nas flechas. A partir de finais do século XVI, ganha o sentido de venenoso. O século XIX vê florir uma série de palavras construídas a partir do elemento tóxico, como toxicologista e, mais tarde, toxicómano. Este sufixo *mano* aparece no momento em que os alienistas se entregam a todas as paixões, animados pela utopia de Pinel e os preceitos de Esquirol, que escrevia em 1805: As paixões não só são a causa mais comum da alienação como têm ainda, com esta doença e as suas variações, relações de semelhança bem notórias. Aqui temos, então, o acto de nascimento da toxicodpendência enquanto paixão pelos estupefacientes, redigido pela medicina psiquiátrica então triunfante, num período em que as descobertas farmacológicas aumentavam de ritmo.

A toxicomania iria entrar nos manuais por algumas décadas, não sem dificuldades, uma vez que, de 1920 a 1944, não menos do que 24 autores tentaram precisar esta noção (Delrieu, 1988).

Como referimos os “usos” de droga sofrem, inevitavelmente, uma hierarquização no seio dos diversos discursos originados nas instituições sociais. Assim surgem as

categorias: uso, hábito, uso indevido, abuso, vício, dependência, adicção, toxicomania. Como trabalhar com estas categorias e, sobretudo, como interpretá-las? Trata-se de diferenças qualitativas, de diferenças quantitativas, de preconceitos?

É em 1950 que a primeira comissão de especialistas da Organização Mundial de Saúde propõe uma definição: um estado de intoxicação periódica ou crónica gerado pelo consumo repetido de uma droga (natural ou sintética). As suas características são particularmente: um invencível desejo ou necessidade (obrigação) de continuar a consumir a droga e a procurá-la por todos os meios; uma tendência a aumentar as doses; uma dependência de ordem psíquica e geralmente física em relação aos efeitos da droga e efeitos prejudiciais ao indivíduo e à sociedade.

Em 1964, uma nova comissão de especialistas da OMS abandonaria o emprego do conceito de toxicomania. Decide então, substituí-lo por um termo geral e sem equívocos, que corresponda a uma concepção médica e científica, que não compreenda nenhuma conotação social ou económica e que não invoque nenhuma ideia de controlo. O termo encontrado para esta pesada tarefa foi o de *dependência*.

Esta noção de dependência vai primeiro ser decomposta em dependência psíquica - uma condição na qual a droga produz um sentimento de satisfação e uma pulsão psíquica que exige uma administração periódica ou contínua da droga para produzir prazer ou evitar um estado depressivo - e em dependência física - um estado de adaptação que se manifesta por perturbações físicas intensas quando a administração da droga é suspensa.

Dito de outra forma, estado psíquico e às vezes também físico que resulta de uma interacção entre um organismo vivo e um medicamento. Caracteriza-se por modificações da conduta e outras reacções que compreendem sempre um impulso que leva a tomar o medicamento de modo contínuo ou periódico, para provocar efeitos psíquicos e às vezes evitar o mau estar da sua privação. Este estado pode ser acompanhado ou não de tolerância. O mesmo indivíduo pode depender de vários medicamentos.

Num comentário a esta definição, Gurfinkel assinala que, a expressão “organismo vivo” exclui a dimensão do ser humano, e manifesta uma tendência de biologização

para atingir uma maior objectividade. Ao excluir a dimensão de ser humano elimina-se a possibilidade de pensar um *sujeito psíquico* que, a partir da sua história, estaria implicado no vínculo com a droga. Uma característica invariável no dependente é o impulso que o leva a tomar o medicamento, de modo contínuo ou periódico, para provocar os efeitos psíquicos e evitar o mau-estar da privação. A prática mostra que muitas pessoas sentem este impulso como uma imposição, uma obrigação, e não uma opção. Podemos supor que o facto da dimensão de sujeito estar fora da definição de farmacod dependência tem uma certa relação com este traço, já que algumas pessoas, frente à droga, tendem a perder a sua condição de sujeito.

A dependência física e a dependência psíquica parecem difíceis de separar claramente, e foram por isso, posteriormente englobadas num só termo: a *farmacod dependência*. Esta é definida como o conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos de intensidade variável, nos quais a utilização de uma ou várias substâncias psicoactivas se torna fortemente prioritária. As características essenciais são o desejo obsessivo de obter e tomar a substância em causa e a sua procura permanente. Os factores determinantes da farmacod dependência e os problemas que dela decorrem podem ser biológicos, psicológicos e sociais, e envolvem habitualmente uma interacção.

Por mais interessante que seja, nomeadamente para constituir uma linguagem internacional comum e para harmonizar os critérios de pesquisa ou de interpretação clínica, este trabalho da comissão de especialistas da OMS nunca teve contudo uma verdadeira influência sobre os conceptualistas das convenções internacionais contra os estupefacientes.

Concordamos com Jean-Pierre Jacques (1999) que ao referir-se à palavra toxicómano afirma que é preciso esclarecer este termo desastroso, grosseiro e inadequado. Diz este autor que sempre que o leitor o encontre no “texto” deverá, obrigatoriamente, pô-lo entre aspas, e substituí-lo por uma perífrase tal como o que se designa e se resume, por isso mesmo, abusivamente neste vocábulo, que o petrifica numa identificação que se torna completamente tóxica.

Que parte de responsabilidade tem o sujeito que consome drogas ou que se torna dependente delas? Falta do sujeito fruto das circunstâncias sociais ou resultantes de psicopatologias individuais ou familiares, que isentam, no todo ou em partes, o sujeito portador do sintoma da sua responsabilidade?

O abuso de drogas é um termo com implicações claramente sociais, legais e políticas, fortemente depreciativo, onde se induzem não apenas conotações, mas um julgamento explícito. No nosso entender, as pessoas que são apontadas com este rótulo são, do ponto de vista clínico, psiquiátrico/médico e psicológico “pacientes” que sofrem - não pelo facto da sociedade proclamar o sintoma (drogado) - mas porque usam drogas por problemas psíquicos. Dito de outra forma, poderíamos dizer que, são sujeitos que sabem muito bem o que fazem, mas mesmo assim continuam a fazê-lo. Para nós, o “abuso de drogas” tem um significado psicológico - apesar do ódio encapussado e do tóxico significado sociolegal. Todas as definições, que não as clínicas, têm tendência a colocar tudo dentro do mesmo saco, fazendo na maior parte das vezes tábua rasa das avaliações psicológicas. Existem muitas diferenças, do ponto de vista clínico, entre o uso experimental, o uso social e recreativo, o uso circunstancial e situacional, o uso intensivo e o uso compulsivo.

A complexidade causal desvia-nos da crença que faz toda a causalidade da compulsão do heroinómano residir num efeito estático do produto. Esta causalidade é infinitamente complexa: da lógica do mercado à dualização da sociedade, passa pelos discursos que, encarregados de a “reprimir”, a produzem.

Para Jesus Santiago (2001) a investigação clínica do fenómeno da toxicomania à luz da psicanálise é marcada pelos mais diversos obstáculos e dificuldades conceptuais. Enfrentar os aspectos determinantes dessas dificuldades exige, primeiramente, que se questione a acessibilidade do saber analítico ao fenómeno toxicomaniaco. A “toxicomania” representa de facto um tema muito sensível como termómetro do uso dogmático que pode ser feito dos conhecimentos psicanalíticos, que sofrem uma instrumentalização e uma psychologização secundária quando são directamente aplicados a comportamentos (Poulichet).

Se se tomar o uso de drogas como referência essencial, o axioma de Santiago (2001) recai sobre a insuficiência da toxicomania como categoria clínica para a psicanálise. Em outras palavras, a toxicomania em si mesma não constitui um conceito do campo freudiano. A toxicomania encontra as suas origens na psiquiatria, mais especificamente, na discussão sobre a mania aplicada à problemática dos distúrbios dos actos impulsivos. As noções importantes de delírio, alucinação e obsessão já contêm, os germes da controvérsia actual em torno da toxicomania. Na realidade, para Santiago, a polémica quanto à relação entre o jurídico e o patológico atingiu tais proporções que as próprias condições de produção da categoria de toxicomania na psiquiatria se tornaram quase apagadas.

Para este autor, a origem da toxicomania na discussão do conceito de mania demonstra, a dificuldade que a disciplina psiquiátrica encontra para organizar esses elementos clínicos numa classificação nosológica mais rigorosa. Detectar uma sensibilidade aos tóxicos, que muitas vezes, encobre um verdadeiro distúrbio do acto impulsivo, revela-se insuficiente para a definição rigorosa de uma entidade clínica. Em resumo, essa dificuldade inicial prenunciou os impasses actuais da psicanálise para enquadrar os fenómenos de ordem clínica da toxicomania nas estruturas clínicas propriamente ditas.

As primeiras formulações do saber psiquiátrico em relação à droga e à toxicomania estão impregnadas de uma orientação epistémica, essencialmente genética e analógica. As de Freud, ao contrário, são fundamentalmente conduzidas pela racionalidade oriunda do discurso da ciência e, por isso, encontram no seu caminho obstáculos que, como se verá, serão decisivos para a continuação do seu trabalho.

Nesta linha Freda (1997) afirma que a toxicomania não é um sintoma freudiano, isto é, não é produto do retorno simbólico do recaiado, e portanto parece ser “uma prática que não produz saber”. No entanto, a falsa totalidade do organismo foi revelada desde que Freud demonstrou a estrutura significativa do sintoma, e é de acordo com esta posição que tentaremos interpretar este fenómeno.

O toxicómano mantém-se agarrado a uma novidade, construída em sua própria existência, e que subverte o terreno pulsional na medida em que o desliga do

passado, da linguagem, da demanda de amor e do Outro, acreditando, desta forma, solitariamente, que a satisfação a ele foi revelada.

A toxicomania talvez seja uma condição única, na qual um Real é construído a partir do Imaginário constituindo não uma fantasia, mas uma fantasmagoria que tende a abolir a linguagem, enquanto índice de um laço social. É um discurso que constitui um não-discurso, uma fala vazia que supõe o saber sobre o gozo.

SENTIDO E SENTIDOS DO PROBLEMA DA TOXICOMANIA

A droga, ao passar deste modo a ser um problema de todos, transforma-se, num problema de ninguém. Quanto ao toxicodependente, passa também ele a ser um retrato-robot, ou seja, coisa nenhuma.

Carlos Amaral Dias

Décio Gurfinkel a propósito das diferenças que se encontram na relação com a droga formula a seguinte questão: como dar conta da diversidade de usos sem negar as enormes diferenças que existem, entre os sujeitos toxicómanos, reconhecendo por um lado um uso que é o exercício da liberdade na busca do prazer e, por outro, situações-limite onde o que se perde é justamente a liberdade de escolha?

Em nosso entender a abordagem da questão da toxicomania só se pode dar a partir de uma atitude de aproximação da experiência do sujeito com a droga. Esta é, também, uma condição para o estudo de qualquer problemática clínica.

O que é que ocorre com o sujeito que “não consegue parar”, que se sente enganado pelo objecto onde procurou prazer e pelo qual agora se sente escravizado? O poder de escravização está no sujeito, no objecto, ou nalgum “espaço intermediário” entre os dois? O que na realidade acontece é que se fosse apenas o poder mágico da droga o responsável por isto ela provocaria em todos igualmente a escravidão, o que não é uma verdade absoluta. Existe então uma diferença qualitativa entre aquele que usa e o dependente? Qual será essa diferença? Estas perguntas levam-nos a desenvolver o problema da dependência inerente à condição humana.

A dependência é a realidade primeira do ser humano, desde o nascimento e mesmo antes. De facto, não se pode contestar que, como escreve Descombey (1995): “É inegável que toda a gente é dependente, de uma forma variável, relativamente a um ou diferentes objectos, dinamicamente”. É uma característica de tudo aquilo que vive, poderíamos dizer, mas cuja especificidade no homem se liga precisamente à

sua dinâmica, isto é, a dialéctica entre donde procedemos e quem nos determina (a heteronomia) e o que escolhemos adoptar ou depender e que nos diferencia (a autonomia). Estamos na presença de um espaço onde pode nascer a consciência do que nos aliena, dos nossos ganhos ou dos nossos fracassos na busca de liberdade. Uma zona entre a condição original de dependência e o fantasma de independência que dá lugar à criatividade de uma multiplicidade de interdependências.

De facto, tudo começa na dependência: “na origem, o Eu inclui tudo”, dizia Freud, um Eu “anobjectal” (Spitz), um “Eu-Tudo” (Mendel, 1979) cuja satisfação das necessidades elementares se prende unicamente com o desejo de a mãe lhes responder. Desta interacção primária nascerá, pouco a pouco, um Eu objectal e a consciência de si próprio.

Mas no homem esta dependência primária duplica-se numa dissociação original: se, no nascimento, beneficia de um elevado grau de desenvolvimento neurosensorial, em contrapartida é afectado por uma imaturidade motora, um atraso do desenvolvimento locomotor que demorará longos meses a desvanecer-se. Há nesta dissociação constitutiva uma especificidade do descendente humano em comparação com todas as outras espécies animais; uma especificidade cujas consequências serão tão maciças como inapagáveis (Morel *et al.*, 1977).

“A imaturidade do nosso aparecimento assinala, para começar, a inversão (entenda-se identificação) possível do nascimento em morte, da morte em nascimento (...). Esta imaturidade significa que o nosso destino original e fatal é a dependência, até mesmo o parasitismo. Qualquer autonomia posterior é conquistada contra eles, e também, de alguma forma, contra si mesmo, uma vez que qualquer separação ou cisão terá, desde então, resíduos de desamparo e de abandono, de repetição do traumatismo do nascimento, contra a qual o Seif se insurge. Esta imaturidade é, além disso, responsável por o recém-nascido se encontrar embarcado e lançado na sua existência sem que, e antes de, este poder provar-se como uma unidade delimitada e articulada (...). A vida do recém-nascido fica prisioneira do pedido ávido e piedoso, que não se transcende a si próprio (...). Ou ele não descobre o objecto adequado (à sua necessidade) - o que significa, na situação visada, que não o recebe - e morre disso; ou o objecto adequado é-lhe dado e ele deixa de estar em estado de necessidade (...). É a renúncia ao tudo que rompe o círculo infernal do

pedido e da sua decepção para elevar este pedido ao nível do desejo”(A. De Waelhens).

A palavra *Hilflosigkeit*, é um termo da linguagem comum que na teoria freudiana assume um sentido específico: estado do lactente que, dependendo inteiramente de outrem para a satisfação das suas necessidades (sede, fome), revela-se impotente para realizar a acção específica adequada para pôr fim à tensão interna.

Para o adulto, o estado de desamparo é o protótipo da situação traumática geradora de angústia. A ideia de um estado de desamparo inicial está na base de diversas ordens de considerações. No plano genético, é a partir dela que podem compreender-se o valor princeps da vivência de satisfação, a sua reprodução alucinatória e a diferenciação entre processo primário e secundário. O estado de desamparo, correlativo da total dependência da criança humana relativamente à mãe, implica a onnipotência desta. Influencia assim de forma decisiva a estruturação do psiquismo, votado a constituir-se inteiramente na relação com outrem.

No quadro de uma teoria da angústia, o estado de desamparo torna-se o protótipo da situação traumática. É assim que em *Inibição, Sintoma e Angústia* Freud reconhece aos “perigos internos” uma característica comum: perda ou separação que acarreta um aumento progressivo da tensão, ao ponto de, num caso extremo, o indivíduo se ver incapaz de dominar as excitações sendo submergido por elas - o que define o estado gerador do sentimento de desamparo.

Note-se, que Freud liga explicitamente o estado de desamparo à prematuração do ser humano: a sua “existência intra-uterina parece relativamente abreviada em comparação com a da maioria dos animais; ele está menos acabado do que estes quando vem ao mundo. Por este facto, a influência do mundo exterior é reforçada, a diferenciação precoce entre o eu e o id é necessária, a importância dos perigos do mundo exterior é exagerada e o objecto, que é o único que pode proteger contra estes perigos e substituir a vida intra-uterina, vê o seu valor enormemente aumentado. Este factor biológico estabelece pois as primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado, que nunca mais abandonará o homem”.

Como refere Amaral Dias, a condição de estar vivo é a condição de estar à mercê do objecto. O estado de dependência é portanto a matriz em que se vai iniciar e memorizar a experiência da necessidade e do prazer, uma matriz em que a angústia vai encontrar significações, apaziguamentos, representações imaginárias e mecanismos de defesa, para diferir o estado de frustração e para produzir a satisfação.

A interiorização da ausência temporária da mãe é correntemente considerada como fundadora da passagem da necessidade ao desejo: “É a falta que, ao introduzir a dimensão temporal de espera, constituirá o desejo” (Descombey, 1995).

Este acesso ao desejo, de acordo com Morel *et al.*, ao mesmo tempo que à relação objectal (isto é, a relação com outro sujeito capaz de amor) é assim condicionada pela qualidade das satisfações e das separações que ele pode encontrar nas trocas com o objecto. No caso contrário, este ter-se-à tornado “o Grande Frustrador” ou “o Que Não Pode Faltar”. Quer ele tente escapar à sua perda pela regressão no êxtase paradisíaco de um mundo fantasmático cuja nostalgia se tornará um pilar da sua vida psíquica, quer vote a este objecto todo-poderoso uma agressividade dificilmente controlável que recairá com toda a sua violência (sobre o outro e sobre si próprio) na adolescência.

Amaral Dias manifesta uma perspectiva diferente sobre esta questão. Diz este autor, influenciado pelo pensamento de Bion, que é da união entre uma expectativa e um encontro que nasce uma concepção. No entanto, o ser humano não fica contente com isso. É o não-objecto que fundamenta esta relação e o que nos salva é pensar. Mas pensar o quê? Pensar no lugar que não está lá, não é pensar a necessidade do objecto, é pensar em cima de um não-objecto e é isto que nos salva da dependência e do desamparo originário. A relação com a coisa está radicalmente perdida e o símbolo é um sacrifício do objecto.

A adolescência é, de alguma forma, o instante da verdade em que voltam à cena os encontros falhados da infância, as dependências sem saída, os traumatismos não ultrapassados, as ausências malogradas. A experiência primária fundadora, que vai codificar ou, para utilizar um verbo familiar aos utilizadores de microinformática,

formatar o conjunto de uma história, é a experiência da passagem, a experiência do acompanhamento da dependência à separação. Esta dialéctica de apego e de ruptura está presente durante toda a vida: da relação com a mãe ao desgosto de amor, da escola ao trabalho, da rua à experiência de encarceramento, da infância à morte... As relações com os outros, com os objectos ou com comportamentos sociais encerram inúmeras vivências que reenviam à experiência matricial e, eventualmente, voltam a dar o gosto de aí encontrar as sensações enterradas, as satisfações regressivas. Ou, pelo menos, os seus substitutos, isto é, todos esses “objectos de abastecimento” (Memmi, 1979), todas essas coisas que podem satisfazer uma necessidade e evitar a confrontação com o desejo e o pensamento: “a droga”, evidentemente, mas também o jogo, a compulsão ao trabalho, ao dinheiro, ao consumo, etc. Todos esses provedores de prazeres instantâneos são em si desnudados de afectos e considerados como estando ali apenas para preencher os mínimos vazios, as mínimas faltas (Morel *et al.*).

A partir da bitola da grande dependência original, estas experiências de prazer substitutivas são o destino da existência do homem, individual e colectivamente. E, com o risco de chocar a moral higienista moderna, como Morel *et al.*, somos dos que pensam que estas experiências do prazer instantâneo são indispensáveis às nossas vidas.

Uma revisão sumária de alguns autores contemporâneos que se debruçaram sobre o tema da dependência, dá-nos algumas pistas interessantes para avaliar a complexidade do conceito. Assim, enquanto que com Bowlby, o termo é conotado de forma depreciativa e por isso substituído pela expressão *attachment behavior*, com Madden, assume o significado de doença, servindo para designar a figura de jogo patológico e a de bulimia. Outros autores atribuem-lhe o significado de suporte e protecção (Russell). A dependência de criança em relação à figura materna é entendida em termos interactivos como via para a relação simbiótica, sendo o processo de separação/individuação (Malher) uma forma de gerir a dependência necessária para manter com a mãe os elos afectivos indispensáveis.

Bem diferente é a perspectiva oriental do conceito de dependência (Doi). O termo japonês *amae*, que lhe serve de significante, implica a ideia de doçura na relação interpessoal. A forma verbal *amaeru* significa depender e pressupõe benevolência da parte do outro, no intuito de receber ajuda e ser amado. O mesmo autor refere que no Ocidente se dá pouca atenção à necessidade de dependência da criança em relação à mãe e afirma que essa necessidade de dependência, durante o primeiro ano de vida, se configura como relação de objecto e desempenha um papel fundamental no processo de formação da personalidade e da socialização.

Não é por acaso que Freud situava os estupefacientes num lugar tão bom entre “os demolidores de preocupações” dos quais o homem tem necessidade. Em que medida as drogas são provedoras de satisfação? Quais são os sofrimentos que elas permitem suportar? Como é que a compulsão esgota os prazeres?

“O sofrimento, escrevia Freud em *Mau estar na civilização* (1930), ameaça-nos por três lados: no nosso corpo que, destinado à decadência e à dissolução, não pode realmente passar sem esses sinais de alarme que são a dor e a angústia; do lado do mundo exterior, que dispõe de forças invencíveis e inexoráveis de se levantar contra nós e de nos aniquilar; finalmente, a terceira ameaça provém das nossas relações com os outros seres humanos. O sofrimento resultante desta fonte é-nos talvez mais penoso do que qualquer outro”.

Estas três ordens de origens dos nossos sofrimentos (que mantêm ligações estreitas entre si) são os três tipos de co-factores que Morel *et al.* (1977) encontram na origem das toxicodependências modernas. Porque as drogas têm a propriedade, real ou ideal, de dar resposta a todas as espécies de angústias e de necessidades. Aqui residem, segundo os autores, as suas características principais: a intensidade que se prende à ubiquidade e à instantaneidade de acção.

A intensidade dos efeitos das substâncias psicoactivas é apenas uma característica quantitativa do prazer que elas proporcionam, mas repousa também nos seus aspectos qualitativos. É o que estes autores chamam a sua ubiquidade de acção pois, ao intervir na génese dos afectos e das emoções internas ligadas aos contactos sociais, satisfazem simultaneamente diversos registos de necessidade: o da excitação

psicocorporal e da descarga sensorial; o do afastamento de uma parte da realidade (o Outro, o tempo, o espaço) que obstaculiza o prazer e a independência; o da anestesia de um sofrimento interno que vem ensombrar a existência e também o do risco e da transposição de fronteiras, ao fazer desaparecer os receios de explorar um outro estado de consciência.

Esta ubiquidade e esta rapidez de acção são as condições da intensidade própria do flash e do prazer frequentemente descrito como sem igual. Visto que ele é fornecido por um objecto inerte, inteiramente passivo, incapaz de amor ou ódio, totalmente desinteressado, unicamente destinado a responder a uma experiência unilateral, e que não é senão o receptáculo perfeitamente neutro e complacente das projecções fantasmáticas do utilizador (a droga Amante Ideal, deusa ou demónio...). Objecto inerte, a droga não é susceptível de agir e querer a separação e a ruptura. Estas só podem ser decididas e realizadas pelo sujeito-consumidor, só por ele e mais ninguém. O que conduz, muitas vezes, a fantasiar activamente o produto como um diabo que o persegue e com o qual, hora após hora, durante anos, ele vai lutar ou ao qual se vai entregar.

Eis-nos chegados ao coração da dependência. Se bem que ela seja um estado de necessidade, no fundo, é apenas um deslocamento e uma condensação paroxística de um estado primitivo de necessidade e uma escamoteação da falta. É nisto que a toxicoddependência é uma experiência total que encerra um modo completo de ser. Evidentemente, quando se experimentou e descobriu por si próprio que, graças a uma droga, se pode encontrar resposta para uma vasta gama de necessidades, que se pode afastar, sem esforço, angústia e mau-estar e que se pode até criar sensações agradáveis impensadas, há geralmente tendência para se entregar a ela. E isto é tanto mais assim quanto menos alternativas de resultados comparáveis forem oferecidas ou pareçam inatingíveis pelo indivíduo no seu meio ambiente. De indivíduo para indivíduo, de contexto para contexto e de um momento da vida para outro, não somos sempre iguais perante este risco de entrega (Morel *et al.*, 1977).

Entregar-se à “droga” quer dizer instituir a modificação dos afectos, das percepções e da consciência como modo de relação com o mundo. Joyce McDougall (1987)

afirma que, a adicção “só se torna um problema no caso em que é quase a única solução que o indivíduo dispõe para suportar ou fazer desaparecer a dor”. Isto significa então que outras formas de interações psicossociais não são ou já não são capazes de regular as tensões e o sofrimento.

Paradoxalmente, como afirma Sylvie Wieviorka (1995), por detrás da dependência de uma substância, por mais manifesta e mais enraizada que ela esteja, há uma crença e uma aspiração à independência absoluta: independência em relação ao outro e independência também em relação às solicitações do mundo. Se nos referimos de novo às definições do dicionário, entre o dependente, que é “aquele que depende de um todo”, e o independente, que é “um lugar a que se acede sem passar pelo outro”, não há forçosamente contradição uma vez que, se se está num todo, não se tem nenhuma necessidade de passar pelo Outro.

De certa forma, o indivíduo que se abandona a “um casamento feliz com a droga” (Freda, 1989) quer dar o salto da dependência para a independência ao fazer a economia do conflito, da perda e do encontro incerto com o desejo do Outro. Mas, ao fazer isso, proíbe-se de entrar verdadeiramente em relação, isola-se, impede o movimento e a mudança. Paralisa-se numa história que se transforma numa não história.

É neste desarranjo, neste curto-circuito da dialéctica do Self ao Outro e na necessidade de desejo que se funda a toxicoddependência. Ela não chega portanto por acaso e, mais uma vez paradoxalmente, resguarda momentaneamente o sujeito das angústias que podem ameaçar o seu sentimento permanente de existir e mesmo a sua identidade. Mas este sistema autocentrado é devorador de si próprio, enlouquece, bloqueia e esvazia. A tolerância acelera a necessidade de reproduzir o acto para manter um aparente equilíbrio. A compulsão de repetição do acto de consumo torna-se consubstancial a esta manutenção, cada vez mais ameaçada pela privação. A aparente autodestruição praticada através das toxicomanias é assim entendida como uma forma de automedicação, ou mesmo uma tentativa de autoconservação paradoxal (Poulichet).

As classificações do DSM ou do ICD estabelecem critérios operacionais de dependência. Assim, a dependência física compreende: tolerância, desmame e intoxicação ao passo que a dependência psicológica corresponde ao desejo imperioso de consumir (craving). Estas classificações não constituem, no entanto, um modelo geral nem específico das toxicodependências.

A tentativa de formular um modelo explicativo e coerente para o fenómeno tem esbarrado com a irreduzibilidade da toxicodependência às estruturas clássicas da psicopatologia. Uma via possível para contornar a dificuldade é seguramente a de proceder à leitura do material clínico e interpretá-lo segundo raciocínios analógicos. Assim, a perspectiva psicodinâmica, que concebe a dependência como um processo global, analisa a dependência psicológica à luz de 4 elementos:

Primeiro, um desejo imperioso de consumir (craving) - define-se como um desejo irreprimível de consumir uma droga ou de sentir os seus efeitos tóxicos. É considerado o factor central da dependência: não é o simples consumo de um produto que está em causa mas a existência de uma necessidade ou pressão interior que inevitavelmente força o indivíduo a procurar a droga e a consumi-la. Segundo alguns autores (Glover, 1932; Rado, 1933), as ânsias (craving) exprimem uma forma de regressão e fixação na fase oral do desenvolvimento da personalidade. O seu carácter de urgência "aqui, agora e já" tem o cariz de uma necessidade incontornável que evoca o desespero do bebé esfomeado que berra para ser amamentado. O seu estado de carência alimentar traduz-se por excitações internas e um estado de angústia intenso (Freud, 1926). A absorção da substância, ao mesmo tempo que cumpre a função de tóxico (sedativo ou excitante) proporciona prazer, verdadeira satisfação auto-erótica, substitutiva de uma actividade sexual inevitável. Este auto-erotismo desperdiçado por não poder ser elaborado a favor do narcisismo pode contribuir para acentuar as perturbações do desenvolvimento edipiano. A relação com o produto é semelhante à relação anaclítica (Freud, 1905) que permite às pulsões da libido apoiar-se nas pulsões de auto-conservação para obter, em simultâneo, satisfação fisiológica e bonificações de prazer.

As ânsias adictivas são diferentes do desejo normal; configuram uma necessidade com as seguintes características: (a) intensidade exacerbada, (b) reacção anormal face à frustração da necessidade e (c) rigidez e incapacidade para modificar essa necessidade.

Segundo, a compulsividade - a dependência psicológica evoca a sensação de obrigatoriedade, de inevitabilidade, algo que complementa a ânsia adictiva. A estratégia para conseguir a droga pressupõe a remoção de todos os obstáculos, mesmo que seja necessário recorrer a expedientes ilícitos, o que é facilitado quando o super-eu apresenta graves defeitos de estruturação.

A dependência psicológica seria, assim, o reflexo psíquico de uma dependência biológica produzida pelas propriedades de uma substância. Será a privação que vai desencadear o sentimento de dependência, sentimento esse, marcado pela necessidade compulsiva de obter o produto.

Terceiro, um sentido activo da dependência - o termo dependência não tem obrigatoriamente um sentido negativo: “estar agarrado” implica uma certa mobilização de energias em direcção a um produto que sem perder a sua qualidade psicoactiva (química) é simultaneamente visto como um “objecto” representado internamente no psiquismo do consumidor. A dependência psicológica mantém uma relação com aquilo que o tóxico fez conhecer aquando dos primeiros efeitos, i. e., a “lua de mel” (Olievenstein, 1987). A clínica das toxicodependências faz com frequência a demonstração desta presença “mítica” do produto: X regressa à cidade depois de ter feito uma “cura”, numa comunidade terapêutica, em regime de estadia prolongada, algures, longe do fascínio do “meio”. À medida que se aproxima da cidade vai crescendo dentro dele, no seu imaginário, um desejo imperioso (craving) de ir arranjar droga, desejo esse que muitas vezes se torna o motor da recaída.

A dependência é feita de memórias em acção: cumpre uma função de recarga e de substituição. É um instrumento activo que esgota a pouco e pouco os seus benefícios. O que se lhe segue é um estado de sofrimento psicológico. O toxicodependente tenta sair desse sofrimento tratando-o como dor física e, como tal, anestesiando-o por meio do tóxico (Ribeiro, 1995).

A dependência exige a experiência de uma ausência. A necessidade do produto equivale a essa incapacidade de suportar a ausência da substância idealizada cruzada com o sentimento de onipotência dessa mesma substância (farmakon).

Quarto, a automedicação, uma das funções da toxicodependência - a dependência tem uma relação directa com o poder da substância para reduzir certos fenómenos desagradáveis ou impedir a emergência de reacções psicóticas. Consumir drogas permite não só reduzir o sofrimento mas também repor um estado anterior mais suportável.

O consumo de drogas modifica a própria percepção do corpo, transformando-o para se proteger contra o que poderia ser sentido como dor psíquica. Trata-se de um sofrimento difícil de verbalizar, que cresce na medida em que o toxicodependente se aparta do seu objecto de dependência. Quando a dependência se torna insuportável pode acontecer que o próprio corpo se disponibilize para romper o processo de dependência. Muitas sobredoses e muitos comportamentos suicidários nos toxicodependentes são comportamentos de risco que parecem desempenhar esta função de ruptura (Charles Nicolas, 1985).

A dependência psíquica corresponde, pois, mais a um estado mental em que a representação da droga subsiste como recordação e evocação de algo que foi vivenciado simultaneamente como prazer e desprazer. O heroínmano que em determinado momento da sua vida conseguiu largar a heroína e consolidar o processo de cura guardará para sempre no arsenal do seu imaginário a memória de algo que foi a um tempo fonte de êxtase e de terror. Jamais esta relação com a heroína se apagará porque foi a heroína que modificou radicalmente a sua visão do mundo. De acordo com Ribeiro (1995), o estado de dependência é comparável ao estado amoroso, levado ao extremo, isto é, a paixão mais absoluta e exclusiva, a loucura, o louco amor.

Retomemos as nossas questões iniciais: o que é que caracteriza esta dependência que “faz” a toxicodependência? E esta noção de dependência é mesmo a melhor para definir a toxicodependência?

Contrariamente a uma ideia bem difundida, se há um denominador comum entre as pessoas que injectam heroína, as que tomam cocaína, os fumadores de crack, os que ingerem ecstasy ou os consumidores de shit, este não é, exactamente, a dependência. É dificilmente refutável que em matéria de dependência - na sua vertente física, pelo menos - há drogas duras e drogas leves. Sabe-se também que existem utilizações duras (com risco de toxicodependência) e outras que o são menos ou não o são nada. Se parece que existe uma sensibilização biológica – ou será a coisa psicossomática? - para todas as drogas e de forma cruzada entre drogas, ela não envolve contudo todos os indivíduos consumidores numa mesma relação tirânica com o produto. É cada vez mais correntemente admitido que os produtos que supostamente induzem uma dependência forte, como os opiáceos, fazem-no não somente em função de uma predisposição do indivíduo que os consome, mas também em função das circunstâncias da toma: nem todos os pacientes tratados com antálgicos morfínicos se tornaram dependentes ao sair da sala de operações. Ao contrário, a cannabis, considerada sem risco no plano de uma dependência física, pode tornar-se para alguns utilizadores um objecto necessário ao seu funcionamento quotidiano, à sua sensação de bem-estar e de normalidade.

A dependência, por não ser clinicamente determinada com exactidão, surge como uma noção em que cabe tudo e que apenas serve, uma vez mais, para designar os comportamentos socialmente reprovados, desviantes e vagamente susceptíveis de medicalização. Logo, ela não nos pode satisfazer.

Para tentar definir, tão precisamente quanto possível, o que está em jogo na toxicodependência e quem pode ser objecto de um pedido de intervenção terapêutica, a primeira coisa a fazer é reconhecer a existência de diferentes modelos de consumo: um grande número destes usos, se comportam riscos, não constituem nem um ataque contra si mesmo, nem uma metamorfose da pulsão de morte, nem mesmo uma engrenagem que conduzirá à escravatura.

Esta distinção, por vezes enunciada sob a forma de “uso ocasional de drogas não é toxicodependência”, apesar de evidente, ainda não é admitida por todos e tem dificuldade em passar claramente para a opinião pública. É preciso dizer que o

encarniçamento sobre os dogmas fundadores da proibição contribuem grandemente para impedir a aceitação desta realidade. Este é o adágio destes dogmas: se as drogas são interditas em qualquer forma de utilização é porque são forçosa e intrinsecamente perigosas.

A crença segundo a qual só há um modo de consumo problemático de drogas prende-se também com o modelo paradigmático nas representações dos especialistas, incluindo os clínicos: o da heroinodependência.

A dependência - construída pelo modelo linear e biológico da intoxicação por opiáceos - não pode assim representar o modelo de referência para apreender todas as toxicodependências.

A característica comum dos produtos utilizados como psicomodificadores, seja qual for a razão deste consumo, é que eles modificam as emoções, os afectos, as percepções, o humor, numa palavra, o estado de consciência.

O que é aqui determinante é que este efeito psicoquímico se inscreve inteiramente num conjunto de dados internos e externos. E, como consequência, ao efeito psicotrópico propriamente dito junta-se uma experiência, isto é, conteúdos afectivos, perceptivos, sociais e ambientais que vão ser memorizados e ganhar um sentido pessoal.

Em certas condições, que só em parte se prendem com o próprio produto, mas também e sobretudo com o contexto do primeiro encontro e da utilização repetida, num quadro social e médico-legal que lhe imprime um valor social, existem igualmente benefícios, como as satisfações que esta experiência traz às dificuldades de identidade, nas relações afectivas e sexuais e nas tensões internas preexistentes. Os indivíduos vão centrar a sua existência, mais ou menos duravelmente, sobre a transformação da sua relação com o mundo ligada à toma do produto.

Desta forma, vão também subordinar a sua procura de equilíbrio psicossocial ao consumo do produto. O que é visado não é simplesmente uma modificação de si, nem uma desrealização, mas também uma transformação dos outros e do mundo.

Tomar drogas não consiste em sofrer os efeitos de um produto psicotrópico, mas sim em agir sobre a relação que liga o indivíduo ao mundo pelo desvio de um manejo das

suas próprias percepções. Trata-se portanto de um passo activo e não de uma intoxicação passiva como no animal de laboratório. Mais do que simplesmente gerar a sua dependência, o toxicodependente transforma-se no alquimista das suas sensações a fim de renovar, acomodar e manipular a percepção do meio no qual evolui, prefigurando assim as patologias do futuro que nos prometem os mundos virtuais (Morel *et al.*, 1977).

Porém, o problema não é a dependência de uma droga, consequência secundária de certos produtos, mas a dificuldade, até mesmo a impossibilidade, de encontrar uma relação com o mundo com referências comuns, único quadro para um possível vínculo.

Eis porque, Morel *et al.* (1977), concebem a toxicodependência não como simples dependência de uma droga, mas como uma dependência de uma experiência que se instaura em relação ao mundo. É isto que designam sobre o termo contração. Esta noção, muito mais próxima das múltiplas realidades clínicas que o modelo protótipo da heroína-farmacodependência, permite ainda escapar a categorizações normativas como a que considera como uma cura da toxicodependência o simples facto de se deixar de consumir substâncias ilícitas; e de escapar a categorizações quantitativas como a que define a adicção sexual a partir do número de vinte e um orgasmos por semana (Tomkiewicz, 1996)! Ela permite, enfim, compreender porque é que o vínculo ao produto se sela de forma tão vital para os indivíduos nos quais o efeito psicotrópico se inscreve precocemente como um determinante de identidade e de existência, que alivia feridas afectivas traumáticas e que torna a interacção com o mundo um pouco mais suportável, porém, sem saída.

Ao longo do nosso trabalho clínico, com estes pacientes, adquirimos a convicção determinada de que existem fortes sinais psicopatológicos nas pessoas que consomem drogas, ou seja, a causalidade psicológica é de crucial importância para o desencadear do estilo de vida do toxicómano. Ao mesmo tempo constatamos também que dissimuladamente existe uma grande resistência a esta visão do fenómeno. Para além de outros intervenientes da ordem social, os médicos desvalorizam, muitos psiquiatras duvidam e mesmo alguns psicanalistas acham que se exagera o peso dado

ao papel dos problemas intrapsíquicos e familiares, nestes pacientes, quando comparados com os problemas biológicos, sociais, culturais e até políticos. Os próprios pacientes frequentemente colocam os seus problemas fora deles próprios embarcando, também, no grande equívoco discursivo.

Um dos aspectos que pode contribuir para esta grande negação é o facto que circula por muitos territórios e que bebe da ideia anti-psicológica a vários níveis e que tem como fundamento, um prejuízo em olhar para o mundo interno, muitas vezes tão forte que lhe poderíamos chamar de *psicofobia* (Wurmser). Esta postura reflecte um profundo receio em considerar seriamente os factores emocionais, o que tem como consequência a negação da importância dos conflitos emocionais.

PERSPECTIVA PSICANALÍTICA HISTÓRICA DA TOXICOMANIA

É antes do ópio que a minh'alma é doente.
Sentir a vida convalesce e estiola
E eu vou buscar ao ópio que consola
Um Oriente ao oriente do Oriente.

Fernando Pessoa

As primeiras formulações teóricas sobre a toxicomania situam-se no campo da psicanálise e remontam aos finais do século XIX.

Freud considerou as toxicomanias e o alcoolismo como sucedâneos da masturbação, que, para ele, constituía o “hábito primário”. Fazendo referência específica ao álcool, Freud afirma, no seu estudo *O acto falhado e sua relação com o inconsciente* (1905), que, sob a influência do álcool, “o homem adulto passa a comportar-se cada vez mais como uma criança que encontra prazer tendo à sua disposição, livremente, o curso dos seus pensamentos, sem submeter-se à compulsão da lógica”. Na medida em que relaciona as diferentes formas de toxicodependências com a satisfação de necessidades infantis primárias, Freud adiantou que as origens da toxicomania devem ser procuradas na fase oral do desenvolvimento. A partir de uma perspectiva rigorosamente freudiana, a toxicodependência pode ser interpretada em termos de fixação oral. A grande contribuição de Freud neste campo relaciona-se com a teoria da dinâmica da oralidade, salientando ainda aspectos fundamentais, como a intolerância à espera na satisfação do desejo, a importância da fixação e da regressão. Freud, alertou-nos para o fenómeno da dependência inerente ao consumo de álcool, morfina, tabaco e cocaína ou à prática de outros comportamentos como o jogo. Ao longo da sua obra, vários são os artigos onde se anotam elementos pertinentes para uma teoria da dependência. A primeira referência tem a data de 11 de Janeiro de 1897. Numa carta a Fliess, afirma que a dipsomania tem funções supletivas, relativamente à pulsão sexual. É aliás nessa mesma carta que Freud admite que o

jogo poderia assumir características de comportamento adictivo sem droga, expressão feliz que mais tarde, Fenichel irá retomar para caracterizar a bulimia (Fenichel, 1945).

Em carta a Fliess de 22 de Dezembro de 1897, Freud escreveu:

“Tem-me ocorrido que a masturbação é o primeiro e único dos grandes hábitos, a ”protomania”, e que todas as demais adicções, como a do álcool, da morfina, do tabaco, etc., só aparecem na vida como substitutos e deslocamentos daquela. A importância que esta adicção tem na histeria é realmente prodigiosa, e talvez se origine aqui - em parte ou totalmente - o meu magno obstáculo, ainda desconhecido. Ao dizer isto surge naturalmente a dúvida de se tal adicção é curável ou se a análise e a terapia devem deter-se aqui, conformando-se com converter a histeria numa neurastenia”.

São raros os momentos em que Freud menciona a toxicomania, sempre em comentários de passagem, sem desenvolver o tema, nesta carta, ele relaciona este “vício” - assim como todas as outras adicções - com a masturbação, ou seja, com o auto-erotismo. Podemos ver no auto-erotismo já presente a questão do narcisismo que irá posteriormente surgir, este trecho da carta fica surpreendente: o “magno obstáculo” - ainda desconhecido - não pode ser interpretado como uma intuição de Freud sobre a problemática do narcisismo? Em ambos os casos - no “vício” e na retracção narcísica - está em jogo a questão da analisabilidade. Será que o “vício primário” - a masturbação como actividade sexual auto-erótica, mas que também expressa um investimento narcísico irredutível - pode ser curado?

No mesmo ano, Freud retoma o tema da masturbação e sustenta que esse hábito tem algo de necessidade primitiva, do mesmo modo que, apetites como a necessidade de álcool, de morfina ou de tabaco são produtos de substituição em relação há masturbação. Um ano depois, em *A sexualidade na etiologia das neuroses*, escreverá:

O sucesso do tratamento será apenas aparente, enquanto o médico se contentar com o desmame físico dos seus doentes, sem se preocupar com a fonte de onde emana a necessidade imperativa da droga.

Este primeiro contributo para a clarificação do conceito de dependência é retomado três anos depois por Charles Towns, quando identificou o conteúdo do sintoma dependência, a que chamou tríade adictiva e que compreende três elementos: a) increased craving; b) growing tolerance; c) withdrawal syndrome (citado por Musto, 1973).

Mais tarde, Freud retomará o tema da relação privilegiada que o homem mantém com certos produtos, (na circunstância com o vinho) do mesmo modo que se relaciona com o objecto amoroso:

É fácil aceitar que o valor psíquico da necessidade amorosa perde qualidade desde que a satisfação se torne facilitada. A importância psíquica dum pulsão cresce com a frustração. Pense-se por exemplo, na relação que existe entre o homem e o vinho. (...). A habituação torna sempre mais estreita a relação que o homem estabelece com o tipo de vinho que bebe. (Freud, 1912).

A ideia de que a oralidade pode ter um papel determinante na toxicod dependência figura em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Depois de referir que certas crianças investem a zona labial de especial significado, escreveu: Se esta sensibilidade persistir, a criança será mais tarde apreciadora de beijos e, uma vez adulta, estará predisposta para vir a beber ou fumar em excesso. É, no entanto, em *Mau estar na civilização* (Freud, 1930) que desenvolve a ideia de que a intoxicação química é um método eficaz para evitar o sofrimento e atingir a felicidade pulsional:

O mais brutal mas também o mais eficaz método destinado a exercer influência no corpo é o método químico: a intoxicação. Creio que ninguém consegue penetrar nesse mecanismo, mas é um facto que a presença no sangue e nos tecidos, de certas substâncias estranhas ao corpo nos proporcionam sensações agradáveis e imediatas: que elas modificam as condições da nossa sensibilidade ao ponto de nos tornar estanhos a toda a sensação desagradável. Estes dois efeitos não são apenas simultâneos mas parecem intimamente ligados. Devem aliás formar-se na nossa química interna substâncias capazes de efeitos semelhantes, porque conhecemos, pelo menos, um estado mórbido, a mania, em que um comportamento semelhante à bebedeira se realiza sem intervenção de alguma droga euforizante. (...) A acção dos estupefacientes é de tal modo apreciada e conhecida como tão benéfica na luta para garantir a felicidade ou afastar a miséria que os indivíduos e

até povos inteiros lhe reservaram um lugar permanente na economia da sua libido. Deve-se-lhes, não somente um prazer imediato mas também um grau de independência ardentemente desejado em relação ao mundo exterior.

Igualmente esclarecedores são os desenvolvimentos que o episódio da cocaína suscitou. Defendendo-se das acusações de Erlenmeyer que o considerava responsável pelo terceiro flagelo da humanidade, a cocainomania (as outras seriam o álcool e a morfina), Freud declarou: Eu próprio tomei o medicamento (cocaína) durante meses e nunca vi o menor traço dum estado comparável ao morfinismo ou à habituação (in *Cocainomania e cocainofobia*, 1887). Coube ao seu biógrafo, Ernst Jones referir a perplexidade do mestre pelo facto de a mesma cocaína, consumida pelos outros conduzir a uma habituação nefasta e por fim à intoxicação, concluindo que esses indivíduos tinham em si elementos mórbidos que ele próprio não possuía. (Jones, 1953).

Os ensinamentos de Freud são úteis para compreender esta entidade enigmática que se chama dependência, mas insuficientes para identificar a matriz do comportamento toxicodependente. Se para Freud basta recorrer ao funcionamento neurótico para se entender a génese da toxicomania, a grande maioria dos autores pós-freudianos entendeu que haveria que fazer apelo a mecanismos pré-edipianos.

Não é por acaso que Freud situava os estupefacientes num lugar bom entre "os demolidores de preocupações" dos quais o homem tem necessidade. Voltando às questões colocadas: Em que medida as drogas são provedoras de satisfação? Quais são os sofrimentos que elas permitem suportar? Como é que a compulsão esgota os prazeres?

Os primeiros discípulos de Freud elaboraram hipóteses originais repetantes à abordagem psicanalítica das toxicomanias. Estes trabalhos, contudo, caíram no esquecimento quando nasceu a psicofarmacologia moderna, nos anos 50. Achamos, no entanto, que é importante voltarmos a eles, pois eles fundamentam muitos dos desenvolvimentos teóricos que servem de base às produções mais actuais.

Depois de Freud, a toxicomania torna-se uma categoria clínica autónoma na psicanálise, pois surge marcada por traços descritivos e elementos explicativos que lhe são específicos. Isto ocorre porque o traço característico da relação do sujeito com a droga passa a ser apreendido no terreno conceptual pós-freudiano da relação de objecto. É justamente com a emergência da abordagem analítica da relação de objecto que se assiste ao deslocamento, no plano teórico, da questão da droga para a da toxicomania.

Como já referimos, não existe nos textos de Freud, nenhum elemento de uma elaboração relativa à especificidade da toxicomania enquanto facto clínico dotado de autonomia nosográfica. Pelo contrário, a função da droga é abordada por ele apenas como um operador ético, nos limites precisos da economia libidinal do sujeito, seja ele neurótico, perverso ou psicótico.

A descentralização do produto como elemento que faz deflagrar a toxicomania começa a implicar a questão do sujeito. Trata-se de reconhecer que a droga adquire um estatuto de artefacto para o toxicómano - em última análise, é ele quem faz a droga e não, o contrário. Salienta-se, com as primeiras formulações, a recusa em considerar a droga como o elemento de causalidade última da toxicomania. Com esta convicção os analistas empenham-se na explicação das causas essenciais da instalação da toxicomania. Esta consiste, essencialmente, em tratar o produto na sua associação com a sexualidade — como nos casos mais importantes de Karl Abraham e de Sándor Ferenczi. Num segundo tempo, entre os anos 20 e 40, observa-se um vasto florescimento de teorias sobre a toxicomania, que coincide com a orientação progressiva rumo à tentativa de se criarem sínteses daquilo que constituirá, mais tarde, uma categoria clínica autónoma.

Abraham, referindo-se ao alcoolismo e apoiando-se nos textos de Freud, parte da sua perspectiva evolucionista da libido, decalcada na preconização de fases preestabelecidas, para afirmar que o facto civilizatório repousa sobre a renúncia pulsional inerente ao processo de sublimação. O valor patológico do uso da droga estabelece-se devido ao rompimento generalizado das sublimações, que são concebidas, como desvios em direcção a objectivos sociais das representações e das

emoções sexuais recalçadas. É justamente o mecanismo sublimatório que abre o acesso à pulsão genital nos dois sexos. Para Abraham as bebidas alcoólicas agem sobre a pulsão genital, suprimindo obstáculos existentes e aumentando a actividade sexual. Esta construção metapsicológica do uso das drogas tem como objectivo acentuar a relação entre a droga e a sexualidade. A concepção de Abraham da utilização da droga parece fundamentalmente articulada com o processo de desgenitalização da sexualidade normal, de desgenitalização da libido que, em tese, deveria estar dirigida ao parceiro heterosexual. Para Abraham o alcoolismo deve ser explicado a partir da função paterna. Quando o alcoolista procura, no álcool, alguma coisa que exprima a ausência de alguém, ele pretende na realidade, embriagar as exigências ideais ligadas ao pai.

Abraham estabelece uma analogia entre o alcoolismo e as perversões sexuais, em que a excitação sexual, que normalmente deve servir de acto preliminar ao acto sexual, toma o lugar deste. Se o álcool produz um efeito de excitação sexual, o alcoólico procura essa excitação, mas priva-se assim da sua capacidade de ter uma actividade sexual normal.

A tese de Abraham do alcoolismo considera o produto como fonte de prazeres fáceis e o alcoolista como aquele que evita a mulher em proveito da droga. Vemos aqui emergir a primeira tentativa de tratar a droga e, conseqüentemente o álcool, como objecto parcial. É esta redução da droga a objecto parcial que anima a formulação fundamental de Abraham de que o alcoolismo é um mecanismo de desgenitalização da sexualidade.

Inúmeras questões impõem-se na clínica quotidiana com os toxicómanos: Qual é a causa que determina a prática dos consumos de droga? A droga é a causa da toxicomania? Em que é que o toxicómano se apoia para encontrar na droga, o meio para lidar com os seus sofrimentos? Que relação existe entre a materialidade do produto e os seus efeitos? Neste sentido, é surpreendente constatar o quanto as respostas de Ferenczi são extremamente actuais e podem ser consideradas como a elaboração de uma concepção bastante válida da função da droga na causalidade psicológica das neuroses. Desta forma, destaca-se a sua recusa de todas as respostas

que valorizem uma relação causal mecânica e linear entre a droga e a toxicomania. Ferenczi sugere que, na psicanálise, não se pode confundir a determinação causal com a determinação puramente factual e empírica do fenómeno dos consumos de droga. Assim, orienta-se pela proposta freudiana, segundo a qual a ordem da causa nunca é homóloga à ordem da determinação do acontecimento, mesmo que ambas sejam consideradas consubstanciais. Ou seja, para a psicanálise, o fenómeno do consumo das drogas não implica, necessariamente, a existência do toxicómano.

Ferenczi afirma no seu artigo *O papel da homossexualidade na patogénese da paranóia*, que a argumentação que segue baseia-se fundamentalmente na importância primordial dos elementos psíquicos identificados na lógica da investigação psicanalítica. No exemplo clínico apresentado, o homossexual latente descrito, só começou a beber no momento em que a sua constituição sexual, excepcionalmente frágil, se esgotou na ocasião de um primeiro e, depois, de um segundo casamento. Nestes dois momentos, a prática do consumo de álcool destruiu as suas sublimações e contribuiu para ligar a libido sexual com construções paranóides, ao passo que, no período de celibato que separou as duas uniões, o sujeito não havia bebido nem apresentado sintomas paranóides. Ferenczi conclui, que a causa dos sintomas de embriaguez alcoólica nunca tem a sua origem apenas no álcool: A bebida age como factor desencadeante, impedindo o recalçamento, mas a causa fundamental dos sintomas deve ser procurada no nível dos desejos profundos que reclamam a satisfação. O recurso à droga revela-se, nesta proposta, uma estratégia do sujeito de autocura pelo veneno. Esta hipótese sugere, um paralelismo entre a droga e o medicamento, como o confirmam os neuróticos, que arriscando-se a naufragar na intoxicação crónica, empregam a droga conscientemente e com sucesso.

Ferenczi ainda aprofunda mais esta ideia sobre a acção deflagradora do álcool, referindo-se a uma formulação de Alfred Gross sobre a relação entre a embriaguez e a mania. Para isto parte de uma anotação de Freud, em *Luto e melancolia*, retomada posteriormente por Gross: "...certos sujeitos, os maníacos, conseguem fazer calar os seus complexos de ideias dolorosas e seus afectos penosos sem absorver entorpecentes, através de uma produção endógena de euforia. Esta produção falta ao

neurótico, que se esconde na bebida para tentar compensá-la, o que faz supor uma certa analogia entre o álcool e a suposta substância euforizante”. Este raciocínio leva por outro lado, ao debate sobre a origem da toxicomania na psicanálise, a saber, a relação analógica entre a toxicomania e a bipolaridade na psicose maníaco-depressiva, em que o estado melancólico sucede à mania. Não se deve porém esquecer, que a explicação do fenómeno da droga encontra-se ancorada, para Abraham e Ferenczi, no terreno da relação entre a neurose e a sexualidade. Desta forma, a partir da percepção dos estados maníaco-depressivos, a linha propriamente dita do neofreudismo na psicanálise detém-se sobre este fenómeno, atribuindo-lhe a dimensão de um quadro clínico autónomo.

Edward Glover no seu artigo de 1932 intitulado *On the aetiology of drug-addiction*, refere que existem três interesses psicanalíticos fundamentais para estudar a toxicomania. O primeiro é o de que a sua etiologia continua obscura. Onde é que ela se situa? Diz este autor que existe uma considerável diferença entre analisar um toxicómano e analisar a toxicomania. O segundo interesse radica na correlação da toxicomania com vários outros estados psicopatológicos, nomeadamente, com a psicose, com reações defensivas, com a paranóia e com a neurose obsessiva. O terceiro diz respeito à divisão entre aqueles que aderem à doutrina do sadismo e dos impulsos agressivos e aqueles que são fortemente influenciados pelas descobertas iniciais respeitantes aos impulsos libidinais e à frustração. Glover afirma que se conseguirmos compreender as relações com o estado psicogenético, as nossas energias terapêuticas podem ser dirigidas com maior precisão. Desta forma “alguns estudos psicanalíticos referem a agressividade e o sadismo, fixações precoces, factores psicóticos, mas ultimamente a toxicomania é avaliada mais em termos das ansiedades genitais mais tardias. Mesmo que haja tentativas de encontrar as origens precoces de fixações na toxicomania a tendência é para olhá-la de acordo com as fases do desenvolvimento quando a estrutura psíquica já se encontra com alguma ordem, mesmo que rudimentar” (Glover).

Glover tentou encontrar relações precisas entre a toxicomania, estados psicóticos, neuroses obsessivas e peculiaridades do carácter neurótico. Tentou ainda estimar a importância relativa da organização fálica edipiana e de tipos mais primitivos, onde o sadismo pregenital domina o quadro. Diz este autor que não conseguiu encontrar uma explicação adequada para a toxicomania que não remetesse para uma situação edipiana activa, e uma séria frustração em diferentes componentes da sexualidade infantil.

Glover foi um dos autores pós-freudianos que elaborou um pensamento sobre o problema da compreensão da toxicomania. Os seus primeiros estudos dão importância à concepção regressiva da libido e à fixação pré-genital, própria do estágio oral, mais concretamente do estágio sádico-anal. Segundo o autor devido a uma excessiva frustração vivida durante a fase oral, o alcoólico vê todas as suas relações objectais futuras tomarem a coloração da ambivalência oral. Mesmo depois do sujeito ultrapassar todas as fases e ter conseguido alcançar a fase genital o apogeu incestuoso da sexualidade infantil naufraga na angústia de castração; a tendência à regressão está totalmente instalada. O terreno está assim preparado para os desvios da pulsão sexual na vida adulta. Aqui Glover introduz um novo elemento que seria o processo de substituição da sexualidade pelos comportamentos alcoólicos que seria concebido como uma espécie de pseudoperversão.

O álcool atrai pelo facto de ajudar a vencer a angústia de castração, embora, com o tempo, destrua o seu próprio objectivo, levando o sujeito à impotência e à morte. O alcoolismo é encarado como um método que gera um curto-circuito com a sexualidade, que afrouxa a pressão do recalçamento e prejudica o processo de sublimação.

Posteriormente, Glover introduz outras inovações teóricas, em que considera a perversão o horizonte explicativo fundamental da toxicomania. Abandona a concepção regressiva da libido considerando-a uma abordagem pouco consistente na explicação da toxicomania. Desta forma, a etiologia libidinal da toxicomania, onde encontraríamos uma regressão à oralidade e à homossexualidade, não ganha sustentação. Por outro lado, Glover recusa as teorizações de Rado e Simmel sobre a

organização polimorfa e precoce do eu, que pressupunha o uso da noção de narcisismo primário. Ao contrário das teses centradas na organização narcísica, propõe uma teorização da toxicomania circunscrita às relações de objecto, encaradas como anteriores ao complexo de Édipo, mais arcaicas e até mais determinantes. Este facto deve-se à influência do pensamento kleiniano, nomeadamente à importância que esta escola atribui aos estados pré-edípicos, onde se inclui o domínio da pulsão de morte sobre a libido. Demarca-se da perspectiva genético-evolutiva baseada na ideia de fases.

Contrariamente à ideia da tendência regressiva na abordagem da toxicomania, Glover acentua a importância dos aspectos reactivos e defensivos da prática de ingestão de drogas. Tenta encontrar um mecanismo etiológico específico da toxicomania e adianta a hipótese de que essa reacção representa uma transição entre as fases de desenvolvimento mais primitivas e a fase neurótica posterior. No entanto é-lhe difícil situar a toxicomania e a perversão no sistema psicopatológico por si construído. A toxicomania passa assim a ser concebida como uma variante privilegiada dos estados limite, designados pelo autor como o grupo dos estados transicionais. Do encontro da toxicomania com a psicanálise resulta a ideia de um estado limite entre a neurose e a psicose, que segundo Santiago (2001) seria um elemento de degradação da teoria analítica. Desta forma a toxicomania contribuiu muito para as descrições e conceptualizações psicanalíticas dos chamados estados limite, embora Glover tenha preferido manter a designação de estados transicionais.

Este sistema constitui uma tentativa de ordenar, em séries de desenvolvimentos, as estruturas clínicas freudianas, respectivamente, segundo os mecanismos primários de intelecção e projecção. Nas séries paralelas, situam-se os chamados estados transicionais, que derivam das posições da perspectiva kleiniana e implicam a neutralização de toda a referência ao conceito de estrutura. Neste caso já não são as noções de fases ou de estádios e a respectiva cronologia a eles normalmente associados, mas a forma particular como se articulam os seus elementos constitutivos, em particular, o tipo de angústia, o tipo de relações objectais, a

estrutura do eu, e as defesas específicas utilizadas contra as diferentes formas de angústia e de relações objectais.

Glover pressupõe que na escolha de uma adicção nociva, predomina um elemento sádico. Isto significa que a droga, enquanto substância com propriedades sádicas é equiparada a um objecto parcial. Esta assimilação da droga ao objecto parcial está em concordância com a hipótese kleiniana do Édipo precoce, concebido como uma fase pré-genital, portador de uma forte carga de sadismo. Esta tese do Édipo precoce permite formular o postulado da existência de uma série de situações edípicas nucleares, à qual o toxicómano pode ficar fixado. Para Glover a toxicomania seria uma fixação a um sistema edípico transicional, entre os núcleos edípicos primitivos, que geram as angústias paranóides ou melancólicas, e o núcleo edípico portador das reacções obsessivas mais tardias. A função defensiva da toxicomania consiste em dominar as pulsões sádicas que não sendo tão violentas quanto as associadas à paranóia, são no entanto, mais severas do que as pulsões sádicas presentes nas reacções obsessivas. As raízes do fenómeno toxicomaniaco encontram-se na paranóia. No entanto, levando em consideração a perservação do sentido da realidade, a toxicomania mantém laços estreitos com a neurose, particularmente com o fetichismo. Por outras palavras, os mecanismos de projecção são orientados para o objecto droga, no qual o acto toxicomaniaco exerce a função de reparar uma reacção psicótica, levada a cabo pelo processo de regressão.

Para Glover, a toxicomania serve para conter as reacções sádicas próprias aos sistemas paranóides permitindo preservar o sentido da realidade. Com esta estratégia de regulação e estabilização das relações do toxicómano com o sentido da realidade, Glover equipara a toxicomania à formação perversa, neste caso, ao fetichismo. A perversão passa a constituir um meio de conter os fragmentos que o sujeito não pode formular de uma forma coerente.

O sujeito fetichista caracteriza-se pelo facto de lançar um desmentido naquele ponto em que deveria actuar a realidade da castração. Glover concebe a realidade como um a priori, em que a castração é substituída pela objectividade de uma etapa preliminar, fundamento da capacidade do sujeito em manter um contacto psíquico efectivo com

os objectos que permitem uma gratificação da pulsão. O fetiche e a droga tornam-se, desta forma, tentativas de reparação funcional do sentido da realidade, concebido como prova de realidade. Isto significa que a droga e o fetiche, enquanto objectos parciais, constituem para os sujeitos que a eles recorrem, o eixo da regulação do conjunto das relações objectais.

Também para Santiago (2001) esta conexão entre a droga e o fetiche parece continuar a apresentar algum valor na actual discussão analítica sobre a toxicomania. Retomando a formulação freudiana da droga como uma das construções substitutivas para o sujeito, é de assinalar a correspondência com a operação de substituição do fetiche, uma vez que ambas se instalam em função de uma angústia proveniente da própria realidade da castração.

Para Radó as toxicomanias são perturbações criadas artificialmente e têm uma origem psicológica, o que quer dizer que toda a hipótese sobre a toxicomania proveniente da teoria biológica da intoxicação é inútil.

Diz-nos Radó que temos que tentar separar nas abundantes descobertas clínicas os elementos que se apresentam *constantes* onde podemos observar na prática determinadas interrelações, e deste material, poder formular uma psicopatologia geral, ou de outra forma, a *estrutura esquemática (schematic structure)* da farmacotímia.

Existem dois tipos de efeitos que os seres humanos em tensão psíquica podem utilizar para influenciar a sua vida emocional. O primeiro é o efeito analgésico, sedativo, hipnótico e narcótico - a sua função é facilmente caracterizada: permite *prevenir a dor*. O segundo são os efeitos estimulantes e eufóricos - estes promovem ou *geram prazer*. Quer a remoção da dor, quer a oferta de prazer, estão de acordo com o princípio do prazer. Juntos podem constituir o que poderá ser chamado, de acordo com Radó, efeito de prazer farmacogénico (pharmacogenic pleasure-effect).

Para Radó a adicção a factores farmacológicos (natureza, dose e modo de administração da substância), e o efeito de prazer, depende essencialmente do factor

psicológico - um estado de preparação activo no qual o sujeito aborda o efeito de prazer.

Qual será a natureza da situação psicológica que provoca uma procura desenfreada pelas drogas? Qual será o efeito desta indulgência na vida mental? O que acontece para que o sujeito se mantenha numa situação de sofrimento? E porque que é que no meio deste sofrimento o sujeito tem uma extrema dificuldade em parar os consumos? A história de vida dos toxicómanos revela de um modo geral que existe um grupo de pessoas que respondem às frustrações da vida por intermédio de uma alteração emocional típica que é designada por Radó de depressão tensa . Alguns autores traduziram este conceito por depressão ansiosa. Para Radó a farmacotímia tem origem nesta depressão tensa que também designa de depressão inicial. É constituída por um grande sofrimento e ao mesmo tempo, por uma grande intolerância à dor.

Neste estado mental, os interesses psicológicos são mobilizados no sentido do sujeito libertar-se ou aliviar o sofrimento. Se o sujeito, neste estado, sente a droga como um lenitivo (consolo, amparo), então, estão criadas as condições para a susceptibilidade aos efeitos da droga. A droga interfere com os estados de humor, nomeadamente produz o aumento de sensações prazerosas.

Diz Radó que um ego bem constituído, em que o narcisismo do sujeito insiste na melhor forma de encontrar as suas satisfações, não reage com decepção diante das frustrações reais. Nos efeitos farmacogénicos produzidos pela droga o ego volta a ganhar o seu estado narcísico original. O ego obtém uma tremenda satisfação real, apenas desejando , sem esforço, tal como no narcisismo primário. Não é apenas um desejo infantil mas um sonho ancestral do homem encontrar a satisfação completa dos seus desejos, mas aqui reside o grande equívoco do toxicómano.

No ponto alto da *pedra* (interessante esta palavra, tal como *moca*), desaparecem os interesses, bem como todo o respeito pelos aspectos da realidade. Todos os aspectos do ego que trabalham ao serviço da realidade, exploração e verificação da realidade, elaboração mental, inibições pulsionais impostas pela realidade, são negligenciadas.

Quem duvida que uma experiência desta envergadura não deixará de provocar impressões profundas na vida mental?

Depois dos efeitos da droga terem passado, a situação emocional decorrente da depressão inicial, volta uma vez mais, só que exacerbada, por novos factores. Os efeitos aumentam a dimensão do Eu e eliminam quase por completo a realidade. Posteriormente, o estado contrário emerge, i.é, o ego inibe-se e a realidade aparece exagerada nas suas dimensões. O Eu fica irritável, com mais angústia, mais fraco e avassalado por culpa. O que fazer então? O sofrimento que esta depressão acarreta faz com que o sujeito de uma forma consistente para o psiquismo, procure uma vez mais a droga (craving). Ou seja, os estados transitórios entre os consumos determinam o regresso da depressão. O ponto de partida consiste na afirmação sobre o elo de causalidade entre a droga e a toxicomania:

“...não é o agente tóxico mas o impulso a se servir dela (droga) que faz de um determinado indivíduo um toxicómano. A toxicomania aparece como uma patologia determinada no psiquismo, mas que emerge artificialmente. A existência de uma relação com a droga é, uma condição necessária mas não suficiente, uma vez que, na origem de toda a toxicomania, interferem factores psicológicos particulares. Deverá, desta forma, ser dada toda a importância à preponderância do impulso, apesar da variedade das drogas”.

Radó considera a toxicomania sob a égide de uma patologia da regressão libidinal, em que é salientada a importância etiológica do erotismo oral e da homossexualidade. A lógica dos factores que predisõem à intoxicação remonta ao passado do sujeito, onde coincidem o campo dos fenómenos clínicos com os estádios pré-genitais da libido.

A hipótese de Radó repousa na suposição da sobrevivência no adulto de uma função psicofisiológica primária, que não pode ser designada se não pela noção de orgasmo alimentar (alimentary orgasm). O objectivo do seu primeiro trabalho consiste, em mostrar empiricamente, por intermédio de material clínico, a significação do modo de satisfação orgástica oral no toxicómano. A importância desta descoberta pode mesmo ser medida pelo valor de protótipo da relação da criança com o seio da mãe, que culmina no orgasmo alimentar. Trata-se de uma experiência que fica gravada no

inconsciente e por essa razão, o estímulo da zona oral está em condições de reproduzir esse prazer misterioso.

Para Radó, o orgasmo alimentar obedece a um processo psicopatológico, semelhante ao da digestão, tendo como equivalente a produção de substâncias bioquímicas que explicam a satisfação libidinal. Este tipo de orgasmo aparece na vida psíquica apoiado no processo bioquímico da digestão e da absorção. Em última análise, o orgasmo alimentar constitui um fenómeno endotóxico, comparável à hipótese substancialista da libido em Freud, mas neste caso estreitamente ligado ao processo somático da nutrição. Comprova-se assim, como a biologia se introduz na teorização, apesar da declaração de princípio liminar contra toda a aplicação dos dados biológicos da intoxicação na explicação da toxicomania.

Esta interferência do factor biológico na concepção do desenvolvimento libidinal não impede porém que, Radó possa, mais tarde, tornar relativa a presença desse factor nas suas elaborações sobre a toxicomania. Como assinalámos, propõe o que chama de efeito de prazer farmacogénico, um efeito concebido como uma resposta às exigências do princípio do prazer. Acentua o carácter caprichoso deste tipo de prazer, visto que subverte, a maior parte dos preceitos do trabalho experimental, próprio da pesquisa farmacológica com as drogas. O efeito de prazer farmacogénico define-se, para cada sujeito, segundo uma equação tóxica (toxic equation), que lhe é específica. Apesar das interferências de cunho biologizante da sua construção, o autor é, finalmente levado a admitir, que o efeito tóxico esperado do agente tóxico depende essencialmente da dimensão psicológica particular que cada indivíduo manifesta em relação ao princípio do prazer. A partir daqui, Radó questiona as razões que levam o sujeito a achar, neste efeito de prazer farmacogénico, uma saída sólida para a sua vida libidinal. Aqui é levado a destacar um outro factor etiológico da farmacotimia, a saber, a homossexualidade latente. A sua explicação neste ponto coincide com a tese de Abraham no que diz respeito à presença do factor homossexual na etiologia da toxicomania. As suas ideias tornam-se extremamente esclarecedoras e mais elaboradas do que se poderia pensar. É uma teorização que assume de certa forma

uma conotação razoavelmente esquemática, em que os estádios maníaco-depressivos servem no geral de pano de fundo.

A partir daqui, a farmacotimia é descrita como um processo cíclico, cuja regularidade comprova que o Eu mantém a sua auto-estima por intermédio de uma técnica puramente artificial. Esta nova etapa implica uma modificação completa do funcionamento psicológico, expresso na ideia da criação de um aparelho de prazer auto-erótico. Noutros termos, a farmacotimia constitui uma desordem do tipo narcísico e, conseqüentemente implica, a destruição, por meios artificiais, de uma suposta organização natural do Eu.

De facto, o regime farmacotímico de satisfação é procurado e alcançado somente por uma categoria de seres humanos que reage às frustrações da vida pela depressão ansiosa, como designa Radó. A riqueza das descrições metapsicológicas de Freud referentes à melancolia acaba sendo anulada em função de considerações de natureza puramente psicológica, marcadas no seu conjunto pela noção de depressão. Como acima referimos, a chamada depressão ansiosa caracteriza-se por tensões psicológicas próprias dos estados de grande ansiedade dolorosa e, correletivamente, por um grau elevado de intolerância à dor. O papel primordial da depressão é, nestas circunstâncias, o de sensibilizar o doente para o efeito de prazer farmacogénico: “Nesse momento, como vindo do céu, chega o efeito de prazer farmacogénico, ou melhor, o que é importante é que ele não vem do céu, mas é provocado pelo próprio eu. O movimento mágico da mão traz uma substância mágica... e vejam: a dor e o sofrimento são exorcitados, o sentimento da miséria desaparece e o corpo vê-se inundado por ondas de prazer”. Noutros termos, o Eu encontra, novamente, toda a sua dimensão auto-erótica, num momento eufórico que faz lembrar as suas origens no orgasmo alimentar.

Com a hipótese da circularidade dos estados maníaco-depressivos, Radó comprova que a insuficiência da solução farmacotímica para o sujeito não poderia de forma alguma, tardar em aparecer. A lógica do processo cíclico da depressão e da euforia perde, aos poucos, a sua regularidade e o que se instala, finalmente, é a depressão. A

euforia farmacotímica torna-se cada vez mais incerta e ameaça não mais voltar a reproduzir-se.

Radó propõe-se descrever em detalhe toda a fenomenologia deste declínio. Instala-se nos farmacotímicos a tentativa de compensar a diminuição do efeito de prazer farmacogénico pelo aumento da droga. Esta procura ansiosa de drogas exigidas pelo aumento progressivo da doses implica uma mudança radical no estilo de vida do sujeito, caracterizado como um processo de desintegração moral sem equivalente na clínica analítica.

A modificação capital para a investigação analítica é a que se refere à vida sexual do toxicómano. Radó afirma, de maneira bastante explícita, que o prazer farmacotímico, que acaba gradualmente por constituir o objectivo sexual do paciente, substitui o prazer genital com certa facilidade. Se no início, se constata um aumento transitório da libido genital, em seguida efectua-se um desligamento da actividade sexual. O que é imediatamente evidente é que a satisfação farmacotímica do prazer está na origem de uma organização sexual artificial que é auto-erótica e tem como modelo a masturbação infantil. Assim os objectos de amor não são mais necessários, são conservados provisoriamente em formas de fantasias. Concebe-se assim, uma nova genitalidade (new genital), em que o processo de prazer farmacogénico vem substituir a realização do acto sexual. O aparelho genital, com suas ramificações auxiliares estendidas às zonas erógenas, deixa de ser utilizado e é vítima de uma atrofia de carácter psicológico, devido à falta de uso. De facto, a preponderância gradual do prazer farmacotóxico sobre a sexualidade tem a amplitude de um metaerotismo (meta-erotism), no qual a intoxicação se torna, ela própria, um objectivo sexual.

O sujeito toxicómano entrega-se ao gozo pulsional que representa o masoquismo e que, segundo o ponto de vista económico de Freud, aparece sob a égide da pulsão de morte. Radó insiste sobre o masoquismo, uma vez que, considera que este tem um papel importante nas modificações mais marcantes da toxicomania. A este propósito afirma que o Eu teve oportunidade de sentir o poder misterioso desta pulsão no

decorrer da depressão inicial (primal depression); é por medo dela, que o Eu se refugia no regime farmacotímico de satisfação.

O que o regime farmacotímico traz ao Eu é, sobretudo, uma inflação enganadora do narcisismo. É isto que impede a tomada de consciência da autodestruição, uma vez que a relação reactiva do narcisismo traz como consequência, a crença na invulnerabilidade e na imortalidade do eu. O que acontece neste jogo de sobrecarga incessante desemboca, um dia, na falência do efeito eufórico, esgotado pela amplitude da depressão. Ocorre desta forma, a crise farmacotímica, da qual o sujeito não poderá sair senão pela fuga numa paragem dos consumos, no suicídio ou na psicose.

Desta formulação inicial da pharmacotímia como um distúrbio narcísico, provocado por uma ruptura da organização natural do Eu, Radó passa para o desenvolvimento daquilo que chama de evolução típica do regime farmacotímico do Eu. A paragem dos consumos para desintoxicação é exigida para fins de reparação do valor perdido da droga. A procura atormentada do desmame pelo toxicómano explica-se por intermédio da invasão do masoquismo num Eu privado da sua euforia defensiva.

Para Radó o regime farmacotímico expulsou o erotismo das suas posições activas e, a partir daí, como reacção, encorajou o masoquismo. O erotismo genital recua e pode estabelecer um compromisso com o masoquismo, compromisso que combina o prazer sem dor e o comportamento passivo. O resultado desta combinação, no homem, é a escolha de um objecto homossexual. A aplicação desta lógica de derivação da homossexualidade a partir do masoquismo para descrever os fenómenos clínicos da toxicomania revela-se puramente analógica. A prolixidade do raciocínio de Radó não é suficiente para consolidar a força explicativa deste factor homossexual. Tanto assim é que aquilo que prevalece como o argumento mais forte nesta concepção da toxicomania é, ainda, o enfraquecimento da masculinidade genital. Ou seja, mais do que a homossexualidade, é o ataque à genitalidade que constitui o motor desta deriva da libido rumo à pharmacotymia.

A contribuição de Ernest Simmel para o estudo da toxicomania e do alcoolismo pode resumir-se à sua célebre fórmula, proposta em 1927: “O supereu alcoólico é solúvel no álcool”. Inserido no horizonte clínico das relações de objecto, desde os seus primeiros passos, atribui um papel preponderante à regressão da libido e às posições pré-genitais na etiologia da toxicomania, e considera-a como um distúrbio típico do narcisismo. Nesta perspectiva, os toxicómanos sofrem de neurose narcísica, que deve ser distinguida da verdadeira psicose (true psychosis), justamente na medida em que ela mantém laços efectivos com os mecanismos obsessivos. Como na visão de Radó, trata-se de uma manifestação exemplar do estado maníaco-depressivo. Existe contudo, um aspecto inovador, nomeadamente, a ideia de que o sujeito que adere ao consumo excessivo de álcool, na maior parte das vezes, carrega consigo as consequências devastadoras de um supereu severo e exigente. Simmel, associa o alcoolismo ao ritual obsessivo e à masturbação e postula que o desejo de se drogar, muitas vezes, só reproduz o conflito ligado à masturbação, como ocorre na neurose obsessiva. Uma vez instalada a prática crónica da intoxicação, o alcoólico, torna-se gradualmente um melancólico. Assim, nos chamados estados depressivos, associados ao alcoolismo, as pulsões agressivas e destrutivas voltam-se para o Eu. Simmel tal como Radó consideram a toxicomania ao serviço de uma defesa contra a melancolia. Desta forma, encontramos uma “mania artificial” que, contrariamente à mania espontânea, é progressiva e não ajuda o doente a encontrar o caminho dos objectos. Na origem, a droga protege o Eu no seu conflito com a realidade e, sobretudo, contra o sentimento de culpa. No entanto, depois da instauração do processo alcoólico propriamente dito, o álcool toma o lugar de todos os outros objectos contra os quais a agressividade era, anteriormente, dirigida. A partir daqui, o Eu começa a sofrer os efeitos da sua desintegração, em virtude da acção destrutiva do Supereu.

O alcoolico crónico é o sujeito cujo Eu regride, voltando, aquém da fase fálica, à fase oral ou anal. Para Simmel, nesta estratégia estritamente defensiva, o sujeito pode provar a euforia alcoólica como uma sexualidade desgenitalizada. Na perspectiva das contribuições pós-freudianas, o álcool opera, na regressão, a desgenitalização do

prazer sexual, transformando em sensações agradáveis as experiências dolorosas originárias da masturbação infantil.

À luz da teoria das relações de objecto, a questão para Simmel, consiste em acentuar o investimento maciço num objecto substitutivo, que rompe por isso mesmo, a série infinita de objectos substitutivos percorrida pelos homens em geral. Estamos na presença da ideia de que o veneno é utilizado para embriagar o seu guardião, o Supereu.

A suposição de que as exigências implacáveis do Supereu podem ser atenuadas pela prática da embriaguez alcoólica parece abrir um caminho fecundo para a abordagem analítica da droga. Neste ponto, não se pode ignorar a tese freudiana de que o supereu é um herdeiro do complexo de Édipo: ele guarda, as marcas e as insígnias do que é o pai para o sujeito. É exactamente a herança destas insígnias que dão magnitude e coloração à lei do Supereu, lei pela qual o sujeito pauta a sua existência e, sobretudo, a sua condição moral. Esta via de indagação leva obrigatoriamente à questão da relação entre a droga e a função paterna. Desta forma, o recurso à embriaguez deve ser considerado como um meio não de evitar os efeitos da lei do pai, mas de restringir as consequências subjectivas e devastadoras dessa submissão.

A prática do consumo de droga permite, uma espécie de contestação da tirania de que se alimenta - para o alcoólico, simbolicamente, a figura do pai. Essa contestação faz-se, sobretudo, com o uso do corpo, produzindo uma espécie de significação dirigida ao pai da lei. Efectivamente, este uso do corpo como produtor de significação diante do pai apresenta todo o seu valor no caso da embriaguez toxicomaniaca, no contexto moderno de declínio da função paterna.

Fenichel (1945) enquadrou o problema da toxicomania dentro das neuroses impulsivas em geral. Para este autor a palavra adicção insinua a urgência de uma necessidade e a insuficiência de todas as tentativas em conseguir adiar a satisfação. Contudo, diferencia as adicções de drogas das adicções sem droga (como a bulimia, cleptomania e outras). O toxicómano é aquele para quem o efeito de certa droga tem um significado subtil e imperativo. O problema da toxicomania reduz-se à questão da

índole da gratificação específica que estas pessoas obtêm ou tentam obter com a sedacção ou estimulação quimicamente induzida e, desta forma, reduz-se ainda às condições que determinam a origem do desejo de gratificação. Noutros termos, os toxicómanos são pessoas predispostas a reagir de forma específica aos efeitos do álcool, da morfina e de outras drogas. Isto ocorre de tal forma, que tentam utilizar estes efeitos para a satisfação do desejo oral primitivo que é o desejo sexual e, simultaneamente, para a satisfação da necessidade de segurança e da necessidade de manutenção da auto-estima. Assim, a origem e a índole da toxicomania não é determinada pelo efeito químico da droga, mas sim, pela estrutura psicológica do paciente. Por conseguinte, o factor decisivo é a personalidade pré-morbida. Dito de outra forma, tornam-se toxicómanos aquelas pessoas para as quais o efeito da droga tem um significado específico. Diz Fenichel que, a procura desenfreada pelo prazer acarreta um desinteresse da sexualidade genital. Rompe-se a organização genital que tem como consequência a regressão. Constata ainda que, os indivíduos dispostos a renunciar a toda a líbido objectal são, necessariamente, indivíduos que jamais estimaram as relações objectais. São sujeitos que ficam fixados a um objectivo passivo-narcísico e interessam-se, unicamente, em conseguir a sua gratificação, sem preocupação com a satisfação dos parceiros. Para estes sujeitos, os objectos não são mais do que fornecedores de provisões.

A PSICOPATOLOGIA NA TOXICOMANIA

Muitas vezes me tem sido perguntado como contrái o hábito de tomar ópio regularmente;...Não foi para sentir prazer, mas sim para mitigar uma dor lancinante, que comecei a fazer do ópio um artigo de consumo quotidiano. Aos vinte e oito anos de idade, fui violentamente atacado por uma dor que tinha sentido pela primeira vez dez anos antes. Essa dor teve as suas origens nas fomes extremas que passei em criança. Durante a época de esperança e feliz fartura que lhe sucedeu (ou seja entre os dezoito e os vinte e quatro anos) manteve-se adormecida. Nos três anos seguintes, tornou a atormentar-me de vez em quando. E agora, sobrevivendo condições desfavoráveis e depressões de espírito, tem-me atacado com uma tal violência que não pude deixar de recorrer ao ópio.

Thomas De Quincey

Objecto Psicopatológico

Será ainda necessário perguntar, como questiona Filho (1999), se a droga corresponde a um objecto, no sentido dado por Freud ao longo da sua obra. A droga poderá ter, o estatuto de uma “coisa”, de uma parte do corpo, de um excremento, de uma palavra, de uma imagem que corresponda a um reencontro? Ou, estes elementos todos não são já referências teóricas conhecidas da psicanálise que tenta apreender um encontro que, na verdade, não estava previsto nas vicissitudes edípicas? O encontro com uma certa e nova peculiaridade, o efeito subjectivo da droga, que fascina este aparelho de prazer que é o corpo?

Enquanto termo composto - toxicomania - devemos levar em conta os dois aspectos implicados: o tóxico (droga) e a mania (adicção). Trata-se de um vínculo que inclui o sujeito (o adicto) e o objecto-droga, e devemos examinar a acção recíproca entre os dois.

Do ponto de vista do uso de drogas, podemos formular as seguintes questões: “patologia” ou “normalidade”? A toxicomania é uma patologia que se opõe a um uso “normal” de drogas? Como definir aqui uma linha divisória - e qual é o sentido desta polaridade - dada a heterogeneidade e a multiplicidade de manifestações que encontramos na experiência clínica? Poderíamos supor que um funcionamento psíquico é comum a todas estas formas, sendo a diversidade nada mais do que a expressão de diferenças de grau, ou ao contrário, trata-se de situações qualitativamente diferentes? Como se sabe, a questão do patológico tem sido cada vez mais subvertida pela psicanálise. Desde que Freud descreveu o funcionamento psíquico em geral a partir da análise das neuroses, os analistas só têm reforçado a diluição da fronteira normal/patológico.

A perversão é um bom modelo para pensarmos a toxicomania: a descoberta da sexualidade infantil (a criança “perversa polimorfa”) e a ampliação do conceito de sexualidade desenvolvidos por Freud nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* vêm desfazer tanto o que se entendia por “norma” como o que se entendia por “doença”. Freud mostra-nos como é próprio de todo o amor um certo grau de fetichismo.

Mas a questão do patológico ainda permanece, já que não se trata de negar o distúrbio e a perturbação do psiquismo (neurose, psicose ou perversão). Por um lado vemo-nos diante da evidência de certos traços invariantes que se repetem, já que parece-nos insensato simplesmente diluir toda a riqueza de configurações clínicas em mecanismos gerais do funcionamento mental. Por outro, a psicanálise vem justamente romper com a ideia de “doença psíquica” criada pelo discurso médico. A noção de estrutura é criada para dar conta, entre outras coisas, deste paradoxo.

Para alguns autores, trata-se de uma noção inerente ao próprio pensamento de Freud: “a psicanálise freudiana insere-se numa tradição filosófica que destaca a categoria da razão como sendo um sistema simbólico de relações diferenciais, não se restringindo, portanto, a uma filosofia do entendimento” (Birman).

Podemos pensar numa estrutura ou num tipo de patologia no caso da toxicomania? O que caracterizaria uma “estrutura adictiva”? Trata-se de um modo de funcionamento

mental específico ou a adicção pode ser simplesmente assimilada à estrutura perversa? Ou será que o equívoco é justamente supor uma estrutura adictiva, já que o uso de drogas pode ser apenas uma conduta que, em alguns casos, se torna um sintoma - sintoma que pode aparecer nos mais diversos quadros clínicos?

Trabalhar com o objecto toxicomania é ao mesmo tempo interrogar-se sobre o que é de facto este objecto. É utilizar esta categoria como um instrumento para reflectir sobre a problemática das drogas e da adicção, e neste sentido a própria categoria nosográfica é tomada como um elemento de mediação entre a clínica e a metapsicologia. Como diz Green:

“Sei que estas observações nosográficas (referentes às estruturas narcísicas e aos casos-limite) nem sempre serão bem acolhidas. Se continuo a referir-me a elas, não é apenas por razões da estenografia clínica, por assim dizer, é porque penso que há entre metapsicologia e nosografia relações mais estreitas do que se pensa. Pois, assim como a nosografia não tem outra finalidade do que a de mostrar a coerência de certas constelações psíquicas que se estruturam segundo uma cristalização particular (...) também a metapsicologia - em seu sentido amplo - tem como finalidade definir princípios de funcionamento, eixos directivos, subconjuntos funcionalmente distintos que agem em sinergia ou em oposição uns com os outros”.

Considerar a toxicomania como a cristalização de uma constelação psíquica particular é um ponto de partida que deve ser complementado com uma reflexão que englobe a questão dos usos de droga em geral. Em primeiro lugar, é preciso lembrar que o uso de droga pode ser uma conduta humana que, como outras, tem como finalidade a busca de prazer. Neste sentido, ela nada mais está do que de acordo com o “programa” geral do psiquismo humano: o princípio do prazer. Em segundo lugar, o uso de drogas pode ser entendido como um sintoma que, como outros, tem o seu sentido específico para cada sujeito e pode manifestar-se nas mais diversas personalidades. Gurfinkel pensa que se deve localizar a questão do uso de drogas num “espaço intermediário” entre adicção, sintoma e livre exercício do prazer. A fronteira entre estas três formações não é nítida e, mais do que isto, pode ser móvel em cada caso particular. É neste sentido que este autor utiliza a expressão “espaço

intermediário”, um lugar virtual que ao mesmo tempo separa e une diferentes territórios.

Abordar a questão das drogas não só a partir de um quadro psicopatológico, mas também como um problema geral da conduta humana, é justamente o que nos permite compreender a relação estreita entre nosografia e metapsicologia em psicanálise. Com esta ampliação, uma série de perguntas emergem naturalmente: como compreender a busca de prazer na droga, e qual a sua relação com o princípio do prazer que rege o funcionamento psíquico? Como é que o prazer/desprazer se coloca especificamente nas estruturas adictivas? Deveríamos, nestes casos, localizar a compulsão adictiva para além do princípio do prazer? Qual é a relação desta problemática do prazer/desprazer com a vida pulsional do sujeito que se droga? A qual das “teoria das pulsões” deveríamos recorrer para compreender o uso de drogas e a toxicomania?

Um último ponto em relação à toxicomania enquanto categoria psicopatológica refere-se à sua especificidade em relação a outras adicções. Gurfinkel considera que a droga enquanto objecto tem uma “acção específica” sobre a estrutura adictiva que deve ser levada em conta. Por um lado, temos a materialidade da droga configurando um objecto que transcende a sua representabilidade para o sujeito. Em segundo lugar, temos o efeito farmacológico da droga sobre o organismo, especificamente sobre o sistema nervoso central, que realiza uma interferência directa no funcionamento do psiquismo. Em termos de relação de objecto, temos ainda alguns elementos a considerar: o modelo oral canibalístico, que é vivido concretamente com a droga, e também o facto de tratar-se de um objecto que, além de ser inanimado, está ora dentro ora fora, caracterizando um tipo de relação indiscriminada eu-objecto. A especificidade da toxicomania em relação a outras adicções não deve ser desconsiderada, caso contrário podemos cair numa generalização excessiva e numa negligência do poder do efeito da droga no organismo.

“... Na dependência do toxicómano o essencial não são as propriedades químicas do objecto nem o prazer suposto no seu consumo, mas sim o auto-erotismo subjacente enquanto ideal narcísico de independência, e

cuja função não é outra que a de repudiar a ausência estrutural de um objecto real e adequado ao desejo” (Ocampo).

Gurfinkel considera que as propriedades químicas da droga têm uma importância por potencializar os mecanismos psíquicos descritos, levando a uma especificidade da toxicomania que não pode ser desconsiderada. De qualquer forma, é preciso perceber que o que está em jogo não é apenas a experiência de prazer que a substância química provoca no organismo, mas uma experiência de prazer correlata à interferência provocada pela droga na posição do sujeito em relação ao objecto/realidade, um tipo de prazer que poderíamos agora qualificar - não apenas quantificar - de narcísico.

Na importância do narcisismo em relação ao auto-erotismo é de salientar o aspecto da relação com o objecto (quais as suas características, como se constitui, como se dá o jogo entre o interno e externo) - e, por decorrência, que espécie de objecto é este, - aspecto que corre o risco de ser negligenciado quando abordamos o auto-erotismo apenas como actividade sexual: quando há esta negligência, o caminho alternativo é atribuir importância exagerada a um obscuro factor constitucional. Da mesma forma, a utilização da noção de apoio, neste caso, pode gerar confusão. A ideia da erogeneidade dos órgãos e da formação de zonas erógenas trouxe, pelo alargamento da noção de sexualidade, uma compreensão enriquecida de diversos aspectos da vida psíquica, recolocando as relações entre o corporal e psíquico; mas o apoio - e a aproximação entre zona erógena e função autoconservativa - pode ser também um trilho aberto para um reducionismo ao biológico: tudo depende de como utilizamos esta noção. O conceito de narcisismo, no entanto, vem deslocar o aspecto reducionista/biologizante do auto-erotismo para o campo da relação com os objectos. Para Gurfinkel a droga, nesta perspectiva, é um objecto narcísico. Se pudéssemos falar aqui em escolha objectal - na toxicomania não há propriamente uma escolha, mas um ser capturado e escravizado pelo objecto, ser objecto do objecto - certamente estamos no campo da escolha objectal de tipo narcísica. Aqui vemos, novamente, o risco de um uso equívoco da noção de apoio. Poderíamos pensar, utilizando esta noção, numa escolha objectal da droga por apoio (especialmente se levarmos em

conta o alvo de tipo oral), quando na verdade, se trata muito mais de uma relação narcísica. Pois o objecto-droga é um falso objecto, um objecto que não tem a característica de independência e exterioridade em relação ao sujeito. A droga está ora fora e ora dentro, e nesta indefinição de lugares e de contornos abre-se o espaço para uma vivência de onnipotência dos desejos e fenómenos alucinatorios. Um objecto que é um falso objecto também nos leva a pensar num eu que é um falso eu, pois trata-se de uma pseudo-relação eu-objecto.

Talvez se incorra num grande erro ao falar-se em “escolha objectal”, pois assim equipara-se o vínculo do sujeito com a droga, com uma relação de objecto. Freud mostrou-nos como a escolha do objecto ocorre num momento bastante adiantado do desenvolvimento psicosexual, e supõe uma série de “conquistas” anteriores: a unificação das pulsões parciais numa organização, a subordinação destas á zona erógena genital e o surgimento do “amor”. O amor implica a relação de um eu com o objecto, e este objecto, à imagem e semelhança do eu-criador, é uma “pessoa”. Isto ocorre entre o consumidor e a droga? Trata-se de uma relação amorosa? O modelo do auto-erotismo tem a vantagem de passar ao lado destes problemas, já que refere-se à criança “perversa polimorfa” que procura satisfação independentemente de um Eu e de um objecto-pessoa. No entanto, se o auto-erotismo é a principal referência para compreendermos o acto de se drogar, é o narcisismo que nos traz elementos para entrar na estranha relação que une o toxicómano com o seu objecto-droga - seja qual for o estatuto deste objecto - e, por decorrência, para esclarecer o funcionamento mental subjacente às adicções. Assim, refere Gurfinkel se falamos em “escolha objectal” - da mesma maneira como falamos em “ideal sexual” ou “paixão” - utilizamos estas noções como modelos que a teoria do narcisismo nos oferece para compreender os fenómenos da clínica.

A Questão Nosológica

Liberman, num trabalho de pesquisa realizado na década de sessenta, abordou os diversos quadros psicopatológicos que se apresentam na clínica - desde os quadros classicamente descritos de neurose e psicose, até aos quadros mais recentes, como as patologias psicossomáticas, distúrbios de carácter e as toxicodependências - procurando relacioná-los com a teoria da comunicação. Em *A comunicação em psicanálise*, propõe uma classificação dos quadros psicopatológicos através dos estilos de comunicação. Um dos estilos que discrimina é o estilo épico, que comporta as ditas psicopatias, perversões e adicções. Todos estes quadros, apesar das suas diferenças, incluem as “pessoas de acção” ou de carácter impulsivo. O psicopata, com uma “...cosmovisão delirante que lhe serve como tema para desenvolver uma acção vingativa...” , é aquele em que predominam os impulsos agressivos sobre os libidinais, enquanto que na organização perversa predominam os últimos. Para este autor, “a adicção consiste na utilização de algum meio com a finalidade de desenvolver uma determinada acção, na qual a própria droga ou a relação com ela pode constituir em si a finalidade e que, além disso, teria como motivação última um repúdio a determinados aspectos da realidade interna e externa” (Ibidem). Em termos gerais, as pessoas de acção têm enormes dificuldades em desenvolver atitudes construtivas e abandonam as tarefas a meio do caminho: apesar das suas fachadas coerentes, “...registam-se épocas de comportamento extravagante dentro do grupo familiar, com abandonos graves e relações afectivas erotizadas” (Ibidem). As perturbações podem manifestar-se tanto na área sexual (perversões) quanto na área do comportamento (actuações limites como a delinquência e atitudes anti-sociais: acções transgressivas).

O que parece ser essencial nestes grupos psicopatológicos é a incapacidade de pensar e a substituição do pensamento pela acção. Segundo Liberman, a pessoa é capaz de perceber a tensão da necessidade, mas é incapaz de codificá-la em termos verbais e transmitir a mensagem, no sentido de que a necessidade seja satisfeita. Trata-se de

uma falha simbólica no percurso intrapsíquico que vai da percepção à acção. O efeito desta falha é um estado crónico de frustração, que gera tédio e agressão, e que advém da insatisfação. A apatia surge da falta de direcção para o objecto e do desgaste próprio da fadiga, e a irritabilidade é a sua expressão fenoménica. A única forma encontrada de fugir ao tédio é o acto, e neste sentido “acting out”, pois trata-se de uma actuação cuja principal função é o alívio da tensão. Ao mesmo tempo, a própria acção é a forma de comunicação do indivíduo que não pode veicular as suas mensagens pela comunicação verbal: cada um dos actos pode ser decodificado sendo considerado um componente semântico (as palavras ditas pelas pessoas de acção teriam, desta forma, o estatuto de actos). A compensação para esta falha de comunicação é uma hiperatrofia excessiva do controle e da manipulação da realidade externa. Esta impulsão leva a pessoa a não perceber o outro como separado e distinto dele próprio, a não poder escutar o outro e a um terrorífico estado de solidão constante; tudo isto é movido por uma intensa ansiedade persecutória que leva a um controle contínuo do objecto para defender-se das suas ameaças.

As adicções incluem-se, pois, nas impulsões na medida em que supõem “...manipulações e utilizações de objectos externos desde o álcool à morfina, até ao café e ao cigarro, com a finalidade defensiva de bloquear o afecto depressivo em determinadas situações” (Ibidem). Esta “impulsão para a fuga” pode, para Liberman, tomar as mais diversas formas, desde a adicção às drogas e ao álcool, até ao impulso para roubar, à adicção à comida e à conduta do impostor clássico que necessita enganar mulheres ingénuas. O que caracteriza a adicção é o grande prazer que a acompanha, sendo assim regida pelo princípio do prazer e da descarga imediata.

A aproximação da toxicomania com a perversão é bastante comum na literatura psicanalítica. A prática clínica mostra, por seu lado, uma frequência considerável de episódios perversos e actuações psicopáticas em alguns casos de toxicomania. Este não é, no entanto, um traço comum aos utilizadores de droga de modo geral e não significa necessariamente que se trata da mesma estrutura psíquica; mas as semelhanças são evidentes.

Joyce McDougall tem trabalhado esta aproximação de maneira bastante interessante. Esta autora, propõe a existência de uma “estrutura adictiva”, onde a actuação representa uma maneira compulsiva de evitar um transbordamento afectivo. Juntamente com um tipo de pacientes que chamou de “normopatas”, os pacientes adictivos formariam o grupo dos “sem-afecto” (“dis-affected”). Nestas pessoas, qualquer emergência de emoção é imediatamente dispersa pela acção: “apercebi-me de que estes analisandos, devido a ansiedades psicóticas insuspeitadas ou a uma extrema fragilidade narcísica, eram incapazes de conter ou lidar com momentos de maior carga de afectividade” (McDougall).

Assim, o que caracteriza a “personalidade aditiva” é a procura constante, fora de si próprio, em solucionar problemas que são internos. O objecto pode ser o mais variado, já que o importante é o modo de se relacionar com ele: “a solução encontrada pode ser uma substância: álcool, comida, droga... ou então a utilização activa de outros (o que faz parte dos problemas ditos narcísicos da personalidade), ou ainda uma utilização adictiva da sexualidade, isto é, numa relação sexual em que o objecto tem pouca importância, ou deve mudar constantemente” (McDougall). Como o objecto adictivo é uma tentativa de resolução de conflitos internos, o seu efeito é sempre transitório, e a actividade adictiva tem que ser renovada continuamente. McDougall denominou este objecto de “objecto transicional patológico” (utilizando o pensamento de Winnicott), já que se trata de um objecto que nunca completa a transição para o registo da linguagem ou do pensamento, não havendo nunca a introjecção da função materna.

Na verdade, McDougall utiliza o modelo da adicção para compreender a perversão, propondo para esta última a expressão “sexualidade adictiva”. O resultado acaba por assemelhar-se com a proposta de Liberman. Ao aproximarmos adicção, perversão e distúrbios de carácter, o elemento comum que surge é o déficite de simbolização. Um modelo importante que está presente nas concepções de McDougall é o do funcionamento psicossomático: o “pensamento operatório” e a “alexitimia”, características das “personalidades psicossomáticas”, são encontrados nos casos de adicção. Ao comentar que os “dis-affected” tendem a somatizar quando aumenta a

tensão interna ou externa, McDougall levanta a hipótese de que as defesas narcísicas e as acções adictivas servem como protecção contra regressões psicossomáticas.

Podemos imaginar que a dependência de drogas traz em si uma problemática subjectiva referente ao conflito de dependência? Encontramos no pensamento de Bleger um trabalho importante sobre o tema.

Bleger em *Simbiose e ambiguidade* trabalha com a noção de “personalidade dependente” e parte de duas teses básicas. A primeira tese afirma que na base de todo o conflito de dependência-independência encontram-se perturbações do processo de projecção-introjecção: este encontra-se dissociado, havendo projecções sempre em bloco (maciças) e um rígido controle da reintrojecção, que é sempre vivida como catastrófica. A segunda tese afirma que para compreendermos estas perturbações nos processos de projecção-introjecção devemos necessariamente estudar a formação das condutas de tipo autista e simbiótico (Bleger).

A simbiose caracteriza-se por um vínculo de dependência muito estreito com um objecto externo; baseia-se numa fixação ou regressão normal no desenvolvimento a uma primitiva relação simbiótica mãe-filho. Ou seja, é o protótipo da relação de dependência - “A simbiose é uma estreita interdependência entre duas ou mais pessoas que se complementam para manter controladas, imobilizadas e, até certo ponto, satisfeitas as necessidades das partes mais imaturas da personalidade; tais partes exigem condições que estão dissociadas tanto da realidade como das partes mais maduras ou integradas da personalidade” (Ibidem). Para Bleger a parte imatura da personalidade é a sua parte psicótica. Esta caracteriza-se basicamente pela não discriminação entre eu e não-eu, assim como entre as diferentes organizações psicosexuais. Como se vê, este estado de indiferenciação primitiva não permite o contacto com a realidade, pois a mesma só se constroi a partir do processo de diferenciação por intermédio de projecções e introjecções contínuas. Quando este processo está dissociado, não há a possibilidade da reparação da imagem de objecto interno projectado na realidade, ficando esta como puro depositário do mundo interno.

O oposto da simbiose é o autismo, que se caracteriza por uma barreira que torna impenetrável o mundo interno do sujeito. Ou seja, aparentemente, este não mantém nenhum vínculo com o exterior. A partir do conceito de narcisismo transferencial, Bleger demonstra que ambos, simbiose e autismo, são duas faces da mesma moeda. Ambos são relações narcísicas com objectos internos; trata-se de consumir o princípio do prazer e de defender tais objectos da intromissão da realidade externa. São formas de controle para evitar a perturbação da totalidade das relações narcísicas - “Autismo e simbiose são os extremos de uma clivagem entre o projectado e o introjectado” (Ibidem). Ou seja, na simbiose o objecto (núcleo) aglutinado está totalmente projectado no objecto externo (o outro no par simbiótico) enquanto que no autismo o mesmo encontra-se alojado no mundo interno do próprio sujeito.

Bleger afirma que o conflito entre dependência e independência é o conflito entre dois níveis de desenvolvimento (oralidade e genitalidade). Existe a necessidade de manter estes dois níveis rigidamente dissociados, caso contrário emerge uma extrema confusão e desorientação. Na verdade, cada um destes níveis funciona como defesa contra o outro. O indivíduo abdica de uma aparente independência para se defender da sua intensa dependência, e utiliza a sua dependência para evitar o seu conflito edípiano - “A dificuldade de se separar da mãe, sair de dentro dela, é a dificuldade de enfrentar o conflito edípiano e a inveja da mãe por seus conteúdos. Se está dentro da mãe, está protegido, não teme os seus fantasmas; a relação simbiótica com a mãe protege (o paciente) de situações persecutórias. Por isso mantém-se ligado a ela, numa relação de dependência simbiótica” (Ibidem). Assim, a elaboração da relação de dependência simbiótica é vivida como uma separação, um sair do corpo da mãe, e vem acompanhada de fantasias de parto ou de renascimento.

Estará o toxicómano também preso a uma relação simbiótica com o seu objecto primário, sendo o vínculo com a droga a expressão de um conflito entre dependência e independência? Como se pode notar, a contribuição de Bleger sobre dependência levanta uma vez mais a questão fundamental do narcisismo e do processo de discriminação eu/objecto, elementos muito importantes para a clínica da toxicomania. É com Susana Dupetit que encontraremos uma articulação cuidadosa

entre dependência e adicção, especialmente com a noção de dependência adicta - “Denominamos dependência adicta esta dependência interna a uma parte da personalidade, para diferenciá-la de outros tipos de dependência, como a dependência infantil total, a dependência infantil relativa e a adulta, chamada também independência ou dependência madura (Winnicott)” (Dupetit, La adicción y las drogas). Desta forma, a dependência adicta refere-se a uma situação intrapsíquica de submissão do mundo mental à sua organização onnipotente; este seria o modelo primeiro de “escravização”, que é então transposto aos objectos externos.

Podemos então distinguir a dependência adicta da dependência de drogas, já que a primeira refere-se a uma descrição do funcionamento mental e a outra à descrição de uma conduta em relação a um objecto externo. Para a autora, a dependência adicta está presente, com características diversas, em todas as enfermidades mentais. A adicção (às drogas ou a outro elemento externo) é apenas uma manifestação da dependência adicta - “Sua característica específica é o apelo a instrumentos externos aos quais o sujeito outorga o poder ilusório de aliviar sua tensão psíquica. Isto implica uma retracção emocional e perceptiva bastante importante com respeito aos demais seres humanos e ao mundo, um interesse predominantemente dirigido a objectos e não a pessoas (ou pessoas consideradas como objectos); o indivíduo organiza as suas defesas com o intuito de negar os elementos da realidade exterior, que lhe provocam dor psíquica, ao mostrar-lhe a sua dependência ao meio humano” (Ibidem).

Andrés Rascovsky partindo da ideia de que a finalidade do uso de drogas é a busca de um “bálsamo narcotizante” diante do narcisismo ferido, propõe a divisão dos utilizadores em três “grupos clínicos” segundo a forma pela qual buscam atingir a meta. Esta “classificação” proposta por Rascovsky parece oferecer uma orientação bastante útil para penetrar na diversidade de “formações sintomáticas” relacionadas com o uso de drogas e, desta forma, abre caminho para compreender os diversos “níveis” de toxicomania.

“Segundo o uso e os efeitos psicopatológicos centrais que produzem as drogas, podemos delimitar descritivamente três grupos: a) utilização da droga como facilitador ou meio de reafirmação do Eu; b) utilização da droga como alternativa frente ao mundo exterior, como refúgio na modalidade onírica; c) utilização da droga como uma tentativa de interferir no circuito pulsional e dismantelar a organização do aparelho psíquico”(Acerca de la drogadicción - una perspectiva psicoanalítica).

De um ponto de vista psicanalítico estas formações, de uma maneira geral, no quadro dos “superinvestimentos narcísicos” de funções de órgão, na urgência, permitem ligar as quantidades de excitação. Freud indica, por outro lado, que tal orientação da libido (cujos protótipos seriam as afecções orgânicas e a hipocondria), neutraliza momentaneamente os sofrimentos neuróticos, e até os sintomas melancólicos. E mais precisamente, o superinvestimento narcísico de uma função de órgão pode, segundo Freud, proteger contra a acção de um trauma sexual.

É interessante salientar que, já em 1958, uma época na qual não eram tantos os utilizadores de drogas, Radó tenha dividido os toxicómanos em três grupos: o grupo psiconeurótico, o grupo esquizofrénico e o grupo psicopático. Mais recentemente, Bergeret, apesar de reconhecer que a toxicomania desenvolve-se em qualquer tipo de estrutura mental, preocupa-se em discutir a toxicomania nas estruturas psicótica e neurótica e nas personalidades depressivas. Isto é, apesar de Radó e Bergeret pertencerem a épocas distintas inclusive no que concerne à importância epidemiológica, social e cultural do uso de drogas, deve ser salientado que concluem que a toxicomania instala-se em tudo o que existe em termos de perfis psicopatológicos classicamente desenhados. Este é um argumento favorável a dirigir esforços no sentido de reconhecer, teoricamente, um efeito singular no acto de se drogar como constituinte do estilo toxicomaniaco. Um estilo que inclui uma particular relação com o significante, com o sintoma, com o prazer e com o gozo. O acto toxicomaniaco não é transitório e passageiro. É um acto que deixa marcas que não são negligenciáveis.

Um autor que tenta encontrar as particularidades do toxicómano é Olievenstein. Este autor procura os acontecimentos que possam constituir uma estrutura própria dos drogados, a partir de uma interpretação muito pessoal do estágio do espelho formulado por Lacan. O estágio do espelho consiste numa experiência na qual o sujeito nascente reconhece, antecipadamente, a sua unidade corporal. É uma passagem fundamental para a formação do “Eu”, segundo a leitura lacaniana. Olievenstein pressupõe o acontecimento de algo intermédio entre um estágio do espelho bem sucedido e um impossível. Diz o autor francês:

Face a face com o espelho, esse flash da descoberta de si e da imagem de si, e nesse instante preciso o espelho quebra-se devolvendo uma imagem fracturada e uma incompletude, lá mesmo onde as brechas deixadas pelas ausências de espelho só podem remeter àquilo que havia anteriormente (a essa experiência): a fusão, a indiferenciação etc. Assim, parcialmente fusionado, parcialmente autónomo, logo, parcialmente psicótico, parcialmente perverso e, portanto, parcialmente normal, o toxicómano em potencial vai de encontro ao seu destino.

Filho mostra-se crítico para com a posição defendida por Olievenstein. Afirmar que a sua descrição é “absolutamente movediça” relativamente ao sujeito toxicómano. Diz ainda que, esta posição é “ao mesmo tempo semelhante e diferente dos sujeitos que a clínica habitualmente recebe e escuta”. Filho insurge-se contra a proposição de que o destino do sujeito já estaria desenhado na experiência durante o estágio do espelho achando-a simplificadora uma vez que “não leva em consideração justamente a novidade que o toxicómano apresenta ao clínico” – neste caso a droga. Refere ainda que Olievenstein “cai na mesma vala comum” de muitos autores que persistem na “crença operatória” de que um sujeito com um “Eu forte”, bem constituído, não se torna um toxicómano. A posição de Filho é a de desvalorizar a fixação ao passado e valorizar as mudanças que ocorrem durante o desenvolvimento, o que para nós não deixa de ser uma ideia original, tornando mais complexa a questão, mas continua a dar importância ao peso dos factores históricos (leia-se vida emocional) do sujeito. As palavras de Melman, que não excluem a questão do diagnóstico, indicam que:

...tudo nos leva a falar de perversão, mesmo se é uma perversão um pouco especial onde o objecto não é representativo do falo, mas onde o objecto vem mesmo negar o falo. Então é uma perversão especial...

Filho é igualmente crítico com este enquadramento do toxicómano a um esquema clássico uma vez que “obriga, necessariamente, a uma torção na classificação, um mais para lá e um mais para cá, para encaixá-lo”. Defende por outro lado, a posição de Melman quando este afirma que “...qualquer um pode tornar-se toxicómano. Quer dizer que o encontro accidental é susceptível de provocar transformações psíquicas que produzem uma toxicomania”.

Por outro lado, Santiago pensa que “...a toxicomania deve ser considerada um importante capítulo dos inclassificáveis da psicanálise”. O importante aqui, é insistir na conveniência de encarar o uso da droga em si e os efeitos que produz.

Uma outra perspectiva é a de Zafirooulos, um autor igualmente influenciado pela escola lacaniana e que tem um trabalho com um título afirmativo denominado *O toxicómano não existe*. A posição deste autor é concordante com a de Filho uma vez que esta entidade clínica, a toxicomania, não existe a não ser em sujeitos psicóticos, perversos e neuróticos que consomem drogas. É interessante salientar que a afirmação de Zafirooulos é curiosa, uma vez que dentro das perspectivas teóricas da psicanálise, não há uma outra estrutura, à qual o psicanalista pudesse referir-se, para além das três citadas. Muito provavelmente isto está vinculado à dificuldade em encontrar uma lógica, no sentido de definir uma estrutura clínica, quando se trata do toxicómano. Para Filho se não há uma estrutura que descreva o “sujeito normal”, a afirmação “usam drogas os perversos, os neuróticos e os psicóticos” carece de sentido. Neste sentido é importante reconhecer que o traço distintivo no toxicómano que não o confunde com neuróticos, psicóticos ou perversos que usem drogas é exactamente a intensa repetição de um mesmo acto. Filho apoia-se na evidência de que o uso de drogas não é, propriamente, uma fatalidade e que pode ocorrer sem, necessariamente, perturbar por completo a estrutura pulsional e significativa do sujeito.

Não conhecemos, em pormenor, o trabalho clínico de Filho, mas a nossa experiência pessoal diz-nos que não existe sujeito que mantenha uma relação continuada com a heroína que não tenha uma profunda alteração no seu mundo interno e na relação com os outros.

Entretanto, o próprio Zafiropoulos faz comentários interessantes acerca desta singularidade do toxicómano. Diz que o consumidor de drogas, à demanda do saber, responde pela procura do produto. Isto é, o toxicómano nada quer saber sobre o inconsciente, apenas se interessa pelo encontro com a droga e o efeito que surge desse encontro. Um efeito de gozo e sem palavras. Este autor observa que, no paradoxismo da experiência toxicomaniaca,

...chega-se a uma certa abertura e o sujeito do discurso rouba-se inteiramente, e não deixa no seu lugar se não um gozo, um acto e um imaginário. Assim, sem palavras e sem imagem, ele está fora da transmissão e não faz nem cultura nem laço social. Ponto de apelo dentro da experiência, mas simultaneamente ponto de fuga do discurso, ela forma um buraco dentro da trama que se transmite.

Zafiropoulos põe em relevo a particularidade do que usa drogas, sem recorrer a pontos de fixação ao qual “regrediria” o toxicómano, nem a um destino previamente estabelecido na vivência do estádio do espelho. Coloca a particularidade daquele que usa justamente na repetição e na compulsão, que resulta num “buraco dentro da trama que se transmite”. Reconhece Zafiropoulos que o sujeito drogado “ocupa a posição de um ponto de apelo tirânico onde a atracção força a repetição”. Este discurso comporta os elementos que a psicanálise requer para teorizar a respeito da toxicomania. Para Filho é importante não cair na tentação de reduzir os toxicomanos à semelhança que podem apresentar com outros sujeitos da clínica, se for possível descrevê-los, de uma forma diferente “ganha-se com isso”.

Poulichet admite uma posição similar. Esta autora, fala também, do insólito desaparecimento do sujeito e, complementa, incluindo a condição na qual não existe nenhum objecto para o sujeito. Diz Poulichet: “...trata-se de um equivalente narcísico de um órgão doente, com a peculiaridade da criação de uma nova função de órgão,

uma nova borda”. Uma nova borda erógena, mas uma borda que, ao contrário das silenciosas pulsões de órgão essencialmente auto-eróticas sobre as quais refere Freud em “As pulsões e suas vicissitudes”, é nova, é instigante, tirânica e não é silenciada com facilidade. Este detalhe volta a colocar a questão narcísica do toxicómano como um problema teórico importante.

De acordo com Filho, é necessário, reunir as propostas de Zafiropoulos e Poulichet para construir uma proposição psicanalítica a respeito da toxicomania. Esta proposição não define uma “estrutura toxicomaniaca” logicamente demonstrável, mas procura reconhecer que a droga altera e cria uma balbúrdia na condição erógena do sujeito, seja esta qual for. Desmonta, ao mesmo tempo, a relação do ser à linguagem e o estabelecimento do perfil pulsional, obtidos durante a passagem pelo Édipo. Constitui, portanto, um novo Real pulsional e uma nova maneira de se situar diante do Outro.

A proposição de Filho pode ser resumida: não se encontra uma “explicação” para o uso de drogas no passado edipiano ou bioquímico dos sujeitos. O uso de drogas pertence à história. E mais que pertencer à história, constrói uma história. Não há razão para se insistir em equiparar a toxicomania às estruturas clínicas habituais, se os toxicómanos se demonstram diferentes. Para este autor, esta diferença reduz-se essencialmente ao uso de drogas. Este uso, por mais que encontremos, com frequência, aqueles que as usam “recreativamente”, não é ingênuo ou inócuo. Traz consequências e estas podem alojar-se precisamente ali onde a pulsão coalesce com a palavra. Tudo isto abala e enegrece o Simbólico, por mais que se pense o uso da droga no seio de uma relação, os toxicómanos indicam que não há esta relação, fora da relação operada com a droga.

Tentámos descrever vários aspectos que do ponto de vista psicodinâmico caracterizam a conduta toxicómana.

A preocupação com o percurso biográfico do jovem toxicómano, com a história das suas relações precoces, da sua vida quotidiana, - particularmente na fase do desenvolvimento adolescente - da sua relação na família, transporta-nos de

abordagens de carácter mais estático (p.e. o estabelecimento de quadros clínicos) para uma outra de carácter mais dinâmico.

Dentro da própria teoria psicodinâmica, a dispersão de quadros de referência complica a tentativa de síntese. Mesmo assim, é possível detectar conceitos-chave que organizam a compreensão do fenómeno: os de regressão, identificação e depressão. A problematização das instâncias parentais aparece como central, não enquanto determinantes de per si, mas como elementos que interagem e lançam luz sobre os processos psicodinâmicos do indivíduo. São os alicerces profundos das vicissitudes do desenvolvimento, com o papel precocemente desempenhado nos processos intra-psíquicos e de relação objectal do toxicómano adolescente. As figuras do pai ausente ou da mãe superprotectora, por exemplo, temas recorrentes na psicanálise, aparecem frequentemente a propósito do toxicómano.

O toxicómano revela, no seu sofrimento e no seu comportamento, um processo pessoal de inícios longínquos - as raízes fora da sua memória consciente. Um processo de desenvolvimento que lhe imprimiu uma falta, e este sentimento adquirirá a inexorabilidade dum destino. Este processo pessoal de inícios longínquos viveu-se no seio de relações familiares peculiares que a teoria psicodinâmica tenta caracterizar.

A abordagem psicodinâmica, de acordo com Cândido Agra, aplicando o seu sistema de conceitos a este objecto de desviância, opera uma descrição psicopatológica do toxicómano própria de uma racionalidade psicológica: o indivíduo e as suas peculiaridades de funcionamento constituem o eixo central do modelo explicativo, e não já, como na abordagem psiquiátrica clássica, o quadro clínico como entidade descritivo-repartidora dos indivíduos. Deslocação da classificação à compreensão, da perturbação ao indivíduo que a carrega, da causa do sintoma ao seu significado, ou diríamos, aos vários significados individuais.

O processo que, desde a marca inicial das relações precoces ao resultado final das condutas perturbadas adolescentes, esclarece o resultado singular que é a individualidade de cada toxicómano, não deixa de reflectir um esquematismo causalista no racional da psicanálise. A toxicomania é produto de uma direcção particular da existência do sujeito, direcção que é determinada desde os seus inícios

como indivíduo e que tem, através das causas operantes no seu psiquismo, a inevitabilidade de um fatalismo. Não há escolha, na procura da droga - há culminar dum processo que o indivíduo realiza mas não elegeu.

Esta racionalidade psicológica, operando ainda com o conceito de personalidade, não tenta fixar-lhe um perfil pré-toxicómano, base estrutural fixa conducente à compulsão do consumo de drogas - tenta escutá-la na sua dinâmica, no seu jogo de conflitos, no seu crescimento. Com efeito, há amplo acordo entre os autores quanto à impossibilidade de se concluir por uma estrutura de personalidade que desemboque provavelmente na toxicodependência. Mas, por outro lado, há amplo acordo em reconhecer-se que existirão traços de funcionamento comuns às diferentes estruturas. Concordamos com Farate (2001) quando afirma que existe uma complexidade psicopatológica que questiona a pertinência metodológica actual de uma lógica nosográfica que parece pouco adaptada às vicissitudes do novo “diálogo” transdisciplinar entre exegese científica e escuta clínica.

O carácter disfuncional do meio próximo do toxicómano confirma, então, a fragilidade dos limites de um quadro familiar enfraquecido, que não soube assegurar, senão de forma parcial e descontínua, o seu papel de espaço transitivo no processo conflitual do adolescente em busca de autonomização.

Este *impasse do desenvolvimento*, na definição dos Laufer (1984), constituiria então a plataforma giratória de uma conduta agida que se inicia frequentemente na adolescência e que corresponde, segundo Jeammet (1987), a uma “patologia dos limites” cuja problemática “pode ser expressa em termos de separação-indivuação, identificação projectiva, patologia narcísica, flutuação das fronteiras no seio do sistema familiar” e reflete sempre “uma falha narcísica que torna difícil, senão impossível, a elaboração da separação e da angústia de castração”. Para este autor, “o sujeito tem demasiada necessidade dos seus objectos para poder tolerar a dependência, o que o impede de se autorizar uma atitude de receptividade e aceder a movimentos de introjecção”.

Amaral Dias (1980), por seu turno, propõe uma abordagem da toxicomania enquanto problemática da adolescência, encarada sobre o ângulo da depressividade. Salienta a

importância da perturbação das identificações e do problema da identidade como “factores nucleares no evoluir toxicómano”.

Para Amaral Dias (1988), “a dificuldade (ou mesmo a impossibilidade) de fazer o luto das imagos edípianas nos toxicodependentes, ou seja, por outras palavras, a impossibilidade preliminar necessário à obtenção de uma identidade” conduz a uma “paragem na evolução do sistema Super Eu/Ideal do Eu”. Deste modo, “a tensão entre Ideal do Eu e Eu que desemboca numa incapacidade do Eu em satisfazer o Ideal do Eu por uma adaptação à moratória disponível, provoca no toxicodependente um sentimento intenso de frustração que não é susceptível de sublimação e que facilita a aquisição de uma identidade não adaptativa”.

O acto substitui-se ao objecto, ou melhor, o que está em causa é o investimento do “aspecto negativo das relações” (Winnicott, cit in A Green) como contrapartida de uma “notória intolerância ao luto, já que perder o outro equivale a perder-se a si mesmo, na medida em que o objecto é a fonte de toda a autoestima do Eu” (Green).

Numa tal situação em que “o objecto e o Eu são um só” a perda de controlo do objecto constitui uma ameaça para a integridade narcísica do sujeito. O sujeito é então constrangido, segundo Green, a fazer um “investimento negativo” do objecto, ou seja, um “investimento do espaço vazio deixado pelo objecto, assumindo este vazio o valor de única realidade”.

Ora, o acto de se drogar comporta a dimensão de uma tentativa de preenchimento do vazio objectal interno que testemunha a incapacidade em simbolizar os afectos e “reenvia sempre a carências narcísicas sérias e precoces, que conduzem a vividos depressivos contra os quais se torna necessário lutar simultaneamente pelo comportamento e pelo corpo” (Bergeret).

A Khantzian devemos a sistematização de uma teoria sobre o papel terapêutico da dependência relativamente às substâncias psicodislépticas, de acordo com os defeitos particulares da estrutura e do funcionamento do aparelho psíquico, particularmente do Eu e da sua instância narcísica, o Self (si próprio).

A “hipótese da auto-medicação das perturbações adictivas”(self-medication hypothesis of addictive disorders) é o corolário heurístico de uma tal teorização.

Segundo esta hipótese os toxicod dependentes têm tendência a utilizar uma droga particular para tentar sustentar uma realidade interna marcada pelo enfraquecimento do Eu e pela perturbação do sentimento de si que estão na origem de dificuldades que atingem, simultaneamente, “as pulsões e os mecanismos de defesa, a auto-estima (self-care), a dependência e a satisfação das necessidades”. Este autor refere que os heroinómanos procuram nos opiácios um apaziguamento face à ameaça angustiante de “confusão interna e de agressão externa” despertada pela “raiva e pelos impulsos violentos” que os atormentam; quanto aos cocainómanos, estes tornam-se dependentes da cocaína com o objectivo de aliviar a disforia, a hiperactividade e a baixa auto-estima que estão associadas a um afecto depressivo persistente.

SINTOMAS E CARACTERÍSTICAS DA PERSONALIDADE NA TOXICOMANIA

“- Porque é que me drogaram e torturaram nos primeiros dias? -
Tentámos restaurar-lhe as suas memórias perdidas, mas não fomos
bem sucedidos”.

Ursula K. Le Guin

Para Leon Wurmser, no que diz respeito à patogénese do uso compulsivo de drogas, como em muita da sintomatologia neurótica, alguns factores observam-se frequentemente na clínica, nomeadamente: uma intolerância perante os afectos, especialmente aqueles que têm uma natureza de desprazer, ansiedade e tristeza, e as suas variantes na forma de vergonha, culpa, sentimentos de inferioridade, impaciência (disforia), desgosto e tensão. Alguns autores, nomeadamente, Lichtenberg (1986) referem-se a uma falha na regulação afectiva que pode contribuir para as dificuldades emocionais que encontramos nestes pacientes. Com uma tão intensa e intolerável dificuldade em lidar com os afectos, ou seja, em identificar e lidar com os diferentes estados afectivos (regulação afectiva) este facto tem como consequência uma particular severidade nos conflitos. As ansiedades resultantes destes conflitos são particularmente invasivas e especialmente clivadas. Todas as ansiedades têm uma dimensão narcísica a ser salientada e, um ponto importante a assinalar no que diz respeito às dificuldades com estes conflitos é o facto de existir uma luta entre o desejo de pertencer e o desejo de ser autónomo, o que nos leva ao problema da separação e individuação (Mahler) e às questões que têm a ver com as preocupações com a castração, os aspectos da luta edipiana, a aquisição da simbolização e a emergência de manifestações do super-eu. Estes conflitos globais

são frequentemente negados sobre a máscara de um “falso self” e os problemas narcísicos envolvem quase sempre como questão central os conflitos com o super-eu. De acordo com Wurmser, até 1974, houve muito pouco interesse em explorar de uma forma sistemática as causas do consumo de drogas. Glasscote *et al.* (1972) descreveram este estado de coisas da seguinte forma:

Será compensador realizar esforços para identificar um grupo de causas universais que apontem para uma susceptibilidade. Em todo o caso, apesar do interesse em tentar determinar como é que os toxicómanos *são*, por intermédio de entrevistas e provas psicológicas estandarizadas, tem havido um esforço muito fraco de sistematização no sentido de encontrar e quantificar causas. Por outro lado, têm sido adiantadas muitas *hipóteses* acerca das condições, dos eventos e circunstâncias que favorecem o consumo de drogas e que geralmente caem dentro de três categorias: as físicas, as internas ou intrapsíquicas e as sociais ou ambientais.

A questão que Wurmser formula e que pretende responder é a de saber quais são as causas que levam ao abuso do consumo de drogas? E até que ponto a compulsividade tem a ver com a natureza física?

Aqueles que trabalham de perto com toxicómanos sabem que se a droga é retirada ao sujeito, rapidamente o sujeito tende a substituir o sintoma por outros sintomas. Na clínica com estes pacientes observam-se frequentemente sintomas de depressão neurótica, tentativas de suicídio, actos de violência, roubos, fugas e elevada ansiedade.

Quando assistimos a uma paragem dos consumos observamos com muita facilidade o reaparecimento desses sintomas muitas vezes de uma forma exacerbada e mais destrutiva do que o próprio consumo de drogas. Neste momento o sujeito rapidamente recorre a outras formas de compensar este desconforto. Os pacientes privados da droga frequentemente passam a abusar de álcool e sedativos (especialmente barbitúricos). Noutras palavras, o uso compulsivo de drogas é apenas um dos muitos sintomas entre outros, a expressão de um distúrbio prévio, e não a doença nela própria.

Uma das implicações desta observação é a de que a tarefa mais difícil em tratar estes pacientes não é a abstinência das drogas, mas a forma de lidar (coping) com a necessidade emocional de consumir drogas.

Wurmser coloca ainda questões sobre a extensão e a natureza dos elementos psicopatológicos no uso compulsivo de drogas e que se reflectem na fenomenologia e nas avaliações psicodiagnósticas. Como podemos entender os elementos psicopatológicos como consequência do uso de drogas e que influência tem a família no sintoma?

Estudos realizados com provas psicológicas, nomeadamente o Rorschach e o TAT por Moralès apontam uma ausência de uma modalidade de funcionamento específico nos jovens toxicodependentes.

Estudos de avaliação psicológica

Uma constatação de Wurmser (1978) é a de que as poucas populações de toxicodependentes que são estudadas com a ajuda de testes revelam-se repletas de psicopatologia severa. As perturbações graves de personalidade representam a maioria dos casos, as neuroses uma minoria e as psicoses uma raridade. A extensão da depressão em todas as categorias de toxicodependentes, particularmente nos heroíno-dependentes é massiva.

Blatt *et al* (1984) realizaram um estudo comparativo entre um grupo de heroínómanos e um grupo de controlo e utilizaram o Loevinger Sentence Completion e o Bellak Ego Functions Interview. Os dois grupos foram ainda, comparados a um grupo clínico de doentes hospitalizados, psicóticos ou borderline, por meio do Rorschach. Blatt *et al.* observaram que os heroínómanos apresentavam no Rch um funcionamento cognitivo menos perturbado e uma prova da realidade mais adequada do que os pacientes do grupo psiquiátrico, mesmo se as suas respostas revelevam uma tendência a uma maior flutuação afectiva do que as dos doentes dos dois outros grupos.

Por outro lado, os toxicodependentes e os pacientes psiquiátricos apresentavam um menor desenvolvimento funcional do Eu do que os elementos do grupo de controlo. Os resultados das respostas dos toxicodependentes ao Bellak Ego Functions Interview evidenciavam ainda que estes últimos estão, enquanto grupo, mais próximos de um funcionamento psíquico de tipo neurótico. Esta é precisamente a nossa opinião e está de acordo com as inúmeras entrevistas de avaliação psicológica que realizamos com estes pacientes. Em mais de mil entrevistas clínicas por nós efectuadas apenas constatamos cinco casos de diagnóstico claro de psicose.

Mas a conclusão mais importante a que chegaram Blatt *et al.* neste estudo comparativo refere-se às graves dificuldades apresentadas pelos toxicodependentes ao nível das relações pessoais e da modulação do afecto. São estas dificuldades que os levam a “procurar de forma isolada as satisfações e os prazeres que poderiam encontrar em relações interpessoais íntimas”.

Ora, a dificuldade, ou mesmo impossibilidade, do toxicodependente “criar para si uma antecipação de desejos e prazeres realizáveis nas trocas com um outro” (Bergeret) resulta de um processo inacabado de diferenciação de si mesmo enquanto sujeito e, correlativamente, enquanto objecto de relação, que reenvia a uma perturbação precoce na estruturação da personalidade.

De facto, a abordagem da toxicodependência como expressão quer de uma perturbação específica ou forma particular de organização da personalidade, quer de uma disfunção psíquica decorrente de diferentes alterações da estruturação da personalidade, constitui um objecto de estudo clássico para os autores que se interessam pela delimitação de uma organização psicopatológica específica da toxicodependência.

Kosten *et al.* colocam, ainda, a questão da especificidade prognóstica que podem apresentar certas perturbações da personalidade identificadas em 150 heroinómanos, seguidos em tratamento ambulatorio durante dois anos e meio, que constituíram a amostra do seu estudo clínico. Neste estudo utilizaram os critérios diagnósticos do Research Diagnostic Criteria (R. D. C.), derivados do DSM III e, como instrumento de avaliação diagnóstica, recorreram a uma versão alargada da Schedule for

Affective Disorders and Schizophrenia (S. A. D. S.); utilizaram ainda a Addiction Severity Index (A. S. I.) como meio de avaliação prognóstica.

Os resultados deste estudo permitem, em primeiro lugar, concluir que não existe uma “personalidade adictiva” específica da toxicod dependência, mas antes diferentes perturbações da personalidade: em primeiro lugar, a personalidade anti-social, seguida da personalidade limite (*borderline*) e da personalidade narcísica.

Os autores provam, por outro lado, que existe uma maior co-morbilidade psiquiátrica (em particular a depressão, mas também o alcoolismo) entre os heroinómanos que apresentam uma personalidade limite (*borderline*). Entre os que têm uma personalidade anti-social encontram, como previsto, mais condutas delinquentes e entre as personalidades narcísicas mais problemas médicos.

Em conclusão Kosten *et al.* consideram que os problemas psicológicos e sociais dos heroinómanos que apresentam perturbações da personalidade constituem o reflexo não só da sua dependência dos opiáceos, mas também “das dificuldades ao nível das relações interpessoais que estão ligadas à sua perturbação da personalidade”.

Farate (2001) no seu trabalho sobre “risco relacional” e consumo de drogas no início da adolescência encara em dois planos distintos, embora complementares, a questão da relação da vivência dos processos do adolescente e os consumos: no plano clínico enquanto expressão sintomática de uma depressividade subjacente ou, por outra palavras, como um “equivalente depressivo” particularmente significativo na adolescência; no plano psicodinâmico como sendo a última instância defensiva do adolescente face à depressão. Diz ainda que se a resolução dos conflitos identificatórios da adolescência, na sua dupla polaridade narcísica e objectal, necessita da elaboração mental da posição depressiva, todo o obstáculo, interno ou externo, a este processo de elaboração instaura uma “ordem depressiva” que pode predispor o adolescente a uma situação de ruptura não simbolizável, quer ela se traduza por uma perturbação relacional major ou por uma desorganização maciça da personalidade.

Este autor coloca a mesma questão de saber se haverá um tipo de personalidade específico na toxicod dependência e conclui que há pelo menos manifestações comuns,

como o facto de todos estes jovens apresentarem um maior ou menor grau de depressão (Abeleira, 1992).

Rounsaville (1982) aplicou a um grupo de 533 toxicodependentes, que se tratavam em várias modalidades terapêuticas em New Haven, uma bateria de testes que incluía uma entrevista estruturada e escalas para a prevalência ao longo da vida (lifetime prevalence) de perturbações afectivas e esquizofrénicas. Concluiu que havia um número enorme de perturbações psíquicas associadas ao problema da toxicomania.

Dos sujeitos observados 87% reunia os critérios para que fosse diagnosticada alguma doença psiquiátrica, sem ser toxicodependência, ao longo da vida, contra 18% numa amostra geral da mesma comunidade.

Outro aspecto assinalado foi o de que 74% preenchia as condições para ter uma doença depressiva, episódica ou crónica e 52% tinham pelo menos mais de dois diagnósticos psiquiátricos, para além da toxicodependência.

Só 27% tinham características para serem incluídos na categoria de personalidade anti-social. Todos os elementos da amostra estavam cronicamente deprimidos ou eram vulneráveis a depressões episódicas, sendo esta uma das conclusões finais deste estudo, que contrariava assim ideias predominantes na época de que os toxicodependentes teriam maioritariamente personalidades anti-sociais.

Distinguiam-se ainda aqueles adictos cujas características anti-sociais eram independentes do uso de drogas, de outros cujo comportamento anti-social se desenvolveu como reacção ao consumo de drogas. Além disso, os traços anti-sociais e de depressão apareceram muitas vezes associados, os primeiros servindo muitas vezes como defesa contra sentimentos profundos de tristeza, vazio e inferioridade.

Para além deste facto, 14% tinham episódios alcoólicos concomitantes e 35% tinham já sido alcoólicos numa altura anterior das suas vidas.

Este autor refere-se a estudos contemporâneos onde se verifica que muitos adictos melhoravam da sua depressão sem medicação antidepressiva, apenas com a abstinência, facto este verificado por Neto que constata que muitas vezes basta parar os consumos de heroína para que a depressão desapareça.

Por outro lado, Cohen (1982), constata que a adicção não é um fenómeno homogéneo, mas antes que se trata de um problema que se enquadra em diferentes tipos de personalidade e de psicopatologia, que têm em comum a sua dependência. Este autor concorda com Kaufman (1974), quando afirma que a dependência, mais do que uma doença, é um sintoma que pode ser encontrado numa grande variedade de perturbações psíquicas.

Rounsaville também realizou outro estudo em que define os adictos a opiáceos como um grupo heterogéneo e sugere que existem uns mais caracterizados por histórias traumáticas na infância (aqueles que têm psicopatologia mais severa). Em outros, as características dis-sociais precedem o consumo de drogas, necessitando de um ambiente mais estruturado para tratamento (Comunidades terapêuticas). Em outros ainda, o consumo de drogas aparece como a primeira manifestação de psicopatologia (parece serem os de melhor prognóstico). O primeiro grupo parece corresponder ao perfil descrito por investigadores de formação psicanalítica e psicodinâmica (York, Wurmser, Khantzian), e é definido por Rounsaville como tendo características anti-sociais de personalidade (segundo critérios da DSM III).

Kosten (1982), concluiu, a partir de estudos prévios, que a maioria dos toxicómanos têm perturbações de personalidade (excepto cerca de 1/4 dos casos) e que não existe um tipo específico de personalidade que caracterize os toxicodependentes. Na investigação relatada nesse estudo realizada com os mesmos 384 heroíno-dependentes que Rounsaville (1982) tinha caracterizado, aplicando-lhes os critérios da DSM III para a definição de distúrbios de personalidade. Concluiu que havia 32% que não apresentavam perturbações da personalidade; 39% tinham características de personalidade anti-social; 14% de personalidade borderline; 9% de narcísica e 6% tinham outras perturbações de personalidade.

No entender de Blatt (1984) os toxicodependentes são prejudicados por uma insuficiência básica na relação com a mãe, não conseguindo mais tarde obter a gratificação e o prazer que se obtém normalmente através da intimidade, como se, em termos metapsicológicos, só se pudesse aceder a esta segunda categoria de relações depois de se ter completado a primeira.

Este autor estudou ainda uma população de 47 heroinodependentes, que comparou com 39 dependentes de outra drogas, recorrendo ao SCL-90 e a outros questionários. O grupo de adictos a opiáceos atingiu alterações significativamente maiores em todas as escalas do SCL-90, excepto nas da hostilidade e do psicoticismo. A dependência de opióides apareceu, segundo este autor, como o estado terminal da toxicodependência crónica e a depressão como uma característica quase constante nestes indivíduos. Mas para Blatt, é uma depressão mais baseada na autocrítica (neurótica), do que na dependência oral (anaclítica). Concluiu que a dependência de heroína ocorre primariamente como rebelião contra um Super Eu excessivamente severo.

Blatt (1984), escreve um artigo teórico e de revisão, onde conclui de novo que investigações clínicas e empíricas indicam que, embora possa haver um pequeno número de dependentes a funcionar a um nível psicótico ou borderline, a maioria são severamente neuróticos, ou têm perturbações de personalidade, tendo de lidar com uma depressão intensa. Cerca de 50% destes casos, sujeitos ao Inventário de Beck, apresentam depressão, com aspectos mais ligados a temas de autocrítica e de culpa (neuróticos), do que anaclíticos. Usando o Rorschach, Blatt obteve também indicações de que os dependentes de opiáceos, como grupo, não são psicóticos nem mesmo borderline, mas escolheram um modo particularmente auto-destrutivo para lidar com problemas e conflitos neuróticos.

Numa investigação de 1990, Blatt precisa melhor conceitos anteriores. Submeteu 53 dependentes de opiáceos que procuravam tratamento a vários testes e instrumentos de medida, agrupando-os depois por clusters (cluster analysis). Concluiu que 42% dos elementos desse grupo tinha perturbações nas relações interpessoais e labilidade afectiva (perturbações da personalidade); 30% manifestavam perturbações no pensamento e um funcionamento perturbado do Self; 28% apresentavam uma diminuição da actividade ideativa e verbal, aparentando usar os opiáceos para afastar estados afectivos intensamente disfóricos (depressivos). Correlacionou o primeiro e o terceiro grupo com características neuróticas da personalidade, e o segundo com características borderline e psicóticas.

Este autor refere que haverá mais do que um tipo de personalidade e de psicopatologia de toxicodependentes e que estes doentes, que tradicionalmente eram vistos como uma população homogénea, caberão mais dentro de categorias de pessoas severamente neuróticas, deprimidas e com perturbações da personalidade.

Jafee (1985), num artigo de revisão, engloba a maioria dos toxicodependentes no grupo das perturbações narcísicas da personalidade (segundo o eixo 2 da DSM III-R). Em 1989 o mesmo autor fala em alexitimia como uma característica de alguns destes doentes e volta a referir uma depressão severa como manifestação concomitante da toxicodependência.

Os jovens que iniciam o consumo de drogas teriam como que um síndrome anterior à tomada da primeira dose destes produtos: uma espécie de inabilidade, de enfraquecimento, de não investimento relacional, compatível com as mais diversas formas de personalidade e de estruturas familiares, que faz precisamente com que, neles, o prazer obtido pelas drogas, seja, no geral, superior àquele que se obtém através das relações humanas.

Como refere Neto, esta espécie de *síndrome psíquico pré-toxicodependência*, anterior no jovem, à tomada de qualquer droga, é muitas vezes silencioso e coexistente com a mais variada fenomenologia psiquiátrica, ou mesmo com a ausência de doença ou uma perturbação mental, não sendo, segundo nos parece e pelo menos em alguns casos, uma entidade nosográfica própria.

Uma conclusão a que parecem chegar uma grande maioria de estudos é que não há um tipo de patologia ou de personalidade que conduza ao consumo de drogas, mas antes diferentes tipos de personalidade de toxicodependentes.

Outro é que os toxicómanos estão severamente deprimidos quando consomem. Isto é, apesar da heroína ser um antidepressivo original, quando o seu efeito passa eles ainda mergulham mais na patologia anterior, provavelmente porque, a prazo, e passados os efeitos antidepressivos do produto, o que acontece em horas, continuam a verificar-se ainda mais as causas que os atiravam para a depressão.

Todos os autores usam vários instrumentos de medida, para provar e pôr em evidência a patologia psíquica das pessoas sujeitas a estudo. Blatt recorre ao Rorschach, ao MMPI e a outros testes, para demonstrar que os toxicodependentes aparecem mais agrupados do lado neurótico das perturbações psíquicas.

As anamneses de pacientes consumidores de drogas e as construções que são o fruto de psicoterapias por nós efectuadas de conteúdo historicista apontam sempre para a constatação de que existiram vários acontecimentos traumáticos ou uma sucessão de acontecimentos aos quais o sujeito não conseguiu dar resposta (elaboração mental) e que desta forma correspondeu uma determinada iniciação a uma certa droga, a uma escalada, a uma recaída, porque esses factores da personalidade actuates estão por elaborar.

Para Jacques (1999), em termos sociológicos ou epidemiológicos, o valor predicativo destes modelos é fraco, uma vez que é fundado em associações causais descobertas *a posteriori* e manchado por um enviezamento de sugestão para o ouvinte. Contudo, foi ao inspirar-se nestas reconstituições das sequências causais pela psicoterapia, que diferentes equipas de investigação desenvolveram protocolos prospectivos que, em geral, validaram essas associações factoriais. Do mesmo modo, diversas equipas de investigação assentam os modelos experimentais, com êxito, no efeito de *stresses* graves e crónicos na apetência pelas drogas; inspiram-se, deste modo, na hipótese da causalidade “traumática” de certas induções de carreiras toxicofílicas, para a reproduzirem “experimentalmente”. Com todas as reservas que deve suscitar esta transposição dos traumas da vida para *stress* de laboratório, estes resultados ainda preliminares não devem contudo surpreender os que, como clínicos, conheceram casos destes em que a iniciação à droga se seguia a um certo trauma inassimilável (Jacques).

ESTRUTURA FAMILIAR DOS SUJEITOS TOXICÓMANOS

Torna-se imperativo recorrermos aos aspectos que colocam a adolescência como o período em que todo este fenómeno se inicia.

Uma das particularidades do adolescente reside em ser uma pessoa que com vigor reclama a sua autonomia e individualidade, mas que permanece ainda, profundamente dependente do contexto familiar da sua infância. O lugar ocupado pelas relações familiares, pela estrutura familiar e pela personalidade dos pais muito rapidamente se mostrou um dos factores determinantes daquilo que se denomina de “crise do adolescente”.

De um ponto de vista simplesmente epidemiológico, as diversas pesquisas estatísticas evidenciam a incidência de situações familiares anormais (no sentido de norma social) sobre a frequência dos distúrbios de conduta do adolescente. Assim, Rutter *et al.* (1961) notam que as dificuldades psicológicas durante a adolescência estão associadas a diversos índices de patologia familiar: desentendimento parental crónico, doença mental parental, instabilidade dos pais, etc. Quer se tratasse de tentativas de suicídio, do grupo de toxicómanos ou de condutas de tipo psicopático, todas as pesquisas citam a frequência destas distorções. As pesquisas feitas com próprios adolescentes “com problemas” mostram a existência de uma taxa de insatisfação bastante elevada quanto aos seus pais. A taxa de insatisfação é nitidamente mais elevada que na população de adolescentes ditos “normais”.

A reorganização das relações com os genitores sobre uma nova base constitui um dos eventos marcantes da adolescência (J. Burstiu, 1976). O adolescente põe em questão a personalidade dos seus pais: este questionamento representa a manifestação clínica

e comportamental da reorganização intra-psíquica, em particular da remodelação das imagens parentais. Conforme sublinha Th. Lidj “o adolescente poderá ter necessidade de depreciar seus pais, mas não deseja destruí-los como modelo”.

No plano familiar, o adolescente deve enfrentar, de facto, uma alternativa paradoxal: por um lado, deve romper com seus pais para descobrir sua identificação de adulto, mas por outro não consegue reencontrar os fundamentos da sua identidade a não ser através da sua inscrição no mito familiar. O papel maturativo do conflito entre o adolescente e seus pais explica-se pelo respeito da bandeira inter-gerações (com o reconhecimento do limite que implica) e pela inscrição do indivíduo num mito familiar (sobre o qual se funda o seu narcisismo).

Os pais são bruscamente confrontados com toda uma série de tarefas. Devem passar progressivamente de uma relação filho-pai a uma relação adulto-adulto, ainda que esta permaneça sempre marcada por um laço de filiação. Um considerável rearranjo relacional deve ser efectuado. Pai ou mãe deverão renunciar à projecção de uma parte dos seus próprios desejos infantis sobre seu filho, renunciar igualmente à satisfação da “omnipotência parental”, oriunda em parte da necessária idealização que o filho fazia deles.

Pais e adolescentes são confrontados com um duplo desligamento: de um lado, os pais devem modular, em função da realidade, o seu ideal do eu projectado sobre o adolescente, ao mesmo tempo que este faz o luto desta idealização infantil de que era portador, por outro lado o adolescente deverá rearranjar a omnipotência e idealização protectora atribuídas a seus pais, ao mesmo tempo que estes devem aceitar não mais serem o objecto privilegiado da escolha de seu filho.

Para Shappiro (1969) o fracasso no desenvolvimento da autonomia relativa do eu do adolescente deve ser relacionada com uma falha no eu dos pais que, por seu turno, apresentam o que Erickson chamou de “identidade difusa”. Nestas famílias os pais reagem a toda e qualquer tentativa de independência do adolescente julgando-o dependente, incapaz, incompetente, sem discernimento. Porém, muitas vezes eles mesmos emitem juízos que rapidamente se mostram estereotipados, e por vezes, até

francamente irrealistas; em todo o caso, estas opiniões revelam uma personalidade de contornos incertos, com um eu fraco e dependente.

As condutas patológicas parentais, em especial as defesas por identificação projectiva, dificultam as possibilidades evolutivas e maturativas do adolescente; este responde por meio de condutas desviantes, que representam tentativas de compromisso entre a necessidade de autonomia e a imperiosa necessidade de preservar a unidade familiar.

Podemos afirmar que existem poucos trabalhos que tentem destacar modelos de interações familiares específicos de acordo com tipos de conduta sintomáticos.

Uma área de consenso indiscutível é a constatação do papel crucial desempenhado pelos factores familiares no desencadear e na manutenção da toxicomania. Com efeito, nos mais importantes trabalhos de revisão feitos nas últimas décadas (Harbin & Mazier, 1975; Klagsbrun & Davis, 1977; Stanton, 1979; Seldin, 1972; Kaufman & Kaufmann eds., 1979; Angel & Angel, 1983; Stanton & Todd, 1982) afirma-se mesmo que são os factores familiares os que desempenham o papel primordial na génese e desenvolvimento da toxicomania.

Assim sendo, importa perguntar: qual o estado actual de conhecimentos a que tem conduzido a investigação sobre a relação entre o uso/abuso de droga e a dinâmica familiar?

Manuela Fleming no seu livro *Família e Toxicodependência* pergunta: qual a importância das variáveis familiares para a compreensão e abordagem do fenómeno da toxicodependência? Terão as famílias de toxicómanos características particulares que explicariam ou estariam na origem da toxicodependência de um ou vários dos seus elementos?

Manuela Fleming afirma baseada em textos de organizações internacionais, “que os consumidores regulares de droga não sofrem de qualquer perturbação psicológica prévia. Inúmeros trabalhos de investigação empírica têm, pelo contrário, posto em evidência níveis muito mais elevados de ansiedade e a existência de perturbações no seu desenvolvimento psico-afectivo”. O que entenderá Fleming por perturbação

psicológica prévia? Pensamos que a autora se refere a quadros psicopatológicos específicos, conhecidos e caracterizados na literatura.

Como ficou explícito, a nossa convicção, é a de que existe perturbação psicológica, que o funcionamento mental do sujeito toxicómano está seriamente perturbado. Seja qual for a avaliação, a correlação imprecisa e flutuante do diagnóstico psicopatológico mostra a insuficiência da referência nosográfica tradicional, sendo necessária uma avaliação em termos de funcionamento mental, na tentativa de apreciar a estrutura psicopatológica subjacente.

Para nós não é só a problemática da adolescência, com todas as transformações que sabemos que aí se jogam, e o facto da droga geralmente se iniciar neste período, mas um conjunto de outras problemáticas que têm o seu início na infância e continuam na adolescência prolongada a perturbar o funcionamento mental do sujeito, o que nos coloca a questão de que estes problemas ficam por resolver e são eternamente adiados porque o sujeito não sabe lidar com o seu mundo interno. Claude Olievenstein afirma que “as pessoas que estão no terreno sabem que, em 99 % dos casos, qualquer coisa se passa na infância dos que são toxicómanos, que existe um conjunto de indicadores que dão conta de uma fragilidade e de uma predisposição”.

Fleming, esclarece a compreensão teórica que faz da toxicodependência e refere que se trata de um problema ligado às perturbações do desenvolvimento psicológico - processo de vinculação (Bowlby), processo de separação - individuação (Mahler), iniciados na infância precoce e passando por fases específicas ao longo do evolutivo humano - processos que envolvem na sua dinâmica o funcionamento e as estruturas familiares. A autora afirma que os processos de desenvolvimento psicológico não estão dissociados da família, no sentido de que é esta o suporte para o crescimento mental. Entendemos que o funcionamento familiar está de alguma forma perturbado, isto é, cada um dos pais e o seu relacionamento introduzem questões da ordem do seu próprio psiquismo, na relação com o(s) filho(s) toxicómano(s).

Fleming, analisou as questões que se jogam na adolescência e na relação familiar, e é também essa a nossa tarefa no sentido de repensarmos o que é que se joga na adolescência, e olharmos para os processos individuais na sua dinâmica familiar com

o intuito de assinalar os factores que perturbam um desenvolvimento em curso e, o desencadear dos problemas com as drogas.

Do que se tem escrito e investigado sobre a relação entre a dinâmica familiar e a toxicod dependência, a este propósito, Bergeret diz-nos que “as investigações epidemiológicas levadas a cabo sobre famílias de toxicómanos, assim como os estudos conduzidos a partir da prática das psicoterapias, mostram que não existe nenhum modelo específico de adolescente nem nenhum modelo de situação relacional familiar podendo ser definidos como modelos próprios da toxicomania”.

Não se tem conseguido encontrar um perfil familiar único da toxicod dependência nem estabelecer relações causais entre as duas variáveis. No entanto, a observação e estudo destes sistemas tem revelado a existência de uma série de “pontos comuns” a um número de constelações familiares com um membro toxicómano, muitos deles encontrados também noutros quadros psicopatológicos, como a anorexia nervosa e a esquizofrenia.

De acordo com Eduardo Kalina a experiência quotidiana mostra-nos que surgem toxicod dependentes de determinados grupos familiares e não de outros, o que não significa nenhuma acusação nem valorização de natureza ético-moral, mas apenas que há determinadas circunstâncias da vida que são facilitadoras e indutoras de consumo de drogas. Kalina postula a existência de uma estrutura pré-adictiva, a toxicod dependência “não se contrai pelo ar, como a gripe”. Existem muitas pessoas capazes de experimentar drogas, mas dessas nem todas se tornarão toxicod dependentes.

Apesar da adolescência (lembramos que etimologicamente adolescência quer dizer dores de crescimento), constituir um período do desenvolvimento marcado por um conjunto de transformações dinâmicas, que podem passar por experiências novas de conduta, autoafirmação, início de relações mais íntimas (habitualmente heterossexuais) e o início do abandono da família (cada vez mais tarde), a toxicod dependência constitui-se como um dos problemas que ocorre durante este período. Kandel *et at.*, sugerem que existem três etapas no uso das drogas por adolescente, cada qual com razões diversas. A primeira é o uso de drogas legais,

como o álcool, que é principalmente um fenómeno social. A segunda é o uso de haxixe, ligada ao contacto com os grupos de pares. A terceira etapa é o uso frequente de outras drogas ilegais, que parece depender mais da qualidade das relações pais-adolescentes do que de outros factores. Estes autores concluem que o abuso de drogas mais sério é predominantemente um fenómeno familiar, que coincide também com as conclusões de Blum *et al.* de que a influência do grupo de pares é nula e escassa desde que a relação familiar permaneça “forte”. Para Amaral Dias (1980), “a família tem mais importância do que o grupo, porque é só quando os pais abdicam da sua autoridade que o grupo passa a tê-la”. Para este autor, “é na abdicação da autoridade desempenhada pela família, ou na sua ausência, que a influência do grupo passa a ser exercida”.

É sabido que existe, num plano individual, um tempo de latência entre o início do consumo de drogas e a toxicodependência. Este período, de duração variável segundo cada caso, tem sido designado por “lua de mel” e corresponde à fase em que o toxicodependente vive bem com o seu produto. Da mesma forma, um largo espaço de tempo medeia, frequentemente, o início do consumo por parte do toxicodependente e o conhecimento desta situação pela família, mesmo quando o jovem vive com os pais. Segundo Sternchuss *et al.* (...) uma possível explicação para a aparente cegueira familiar é o facto de, durante a lua de mel do jovem, este se tornar mais calmo e afectuoso, graças aos efeitos ansiolíticos e euforizantes do produto, apelando muito menos à intervenção familiar no processo normal da adolescência.

Verifica-se que na maioria das vezes a descoberta da toxicodependência do filho se faz pelo aviso de um terceiro (um amigo, um familiar afastado, polícia) ou após uma descompensação somática. Outras vezes, segue-se a um descuido do próprio (como deixar uma seringa ou uma colher queimada no quarto), embora este não seja geralmente o primeiro indício deixado pelo jovem. Pelo contrário, parece que simplesmente a família não queria ver a evidência.

Outro aspecto evidenciado pelos autores referidos é a chamada denegação do risco de morte, para chamar a atenção para o facto de, mesmo depois da evidência

revelada, a família continuar a minimizar a sua importância e risco associado ao problema, preocupando-se mais com os seus aspectos sociais.

Stanton e Todd (1985) pertencem ao grupo daqueles que admitem particularidades específicas nas famílias de toxicómanos referindo nestes casos, maior frequência de dependência química a nível multigeracional, expressão de conflitos primitiva e directa, com alianças implícitas, ilusão de independência do paciente identificado (P. I) por causa do seu envolvimento activo com grupos de pares orientados para drogas, mães com métodos simbióticos de criação de filhos, que se estendem até tarde na vida dos filhos, uma incidência enorme, nas famílias, de mortes prematuras inesperadas e fora do tempo, constituindo-se a toxicodependência como uma pseudo-individualização que mantém os laços familiares através de uma fachada de desafio e de independência.

Para Eduardo Kalina a família, ou seus equivalentes, é co-geradora do fenómeno adictivo. Onde existem toxicodependentes, encontramos famílias nas quais, qualquer que seja a configuração que tenham, estão presentes a droga ou os modelos adictivos de conduta, como técnica de sobrevivência por um ou mais membros deste grupo humano. Estas pessoas, que constituem o casal de pais do toxicodependente, partem de um pacto primário que é o da unidade a qualquer custo, que não conseguem sustentar com a passagem do tempo, mas como devem continuar juntos, integram um sistema que Kalina chama de “colado ou engomado”. Em consequência, o casal caracteriza-se por uma rigidez especial, para poder manter-se, já que não admite os conflitos habituais da vida de casado, nem a mutualização que deve existir para que se possa gerar um contexto no qual seja possível uma transmissão cultural ao filho ou aos filhos, em condições que lhes premitam um desenvolvimento normal.

Para este autor, a esposa é uma personalidade depressiva, de forma manifesta ou mascarada, que regula a sua autoestima em função do outro, a quem se vincula narcisicamente, mostrando-se como uma “receptora ideal” e, também, como uma “doadora universal”. O marido, no entanto, por fortes componentes narcisistas, mostra-se como um “doador ideal”, ocultando as suas intensas necessidades “receptoras”. Instala-se um pacto perverso. Desta forma o filho converte-se, desde o

nascimento, na “droga” da mãe e, aqui, sofre o primeiro micro-abandono, pois não é atendido por ele mesmo e em função das suas necessidades, mas das dela, a mãe. O marido passa a desempenhar um papel superficial de pai. Desta forma, “tem falo mas não é a lei” como dizem os lacanianos.

Noutros termos, o pai faz “vista grossa” de vínculo simbiótico (indiscriminado) que favorece e não intervém para cortar o cordão umbilical psicológico como deveria, mas, pelo contrário, afasta-se, utilizando qualquer racionalização. Por exemplo, seja rico ou pobre, tem que trabalhar muito (leia-se adictivamente ou, se se preferir, evasivamente). Ou está sem estar ou, mais directamente, afasta-se do lar.

Padrões Familiares

Os padrões familiares mais frequentes são, seguidamente, o da ligação simbiótica mãe-filho, com ausência de papel do progenitor do sexo masculino. Fort (1954), fala precisamente de uma mãe sobreprotectora, controladora e indulgente, capaz de fazer tudo pelo seu filho, excepto ajudá-lo a crescer e deixá-lo sózinho, e de uma frequente ausência da figura paterna. Para além deste aspecto, temos de contar, segundo Amaral Dias, com o “fantasma” do pai na mãe, isto é, como é que a mãe vê o pai e transmite a imagem dele ao filho (e vice-versa), considerando, ou mesmo cultivando todo o valor e poder deste ou, pelo contrário, desvalorizando-o e impedindo-o de exercer a sua função parental, complementar e associada à dela própria. Para este autor, os toxicómanos mostram-se como tendo uma relação distante e negativa com a imagem do pai. As desordens do comportamento, entre as quais se inscreveria a toxicomania, devem ser pensadas em função de um distúrbio da relação pai-filho. Esta revela-se de uma extrema importância no desenvolvimento dos papéis sociais, ligada indiscutivelmente à resolução normativa da identificação, processo pelo qual é possível a internalização dos valores e das regras de comportamento. Amaral Dias abre caminho para uma reflexão teórica sobre este fenómeno, entrando em linha de

conta com o conceito de identificação e de identidade dos toxicodependentes (maioritariamente do sexo masculino), resultante deste déficit da figura paterna.

Para Eduardo Kalina, os papéis esperados e idealizados (dos pais) e os assumidos nem sempre se definem com clareza. Logo, no jogo de interações, surgem os mal entendidos. Quando se estuda qualquer situação de família, onde se encontram um ou vários filhos toxicodependentes, vemos que o tipo de estrutura familiar sempre começou por um mal-entendido, fundado numa mentira ou engano, entre dois dos componentes: um palco ilusório. A problemática da mentira na família do toxicodependente é fundamental e não esqueçamos que a palavra droga etimologicamente significa mentira, embuste. Kalina faz identificar o papel do pai com o sol “doador universal” e o da mãe com a lua “receptora universal”. O homem-marido, pouco a pouco vai-se transformando e coloca-se no papel de “receptor universal”, descrição clássica do pai do toxicodependente, a esconder uma figura fraca. E a mulher-esposa, vê-se obrigada a transformar-se numa “doadora universal”.

O filho está condenado a não-ser, ou seja, a não ter uma identidade própria e em seu desejo de ser escolhe uma forma de não-ser, como é a identidade do drogado. Kalina quer com isto dizer que o toxicodependente não está destinado a ser um ser autónomo, com vida própria, mas que o sentido da sua vida é ser um ser-para-a-mãe.

Retomando o tema do pai de outra vertente, uma constante que se observa nas famílias de toxicodependentes de todas as classes sociais com que temos trabalhado é a ausência de um pai firme, de identidade bem definida e que cumpra sua função específica. A respeito, J. Lacan afirma (1966) que a presença do pai equivale à de um “falo” organizador que personifica a lei e as normas e é o realizador das regras do jogo.

Ou seja, o pai, quando satisfaz adequadamente as exigências do seu papel, interfere na díade mãe-filho, promovendo o acesso à ordem simbólica, futura organizadora da linguagem. A vivência de ter um pai castrado, deve-se fundamentalmente, segundo Kalina, à incapacidade que apresentam em gratificar a mãe depressiva “faminta” e, pelo contrário, a imagem de castrador deve-se ao facto de fazerem “vista grossa”,

cedendo desde o princípio da vida ao filho o papel de gratificar uma mulher insatisfeita e incapaz de chegar à satisfação. Pelo menos com ele.

A falta de limites e as condutas impulsivas e drogaditivas chegam muitas vezes, a intensas relações narcísicas mãe-filho e, caracterizam-se por uma tonalidade incestuosa de características perverso-polimorfas e podem chegar a níveis emocionais bastante violentos. Este aspecto tem sido largamente descrito, o intenso envolvimento de um dos progenitores com o filho toxicodependente, numa relação hiper protectora, permissiva e fusional, enquanto o outro progenitor é mais punitivo, distante e/ou ausente. Geralmente os dois elementos muito envolvidos são do sexo oposto (mãe-filho), podendo a relação tornar-se incestuosa, manifesta ou simbolicamente (Gameiro, 1993). Segundo Welpton (1968), o excesso de envolvimento entre mãe e filho serve para compensar uma relação pobre ou conflituosa entre o casal. Muitas vezes essa relação assume o carácter de uma coligação contra o outro progenitor, formando-se um “triângulo perverso” no sentido de Haley (Fleming, 1995).

A investigação clínica e experimental nesta área tem permitido a identificação de padrões comuns ao nível da estrutura e dinâmica de famílias com um elemento toxicodependente.

Em primeiro lugar, destaca-se a existência de fronteiras e limites difusos entre os subsistemas parental e filial, em simultâneo com fronteiras rígidas entre a família e o exterior. Kauffman (1981) refere especificamente a inexistência de limites claros na díade pai-filho, sendo as relações emaranhadas, distantes ou demasiado equívocas. Naturalmente, o facto deste tipo de estrutura se verificar em muitas famílias de toxicodependentes não exclui a possibilidade (ou melhor, a certeza) de muitas outras funcionarem no pólo contrário, nomeadamente no de desmembramento. Note-se, por exemplo, que Utada e Morrissey (1987), num estudo com 96 famílias de toxicodependentes e utilizando o Modelo Circumplexo de Olson, concluíram que a maior parte eram “dispersas”, sendo o grau de autonomia individual elevado. Também Guy Ausloos (1982) constata que as famílias de toxicodependentes não mantêm sempre o mesmo padrão de funcionamento, mas, pelo contrário, parecem

oscilar constantemente entre períodos de forte rigidez e imobilização e períodos de contínua mudança, grande confusão e agitação. Esta característica ficou consagrada pelo autor na expressão famílias alternantes ou oscilantes.

A Comunicação na Família

Vários autores têm também posto em evidência falhas graves no que respeita à comunicação intrafamiliar, que aparece pouco clara, ambígua, sendo a circulação de informação por vezes excessiva, outra vezes quase nula (Relvas, 1997). Comparando famílias de utilizadores e abusadores de drogas, Jurich et al. concluíram que os segundos provêm mais de famílias onde há um fosso comunicacional. Fleming (1995), revendo a literatura sobre esta questão, refere que os adolescentes consumidores parecem sentir que os pais bloqueiam a comunicação, enquanto estes tenderiam a denegar esta falha de modo a não ouvir coisas desagradáveis ou negativas. Segundo a autora, as dificuldades a nível comunicacional podem traduzir-se, por exemplo, em dificuldades acrescidas para os jovens na aquisição de aptidões sociais (tomada de decisão, lidar com situações de stress e outras).

O toxicodependente aprendeu desde o nascimento que “a palavra não vale nada”. Nunca foi escutado nem sequer visto. Era visto sem que o vissem ou só o vendo parcialmente. São famílias em que a acção prepondera sobre a palavra e em decorrência a linguagem verbal é desqualificada.

Para Fleming, “um outro mecanismo familiar identificado como diferenciador das famílias confrontadas com o problema da toxicodependência é o que se relaciona com o exercício do poder ou da autoridade parental. Nestas famílias encontra-se com frequência problemas de disciplina maior do que nas outras famílias” (1995). Segundo Jurich *et al.* (1985), este problema resulta sobretudo da inconsistência da disciplina, resultante, por sua vez, de uma pobre definição das regras, da rigidez de limites para os comportamentos e, ainda, do tipo de disciplina usado. Num trabalho de investigação, os mesmos autores concluíram que a disciplina é na maioria das

vezes do tipo “laissez faire” ou “autoritário” e raramente do tipo “democrático”, o que compromete pais e filhos na definição e controlo das regras. Um outro aspecto frequente nestas famílias, directamente relacionado com o anterior, é a inversão da hierarquia familiar, aparecendo os filhos tão ou mais influentes que os pais (Fleming, 1995).

Kalina postula que, curar um toxicodependente significa ensinar-lhe, tanto a ele, “o eleito”, como à sua família, que existe o não. Isto é, que para colocar limites não basta dizer ao filho se pode sair às 9 ou às 10 ou à meia-noite, como classicamente crêem as pessoas, senão que fundamentalmente significa delimitar quem é quem, desde o começo da vida. A importância que Kalina atribui ao significado do não tem a ver com o facto de serem famílias com uma profunda estrutura narcísica, formulação que significa, olhando ao microscópio, estarmos diante de uma estrutura simbiótica, onde a delimitação do self de um, não está bem distinta, da delimitação do self do outro, e a invasão permanente de uns pelos outros é a norma. O funcionamento faz-se por invasões que apagam os limites entre uns e outros.

Mitos Familiares

Também os mitos familiares parecem ser frequentes nas famílias de toxicodependentes. De acordo com o autor do conceito, António J. Ferreira, o mito familiar refere-se a um conjunto de crenças bem sistematizadas, que contêm e definem os papéis e regras interacionais (Benoit *et al.*, 1988). Aceite por todos os membros e determinado o comportamento de toda a família, o mito cumpre uma dupla função de defesa e de protecção: de defesa, pois a distorção da realidade que instaura, permite evitar ou negar o sofrimento e conflitos, dando lugar aos automatismos (rituais) no comportamento familiar; de protecção, pois impede que os observadores exteriores tenham uma visão realista das interacções existentes. Assim, defesa e protecção, mecanismos complementares, permitem manter o status quo das relações intrafamiliares (*ibidem*). Neste sentido, os mitos familiares podem ser

considerados como os equivalentes, a um nível sistémico, dos mecanismos de defesa individuais (Sternschuss-Angel *et al.*, 1983).

Embora os mitos familiares não sejam o apanágio das famílias disfuncionais, Sternschuss-Angel *et al.* (ibidem) identificaram uma série de mitos bastante frequentes nas famílias com um membro toxicodependente, a saber: o mito do bom entendimento familiar, o mito da loucura na família, o mito da marginalidade e o mito da expiação. Vejamos cada um em detalhe, partindo contudo do princípio que, como referem os autores, eles não são necessariamente específicos destes sistemas familiares, encontrando-se alguns também em famílias de esquizofrénicos, anoréticos, etc.

O mito do bom entendimento familiar resume-se em expressões do tipo “Lá em casa damo-nos todos muito bem” ou “Antes disto acontecer nunca tivemos problemas”, referindo-se, assim, à forma idílica como a família descreve o seu equilíbrio até à revelação da falha que representa a toxicodependência de um dos seus elementos. Quando isto acontece, a família tende a procurar justificação no exterior, desresponsabilizando-se pela atribuição da culpa às “más companhias”, aos professores, aos políticos, aos traficantes de droga, etc. Este mito resume-se ainda na equação “droga - cura de desintoxicação - desaparecimento de todo o problema” que, como Angel & Angel (1989) referem, constitui uma das convicções por muito tempo inabaláveis destas famílias e leva à suposição da onipotência médica.

Subjacente ao mito da loucura é a crença de que o verdadeiro problema é a loucura que “ronda” a família. Por outras palavras, a loucura parece ser considerada “hereditária” e responsável pela fragilidade de um dos membros da família - o toxicómano.

Quanto ao mito da marginalidade a abordagem transgeracional destas famílias tem permitido evidenciar a multiplicidade de transgressões, repetidas ao longo das várias gerações e de acordo com as normas sociais de cada época. Parece haver um fascínio pelo “desvio”, pela marginalidade, que se torna num modo privilegiado de funcionamento. As transgressões são fonte de alianças e coligações transgeracionais, secretas ou negadas, e de segredos familiares (por exemplo, todos têm conhecimento

do alcoolismo de um antepassado, mas esse é um assunto tabu na família; Benoit *et al.*, 1988).

O fascínio pela transgressão manifesta-se na própria ambivalência e confusão de sentimentos em relação ao jovem toxicodependente. Se por um lado a sua conduta é condenada em nome das normas sociais, por outro ela é “respeitada” em nome da sua liberdade e direito à autonomia e é incentivada inconscientemente. Sternschuss-Angel (*ibidem*) dão o exemplo da mãe de uma jovem de 17 anos, que considerava que a filha tinha o direito de ser livre e escolher morrer, e que esta decisão devia ser respeitada.

No mito da expiação, a toxicodependência tem o carácter de uma conduta sacrificial. O toxicodependente assume a culpabilidade, a violência e o sofrimento da família, tornando-se o “bode expiatório”, a vítima culpável, o “portador” de todos os problemas familiares (as dificuldades entre o casal parental, a má integração dos pais, nos casos de famílias de emigrantes, etc.). Paradoxalmente, tudo gira em função dele.

De acordo com a teoria ecossistémica da comunicação, o aparecimento de um sintoma num dos elementos da família desempenha uma função, geralmente a de manter a homeostase familiar. Quanto mais rígido e resistente à mudança é o sistema, maior a importância desta função do sintoma (Benoit *et al.*, 1988). No que respeita à toxicodependência, é possível identificar três grandes funções ao serviço da família: função de estabilização, função de comunicação e função de pseudo-individação (Fleming, 1955).

Como referimos já a propósito das patologias familiares, Sternschuss *et al.* (1983) constata que tende a haver uma alternância entre o melhoramento do toxicodependente e o agravamento do estado de outro membro da família, ou vice-versa. No mesmo sentido, referindo-se à sua experiência com famílias de toxicodependentes, Stanton e Todd (1982) escrevem: “Nós começámos a reparar que quando o toxicodependente começava a ter sucesso - seja no emprego, num programa de tratamento, ou outro - ele estava num certo sentido a conseguir deixar a família, quer directamente, quer desenvolvendo mais autonomia em geral. O facto

interessante é que por esta mesma altura uma qualquer espécie de crise ocorria quase inevitavelmente na família, ou porque os pais tinham uma disputa, ou se separavam, ou um dos pais aparecia com sintomas ou ainda um dos irmãos tornava-se um problema. No pico desta situação o toxicodependente revertia a situação aparecendo com falhas comportamentais, e os problemas da família dissipavam-se”. Segundo os autores, este padrão interactivo revela a função protectora e estabilizadora que o sintoma toxicodependência estava a desempenhar na homeostase familiar, tornando-se na questão central em torno da qual sequências rígidas de interacção se mantêm.

Outros estudos corroboram a hipótese da função homeostática e estabilizadora do sintoma toxicodependência. Reilly (1975), entre outros, considera que a função da toxicodependência é a de proteger a relação marital; os conflitos do casal são evitados, concentrando-se antes no comportamento do filho. Assim, o abuso de drogas por um filho funcionaria como um termostato equilibrador da distância relacional dos pais. Por outro lado, como vimos anteriormente, Reilly sublinha também a importância dos lutos não resolvidos dos pais dos adolescentes, o que determina a sua incapacidade de tolerar a perda dos filhos. Nesta perspectiva, o toxicodependente desempenharia o papel de “mau da fita”, que materializa os maus objectos parentais introjectados (Fleming, 1995).

O sintoma toxicodependência pode também ter uma função comunicacional na família, função directamente relacionada com a de estabilização. Por exemplo, como vimos já, numa coligação mãe-filho contra o pai (coligação geralmente negada ou secreta), o drogado torna-se um meio de comunicação metafórica entre os parentes em oposição, desta forma exercendo um poder sobre eles, que têm necessidade de se concentrar sobre o filho para estabilizar a sua relação (Benoit *et al.*, 1989).

Ainda nesta área é de sublinhar a perspectiva de Guy Ausloos (1982), que também vê no sintoma droga uma linguagem, uma modalidade de comunicação na família. De acordo com o autor, o valor comunicacional do sintoma comporta três níveis: 1) nível semântico, isto é, que significado tem para cada membro da família; 2) nível sintáctico, ou seja, a que regras, muitas vezes secretas, obedece a família quando o comportamento toxicodependente é posto em jogo; e 3) nível pragmático, que se

refere ao resultado visível do comportamento do toxicodependente (O que obtém ele? Como reagem os diferentes elementos da família? A mãe defende-o contra o pai? O toxicómano sai de casa?).

Separações, Perdas e a Individuação

É curioso constatar que o toxicómano, quando casado, tem tendência a repetir a dinâmica relacional da sua família de origem (Seldin, 1972). Este aspecto remete-nos para a dificuldade no processo de individuação/separação, processo que parece ser o mais implicado na problemática da toxicodependência, como veremos mais adiante.

A frequência com que se encontram episódios psicopatológicos nas famílias com um elemento toxicodependente é um aspecto marcante. Sternchuss *et al.* estimam em 50% a existência de passado psiquiátrico nos pais de toxicodependentes (estados depressivos, sintomatologia neurótica, alcoolismo ou até mesmo toxicodependência). Alguns pais apresentam problemas somáticos severos e invalidantes (cancro, esclerose). Realça-se também a importância de condutas suicidas na família alargada e, sobretudo, o consumo abusivo de medicamentos, numa atitude de automedicação. Verifica-se que em alguns casos os psicótropicos são incluídos precocemente no sistema de comunicações da família, regulando os conflitos. Por exemplo, alguns toxicodependentes têm hábitos de consumo de sedativos desde a infância, administrados nessa altura pelos pais para acalmar sintomas de ansiedade. Quando adolescente, aprendem a automedicar-se para aliviar a angústia da “ressaca”, sem procurar ajuda no exterior.

Para além das patologias familiares, a frequência de situações de perda de um ou mais elementos da família, por morte ou separação física, tem sido largamente evidenciada na investigação científica. Num estudo sobre a influência dos factores sociais no evolutivo toxicómano, Amaral Dias (1980) concluiu que a “distorção do anel familiar”, precisamente pela ausência do pai por morte ou separação, era o factor mais decisivo na passagem do consumo de cannabis ao consumo de

narcóticos. Igualmente, Rosch (1988) encontrou nas famílias de toxicodependentes uma taxa de separações/divórcios superior à da população em geral. Muitas vezes não há separação física propriamente dita, mas os pais estão ausentes a maior parte do tempo, devido, por exemplo, a questões profissionais. A este respeito note-se que Chein *et al.* (1964) verificaram que, mesmo fisicamente presentes, os pais de muitos consumidores eram sentidos como emocionalmente ausentes.

Como Fleming (1995) faz notar, a perda de um progenitor, com o que implica de disfuncionalidade familiar, carências afetivas e ausência de modelos de identificação, inscreve-se inevitavelmente num quadro de depressão, declarada ou latente. Sendo o luto demasiado doloroso, a dor da perda é aliviada ou mascarada - frequentemente adiada - pelo recurso às drogas. Ou seja, “A depressão, que o toxicodependente muitas vezes ignora ou esconde sob a aparência de uma falsa indiferença ou apatia emocional, dá então lugar ao diagnóstico de toxicodependência, culpabilizante para o próprio e para a família e fonte de estigma social” (*ibidem*).

É curioso constatar que a distorção do anel familiar (por rejeição, negligência, doença, etc) encontra-se com frequência também nas famílias de origem dos pais toxicodependentes. Na maioria destes casos não houve uma resolução afetiva completa dessas perdas, sendo os filhos tratados como “re-edições” dos pais perdidos e, conseqüentemente, parentificados. Segundo Reilly (1975), a toxicodependência pode ser conceptualizada como uma falha sistémica básica, ao nível da individuação e autonomia dos membros da família, devida precisamente a lutos familiares não resolvidos.

O processo de separação/individuação parece ser o processo psicológico mais implicado na toxicodependência (o que é defendido por vários autores). Segundo Weidman (1983), o consumidor adolescente nunca se separou dos pais, mantendo uma relação simbiótica e dependente, que é encorajada pela família. Com o advento da adolescência, a problemática de separação intensifica-se, confrontando o sistema familiar com a necessidade de mudança ou de manutenção do status quo. Neste contexto, o consumo de drogas pode surgir como uma tentativa de impedir os conflitos inerentes à separação e de manter a simbiose. Amaral Dias (1980) refere, a

este respeito, que o medo de separação é tão profundo que leva os pais a tomar todas as atitudes susceptíveis de impedir a saída de casa do filho (por exemplo, telefonarem a pedir desculpa pelos filhos quando estes faltam ao emprego ou à escola, comprarem ao filho roupas extremamente caras quando têm dificuldades económicas, etc).

Ao nível individual, o consumo de drogas pode dar ao toxicodependente a ilusão de se individualizar e autonomizar dos pais. Trata-se, no entanto, de uma “pseudo-individação”, na expressão de Stanton (1979), pois, na verdade, o toxicodependente mantém-se ligado e dependente da família. Segundo este autor, à função de pseudo-individação acrescenta-se outra, a do toxicodependente poder expressar sentimentos negativos em relação aos pais sem ser por isso responsabilizado, visto que tal comportamento é atribuído aos efeitos da droga e não a sentimentos genuínos. Também Amaral Dias (ibidem) refere que a toxicodependência não só permite um sentimento de poder, triunfo onnipotente e desprezo próximo da tríade maníaca descrita por Melanie Klein, como também lhe permite que se torne mais agressivo e aparentemente individualizado perante os pais. No entanto, não se trata de uma verdadeira individação, pois os seus protestos não são tidos em conta, ou então são “explicados” pela droga, o que o próprio toxicodependente vai confirmar pelo “arrependimento” posterior.

Assim, é possível estabelecer, como Angel & Angel, uma analogia entre fármaco-dependência e “famílio-dependência”, pois “longe de favorecer o acesso à autonomia, a dependência ao produto duplica e reforça a dependência afectiva com a família”. Neste contexto, contribuindo a droga para o evitamento, pela família e pelo próprio, das tarefas desenvolvimentais próprias da adolescência, o percurso normal do ciclo de vida encontra-se boicotado: o adolescente não se autonomiza, não sai de casa e os papéis inerentes a cada subsistema permanecem inalterados (Relvas, 1997). Em muitas famílias que temos visto na prática clínica, encontramos sempre factores perturbadores do desenvolvimento psicológico do sujeito toxicómano: divórcios, separações, perdas, situações de conflitualidade, abandonos, desqualificações, problemas de disciplina, que todos eles, em maior ou menor grau, “intoxicam” o

crescimento mental. Todos estão envolvidos nos fios desta meada. Apesar das diferenças, existem vários factores do funcionamento mental, traduzidos a nível relacional, que caracterizam um padrão comum nestas famílias.

Investigadores em diferentes contextos sócio-económicos, têm neste área chegado a conclusões bastante convergentes, permitindo a identificação de padrões comuns ao nível da estrutura e do funcionamento destas famílias. Esta estrutura aproxima-se profundamente, da estrutura descrita por Haley e que este designou por “Triângulo perverso”. O conceito descreve um “disfuncionamento familiar específico (...) onde a hierarquia e a repartição do poder são confusas, conduzindo a inversões de posição relativamente às fronteiras intergeracionais” (Miermont, 1987).

A difusão da hierarquia e das fronteiras entre as duas gerações envolvidas traz dificuldades particulares, na regulação da “proximidade/distância emocional” entre os membros da família e na regulação do “domínio/submissão” de acordo com Manuela Fleming.

Podemos afirmar que esta problemática de ordem familiar manifesta-se noutras categorias, desde a comunicação, às questões de disciplina, passando pela vivência de transformações internas que parecem não ter ordem, contribuindo desta forma, para um desenvolvimento psicológico que carece de espaço para crescimento. Todo o processo de separação e individuação fica comprometido ficando o sujeito toxicómano e a sua família “agarrados” a um labirinto do qual parecem não ver a saída.

Vários autores têm referido, e nós reafirmamos, que será necessário prosseguir com investigações sobre a dinâmica, a psicopatologia e a psicoterapia de famílias com um ou vários elementos toxicómanos.

ESPECÍFICIDADES DA DINÂMICA PSICOLÓGICA DA TOXICOMANIA

Função Defensiva da Droga

Para Wurmser a função defensiva da droga é o mais importante conceito na compreensão dinâmica do consumo de drogas. Wurmser considera todo o uso compulsivo de drogas como uma *tentativa de autotratamento (self treatment)*. De uma forma similar, Krystal e Raskin (1970) afirmam que: "...a droga não é o problema, mas uma tentativa de auto-ajuda que falha".

Krystal e Raskin (1970) afirmam que por causa da natureza traumática dos afectos nestas pessoas "as drogas são usadas para evitar um trauma psicológico iminente em circunstâncias que não seriam potencialmente traumáticas para outras pessoas".

Os narcóticos e os barbitúricos aparentemente acalmam sentimentos internos de agressividade, vergonha, solidão e ansiedade. Na clínica todos os pacientes descrevem sentimentos de solidão, vazio, depressão, aborrecimento, abandono e rejeição.

Estes pacientes tentam restabelecer uma posição onipotente nos aspectos do Self grandioso em que as outras pessoas (self-objects de Kohut) são tratadas como totalmente disponíveis.

Quando são impostas limitações à vida, nestes pacientes, emergem as emoções primitivas mencionadas anteriormente. Estas são incontroláveis e lembram muitas vezes as dos psicóticos. A agressividade é a mais proeminente, tipicamente, sob a

forma de ferida narcísica e que está próxima do assassinato ou de dimensões de suicídio: quando o self ideal ou o mundo ideal se quebra, resta apenas uma devastação total, com um sentimento de vergonha associado. É o resultado do conflito entre a limitação de um self que desaponta e um self grandioso, self ideal. Dor, solidão, rejeição, abandono, e outras emoções básicas nestes pacientes são o resultado da experiência de que as outras pessoas (mãe, pai, namorada(o), mulher), não são tão bons, nem libertadores como o esperado.

A importância dos narcóticos, incluindo a metadona, deve-se ao efeito de reduzir ou mesmo eliminar estes afectos básicos.

Todos os pacientes descrevem estados de craving depois da abstinência. O verdadeiro conteúdo deste craving (depois de resolvidos os sintomas fisiológicos) consiste precisamente no reaparecimento da maior parte destes afectos perturbadores. O craving pode ser equiparado a uma rápida descompensação narcísica e um irromper destes sentimentos primitivos evocados por intermédio de um sentimento narcísico de frustração. Esta falha é experienciada como fragmentação. É neste sentido que a administração de metadona leva à compensação.

Existem muitas evidências clínicas que mostram alguma especificidade na correlação entre a escolha da droga e a luta afectiva. Mas a natureza desta defesa farmacogénica é menos clara. A relação com conflitos narcísicos é mais evidente do que conflitos nas relações de objecto. Contudo, os conflitos narcísicos têm um papel central em todos os tipos de uso compulsivo de drogas.

O que tem sido descrito acerca destas defesas artificiais está em consonância com a seguinte afirmação de Kohut de que: “A droga... serve não apenas como um substituto do amor e dos objectos amados, ou de uma relação com eles, mas como um restalecimento de uma falha na estrutura psicológica”.

Wieder e Kaplan (1969) descrevem o problema da escolha da droga como “um acto psicodinâmico, farmacológico (correctivo) ou de (prótese). Estes autores defendem que diferentes drogas produzem diferentes estados regressivos que reenviam para fases específicas do desenvolvimento infantil.

Os efeitos da droga no sistema nervoso central podem significar um tipo específico de busca daquele que a consome, já que pode corresponder a uma modicidade de funcionamento mental.

A perspectiva, de quem aborda a toxicomania pela vertente da defesa tem suscitado a ideia de que as drogas são uma defesa contra tudo e contra todos. Defesa contra a depressão, defesa contra a psicose, defesa contra as frustrações e decepções. O sujeito que utiliza drogas para se defender tem um “ego frágil”, segundo quem defende tal concepção. Desta forma, Murguia afirma que:

É flagrante a imaturidade compensadora de poderosas tendências narcísicas e autodestrutivas; a exigência de viver apenas no presente, e de modo agradável e imediatamente gratificante; a incapacidade de dar sentido transcendente à vida; a evitação permanente da realidade; a incapacidade de encarar tensões e ansiedades; o emprego recorrente da fuga, da negação e mecanismos imaginativos como meios ineficientes de defesa. São carentes de um “eu” consistente e de um supereu adequado.

Segundo Murguia, a situação subjectiva descrita é resultado da intocção da “fraqueza” parental. A consequência é a construção de uma personalidade que não suporta as perdas e, desta forma, utiliza constantemente tais defesas.

Kalina se não repete exactamente Murguia, aproxima-se, ao dizer que, nos toxicómanos, “fragilidade do ego” significa que há na “parte neurótica” da personalidade uma “excessiva porosidade” à invasão do “núcleo psicótico”. A motivação principal para o consumo de drogas é a de “tapar” esses “poros” na “parte neurótica do ego” e, assim, impedir a invasão do “núcleo psicótico”. Quando a “tampa” procurada age com eficácia, retabelece-se artificialmente “a consistência do ego”.

Este autor afirma que a drogadicção é, em si, uma “conduta psicótica” com a estrutura de um estado delirante e supõe, ao mesmo tempo, a possibilidade de a droga “tapar” os “poros” do “ego” à “invasão psicótica” e frisa a função preventiva das drogas no impedimento das consequências desintegradoras da experiência de “solidão-morte”. A contradição de Kalina, de acordo com Filho (1999) repousa no

facto de: se a conduta do adicto tem uma estrutura delirante, a droga, cujo uso o define, não pode prevenir a psicose.

Para o toxicómano, a droga tem o carácter de uma equação simbólica: não é o que é, mas sim o que ela representa. O toxicómano faz, em consequência, uma racionalização (delírio) que permite conferir à droga um valor mágico, irreversível perante as explicações lógicas, insensível à corroboração externa, não modificável pela experiência, sem consciência de doença e com a qual, em consequência, vive em completo acordo. Por estes aspectos é que Kalina considera psicótico o comportamento toxicomaníaco.

Esta reformulação é especialmente importante do ponto de vista clínico. A sua aceitação introduz uma modificação substancial na abordagem do toxicómano como paciente e no tratamento das toxicomanias em geral. Além das derivações psicóticas que possam resultar da ingestão de drogas, o facto em si de consumi-las sistematicamente manifesta a existência de uma organização mental psicótica (Kalina).

A orientação interpretativa de Kalina, tem o seu eixo, na ideia de que a conduta tóxica exprime a presença activa de uma estrutura psicótica e, baseia-se nas reflexões de José Bleger, por nós já referidas, sobre a parte psicótica da personalidade. Seguindo este autor, podemos acrescentar que a personalidade do toxicómano é incapaz de realizar uma boa separação devido ao carácter patológico da simbiose prévia com a sua mãe.

No que diz respeito à identificação que o toxicómano faz com a solidão e a desintegração ou morte, vale a pena lembrar aqui as palavras de D. W. Winnicott no seu trabalho *A capacidade de ficar só* – “A habilidade para ficar verdadeiramente sózinho tem como base a experiência, numa idade mais precoce, de ficar sózinho na presença de alguém. Ficar só na presença de alguém ocorre numa das primeiras fases da vida, quando a falta de maturidade do Eu está naturalmente equilibrada pelo apoio do Eu da mãe. No decurso do tempo, o indivíduo introjecta ou incorpora a mãe-sustento-do-Eu e, desta forma, chega a sentir-se capaz de ficar sózinho sem alusão frequente à mãe ou ao símbolo materno”.

O toxicómano não suporta a solidão justamente porque, o seu Eu fica sem apoio, ou melhor, porque na solidão volta a experimentar a insuficiência do apoio recebido quando era criança. Este reencontro com o ausente (os afectos) tem para o sujeito o efeito de uma catástrofe. O facto de a solidão equivaler à vivência de morte deve-se, em parte, ao facto de, a solidão adquirir o carácter de uma experiência na qual o sujeito percebe o vazio do seu Eu, isto é, a sua inconsistência. Trata-se de um sentimento de impotência irreversível, na medida em que, dominado por ele, o toxicómano não tem a quem ou a que recorrer para suportá-lo e, muito menos ainda, para superá-lo. É por isso que Kalina apoia a ideia de que o acto de se drogar é basicamente uma prevenção: o toxicómano realiza-o para evitar que se manifeste, com toda a sua contundência, a experiência desintegradora da solidão-morte. Paradoxalmente, consumado o acto de maneira sistemática (isto é, claramente dependente), vê-se favorecida a irrupção da definitiva aniquilação.

De acordo com a fase esquizoparanóide, convém lembrar que ela finda no momento fundamental em que a criança é capaz de começar a reconhecer o outro como outro. Por exemplo: em termos kleinianos, poderíamos dizer que a criança, não dispendo do seio materno no momento em que o deseja, é capaz de achar um sucedâneo no seio bom internalizado. Desta forma, começa a adquirir capacidade de espera. Esta capacidade é produto da consolidação do Eu e implica, além disso, que a criança inicie a manipulação de símbolos.

Inversamente, na criança que não consegue suportar a espera há deficiências na capacidade de simbolização. O trânsito do objecto externo ao símbolo é, nestes casos, bastante difícil.

Reencontrar a auto-estima é outro dos objectivos fundamentais que procura o drogado. Atingir esta meta equivale, à afirmação do Eu. Mas o toxicómano nega que esta afirmação se possa basear na conquista de benefícios reais, e age a todo o custo na tentativa da supressão artificial das áreas de conflito.

A vigência desta “técnica artificial” é directamente proporcional à dificuldade que o toxicómano tem para substituir a acção impulsiva (actuação) pela reflexão. Trata-se

de uma fuga que, o faz afastar da sua imagem desvalorizada. A ingestão de drogas é o mecanismo por intermédio do qual ele concretiza esta fuga.

Desta maneira, a acção substitui o pensamento. O toxicómano não suporta pensar porque pensar equivale a constatar como tudo isto é doloroso e difícil. O consumo de tóxicos não provém, por conseguinte, da falta de reflexão (no sentido de algo que não se faz, mas que se está em condições potenciais de fazer), mas sim da falta de um Eu adequado para poder pensar. Por isso, a reflexão - impraticável para este tipo de sujeitos - constitui uma experiência de desorganização, de crise e de impotência. Querer pensar equivale, a não poder pensar. Esta impotência manifesta-se como actuação. A conduta impulsiva “protege” o sujeito da depressão.

O que foi exposto até aqui permite reconhecer que, entre os factores com os quais se relaciona a necessidade de droga, os acima mencionados cumprem um papel tão decisivo quanto alguns factores familiares e sociais. Em vez de tentar estabelecer prioridades entre os elementos de um e outro tipo, com o propósito vão de determinar hierarquias causais, parece-nos mais útil sublinhar, nesta análise, a interacção constante entre o individual, o colectivo e o familiar. Para Kalina, ninguém pode negar que, na origem do problema da droga concorrem dois fenómenos importantes: a história do indivíduo e a crise do mundo, no qual ele vive.

H. Krystal e H. A. Raskin assinalam que a etiologia do uso de drogas reside na estrutura psicológica e no funcionamento psíquico do ser humano e não no efeito farmacológico da droga. Para estes autores a droga não é o problema mas sim uma tentativa de cura que falha. A dependência de drogas representa uma manifestação das funções do Eu, um modo de adaptação, um mecanismo de ajustamento aos problemas da vida daquela pessoa naquele momento.

Dora Hartman (1969) assinala os aspectos defensivos do uso de drogas – “o desejo de evitar afectos dolorosos” (depressão) - e “a necessidade de reencontrar o objecto perdido”. As personalidades dos consumidores de drogas são encaradas por intermédio da regressão (fixação oral), estrutura inibida (passivos) em relação à expressão da agressividade mas por vezes com manifestações incontroláveis de

agressividade. Quando sob o efeito de drogas mostram um Super-eu e as funções do Eu desagregadas. Muitos estão deprimidos antes do início dos consumos e sentem-se menos deprimidos após os consumos.

Anna Freud (1965) referiu-se ao forte desejo, nas crianças, de ingerir doces como um antídoto contra a ansiedade, a privação, a frustração e a depressão e que em idades mais tardias estas crianças estariam propensas para o consumo de drogas. Na clínica de desintoxicação onde trabalhamos chegamos a observar verdadeiros motins por causa de um chupa-chupa.

Falha na formação do ideal do Eu

Outro aspecto tem haver com as falhas na formação do ideal do eu, a patologia do supereu, a falta de sentido na vida e a falta de valores e ideais.

No que diz respeito a estes aspectos são de particular significado, como já tentamos demonstrar, a importância da patologia familiar como factor etiológico.

A obra de Chein *et al.*, *The Road to H* (1964) é um enriquecedor estudo, onde os autores afirmam que o uso de drogas é um comportamento que desafia o risco, a atracção pelo proibido, o glamour em desafiar a autoridade, o poder auto-destrutivo utilizando uma forma válida de expressão, o poder de atracção das subsociedades ilícitas e que despertam a curiosidade de indivíduos solitários e que aqui encontram um sentimento de pertença (identidade), interdependência e a justificação para viverem e sentirem-se abandonados num mundo hostil.

No caminho que conduz à heroína, dizem os autores, os antecedentes históricos são extremamente relevantes nestes sujeitos, que manifestam evidências de comportamentos “delinquentes” prévios à chegada à droga. Foram observados nestes sujeitos, uma orientação comportamental com, estados afectivos de pessimismo, tristeza, sentimentos de futilidade, negativismo, desconfiança, provocação e atitudes manipulatórias nos objectivos para com as suas vidas pessoais.

Muito antes da entrada na droga, os sinais de alarme provêm do seio da vida familiar onde se constata que as relações com os pais estão longe de serem as ideais como mostram as frequentes separações, divórcios, hostilidade marcada nas relações e falta de comunicação. Em metade dos casos, dizem os autores, o pai não existe, nem nenhuma outra figura masculina durante um período muito significativo da infância, e que se prolonga pela adolescência. Com as crianças os pais, por um lado, têm tendência a ser indulgentes, e por outro, severamente frustrantes. Os pais são frequentemente incongruentes no que diz respeito aos padrões de comportamento que pretendem dos seus filhos e são na maior parte das vezes inconsistentes na aplicação de medidas disciplinares. As ambições que projectam nos seus filhos são muito baixas, mas por vezes, irrealisticamente altas.

Nós observámos também pais indolentes, que fecham os olhos às contingências da vida dos filhos como se eles não tivessem um papel a desempenhar como orientadores das vicissitudes da vida: “cresce para aí, que eu não tenho nada a ver com isso” - parece muitas vezes ser a mensagem. Juntamente com este quadro há a assinalar as relações ambivalentes, dependentes e mutuamente destrutivas com as mães.

Os factores cruciais na patologia familiar parecem ser a inconsistência e a falta de limites. Pais que não promovem um mínimo de consistência, confiança, segurança, honestidade, responsabilidade à criança, especialmente na altura das crises de desenvolvimento não fornecem uma garantia de guias interiores. Em vez disso tornam-se alvos de uma raiva rebelde e desdém. Pais que oscilam entre ataques de cólera e a indulgência, que se permitem a si próprios viver de acordo com demandas primitivas, pais que estão mais interessados nos seus trabalhos e nas suas carreiras do que nas necessidades dos seus filhos e na disponibilidade que lhes devem proporcionar, ou pais que estão ausentes por razões económicas e não podem partilhar a importante tarefa de proporcionar amor e firmeza - todos estes pais, a não ser que sejam substituídos nas suas funções cruciais por substitutos capazes, tornam muito difícil aos seus filhos que estes os aceitem como modelos de segurança para a consciência e o ideal do ego, pais que sejam mal internalizados, dificilmente

proporcionaram a capacidade de construir e ser guardiões internos contra as transgressões. É a impressão de Wurmser de que o ideal do ego destes pacientes que têm estes pais, permanecem primitivos, inseguros e instáveis. Partes mais maduras rapidamente colapsam durante a adolescência ou nunca chegam a emergir.

A “pedra”, o alívio e prazer que a droga proporciona, é um substituto ideal, um valor substituto, uma mitologia química, que normalmente seria encontrado no sentimento interno de sentido, de objetivos e orientação de valores.

Chein *et al.*, afirmam ainda que todos os toxicómanos sofrem de perturbações da personalidade e contrariamente a uma opinião comum, não é a droga que traz prazer, mas oferece apenas alívio para a miséria. A heroína é o preço caro que se paga por um tranquilizante. Para estes autores a adicção nos adolescentes é adaptativa, funcional e dinâmica.

Existe também uma difusão de papeis, nestes sujeitos, são muito influenciáveis por vezes vaidosos e com preocupações com a imagem corporal, o que leva os autores a suspeitarem de profundos problemas na identidade sexual. É ainda enfatizado o uso funcional e adaptativo das drogas na supressão da ansiedade. Neste sentido a droga é uma defesa farmacológica difusa e é descrita como uma projecção, uma racionalização e uma negação. Este efeito farmacogénico acarreta ainda um ganho narcísico no que diz respeito a enfrentar os obstáculos da vida, mas é esta panaceia “esotérica, ilegal e perigosa” que estes sujeitos escolhem. Ou seja quando a auto-estima é insuficiente qualquer experiência satisfatória produzida pela droga é a fonte para aumentar essa mesma auto-estima.

Hiposimbolização

Com este termo, Wurmser refere-se à observação frequente de uma degradação geral, inibição, e a um rudimentar desenvolvimento do processo de simbolização, e com ele, da vida fantasmática. Um exemplo desta inabilidade da maior parte destes pacientes está na articulação dos sentimentos. A maior parte, dos afectos relevantes

são transformados em queixas somáticas - desconforto físico ou acusações contra a sociedade. Nestes sujeitos a afectividade permanece pré-verbal. Daí a psicoterapia com estes pacientes ser particularmente difícil e frustrante. A psicoterapia emprega precisamente os aspectos verbais do processo simbólico como um dos seus instrumentos. Wurmser denomina esta falha de “hiposimbolização”.

Henry Krystal, surpreendido com a imprecisão e a falta de diferenciação dos estados afectivos nestes sujeitos, nomeadamente a depressão e a ansiedade em estados de privação, efectuou um estudo sobre distúrbios afectivos no alcoolismo e toxicomania (Krystal, 1962). Encontrou distúrbios afectivos em indivíduos toxicómanos, nomeadamente, dificuldades na diferenciação, identificação e verbalização de estados afectivos e somatizações (Krystal e Raskin, 1970). As suas emoções eram vagas, indiferenciadas, somatizadas, experienciavam sensações e não emoções. Estes sujeitos não eram capazes de colocar as suas emoções em palavras e, desta forma, não as poderiam utilizar como sinais identificadores para os próprios. Wurmser (1974) encontrou também uma diminuição da simbolização e distúrbios afectivos. Esta capacidade bloqueada ou incapacidade de simbolizar, pertence particularmente à vida interior do paciente, às suas emoções e, às suas referências próprias. Um exemplo é a incapacidade de muitos destes pacientes em articularem emoções. uma grande maioria de afectos relevantes são traduzidos em queixas somáticas.

Como tentámos esclarecer este problema é bastante prévio ao início dos consumos e é agravado com os fenómenos psíquicos que caracterizam a adolescência.

As perturbações na afectividade têm como consequência um grande impacto na verbalização e a simbolização e têm um duplo aspecto sobre o problema do vício: um etiológico e outro terapêutico. Este autor afirma que com esta perturbação e com aquilo a que chama de enfraquecimento na tolerância afectiva, será pouco provável que estes sujeitos consigam suportar o trabalho psicoterapêutico, que é vivido como uma grande ameaça.

As perturbações emocionais encontradas em pacientes alcoólicos e toxicómanos não são únicas. Krystal encontrou uma grande incidência da mesma perturbação afectivo-cognitiva em sobreviventes de perseguições nazis severamente traumatizados. Os

sobreviventes dos campos de concentração também mostraram uma taxa bastante elevada de doenças psicossomáticas (Krystal, 1971).

Krystal é de opinião de que os toxicómanos acedem dificilmente a uma psicoterapia psicanalítica uma vez que existe perturbação na representação do self e em relação às fantasias de intocção para além da natureza das transferências. Afirmar ainda que a técnica psicanalítica não possui os instrumentos para reconhecer e compreender estes problemas. Krystal adianta razões para este facto, nomeadamente a transferência agressiva e o medo da transferência positiva.

Em alguns sujeitos toxicómanos existe um distúrbio que consiste no bloqueio da representação do objecto materno e conseqüentemente nos modos como os sujeitos se auto-ajudam e reconfortam. Estes sujeitos perderam a capacidade de cuidar de si mesmos e atender às suas necessidades, de cuidar de si quando em estados de cansaço, doentes ou feridos narcisicamente. Este autor enfatiza o facto de que os toxicómanos usam drogas para conseguir alívio de sentimentos de desespero ou ganhar boas emoções uma vez que não são capazes de executar funções de reconforto e de funções maternas. Não conseguem ser capazes de fazer coisas como a maioria das pessoas faz para se acalmar, relaxar, dormir ou descansar. Noutros termos a sua tolerância aos afectos está enfraquecida uma vez que não se sentem livres para realizarem os tipos de cuidados de reconforto gratificante que uma mãe proporciona a uma criança aflita. Existe uma inibição na capacidade dos pacientes dependentes de substâncias, para tomarem conta deles mesmos física e emocionalmente, no sentido literal da palavra.

Khantzian (1978) demonstrou que os indivíduos toxicómanos têm um tipo de indiferença associada com a auto-estima (self care) e com a auto-regulação (self-regulation). Este autor refere que estes pacientes não tomam atenção à sua nutrição e a cuidados médicos no geral e e têm dificuldades em evitar uma serie de problemas e sofrimentos “que lhes acontecem”. Estes pacientes falham no exercício das funções de bem estar de uma forma tão constante que devemos concluir que sofrem de uma inibição nesta área essencial.

Zinberg (1975) também referiu um grave enfraquecimento na capacidade de manter a auto-estima (self-care) com este tipo de pacientes. Sugeriu que não só são auto-agressivos como nunca conseguem realizar o bom para eles próprios, e escolhem a todo o momento as piores soluções nas simples transações da vida. Perdem dinheiro, os talões da lavandaria, esquecem-se de compromissos e estão constantemente a ser enganados continuando a pensar que são os melhores e os mais espertos.

Uma vez que já observamos semelhanças entre os pacientes dependentes de substâncias e os doentes psicossomáticos em relação à função afectiva, é relevante notar que também os pacientes psicossomáticos frequentemente falham na identificação nos cuidados próprios, especialmente em relação aos sintomas das suas doenças.

Os sujeitos toxicomanos receiam a fusão com as representações do objecto de amor devido ao modo como as vivenciaram no período formativo de suas vidas. As explicações destas dificuldades estão ligadas aos problemas de agressão e ambivalência face ao objecto de amor. A ambivalência relativa ao psicoterapeuta na transferência corresponde à ambivalência relativa à droga, e isto por sua vez é uma revivência da particularmente severa ambivalência relativamente ao objecto de representação materno.

O próprio processo de luto significa um problema acrescido para o toxicómano que tem tendência a recear ser destruído pela depressão. Tem igualmente receio de todos os afectos que vivência como uma imagem traumática. Krystal acha necessário afirmar, com o intuito de explicar este fenómeno, que este tipo de indivíduos viveram experiências traumáticas muito intensas na infância, que receiam poder voltar e que as vivenciam como um “destino pior do que a morte”.

O trabalho psicoterapêutico com sujeitos toxicómanos, de acordo com Krystal, a intensidade das cóleras narcísicas, a persistência dos impulsos agressivos coloca a hipótese de pensar se toda a dependência não é no fundo uma “dependência de ódio”. É este aspecto que os faz recair uma e outra vez.

Kohut (1971) também afirmou que os toxicómanos tinham um desenvolvimento deficiente “das capacidades básicas da psique para manterem, por eles mesmos, o equilíbrio narcísico da personalidade”.

“O trauma que sofreram é frequentemente o desapontamento da inflexibilidade de uma mãe que, devido à sua anormal empatia para com as necessidades da criança (ou por qualquer outra razão) não satisfaz determinadas funções (como uma barreira de estímulos) ou servir de anteparo às tensões, que o aparelho psicológico maduro deveria conseguir executar sozinho. As decepções sofridas durante estas fases arcaicas do desenvolvimento do objecto idealizado, privam a criança da interiorização gradual de experiências de ser amparada, ou de ser ajudada a dormir e acalmar-se. Tais indivíduos continuam fixados em certos aspectos de objectos arcaicos que mais tarde os encontram na forma de drogas. A droga, contudo, não serve como um substituto para o objecto amado, ou para um relacionamento com ele, mas como um substituto para uma falta na estrutura psicológica”.

A ideia de que eles sofrem de uma doença onde lhes falta algo, e que o analista deve-lhes fornecer o carinho do qual eles foram enganados é muitas vezes, desesperadamente reivindicado por estes pacientes. Se ao menos a falha pudesse ser fornecida, amar-se-iam a si mesmos e cuidariam bem de si mesmos. Na verdade, o paciente deseja não só que a falha seja reparada, mas também deseja que o analista retroceda o calendário e repare tudo o que lhe aconteceu e que foi vivido como uma má experiência, e mesmo assim ainda teria mágoa por as coisas não terem funcionado desde o início. Vê-se uma caricatura deste pensamento impreciso quando ele se torna a fundamentação lógica de vários psicoterapeutas pouco analíticos que na realidade tentam fornecer aos seus pacientes o amor que lhes faltou.

Krystal conclui afirmando que estes pacientes não têm uma lacuna na sua capacidade de exercer funções de *self-caring* ou nas estruturas psíquicas necessárias para executá-las. Eles têm sim um bloqueio psíquico, uma inibição em relação às funções de *self soothing* e de *self caring*.

Dependência Objectal Primitiva

Também para Weijl, a embriaguez é um estado maníaco na base do qual existe uma depressão. Do ponto de vista simbólico, o álcool representa o leite desejado e constitui, como consequência, um sucedâneo da mãe. Mas, além disso, Weijl sublinha a relação do álcool com a comida totêmica: o toxicômano, através da ingestão do álcool, consome simbolicamente o pecado primitivo de matar o pai. Weijl acredita, também, que o abuso do álcool responde a uma vivência primitiva mágica com a qual se procura resolver o conflito edípiano. Finalmente, estabelece uma diferença que considera imprescindível: enquanto a grande maioria dos alcoólatras apresenta características maníaco-depressivas com necessidades de dependência oral não resolvidas, os toxicômanos são, geralmente, de tipo esquizóide e vivem num mundo mágico-infantil.

Para Rosenfeld o toxicômano está fixado numa fase infantil muito primitiva, denominada por Melanie Klein (1940) de posição esquizoparanóide, muito embora tenha atingido, ainda que parcialmente, a posição depressiva.

A escola kleiniana tenta explicar a significação da toxicomania a partir de outra perspectiva. Em vez de focalizar as causas do fenômeno em termos de prazer orgástico e oralidade, adota um ponto de vista que sublinha a importância da fuga à dor e da tentativa de escapar à depressão e ao que é sentido como persecutório. A teoria kleiniana descreve de maneira satisfatória o dinamismo dos processos que levam à idealização da droga. Esta idealização adquire especial intensidade nos indivíduos que se encontram fixados ao seu objecto primário no nível que classicamente é designado como posição esquizoparanóide. Esta fixação seria o resultado de uma separação exageradamente hostil da criança com o seio materno. Segundo Melanie Klein, o toxicômano dificilmente poderá tolerar o ingresso na posição depressiva. Com a droga, justamente, o que ele tenta é evitar cair nessa posição, quanto mais intensa essa fixação, e mais profunda a dissociação entre um objecto persecutório e outro muito idealizado, tanto maior será a dificuldade para

elaborar depois a posição depressiva, da qual depende a capacidade do indivíduo para aceitar as frustrações sem sentir que essa aceitação acarreta a perda do objecto bom.

Aqueles que adoptam esta perspectiva interpretativa acham que a droga é um objecto idealizado e que a sua ingestão é feita com a ilusão de eliminar a ansiedade paranóide produzida pela ameaça constante do núcleo psicótico subjacente. A eliminação dessa ansiedade equivale à superação da fragilidade do Eu e, por fim, à descoberta de um caminho quimicamente efectivo para evitar a desintegração psicótica.

Quanto ao significado da expressão fragilidade do Eu (fenómeno cuja função no processo que leva o sujeito a drogar-se, parecem concordar todos os autores citados, independentemente da perspectiva privilegiada por cada um deles), é muito interessante a contribuição dos estudiosos de orientação interacionista, entre os quais se situa Th. Lidz. Os pensadores que, como Lidz, pertencem a esta corrente, caracterizam a família como “a grande mestra originária da interacção social e do comportamento emocional”. Lidz afirma, sem cair por isso numa posição causalista, que há uma relação entre as deficiências próprias das relações maritais dos pais e a conduta esquizofrénica dos filhos. “O paciente esquizofrénico - acrescenta - foge de um mundo intolerável no qual se sente impotente para enfrentar conflitos insolúveis, dos quais se liberta distorcendo imaginariamente a simbolização da realidade”. O drogado faz isto quimicamente e é a sua família que lhe ensina a agir desta maneira.

Para Dora Hartman (1969) “a par das motivações inconscientes (conjuntamente com a gratificação oral e a identificação passiva com os pais, a necessidade de restabelecer o objecto perdido parece desempenhar um importante papel”. Muitos pacientes falam da droga e de toda a parafernália de coisas e circunstâncias à volta dela com um carinho especial, como se fosse um parceiro amoroso.

O termo dependente das drogas faz-nos lembrar estes aspectos que apontam para uma dependência passiva primitiva em que o objecto está sempre presente e disponível, é eterno, e narcisicamente apreendido, inveja incorporativa, os aspectos masturbatórios e orgásticos do uso de drogas e uma mistura de idealização estática.

Auto-agressão

Bem conhecido é o aspecto do abuso de drogas como auto-agressão e auto-punição. Em alguns casos podemos observar a equivalência do consumo de drogas com o suicídio, onde se encontram situações muito pesadas e formas muito primitivas de culpa e vergonha. Não há dúvidas de que sentimentos muito primitivos de humilhação e vingança ou retaliação jogam um papel muito importante na interacção social que estes pacientes estabelecem.

Neste ponto é importante falar sobre alguns tipos de pacientes para os quais a relação com a droga tem um carácter mais preocupante. Aqui sublinha-se o que se entende denominar por politoxicomanias e que não é a experimentação lúdica, iniciática ou adolescentária de um *cocktail* de drogas. É defenida como um síndrome de dependências múltiplas, alternadas ou conjugadas, acentuadas por acidentes graves em estados de bebedeira, de comas, de *overdoses* complexas, de automutilações, de tentativas de suicídio. Jacques (1999) propõe classificar esta síndrome como toxicomania caótica. E pergunta - Como é que se pode discernir na desordem dessa síndrome os traços distintivos susceptíveis de introduzirem um princípio de ordem?

Com efeito – afirma - incluímos sob o mesmo diagnóstico de politoxicomanias tanto: os pacientes que procuram um aprvisionamento em período de escassez de heroína ou, mais generalizadamente, de falta de um outro produto, preferido e único, mas provisoriamente não acessível; os que abusam indiferentemente de todas as substâncias embriagantes que se lhes apresentam; os que procuram sobretudo os efeitos de coma, de aniquilamento da consciência; os que seleccionam de preferência os produtos na perspectiva do risco; ainda aqueles que elegeram os produtos destinados a instrumentalizar uma conduta agressiva, violenta ou delinquente; enfim, aqueles para os quais estes abusos têm o estatuto político ou social de um *micromotim*.

Este diagnóstico diferencial parece-me essencial para a construção de uma futura concepção teórica destes fenómenos, pressuposto essencial para a abordagem de uma

terapêutica fundamentada. Todavia, mesmo nestas situações ideais em que os tratamentos de substituição de qualidade são acessíveis sem obstáculos inúteis, as diferentes formas clínicas das politoxicomanias persistem, justificando a necessidade do diagnóstico diferencial evocado.

O recurso da hipótese, de uma determinação inconsciente dos ditos e dos actos do sujeito, de alguns dos seus lapsos e acidentes, dá lugar à pulsão de morte, que pertence por direito próprio ao ser falante e desejanter. É preciso insistir na dimensão “contranatura” das passagens ao acto - comas, acidentes, automutilações, negligência de si - que afectam alguns destes sujeitos “toxicómanos caóticos”. Esta parte contranatura dá conta das reacções hostis dos intervenientes, cujos valores mais fundamentais são agredidos por esta negação, este desafio, esta recusa dos valores vitais, manifestando um não-desejo de cura.

A relação entre este superego “feroz e tirânico” em acção nestes sujeitos e a ferocidade da lei de excepção que os persegue continua por estudar.

A esta dupla face do superego corresponde a dupla face do produto, ao mesmo tempo remédio e veneno: o farmacon, pela sua face calmante, até à automedicação da dor de existir; o toxicon pela sua face feroz, de destruição, de autopunição, encontro com uma morte prévia consentida.

Gratificação Regressiva

De todas as formas de gratificação regressiva proporcionada pela droga, o aumento da auto-estima, a recreação de um estado narcísico (regressivo) de auto-satisfação são os mais consistentes.

O trabalho de D. Rosenfeld com a toxicomania é um reflexo desta concepção, a partir da leitura do narcisismo pela óptica do sincretismo (ou indiferenciação), ressalta que o que está em jogo no narcisismo - mais do que o fascínio pela própria

imagem - é não aceitar a imagem no espelho por estar fora de si e ser diferente daquela onnipotentemente imaginada. Exterioridade e diferença são os elementos que ferem o narcisismo/sincretismo.

O momento genético significativo não é um pressuposto estado fetal, mas justamente a relação de objecto primária (sincrética): a relação com a mãe. D. Rosenfeld observa que, na história pessoal do toxicómano, é bastante frequente um vínculo muito frustrante com a mãe em períodos muito precoces. Esta carência real corrobora uma vivência da mãe interna intolerante às mudanças de humor do filho: o bebé aprende a satisfazer-se com “seios substitutos”, mas sem elaborar um luto melancólico pelo seio perdido (El paciente drogadicto: guía clínica y evolución psicopatológica en el tratamiento psicoanalítico). O objecto substituto é, por um lado, um objecto do tipo fetiche - um objecto coisificado, não humano, quase morto - e por outro o corolário de um mecanismo de negação maníaca da perda não elaborada; sob o signo da onnipotência destrutiva, há uma desvalorização e uma degradação do objecto, ou seja, o triunfo sobre o objecto e sobre a dor sofrida pela perda.

A droga é exactamente este tipo de objecto substituto. Por um lado, a intoxicação é uma tentativa de recuperar o calor materno perdido; “o adicto procura, através do efeito farmacológico de certas drogas, provocar uma certa vasodilatação e sensações de calor e rubor na pele, com o objectivo de recriar um continente cutâneo que o contenha em momentos de maior dispersão. Tenta, assim, recuperar um vínculo com objectos primitivos e perdidos ligados com sensações e fantasias relativas à pele e ao ar” (D. Rosenfeld, Adicción a las drogas, omnipotencia narcisista, trastornos en la piel y esquema corporal: aportes a la dialéctica de los grupos). Esta tentativa de recuperação seria, pois, uma estratégia regressiva a um tipo de relação indiferenciada: o objecto constitui-se como perdido justamente pela sua exterioridade e diferença em relação ao eu. Mas, segundo Rosenfeld, esta tentativa fracassa, seja pelo seu carácter maníaco, destrutivo e invejoso - há um repúdio da dependência do objecto externo real - seja por sua natureza coisificada de fetiche, ou seja, pela sua semelhança com a actuação perversa - acto de descarga da parte psicótica com o restabelecimento do “domínio neurótico” - obtém-se, como resultado, um

“continente destruído desde o começo e que não serve durante muito tempo, com o qual se gera um círculo vicioso” (Ibidem).

Se a toxicomania baseia-se numa organização narcísica, esta organização é potencializada pela própria ingestão da droga, formando um círculo vicioso. O resultado disto é que o toxicómano encontra-se num estado crónico que não é psicótico nem neurótico, mas “um estado de robô ou zombi” (Ibidem). Rosenfeld reconhece, porém, uma função estruturante da droga para o toxicómano, uma tentativa (último recurso) de unir sensações corporais dispersas como uma “cola de má qualidade”, ou seja, um organizador precário.

Crise Narcísica

A razão específica para o início do consumo compulsivo de drogas radica numa crise intensa em que conflitos narcísicos profundos e fundamentais são mobilizados e os afectos relacionados com estes conflitos são esmagados e não existe a possibilidade de lidar com eles sem a ajuda de uma defesa afectiva artificial - a droga. Este fenómeno ocorre fundamentalmente durante a adolescência.

Frequentemente as recaídas aparecem durante estas crises que muitas vezes é desencadeada por um acontecimento externo que faz irromper uma ansiedade incontável, agressividade e exigências narcísicas. Pela definição de crises narcísicas teremos que considerar um intenso desapontamento com os outros, em si próprio ou em ambos - muito por causa dos desejos intensos que reflectem a malignidade em “querer” regressar aos primórdios da infância. Factores ou acontecimentos externos precipitantes destas crises podem ser encontrados frequentemente nas crises familiares que coincidem com a crise de desenvolvimento da adolescência.

Rosenfeld é outro autor, que elege o narcisismo como elemento fundamental no mecanismo toxicomaniaco. Refere que:

...a relação, própria ao efeito farmacológico das drogas reactiva a crença narcísica do paciente em sua invulnerabilidade e imortalidade. A droga simboliza o objecto ideal que, concretamente, pode ser incorporado, e cujo efeito farmacotóxico é utilizado como reforço da onnipotência dos mecanismos de negação e divisão. A droga é o meio pelo qual se vale o toxicómano para aniquilar todo e qualquer objecto e situação frustradora e persecutória.

A vantagem do discurso de Rosenfeld, de acordo com Filho (1999), reside no facto de aquele autor não recorrer com facilidade à ideia de que a regressão e a fixação são os mecanismos básicos para a determinação da condição toxicomaniaca. Da mesma forma, ao conceder ao “efeito farmacotóxico” uma função, Rosenfeld dá um passo teórico interessante. É possível reconhecer que, se Rosenfeld amplia a teoria quando se refere ao narcisismo e à farmacologia, para Filho, ele repete a crença de outros autores que equiparam a droga a um objecto que comporta as características e os poderes supostos do objecto perdido original. Inequivocamente, a droga produz um prazer, mas de forma alguma este prazer é obtido pela conjunção entre o produto e qualquer uma das zonas erógenas à disposição dos prazeres do corpo, e também não se trata de um substituto do objecto fetichista. Isto é, como refere Filho (1999), não se trata aqui, de um chicote, de um pedaço de veludo, de um vibrador, de umas cuecas. O prazer produzido pela droga é de outra natureza. Se é plausível conferir um estatuto de objecto à droga, urge uma operação que requer uma melhor teorização.

Concordamos com Wurmser quando afirma que parece ser a convergência de vários destes factores senão mesmo de todos - falha narcísica nas defesas afectivas, falhas na formação de valores, hiposimbolização, procura desesperada de um objecto substituto, intensidade de auto-destruição e a procura de uma gratificação regressiva - em conjunto com os conflitos narcísicos básicos que formam uma constelação ou predisposição para a “doença adictiva” em geral e para o uso compulsivo de drogas em particular. Parece que o mais específico destes factores predisponentes são a necessidade de uma defesa afectiva e o desejo de uma gratificação regressiva, mas

estudos posteriores, incluindo pesquisas predictivas, poderam elucidar a relativa relevância destes vários factores.

VULNERABILIDADES PRECOSES NOS AFECTOS E NO PENSAMENTO

A “super”-ciência que gera as conjunturas imaginativas, faz-nos pensar a desumanidade de silenciar a dor e o espanto do recém-nascido perante o mundo.

Carlos Amaral Dias

As considerações que se seguem têm a ver com a nossa convicção de que a experiência de ingestão de drogas reflecte sérias dificuldades ao nível da capacidade de pensar e elaborar os afectos. Como tentámos mostrar estas dificuldades são anteriores à instalação do problema. Este aspecto reenvia-nos para a dimensão da experiência primária de insatisfação e para as frustrações precoces decorrentes da ausência e a elaboração da perda do objecto.

Podemos pensar no modelo do bebé com fome ou, com indisposições gástricas, ou ainda, que chora e sente a necessidade de ter perto de si o seio, o alimento e o calor da mãe. A mãe que acalma o desconforto e realiza a satisfação. O modelo de Bion permite-nos desenvolver ideias sobre esta questão:

Restringirei o termo “pensamento” à união de uma preconcepção com uma frustração. O modelo que proponho é o de um bebé cuja expectativa de um seio se une a uma “realização” de um não-seio disponível para satisfação. Essa união é vivida como um não-seio, ou seio “ausente”, dentro dele. O passo seguinte depende da capacidade do bebé tolerar a frustração. Depende da decisão de fugir da frustração ou modificá-la.

Se a capacidade de tolerar a frustração for suficiente, o não-seio transforma-se num pensamento, e desenvolve-se um aparelho para “pensá-lo”. Isto dá início ao estado, descrito por Freud em *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*, em que a predominância do princípio da realidade é sincrónica com o desenvolvimento da capacidade de pensar e, desse modo, traspor o fosso de frustração que surge entre o momento em que se experimenta uma necessidade e o momento em que

a acção adequada para satisfazer essa necessidade culmina na satisfação da mesma. A capacidade de tolerar frustração, portanto, possibilita que o psiquismo desenvolva o pensamento como um meio através do qual a frustração que for tolerada se tornará mais tolerável.

Se a capacidade de tolerar frustração for inadequada, o “não-seio” mau interno – que uma personalidade capaz de maturidade termina por reconhecer como um pensamento – leva a que a psique se defronte com a necessidade de decidir se foge à frustração ou a modifica.

A incapacidade de tolerar frustração faz com que a balança se incline no sentido da fuga à frustração (Bion).

A droga estimula o funcionamento primário da mente e, por uma “ilusão química”, facilita a evitação da frustração própria do princípio de realidade: “o recurso às drogas seria comparável ao recurso da criança pequena que procura a satisfação por via alucinatória diante da imperiosa existência das necessidades interiores” (Ocampo).

Ocampo fala de uma “experiência originária de insatisfação” como marca da toxicomania. Trata-se da suposição de uma experiência traumática que dificilmente poderá ser elaborada: a ausência radical do objecto correlata à emergência do desejo, em que o desejo materno produz necessariamente um afastamento ao revelar a falta do objecto. O traumático da experiência dá-se, neste caso, pelo facto da afluência de excitações ser vivida como insuportável, por um aparelho psíquico incapaz de enfrentá-la. Na experiência do toxicómano, a droga torna-se, com o estabelecimento da adicção, um “objecto específico” – objecto exclusivo de um prazer necessário – cuja ausência coloca o sujeito num estado de carência insuportável. Esta experiência é, pois, a reprodução actualizada da “experiência originária de insatisfação”, e o encontro com a droga reactiva – por um processo regressivo – a situação traumática com o objecto primário/mãe: um objecto ardentemente esperado por um psiquismo prematuramente colocado num universo hostil e incompreensível, um objecto que é ao mesmo tempo o único a garantir a sobrevivência e o veículo, por sua ausência, da experiência do insuportável.

O que deveria ser um pensamento – um produto da justaposição da preconcepção e a “realização” negativa – torna-se um objecto mau, indistinguível de uma coisa-em-si, e que se presta apenas à evacuação. Consequentemente, o desenvolvimento de um aparelho para pensar fica perturbado e, em vez disso, dá-se um desenvolvimento hiperatrofiado do aparelho de identificação projectiva. (...) evacuar um seio mau é sinónimo de obter alimento de um seio bom. O resultado final é todos os pensamentos serem tratados como se fossem indistinguíveis de objectos internos maus; a ideia é que o instrumental adequado seria, não um aparelho para pensar os pensamentos, mas um aparelho para livrar a psíque do acúmulo de objectos internos maus. O ponto crucial está na decisão entre fugir da frustração ou modificá-la (Bion).

Bion afirma ainda que:

A predominância da identificação projectiva faz com que se confunda a distinção entre self e objecto externo. Tal facto contribui para a falta de qualquer percepção da dualidade, já que essa percepção está condicionada ao reconhecimento da diferenciação entre sujeito e objecto. (...) A incapacidade de tolerar frustração poderá obstruir o desenvolvimento dos pensamentos e da capacidade de pensar, embora a capacidade de pensar diminuísse o sentimento de frustração inerente ao reconhecimento do hiato que existe entre um desejo e sua satisfação.

Outro aspecto diz respeito à questão da falta que é para muitos um articulador fundamental para pensar a toxicomania. A *falta constitutiva*, se por um lado é motivo de uma impossibilidade de satisfação plena, por outro lado é o motor da própria vida psíquica. Aqui surge o desejo, pois diante desta não satisfação é que se origina um impulso de reinvestimento das marcas mnésicas das experiências de satisfação. É pela impossibilidade da *alucinação* total da *satisfação* (utilizando a proposição de Laplanche) que surge o desejo. A própria noção de pulsão – em especial a pulsão sexual – está permeada pela ideia de falta constitutiva. Como se origina a *pressão* – a força constante que impõe ao “aparelho” um trabalho psíquico incessante – senão na irreduzibilidade do estímulo pulsional por uma descarga plena, qualquer que seja a actividade em questão?

Ora, é esta falta que leva o psiquismo a investir os objectos em busca de satisfação. Como no modelo do desejo, a falta pode ser vivida pelo psiquismo como a perda de um objecto originário, e o investimento objectal como uma tentativa de reencontro

com o objecto perdido. O reencontro com o objecto perdido é uma outra maneira de falar do mito do retorno ao seio materno, ou seja, um desejo regressivo a uma indiferenciação primitiva.

A falta é a ferida narcísica por excelência, ou seja, a denúncia de que a onnipotência pode falhar, de que o princípio do prazer pode ser desafiado nos seus desígnios, ameaçado no seu poder supremo. É assim que Freud define o desenvolvimento do Eu: um afastamento do narcisismo primário e uma intensa tendência em retornar a ele.

Freud mostra como o *ideal* – muitas vezes tido como um aspecto nobre da humanidade – é uma formação do Eu que nada mais é do que um deslocamento do narcisismo infantil: o Eu ideal. O desejo de perfeição ao qual se teve que renunciar é agora depositado no ideal. O ideal pode ser deslocado para um objecto: a idealização – diferentemente da sublimação, em que existe uma reorientação da pulsão objectal para um fim não sexual – é a expressão de uma intolerância narcísica à “realidade” do Eu e do objecto. A realidade deste objecto que não proporciona a satisfação plena, que frustra assim o Eu na sua onnipotência e na sua ilusão de não ter *faltas*, não é tolerada, e é substituída por uma imagem idealizada do objecto.

A droga é muitas vezes investida desta roupagem de objecto ideal, idealização que tem diversos desdobramentos. Se considerarmos o ideal como aquilo que se opõe ao real, a idealização da droga inclui-se numa estratégia de afastamento da realidade pela “criação” deste ideal; o mecanismo maníaco pode ser trabalhado dentro deste quadro. H. Rosenfeld – a partir de uma orientação kleiniana – já assinalara a idealização como um mecanismo maníaco típico do toxicómano, juntamente com a identificação com o objecto ideal e o controlo onnipotente dos objectos em que se alcança a negação de toda a frustração e ansiedade. Neste sentido, transformar um objecto em ideal e identificar-se com ele é a forma de operar um controlo onnipotente que abarca o objecto, o Eu e a relação entre os dois, ou seja: qualquer realidade que possa ser vivida como fonte de desprazer. No caso da toxicomania, a construção de um objecto ideal que é sobreposto à droga é realimentada em *feedback* pelo próprio efeito que a droga provoca no organismo: a viagem como neo-

realidade confirma o poder deste objecto – com o qual se está identificado – em apagar a frustração por uma magia ilusionista.

A concepção não encontra, necessariamente, uma “realização” que dela se aproxime o bastante de modo a satisfazê-la. Caso se tolere a frustração, a união da concepção com as “realizações”, sejam elas negativas ou positivas, dá início a procedimentos necessários ao aprender com a experiência. Se a intolerância à frustração não for intensa ao ponto de accionar os mecanismos de fuga, mas tiver uma intensidade que impeça que se suporte o predomínio do princípio da realidade, a personalidade desenvolve a onipotência como substituto da união da preconcepção (ou da concepção) com a “realização” negativa (Bion).

H. Rosenfeld, que sugeriu uma aproximação da toxicomania com as personalidades maníaco-depressivas, propõe que “... o factor essencial da relação da toxicomania com a depressão seria a identificação com o objecto doente ou morto. A droga, em tais casos, está no lugar deste objecto e a intoxicação implica uma incorporação suficientemente concreta deste objecto”. O toxicómano vive uma situação paradoxal de um sujeito que está em busca de reencontrar uma relação objectal primária, um calor materno perdido e, para isto, recorre a um mecanismo de identificação por introjecção, um “por para dentro” o objecto, nesta tentativa de recuperação. Mas, no momento mesmo desta incorporação, o objecto é vivido como – ou transformado em – morto, coisificado, artificial. Talvez este paradoxo revele a posição impossível do narcísico diante do objecto: deseja ardentemente um reencontro que restabeleça uma experiência de “ser completo” (imaginariamente equivalente à experiência de prazer), mas, no momento do reconhecimento do objecto como passível de ser o seu complemento, sobrevém o ódio-ao-objecto enquanto tal, enquanto aquele que tem o poder de ser instrumento de satisfação que só o Eu admite ter: este objecto tem de ser morto.

Rosenfeld comenta a coisificação dos aspectos humanos do toxicómano: “o paciente projecta aspectos psicóticos num objecto inanimado, coloca nele uma mescla de um seio coisificado com fezes, mortos, e a relação simbiótica com uma mãe depressiva e imóvel, quer dizer, um seio que não se aproxima para se oferecer mas um seio inanimado que tem de ser encontrado”.

Ora, o objecto ideal também é um objecto morto, morto porque descarnado da sua realidade de fonte de prazer e desprazer. Um objecto ideal que não frustra só pode ter sido morto, a única forma de não se opor mais ao sujeito.

Ao toxicómano, que não suporta a falta, só resta matar o objecto para tê-lo como objecto exclusivo de um prazer necessário. Mas a falta – quando falta, faz falta. E esta falta da falta é, para Olievenstein e o seu grupo, o grande drama do toxicómano. Da mesma forma, Ocampo ressalta que a negação da perda do toxicómano remete a uma negação mais precoce e fundamental, a negação da carência do objecto, negação paga com “... o insuportável que é a carência da carência”. A carência da carência – falta da falta – é a falta de um objecto (vivo, real, humano) e de um Eu com as mesmas características: a falta de uma vida psíquica.

De acordo com Bion, o malogro no estabelecimento de uma relação mãe/bebé em que seja possível a identificação projectiva normal impedirá, entretanto, o desenvolvimento de uma função alfa e, conseqüentemente, a diferenciação entre consciente e inconsciente. A personalidade do bebé não é capaz de, por si só, fazer uso dos dados sensoriais; tendo, porém, de evacuar esses elementos da mãe, confiando que ela faça o que quer que tenha que ser feito para transformá-los, de modo que se tornem adequados ao emprego, por parte do bebé, como elementos alfa. Os elementos impensáveis – elementos beta – que não servem para pensar, sonhar, recordar ou exercer funções intelectuais geralmente atribuídas ao aparelho psíquico e que podem apenas ser evacuadas pela motricidade, vão ser recebidos pela capacidade de pensar da mãe, também chamada “função alfa” ou “capacidade de *reverie*” (devaneio); esta opera sobre as impressões sensoriais e as experiências emocionais percebidas, transformando-as em elementos alfa. Aqueles elementos beta que não são totalmente impensáveis (Freud diria irrepresentáveis ao nível das representações de coisa) por um psiquismo adulto, serão restituídos à criança, depois de digeridos ou transformados, na relação de identificação projectiva normal que a mãe tem com ela, por outro lado, tudo aquilo que estiver mais próximo do irrepresentável, da pulsão de morte, como a inveja, por ex., não será reenviado ao bebé, será contido pela mãe, se esta funcionar bem. Além disso, juntamente com esses elementos beta

desintoxicados, a mãe vai projectar na criança uma certa quantidade de elementos alfa, saídos da sua própria função alfa ou “capacidade de pensar os pensamentos”. Só quando a criança, primeiramente com a ajuda da função alfa da mãe, puder transformar a experiência emocional, é que será capaz de se dar conta da qualidade da sua alimentação (leite, segurança, ternura, angústia), de transformar o seio mau presente num seio mau ausente (ou não-seio), de tolerar a demora e a ausência e de discriminar as qualidades psíquicas, visto que o componente físico da experiência (leite, saciação), ao contrário da experiência emocional, é imediatamente acessível aos sentidos.

Bion afirma que, “se um paciente não pode transformar a sua experiência emocional em elementos alfa, ele não pode sonhar”. Freud mostrou que uma das funções do sonho é preservar o sono. O falhanço da função alfa significa que o paciente não pode sonhar e, portanto, não pode dormir. Quando se realiza a desintoxicação (momento de transição) vemos muito bem este fenómeno, “o maior inimigo do toxicodependente é a noite”, disse-nos um paciente. Bion refere-se aqui, mais especificamente, aos pacientes psicóticos mas sabemos das dificuldades que a droga introduz no sistema vigília/sono/sonho.

A função alfa do homem, no sono ou no estado de vigília, transforma as impressões dos sentidos ligadas a uma experiência emocional em elementos alfa que, à medida que proliferam, reúnem-se para formar a *barreira de contacto*. Esta barreira de contacto, que está assim, em permanente formação, marca o ponto de contacto e de separação entre os elementos conscientes e os elementos inconscientes e está na origem da sua distinção. A natureza da barreira depende da natureza dos elementos alfa armazenados e do modo de relação entre eles.

Visto que a barreira funciona como uma membrana semi-permeável e transformadora, separando e, simultaneamente, pondo em contacto o interno e o externo, há uma passagem selectiva dos elementos entre o consciente e o inconsciente e vice-versa e é também a natureza da barreira de contacto e dos elementos que a compõem que determinará essa transposição, assim como as características da memória e das recordações.

Uma outra fonte – para Bion extremamente importante – sobre a natureza da barreira de contacto é a capacidade de pensar, pois esta não é mais do que a capacidade de sonhar ou de pensar a emoção, ou de estar consciente, a um outro nível, num grau progressivamente mais abstracto, mas sem perder o concreto.

Como vimos, um modo de funcionamento que parece dever-se a uma perturbação do aparelho conceptual em que não há a possibilidade de pensar o não objecto, de pensar a frustração, é o do heroíno-dependente (A. Dias). Neste, há um duplo vazio, de si mesmo e de pais – não sabe da existência do desejo – ficando a viver numa “depressão tensa” (Radó), com impossibilidade de elaborar a dor mental; esta torna-se particularmente violenta depois do contacto com a droga que apaga toda a dor; assim, a inveja destrutiva pela impossibilidade de ser, aniquilaria o objecto, destruiria a expectativa, negaria toda a necessidade do pensamento, pois a ficção de que o objecto-heroína satisfaz plenamente fica como que incorporada na área insaturada da préconcepção, não dando origem ao pensamento. Há pois um corte da relação dinâmica entre PS\D, o que leva à progressiva destruição daquilo que nunca chegou a ser uma verdadeira barreira de contacto, à estupidificação e desestruturação dum aparelho mental expulsivo, em que não há culpa nem lealdade em relação aos objectos internos. A relação analítica é extremamente difícil pois, se o analista é sentido demasiadamente longe, se não contém a dor mental, há recaídas; se é sentido demasiadamente presente torna-se equivalente ao tóxico e o paciente “não aprende a falar da ausência original” (C. Melman).

Estes sujeitos, para se defenderem de um sofrimento insuportável causado pela experiência prematura, prolongada e traumática da separação, quer por intolerância inata à frustração e/ou inexistência de função adequada do continente materno, muito cedo deixaram de atribuir significado emocional à percepção, parecendo viver num estado de “não-experiência”, em que o psicológico foi excluído.

Para Bion o que possibilita este processo é a progressiva e permanente formação dentro de nós do que ele chama “barreira de contacto”; ou seja, a condição *sine qua non* para a saúde mental e para o desenvolvimento psíquico depende da constituição e da manutenção, no interior da vida psíquica, duma função continente maturativa e

transformadora, que vá favorecendo a sucessiva integração das experiências emocionais, num processo permanente de oscilação entre momentos de clivagem e projecção e momentos depressivos e integrativos, numa cada vez maior tolerância à dor mental.

Dor Inconsciente

O problema de uma dor inconfessável e dificilmente traduzível remete-nos para uma enorme variedade de temáticas psíquicas e que fundamentam as queixas por detrás do sintoma. De que se queixa verdadeiramente o toxicómano? Como podemos escutar uma dor quando estamos surdos de tanto barulho?

Jean-Pierre Jacques tenta mostrar que a busca do prazer não é o que motiva a procura do toxicómano, se se designar assim o consumidor de droga dependente. Afirmar que é uma dor que está na origem desta procura, e tenta precisar o que entende por “dor” justificando que os toxicómanos não reconhecem com facilidade esta dor. Esta é objecto de uma recusa, de um desmentido ou de um recalçamento, o que leva a considerá-la como desconhecida e, portanto, inconsciente.

Este autor considera a pergunta – “porque começou” - a mais “estúpida” que figura nos questionários psicológicos e comenta a resposta que surge com mais frequência e que é a de “por curiosidade”. Resposta ingénua - afirma - e que, a maioria das vezes, é engolida sem esforço pelo inquiridor. Jacques questiona ainda - Porque não se interroga ele sobre o domínio desta curiosidade, perguntando o que o candidato à droga queria descobrir motivado pela sua curiosidade? Saber o que ela tem como efeito, ou saber como se revelará a pessoa diante deste efeito, do qual todos afirmam que é iniciático, que é um momento de passagem? É uma curiosidade para saber, ou para não saber, ou para não saber mais nada? Estas perguntas conduzem o autor, à hipótese de uma dor inconsciente. Mais do que de prazer com a heroína, Jacques fala de redução do desprazer, o que está infinitamente mais de acordo com o conhecimento médico da heroína: fundamentalmente, um antiálgico. Adianta que, é

bem mais fecundo, entendê-los como sujeitos que, em primeiro lugar, encontraram uma dor - moral e inconsciente - e que, em seguida, puderam apreciar a heroína como alívio ou refúgio. O prazer do qual certos toxicómanos se mostram tão determinados em manter-se afastados por uma prática de droga, é apenas o prazer sexual, juntando-se, assim a uma ascese mística.

Concordamos com Jacques quando refere que, “estes sujeitos, subtraem-se à competição, ao êxito, à sedução e ao jogo sexual. As drogas propõem-se, precisamente, consolar os excluídos da sua miséria, anunciando-lhes um paraíso artificial, ou porque, o paraíso terrestre lhes está interdito”.

Neste sentido, trata-se afinal das dores que preexistem à entrada na droga e que são uma das suas pré-condições (condição etiológica prévia, necessária embora insuficiente).

A palavra “heroína” foi forjada a partir dos seus efeitos sobre as dores heróicas, isto é, as mais intensas (as dos heróis? É a hipótese de Charles Melman que, para falar de heroínómanos, evoca “um heroísmo de massa”).

Na continuidade do que temos vindo a afirmar, o conceito antialgia concebe a toxicomania como uma tentativa espontânea de tratamento pela droga de uma dor preexistente. Este conceito de “tentativa de cura” provém directamente de Freud, que o reivindicou para designar o delírio do psicótico.

Jacques refere ainda que a droga tem uma função “antidepressiva”, e que se os sujeitos recrutam as drogas para nelas encontrarem um antiálgico, um remédio, um dispositivo de adaptação, porque é que isso acaba (sempre) tão mal, porque chegam eles ao ponto de inflingirem a si próprios tantos sofrimentos?

Porque razão, a maior parte das vezes, recusam eles esta hipótese de uma dor (de um trauma, um *stress*, um sofrimento) *prévio* à sua “entrada na toxicomania”.

A dor prévia ao recurso à droga, para além da função antiálgica, tem como característica necessária, uma dor, que foi ignorada, recalcada, indizível, não simbolizável. Esta não simbolização é, ela própria, determinada por um défice ou uma elisão temporária das aptidões do sujeito, dos seus próximos, digamos da sua comunidade, para traduzir em palavras as dores em geral. Ou, de outra forma ainda,

o sujeito pertence a esses decepcionados da palavra, da palavra que os feriu, traiu ou enganou.

A “toxicomania” não é contingente, e portanto, não se pode sustentar que qualquer um possa tornar-se “toxicómano”.

O domínio de estar escravizado a um produto que liberta da angústia provocando indiferença relativamente à excitação sexual, tem como consequência traduzir-se num desinteresse crescente pelo exercício sexual, de resto tão pouco gratificante, isto é, culminar em castração química.

Segundo o enunciado de F. H. Freda, “é o toxicómano que faz a droga”, que apresenta a hipótese de que o sujeito escolhe deliberadamente a droga para se subtrair à relação sexual e para se furtar ao serviço sexual. Para alguns sujeitos, esta concepção revelou-se particularmente fútil, permitindo pensar na anestesia pelas drogas como defesa contra a fruição especificamente sexual, sempre traumática para estes sujeitos. Esta anestesia do desejo sexual pode ser considerada um caso particular desta função da droga como redutora da dor, quando o desejo sexual é para um sujeito uma ameaça, uma experiência dolorosa ou traumática. Veja-se o duplo sentido da palavra abstinência: ela evoca tão bem a continência sexual quanto a abstenção de drogas, numa aproximação muitas vezes silenciada.

A experiência clínica com pacientes toxicómanos não desmente estas hipóteses. Verifica-se de facto que, em muitos casos, a angústia e as formações sintomáticas desaparecem quando a “montagem” da toxicomania exerce as suas funções, para ressurgir assim que ela é posta em xeque. Realiza-se aí por certo uma forma de suspensão da dinâmica dos conflitos psíquicos no contexto de uma organização neurótica da realidade psíquica. Mas essa “supressão tóxica” da memória e da angústia pela invenção de uma formação narcísica pode igualmente agir de uma maneira mais radical, como uma última tentativa de reunir e conservar um corpo ameaçado de invasão. A “montagem” da toxicomania, como a ela se refere Jacques, constitui, nessas condições, uma verdadeira suplência narcísica. Como já amplamente tentámos elucidar, assinalámos que esses dispositivos de

autoconservação paradoxal apoiam-se em organizações psíquicas bem diferentes. No entanto, todas essas configurações demonstram de algum modo que a droga não é o verdadeiro tóxico. Este é o preconceito que a escuta psicanalítica derruba.

De facto, a adicção às drogas e a retracção narcísica que ela promove são, em muitos casos, tentativas de organizar um circuito auto-erótico que liberte o corpo de uma dependência muito mais radical. De facto, o verdadeiro tóxico, neste caso, não é a droga, mas antes um excesso que situa o corpo “sob uma influência”. E na perspectiva freudiana esse excesso é entendido como uma manifestação particular do sexual.

É preciso lembrar que Freud incluía as intoxicações no quadro das “neuroses actuais”, isto é, essas manifestações que não podem deixar-se decompor analiticamente como formações do inconsciente, porque nelas o sexual encontra-se finalmente reduzido a um tóxico ou comporta-se como um puro tóxico.

Este impasse invocado faz eco do paradoxo do narcisismo. Quanto mais se quer afirmar (como idêntico a essa imagem de si mesmo), mais se faz paradoxalmente desaparecer, pois nenhuma subjectivação poderá produzir-se na captura narcísica e pulsional de um corpo que continuamente satisfaz e preenche o outro querendo seu próprio “bem” e atender às suas necessidades. Quanto mais ele é - enquanto amado - mais ele se vê saqueado, reduzido ao objecto do outro e à mercê de um movimento de um “puro devir”.

Neste ponto pode-se cristalizar a figura de um impasse: a de um corpo aberto a toda a instrumentalização pela demanda de um outro. As toxicomanias podem muitas vezes ser entendidas como tentativas de fazer de si mesmo um corpo estranho, graças a uma operação auto-erótica. O carácter transgressor das toxicomanias revela especialmente em que medida estes sujeitos se vêem na necessidade de afirmar um desejo próprio sob a forma de uma aspiração ao negativo, a fim de resistir à subjugação do “bem”, de tipo materno. Assim, “Tornar-se o bem do outro”, no duplo sentido do termo, pode ser entendido de facto como uma ameaça de desaparecimento que a toxicomania poderia tentar reduzir ao convocar uma suplência narcísica. Em especial constata-se que pacientes que interromperam todo o uso de drogas “recaem”

na toxicomania no momento em que se manifesta, sob diversas formas, um apelo a satisfazer o outro.

As toxicomanias realizam, no entanto, um jogo particularmente insólito, pois inventam um método de fazer se si mesmo um corpo estranho graças à incorporação de um tóxico: aquele que incorpora a cada dia, com urgência, tal corpo estranho parece exercer assim uma curiosa tentativa de “ser” um corpo estranho. Essa identificação visa a elaboração de um corpo circular: tornar-se ininterruptamente o que se incorpora, para que o Eu tenha enfim a ilusão de se fechar sobre suas próprias bordas e resistir a uma abertura mortal. No entanto, essa operação fracassa a maior parte das vezes, pois traz de volta a alienação que queria derrotar: investindo sempre directamente a superfície corporal para tentar circunscrever o gozo, ele actualiza ainda um enlaço impossível com o Eu, colocando em acção uma nova coincidência entre o corpo e o que tenta significá-lo. A invenção toxicomaniaca desgasta-se ao longo do tempo e não consegue separar verdadeiramente os corpos. É por isso que frequentemente é conjugada com o exercício de uma violência que leva muitos toxicomanos para o hospital ou para a prisão. Psicopatia? Delinquência? Tendências suicidas? Nenhum destes termos tem o poder de expressar a lógica destes actos. Importa antes entender a maneira como eles se constituem como respostas maciças e imediatas a uma questão informulável, a própria questão do “puro devir”: “Devo desaparecer para que o meu lugar seja mantido? Como conservar o que me faz desaparecer?” Roubar um carro e conduzir de olhos fechados na estrada, mergulhar em comas repetitivos, “partir-se todo” em acidentes... Porque como afirma Poulichet “todos estes actos representam diferentes respostas à urgência da questão evocada e todos atestam o impasse em que se esmaga um corpo que impôs a si próprio a doacção do impossível e que só pode subsistir desaparecendo”.

CONCLUSÕES

O que pretendemos elucidar foi a nossa convicção de que o acto de consumir drogas encerra em si um excesso de significação. Todo o problema do consumo de drogas reflete a procura de uma solução para dificuldades que radicam no desenvolvimento e na vida emocional do sujeito.

Uma das grandes dificuldades é que sendo a droga uma “coisa” externa, ela externaliza um problema, criando assim um grave equívoco para o sujeito e para quem queira apreender o fenómeno.

Os casos da prática clínica são representativos da natureza estrutural das vulnerabilidades psicológicas que se encontram nestes sujeitos. O que sobressai da prática clínica, para além de todo o recurso a outros instrumentos de avaliação, é o facto de que encontramos nestes sujeitos vários sintomas de uma dor profunda. Esta dor, envolve fundamentalmente, manifestações que pertencem ao território do psicopathos e a lógica aponta para uma enorme variabilidade de explicações. Apesar desta variabilidade constatou-se existirem ordenadores que nos permitem pensar a repetição que é o agir do toxicómano.

Constatámos que existem diferentes razões para uma pessoa se drogar (individualidade), mas também existem razões comuns (generalidade) aos sujeitos que se drogam. Ou seja, encontram-se razões abstractas que constituem as especificidades de todos os toxicómanos mas diferenças particulares de indivíduo para indivíduo.

A relação com a droga, no nosso caso, fundamentalmente a heroína, induz estados regressivos que remetem o sujeito para um nível do funcionamento mental em que são utilizados mecanismos primitivos de defesa e que perturbam seriamente o contacto com a realidade.

Para além disto, verificou-se que, independentemente dos efeitos da droga, a sua utilização é uma poderosa defesa contra a vida emocional do sujeito que é sentida

como ameaçadora. O sujeito toxicómano carece dos recursos de pensamento para elaborar as várias falhas que o acompanham desde a infância e adolescência.

As especificidades psicodinâmicas encontradas na toxicomania são variadas e envolvem aspectos comuns que nos enviam para vulnerabilidades narcísicas, na integração da psicosexualidade, problemas na formação do ideal do Eu e no super-eu, mecanismos de defesa primitivos, dificuldades em elaborar e reparar afectos depressivos e situações traumáticas.

Como vimos, as questões que o problema da toxicomania levanta dizem-nos não só que, encontramos dificuldades que são prévias ao início da instalação do problema, como inclusivamente, essas dificuldades situam-se, na totalidade dos casos, para além das vicissitudes edipianas. Este aspecto, fundamenta também, as dificuldades psicoterapêuticas especiais que este tipo de pacientes colocam.

Concordamos com aqueles, que afirmam que o passado, no sujeito falante, é mais fecundo, movediço e incapturável, do que estático, à semelhança de uma fotografia ou de uma pintura. No entanto, discordamos das posições daqueles que não consideram as experiências passadas, como a causa e a chave do problema da toxicomania.

Estas considerações levantam o debate entre o determinismo e a sobredeterminação (inconsciente). O determinismo é uma teoria que propõe objectivar causalidades, psicológicas, sociais ou biológicas, científicas ou estatisticamente mensuráveis e reproduzíveis, às quais imputar um papel, e uma responsabilidade na indução das “toxicomanias”. A hipótese da sobredeterminação (inconsciente) considera mais os efeitos do discurso ou, mais precisamente, dos significantes. Estes só são analisáveis caso a caso, por procedimentos de investigação não reproduzíveis, convocando o mais íntimo de um sujeito, da sua história, das palavras e dos ideais que o impregnaram e dos seus fantasmas e desejos.

Concordamos com Jacques quando afirma que salvo excepções ou investigação incompleta do caso, a dependência das drogas, da heroína neste caso, não é acidental, não é fruto de um mau encontro devido ao acaso, nem do produto em si mesmo. A escuta clínica deste problema encontra sujeitos que são tão distintos entre si quanto o

podem ser os seres humanos (não toxicómanos) tirados ao acaso. Uns utilizam a droga para acordar, outros para dormir; uns para fazer amor, outros para se furtarem a ele; uns para trabalhar, outros para se subtraírem ao trabalho; uns para falar, outros para se calar; uns para terem prazer, outros para não o terem. Como acontece com todos os objectos ligados à fruição, os objectos-drogas podem servir tudo e o seu contrário.

Podemos afirmar que, actualmente, parece ser um dado adquirido que toda a gente toma a precaução de lembrar que, para a psicologia e psiquiatria ou para a psicanálise, a toxicomania não existe como tal, como estrutura de personalidade.

No entanto, o problema das descrições fenomenológicas do toxicómano “esteriótipo”, unívoco, fazem deste modo existir a toxicomania nas representações sociais. Para Jacques, a cura consiste em trabalhar no dismantelamento dessas representações sociais. Ou, como refere Amaral Dias, - É então como *ruido* e como *boato* que se espalha de boca em boca que os que fracassaram na ascensão ao incognoscível são falados. São transmitidos como imagem na sua “negativa” exemplaridade.

A droga é utilizada para o sujeito não se servir da linguagem, para não falar e funciona como causa compreendida por dever de ofício. É a droga que é a causa do que acontece ao sujeito, diz o discurso corrente, e não só ele.

Jacques denominou *paixão pela ignorância*, ao radical “não quero saber nada” do que me perturba: “a minha necessidade não tem necessidade dos vossos psicólogos...”. Estamos diante de um desprezo pelo significante, que ilustra este desinteresse manifesto dos toxicómanos pelos lapsos ocorridos nas sessões, e pelas outras formações do inconsciente. Os toxicómanos são sujeitos desiludidos com a palavra, que os feriu, traiu e enganou. A palavra, desta forma, comprime-se em linguagem utilitária, inteiramente canalizada a fazer cessar a dor e a assegurar o abastecimento do produto. São inúmeros os sujeitos “toxicómanos” que do fundo do deu mal-estar se revoltam e voltam as costas quando se trata de um encontro com um psi ou alguém semelhante.

Tal como a escolha da neurose ou a escolha amorosa, a escolha da droga é um fenómeno de natureza inconsciente. A cura pode fazer compreender ao sujeito que aquele fenómeno resulta de uma escolha íntima, inconfessada, e não de um determinismo puramente exógeno, por exemplo, biológico ou social. É nesta condição que a cura psicanalítica pode, pelas descobertas das condições individuais, familiares e sociais que levaram a esta escolha, dissipar, com prudência, esta identificação mortífera do estereótipo ao “toxicómano”, e reencontrar o sujeito perdido por detrás dos andrajos do grupo e do lugar-comum. Mas tudo isto é um outro assunto, o da cura de um sujeito, que já nada tem de específico do “toxicómano”.

Aqui, vamos ao encontro da postura clínica diante deste objecto, que requer, do nosso ponto de vista, uma atitude profissional que nem sempre encontramos. O trabalho de compreender as vicissitudes do processo psicoterapêutico, nos seus vários momentos, deve ser desenvolvido no sentido de criar uma maior especialização nos que trabalham com este problema.

A radicalização do princípio do prazer está relacionada com os limites da clínica psicanalítica, os limites do analisável, os limites do prazer, a impossibilidade da satisfação completa do desejo e da pulsão sexual, os limites do bem-estar e da felicidade do homem. Como diz Amaral Dias, - a droga, como símbolo da miséria de viver, é tão só símbolo e testemunho do Homem in-curável. É sintoma bastardo do seu (im)possível desejo de cura. De algum modo é um retorno à Coisa, para aí não encontrar coisa alguma.

A radicalidade de várias experiências humanas – a guerra, a psicose, a busca incessante de poder e de prazer absolutos, os paraísos artificiais, o nirvana e a morte – confrontam-nos com a radicalidade constitutiva do psiquismo humano. Dentro destas experiências que nenhum processo civilizacional conseguiu neutralizar, encontramos a toxicomania.

BIBLIOGRAFIA

- Abeleira, R. (1992). *Uma contribuição ao estudo da patologia da separação-individuação na adolescência*. Tese de mestrado. ISPA. Lisboa.
- Abraham, K. (1908). *Les relations psychologiques entre la sexualité et l'alcoolisme*. In *Œuvres complètes*. Paris : Payot, 1989.
- Agra, C. (1993). *Dizer a droga ouvir as drogas. Estudos teóricos e empíricos para uma ciência do comportamento adictivo*. Porto. Radicário.
- Angel, P., Angel, S. S. (1983). La famille du toxicomane: Revue critique de la littérature. *Psychiatrie de L'enfant*, vol. XXVI, 1, 237-55.
- Ausloos, G. (1982). La dimension familiale dans l'alcoolisme et les autres toxicomanies. *Les Cahiers du Great*, 2, 5, 36.
- Barchetti, I. E., Helman, J. M., Cao, J. L., Ojeda, D., Maldavsky, D., Arnedo, M. A., Ferrara, F. A. (1988). *Estudios sobre drogadicción*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. et al (1961). An inventory for measuring depression. *Arch of Gen. Psychiat.* 4, 561-71.
- Bergeret, J. et al. (1984). *Précis des toxicomanies*. Paris. Masson.
- ___ (1990). *Les toxicomanes parmi les autres*. Paris, Ed. Odile Jacob.
- Bion, W. R. (1967). *Estudos psicanalíticos revisados (Second Thoughts)*. Rio de Janeiro. Imago.
- Birman, J. (1988). *Percursos na História da psicanálise*. Rio de Janeiro. Livraria Taurus Editora.
- Blatt, S. J., Berman, W. H. (1984). Psychological assessment of psychopatology in opiate addicts. *Journal of Nervous and mental disease*. 172, 3: 156-65.
- Blatt, S. J., Rounsaville, B., Stephen, L. (1984). Psychodynamics of opiate addiction. *The Journal of Nervous and mental disease*. 172, 6: 342-52

- Blatt, S. J., Berman, W. H. (1990). Differentiation of personality types among opiate addicts. *Journal of personality assessment*. 54 (1-2): pp 87-104.
- Bleger, J. (1977). *Simbiose e ambiguidade*. Rio de Janeiro. Francisco Alves Editora S.A.
- Blum et al. (1972). *Horatio alger's children*. San Francisco. Josey Boss.
- Burstin, J. (1983). La restructuración des relations avec les parents pendant l'adolescence. *Psychiatr. Enfant*.
- Cabral, M. F. S. (1998). *Pensar a emoção*. Lisboa. Fim de século.
- Chein, I., Gerard, D., Lee, R., Rosenfeld, E. (1964). *The road to H*. New York. Basic Books.
- Cohen, A. (1982). The urge to classify the narcotic addict: A review of psychiatric classification. *The Int. Journ. of Addictions*. 17, 2: 213-25.
- Delrieu, A. (1988). *L'inconsistance de la toxicomanie*. Navarin.
- De Quincey, T. (1821). *Confissões de um opiómano inglês*. Lisboa. Contexto, 1989.
- Derrida, J. (1972). *A farmácia de Platão*. São Paulo. Iluminuras, 1997.
- Descombey, J. P. (1995). *Précis d'alchoologie clinique*. Dunod.
- Dias, C. A. (1980). *A influência relativa dos factores psicológicos e sociais no evolutivo toxicómano*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Coimbra.
- ___ (1995). *Ascensão e queda dos toxicoterapeutas ou a democracia da mentira*. Lisboa. Fenda.
- ___ (1996). Dor mental e toxicodpendência. Conferência no X Simpósio de psicopatologia dinâmica da Sociedade Portuguesa de Psicanálise, 6/7 Dezembro, Lisboa.
- Doi, T. D. (1963). Some thoughts on helplessness and desire to be loved. *Psychiatry*, 26: 266-72.
- Dupetit, S. (1983). *La adicción y las drogas*. Buenos Aires. Salto ediciones.
- Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid. Espasa.
- Farate, C. (2001). *O acto do consumo e o gesto que consome. "Risco Relacional" e consumo de drogas no início da adolescência*. Coimbra. Quarteto.

- Fenichel, O. (1945). *Teoria psicanalítica das neuroses. Fundamentos e bases da doutrina psicanalítica*. São Paulo. Atheneu, 2000.
- Ferenczi, S. (1911). O papel da homossexualidade na patogênese da paranóia. In *Obras completas 1908-1912*. São Paulo. Martins Fontes, 1992.
- Filho, D. M. N. (1999). *Toxicomanias*. São Paulo. Escuta.
- Fleming M. (1995). *Família e toxicodependência*. Porto. Edições Afrontamento.
- Fort (1954). Heroin addiction among young men. *Psychiatry*. 17: 251-59.
- Freda, F. H. (1989). La toxicomanie: un symptôme moderne, *Analytica*, n.º 57.
- ___ (1997). A toxicomania : uma das formas de modernidade. In Inem, C., Baptista, m. (org.). *Toxicomanias: abordagem clínica*. Rio de Janeiro. NEPAD-UERJ/Sette Letras.
- Freud, A. (1965). *Normality and pathology in childhood: assessment of development*. The Writings of Anna Freud, vol. VI. New York: International Universities Press.
- Freud, S. (1905). *O chiste e sua relação com o inconsciente*. Ed. S. B. Vol VIII. Imago.
- ___ (1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Ed. S. B. Vol. VII. Imago.
- ___ (1911). *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*. Ed. S. B. Vol. XII. Imago.
- ___ (1915). *As pulsões e suas vicissitudes*. Ed. S. B. Vol. XIV. Imago.
- ___ (1930). *O Mau estar na civilização*. Ed. S. B. Vol. XXI. Imago.
- Gameiro, J. (1993). *Quem sai aos seus...* Porto. Ed. Afrontamento.
- Gasscote, R., Sussex, J. N., Jaffe, J. H., Ball, J., Brill, L. (1972). *The tretment of drug abuse: Programs, problems, prospects*. Washington, D. C.: Joint informative service, APA and NIMH.
- Glover, E. (1932). On the Aetiology of drug-addiction. *Int. J. Psycho-analysis* 13: 298-328.
- Green, A. (1988). *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo. Editora Escuta.

- Grinberg, L., Sor, D., Bianchedi, E. T. (1991). *Nueva introducción a las ideas de Bion*. Madrid. Tecnipublicaciones, S. A.
- Gross, A. (1935). The psychic effects of toxic and toxoid substances. *Int. Jour. Psychoanal.* 16: 425-38.
- Gurfinkel, D. (1995). *A pulsão e o seu objecto-droga. Estudo psicanalítico sobre a toxicomania*. Petrópolis. Editora vozes.
- Haley, J. (1976). *Nouvelles stratégies en thérapie familiale*. S. Fransisco. Jossey-Bass.
- Hartmann, D. (1969). A study of drug taking adolescents. *Psychoanalytic study of the child*, 24, 384-98.
- Jacques, J-P. (1999). *Para acabar com as toxicomanias. Psicanálise e fornecimento legalizado das drogas*. Lisboa. Climepsi, 2001.
- Jaffe, J. H. (1989). Addictions: what does biology have to tell?. *International review of psychiatry*, 1.
- Jeammet, Ph. (1987). Les limites de la psychothérapie dans la troxicomanie, in *Les toxicomanies, Confrontations Psychiatriques*, n° 28, Ed. Spécia. Paris.
- Jones, E. (1932). *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud*. Paris. PUF.
- Jurich, A. P., Polson, C. J., Jurich, J. A., Bates, R. A. (1985). Family factors in the lives of drug users and abusers. *Adolescence*, 77, 143-59.
- Kalina, E. (1999). *Drogadicção hoje. Indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre. Artes médicas.
- Kaminsky, D. (1990). Toxicomanie: le mot qui rend malade, in *Déviance et société*, vol. 14, n.º 2, Genebra, pp. 179-196.
- Kandel, D. B., Kessler, R. C., Margulies, R. Z. (1978). Antecedants of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis, *Journal of youth and adolescence*, 7, 1, pp. 13-40.
- Kaufman, E. (1981). Family structures of narcotica addicts, *The International Journal of Addictions*, pp. 441-522.

- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence, *American Journal of Psychiatry*, pp. 1261-1263.
- Klein, M. (1981). *Contribuições à psicanálise*. São Paulo. Ed. Mestre Jou.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York. International Universities Press.
- Kosten, T. R., Rounsaville, B. J., Cléber, H. D. (1982). DSM III personality disorders in opiate addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 23: 572-81.
- Krystal, H. (1962). The study of Withdrawal from narcotics as a state of stress. *Psychiat. Quart (Suppl.)*, 36: 137-47.
- ___ (1971). Trauma: consideration of its intensity and chronicity. In *Psychic Traumatization*, vol. 8, nº 1, ed. H. Krystal & W. G. Niederland. Boston: Little, Brown.
- ___ (1978). Self representation and the capacity for self care. *Annual of psychoanalysis* 6: 209-46.
- Lacan, J. (1998). *Escritos*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar.
- Le Guin, U. K. (1967). *A cidade das ilusões*. Lisboa. Livros do Brasil, 1990.
- Liberman, D. (1981). *A comunicação em psicanálise*. Rio de Janeiro. Editora Campus.
- Lichtenberg, J. D. (1972). On the defense mechanism: a survey and synthesis. *Journal of the American psychoanalytic association* 21: 772-87.
- Lidz, Th. (s/d). Cit, E. Kalina. *Drogadicção hoje*, 1999.
- McDougall, J. (1984). The dis-affected patient : reflections on affect pathology. *Psychoanal. Q.*, LIII : 386-409.
- ___ (1987). L'addiction à l'autre : réflexions sur les sexualités addictives, *Topiques*, nº. 39.
- Laufer, M., Laufer, M. E., (1989). *Adolescence et rupture du développement – une perspective psycanalitique*. Paris : PUF, Coll. Le fil rouge.
- Madden, J. S. (1973). Controversy and development in aspects of alcohol and drug dependence. Bath: Pitman Press.

- Mahler, M. S. (1973). *Symbiose humaine et individuation*. Vol. 1, Paris. Payot.
- Melman, C. (1992). Um heroísmo popular. In *Alcoolismo, delinquência, toxicomania. Uma outra forma de gozar*. São Paulo. Escuta.
- ___ (1996). Conferência no X Simpósio de psicopatologia dinâmica da Sociedade portuguesa de Psicanálise, 6/7 Dezembro, Lisboa.
- Memmi, A. (1979). *La dépendance*. Gallimard.
- Miermont, J. (1987). *Dictionnaire des thérapies familiales. Théories et pratiques*. Paris. Payot.
- Moralès, M. (1986). A propos de test projectifs réalisés auprès de jeunes consultants toxicomanes, *Psychiatrie de l'Enfant*, XXXIX, 2.
- Morel, A., Hervé, F., Fontaine, B. (1977). *Cuidados ao toxicodpendente*. Lisboa. Climepsi, 1998.
- Murguia, D. (1977). Drogadependência. In Vidal, G., Bleichmar, H. e Usandivaras, R. J. (orgs.). *Enciclopédia de psiquiatria*. Buenos Aires. El Ateneo.
- Musto, D. (1973). *The american disease: Origin of narcotic control*. New Haven. Yale University press.
- Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroinodependentes. Características e evolução de uma amostra*. Lisboa. Universitária Editora.
- Nicolas, A. C. (1985). Les conduites ordaliques. In, *La vie du toxicomane*. Dir. Claude Olievenstein : PUF.
- ___ (1991). Toxicomanias e patologia do narcisismo. In Bergeret, J., Reid, W. *Narcisismo e estados-limite*. Lisboa. Escher.
- Ocampo, E. V. (1988). *Droga, psicoanálisis y toxicomania – las huellas de un encuentro*. Buenos Aires. Ed. Piados.
- Olievenstein, C. (1990). *A clínica do toxicómano: a falta da falta*. Porto Alegre. Artes médicas.
- Poulichet, S. (1987). *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires. Amorrortu editores, 1996.
- Radó, S. (1933). The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction). *Psychoanalytic Quarterly* 2: 1-23.

- Rascovsky, A. (1988). Acerca de la drogadicción, una perspectiva psicoanalítica. *Rev. Psicanal.*, 45 (3): 425-551.
- Rosenfeld, H. A. (1960). Da toxicomanias. In: *Os estados psicóticos*. Rio de Janeiro. Ed. Zahar, 1968, pp. 148-65.
- Rosenfeld, D. (1972). El paciente drogadicto: guía clínica y evolución psicopatológica en el tratamiento psicoanalítico. *Rev. Psicanal.* Buenos Aires, 29 (1): 99-135.
- Rounsaville, B. J., Weissman, M. M. et al. (1982). Pathways to opiate addiction: Na evaluation of differing antecedents. *Brit. Jour. Of Psychiat.* 141. 437-46.
- Reilly, C. M. (1975). Family factors in the etiology and treatment of youthful drug abuse. *Family Therapy*, 2 (2), 149-71.
- Ribeiro, J. S. (1995). Dependência ou dependências? Incidências históricas na formalização dos conceitos. *Toxicodependências*, 3: 5-16.
- Rosch, D. (1988). La famille du toxicomane, in Angel S., Angel, P. (Dir) *Entre dépendances et libertés*. Les toxicomanies. Paris, Ed. G. R. E. U. P. P.
- Russell, M. A. H. (1976). What is dependence? In, M. A. H. Russell & D. Hawaks (Org.). *Drug and drugs dependence*. London. Saxon House, Lexinton Edwards.
- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O. F., Yule, W. (1976). Adolescent turmoil: fact or fiction? *J. Child Psychology and Psychiatry*, 17, pp. 35-56.
- Santiago, J. (2001). *A droga do toxicómano. Uma parceria clínica na era da ciência*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor.
- Seldin, N. E. (1972). The family of the addict: A review of the literature. *Int. J. Addictions*, 7, 97-107.
- Shapiro, R. L. (1969). Adolescent ego autonomy and the family. In, *Adolescence: psychosocial perspectives*. (Ed., G. Caplan, S. Lebovici)
- Simmel, E. (1929). From psychoanalytic treatment in a sanatorium. *Int. J. Psychoanalysis* 10: 83-86.
- Stanton, M. D. (1979). Drugs and the family : A review of the recent literature. *Marriage and family review*. 2: 1-10.

- Stanton, M. D., Todd, T. C. (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. The Guilford Press. New York.
- Te Duc, N. (1925). *O livro do ópio*. Lisboa. Frenesi, 2000.
- Tomkiewicz, S. (1996). Quelques réflexions sur les drogues e les dépendances, *Psychologies*, Masson, vol. 2, n° 1.
- Waelhens, A. De (1972). *A psicose. Ensaio de interpretação analítica e existencial*. Rio de Janeiro. Jorge zahar editor, 1990.
- Weidman, A. (1983). Adolescent substance abuse: family dynamics. *Family therapy*, vol. X, n° 1, 47-55.
- Weijl (s/d). Cit, E. Kalina. *Drogadicção hoje*, 1999.
- Welpton, D. F. (1968). Psychodynamics of chronic lysergic acid diethylamide use. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 147, 377.
- Wieder, H., Kaplan, E. H. (1969). Drug use in adolescents. Psychodynamic meaning and pharmacogenic effect. *Psychoanalytic study of the child*. 24: 399-431.
- Wieviorka, S. G-. (1998). *Nem todos os toxicómanos são incuráveis*. Lisboa. Terramar, 1999.
- Winnicott, D. W. (1958). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro. Francisco Alves.
- Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal of the American psychoanalytic association* 22, n°4: 820-43.
- ___ (1995). *The hidden dimension. Psychodynamics of compulsive drug use*. New Jersey. Jason Aronson Inc.
- Yalisove, D. L. (1997). *Essencial papers on addiction*. New York. New York university press.
- Yorke, C. (1970). A critical review of some psychoanalytic literature on drug addiction. *British Journal of medical psychology* 43: 141-159.
- Zafiropoulos, M. (1988). *Le toxicomane n `existe pas*. Paris. Navarin.
- Zinberg, N. E. (1975). Addiction and ego function. *The psychoanalytic study of the child*, vol. 30: 567-88.