

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



**MEANDROS PSICOLÓGICOS DAS DEPENDÊNCIAS – O JOGO
PATOLÓGICO**

Autor:

José Miguel Barão Viegas

Nº de Aluno

10801

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

MEANDROS PSICOLÓGICOS DAS DEPENDÊNCIAS – O JOGO PATOLÓGICO

José Miguel Barão Viegas

Dissertação orientada pela Prof. Doutora Maria Emília Marques

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutora Maria Emília Marques apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

NOME: José Miguel Barão Viegas

Nº ALUNO: 10801

CURSO: Mestrado Integrado em Psicologia

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: CLÍNICA

ANO LECTIVO: 2007/2008

ORIENTADOR: Maria Emília Marques

DATA: 15-09-08

RESUMO:

MEANDROS PSICOLÓGICOS DAS DEPENDÊNCIAS – O JOGO PATOLÓGICO

O estudo apresentado tem como objectivo fornecer uma melhor e mais profunda compreensão do jogo patológico e fortalecer a ponte teórica entre as dependências de substâncias e as dependências de condutas comportamentais. Utilizámos a metodologia de estudo de caso e recorreremos a uma análise do discurso através de categorias formuladas com base nos seguintes conceitos teóricos: defesa dos afectos, onnipotência narcísica, dependência objectal, raiva narcísica, superego arcaico, compulsão à repetição e buraco negro. Foi observada uma perfeita aplicação dos conceitos teóricos propostos ao funcionamento do sujeito e foi concluído que o jogo patológico exhibe propriedades equivalentes a uma dependência de substâncias. É assim fortalecido o peso do paradigma psicológico das dependências e futuras investigações devem ser dirigidas no sentido de um maior aprofundamento de significados das patologias da adicção com o objectivo de providenciar uma intervenção mais eficiente.

Palavras-chave: jogo patológico; defesa dos afectos; compulsão à repetição; buraco negro

ABSTRACT:

PSYCHOLOGICAL MEANDERS OF DEPENDENCE – PATHOLOGICAL GAMBLING

The objective of the following study is to give a better and more profound comprehension of pathological gambling and to strengthen the bridge between substance addiction and conduct addiction. We used case study methodology and we utilized discourse analysis through formulated categories based on the following concepts: affect defense, narcissistic omnipotence, object dependency, narcissistic rage, archaic superego, repetition compulsion and black hole. The proposed theoretical concepts were perfectly suited to the subject psychic functioning and it was concluded that pathological gambling shows psychological proprieties equivalent to a substance dependence. It is, therefore, strengthened the weight of the psychological paradigm of addictions and future investigations should be directed to the deepening of meanings regarding addiction pathologies, with the objective to provide a more efficient intervention.

Key-Words: pathological gambling; affect defense; repetition compulsion; black hole.

Índice

RESUMO:	3
Introdução	4
1.Revisão de literatura	6
1.1.O trauma e a defesa dos afectos.....	7
1.2.A falência da defesa dos afectos.....	10
1.3.A raiva narcísica	15
1.4.Dependência e compulsão	21
1.5.Compulsão e repetição.....	23
1.6.Omnipotência narcísica e dependência objectal.....	29
1.7.O papel do Superego na dependência.....	31
1.8.O Buraco Negro/ Patologias da auto-regulação	38
2.Objecto de estudo	44
3.Método.....	47
3.Método.....	47
3.1 Material.....	47
3.2.Modelo do estudo	47
3.3.Instrumento de recolha de dados	49
4.Sujeito.....	51
5.Procedimentos de análise.....	56
6.Apresentação e análise dos dados.....	60
6.1. Defesa dos afectos	60
6.2.Raiva Narcísica.....	61
6.4.Omnipotência Narcísica	63
6.5.Dependência de Objecto.....	63
6.6.Superego Arcaico	64
6.7.Compulsão à repetição.....	66
6.8.O Buraco Negro.....	68
7.Discussão	70
8.Conclusão	74
Bibliografia.....	77
Anexos.....	79
Transcrição do diário clínico:.....	80

NOME: José Miguel Barão Viegas

Nº ALUNO: 10801

CURSO: Mestrado Integrado em Psicologia

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: CLÍNICA

ANO LECTIVO: 2007/2008

ORIENTADOR: Maria Emília Marques

DATA: 15-09-08

RESUMO:

MEANDROS PSICOLÓGICOS DAS DEPENDÊNCIAS – O JOGO PATOLÓGICO

O estudo apresentado tem como objectivo fornecer uma melhor e mais profunda compreensão do jogo patológico e fortalecer a ponte teórica entre as dependências de substâncias e as dependências de condutas comportamentais. Utilizámos a metodologia de estudo de caso e recorreremos a uma análise do discurso através de categorias formuladas com base nos seguintes conceitos teóricos: defesa dos afectos, onipotência narcísica, dependência objectal, raiva narcísica, superego arcaico, compulsão à repetição e buraco negro. Foi observada uma perfeita aplicação dos conceitos teóricos propostos ao funcionamento do sujeito e foi concluído que o jogo patológico exhibe propriedades equivalentes a uma dependência de substâncias. É assim fortalecido o peso do paradigma psicológico das dependências e futuras investigações devem ser dirigidas no sentido de um maior aprofundamento de significados das patologias da adicção com o objectivo de providenciar uma intervenção mais eficiente.

Palavras-chave: jogo patológico; defesa dos afectos; compulsão à repetição; buraco negro

ABSTRACT:

PSYCHOLOGICAL MEANDERS OF DEPENDENCE – PATHOLOGICAL GAMBLING

The objective of the following study is to give a better and more profound comprehension of pathological gambling and to strengthen the bridge between substance addiction and conduct addiction. We used case study methodology and we utilized discourse analysis through formulated categories based on the following concepts: affect defense, narcissistic omnipotence, object dependency, narcissistic rage, archaic superego, repetition compulsion and black hole. The proposed theoretical concepts were perfectly suited to the subject psychic functioning and it was concluded that pathological gambling shows psychological proprieties equivalent to a substance dependence. It is, therefore, strengthened the weight of the psychological paradigm of addictions and future investigations should be directed to the deepening of meanings regarding addiction pathologies, with the objective to provide a more efficient intervention.

Key-Words: pathological gambling; affect defense; repetition compulsion; black hole.

Introdução

A partir do último quarto do século XX, alguns autores de raízes psicanalíticas debruçaram-se sobre a problemática das dependências. Apesar de o enfoque ser dado especialmente sobre as dependências que envolvem narcóticos, os modelos que emergiram abarcam igualmente a dependência que é focada em particular neste trabalho: dependência do jogo, ou jogo patológico.

As dependências de substâncias exógenas e as dependências de condutas comportamentais são consideradas, hoje em dia, como expressões de mecanismos etiopatogénicos comuns. As **ludopatias** (em que se inclui o **jogo patológico**), o sexo compulsivo, o exercício físico extenuante, as compras sem controlo, assim como a busca patológica de sensações extremas, fazem parte, entre outras, do que se denomina como **adicções comportamentais**. Este grupo patológico caracteriza-se pela necessidade imperiosa de repetição da conduta aditiva, apesar do evidente dano psíquico e físico que gera (Ruiloba, 2003). Ora o jogo, na sua forma patológica, insere-se perfeitamente nesta categoria, pois o sujeito viciado em jogo apresenta uma conduta que distorce ou lesa os seus objectivos pessoais, familiares ou profissionais, continuando a jogar apesar das perdas monetárias, sociais e familiares:

O jogo patológico caracteriza-se por ser um transtorno altamente incapacitante, que cursa de forma progressiva e crónica e comporta uma deterioração individual, familiar e social. É um dos problemas mais sérios de saúde pública e existem poucos estudos controlados sobre a sua etiologia e tratamento (Ruiloba, 2003, p.694)

A nível psicológico, as teorias dinâmicas debruçaram-se durante muito tempo sobre a perspectiva de que o consumo de substâncias teria como ponto principal o saciar de um desejo inconsciente, ou seja, era sublinhado o aspecto simbólico do acto do consumo (Wurmser, 1974). A ênfase dada ao simbólico traduzia a procura de prazer e de euforia através da gratificação regressiva dos instintos libidinais pelo consumo de substâncias (Khantzian, 1978). Já por sua vez Fenichel (citado por Dodes, 2003) havia afirmado que o grupo dos adictos incluía indivíduos com capacidades muito diferentes no estabelecimento de relações à realidade e à transferência, o que levava a que houvesse alguma reticência no tratamento desta população através de métodos psicanalíticos.

Desde o fim dos anos 60, princípios dos anos 70 a teoria das adicções sofreu consideráveis avanços teóricos, fornecendo uma aproximação conceptual destas ao grupo de patologias consideradas tratáveis pelos métodos analíticos (Dodes, 2003). Os dados clínicos provenientes do contacto com as populações de consumidores compulsivos de substâncias psicoactivas, mais frequentemente de opiáceos, mas também de cocaína e anfetaminas, assim como com as populações mais tradicionais ligadas ao consumo de álcool, permitiram que vários autores desenvolvessem novas concepções convergentes sobre as causas que residiam no âmago destas patologias, dando menos importância aos aspectos prazenteiros e eufóricos das substâncias, e sublinhando a função defensiva que estas preenchem na luta contra impulsos e sentimentos arcaicos, assim como o seu papel na prevenção da psicose (Khantzian, 1978). As concepções convergentes de que estamos a falar brotaram desta progressiva alteração do foco das causas da dependência, que a princípio se centrava nos aspectos de realização de desejos arcaicos e da busca do prazer do consumo e que, eventualmente, passou a dar mais relevância ao papel do objecto da dependência no manejo ou compensação de conflitos ou défices internos. Esta mudança de foco permitiu o nascimento de várias novas perspectivas. Entre elas enumeramos a hipótese da auto-medicação, formulada principalmente por Khantzian (1978) e Wurmser (1974), a teorização das adicções como um subgrupo da categoria das compulsões (Dodes, 1990, 1996), assim como a teorização da dependência como uma patologia da auto-regulação (Grotstein, 1999). Também os avanços neurofisiológicos contribuíram para criar uma certa unidade entre as várias adicções, revelando os mecanismos neuronais que lhes subjazem, oferecendo mais uma prova para considerar as condutas comportamentais adictivas, onde o jogo patológico se inscreve, e as dependências de substâncias, como parentes (Chambon et. al., 2007). Estes mecanismos consistem na secreção de vários neurotransmissores, tais como a dopamina, noradrenalina e serotonina a partir de algumas zonas cerebrais. Estas substâncias estão naturalmente presentes, mas o consumo de substâncias altera e influencia a sua quantidade e funcionamento, no sentido que o cérebro vai activar-se em resposta à substância em algumas áreas que são designadas no seu conjunto como o “circuito da recompensa”(Chambon et al, 2007, p.72). Estas áreas têm o seu funcionamento interligado e contribuem para produzir uma sensação de satisfação psíquica e física particularmente intensa, que o organismo tenta repetir. Este mecanismo também se encontra activado nos sujeitos viciados em jogo, mas de maneira diferente. No caso do

jogo patológico adicções, a nível cerebral, funcionam a partir da activação de sistemas de stress, mais especificamente das hormonas que o causam, os corticoídes. Estas hormonas também providenciam uma sensação de prazer, mas são libertadas através do stress proveniente do potencial ganho ou o medo da potencial perda, ou seja, através de emoções muito intensas causadas pela situação de jogo (Chambon et. al., 2007).

Pretendemos, ao basear-nos na literatura recolhida, fazer uma aplicação das teorias desenvolvidas dentro da clínica do dependente de substâncias ao ludopata, através de uma metodologia de estudo de caso. Pretendemos também com este trabalho contribuir para a compreensão mais alargada do dependente, fortalecendo as perspectivas psicológicas sobre esta categoria de doenças, em detrimento do discurso da causalidade puramente biológica. As ludopatias, ao não apresentarem uma substância exógena como um ‘bode expiatório’ para o cerne da problemática, facilitam o enquadramento do nosso objectivo e providenciam o terreno relativamente virgem e fértil para o desenvolvimento do trabalho. Estudámos então o jogo patológico através de uma construção de categorias baseadas em pressupostos teóricos que iremos apresentar e definir mais detalhadamente a partir do capítulo seguinte. Estes pressupostos teóricos são, designadamente, a defesa dos afectos, a raiva narcísica, a onnipotência narcísica, a dependência de objecto, o superego arcaico, a compulsão à repetição e o buraco negro. Esta construção de categorias vai-nos permitir analisar o sujeito com base nas transcrições dos nossos encontros. O objectivo é apurar a existência de uma proximidade de estrutura psicológica entre os dependentes de substâncias e o dependente de jogo através da investigação profundo do seu funcionamento. Os pontos principais que queremos focar no funcionamento do sujeito são: o funcionamento da sua defesa dos afectos, a qualidade do seu narcisismo, o funcionamento e qualidade do superego e também a articulação da compulsão à repetição e do buraco negro com o cerne desta patologia.

1.Revisão de literatura

Em primeiro lugar gostávamos de esclarecer alguns conceitos essenciais para a compreensão do primeiro ponto da introdução – a defesa dos afectos e o trauma. Estes conceitos são importantes, não só para o entendimento estrito da função da substância ou acto aditivo, mas também para a compreensão alargada do funcionamento da vida

mental e, portanto, das implicações do consumo, ou do acto na vida mental, e da inter-relação entre os conceitos que se seguem ao primeiro ponto.

1.1.0 trauma e a defesa dos afectos

A **defesa dos afectos**¹ é um conceito desenvolvido por Anna Freud, Otto Fenichel, Ernest Jones e David Rapaport (Wurmser, 1974) e é uma engrenagem fundamental do nosso sistema psíquico. Por **afectos** Rapaport (1953) refere-se:

(...) Não apenas à raiva da criança (...) e à irritação do adulto acompanhadas pelos movimentos expressivos que lhes são correspondentes e outros concomitantes fisiológicos, mas também os sentimentos subjectivos de adultos bem controlados, que revelam pouca ou nenhuma expressão afectiva, assim como a raiva de sujeitos compulsivos super-controladores que simplesmente ‘sabem’ que ‘poderiam estar’ ou ‘deveriam estar’ zangados. Também nos referimos como afectos àquelas demonstrações (...) histriónicas (...) que certos tipos de carácter tendem a produzir, seja como um exagero de algo já experienciado, ou como substituto para afectos não experienciados (Rapaport, 1953, p.178)

A defesa dos afectos refere-se aos mecanismos intra-psíquicos que permitem um adiamento da descarga pulsional no confronto com a realidade:

O desenvolvimento geral da estrutura psíquica começa com limiares reguladores de descarga inatos, é nutrido por atrasos de descarga forçados por condições da realidade e progride pela internalização do atraso da descarga causada pela realidade, estabelecendo uma habilidade para a adiar. Esta habilidade é atingida através de defesas (...) que podem ser vistas como alterações dos limiares de descarga (Rapaport, 1953, p.194).

Este adiamento produz um bloqueio temporário da excitação pulsional. É de notar que a pulsão traduz-se numa carga afectiva e numa ideia (pelo menos num estágio de desenvolvimento onde a maturação psicológica o permite). O organismo pode utilizar uma descarga afectiva como uma válvula de segurança para livrar o organismo da tensão em que se encontra (Rapaport, 1953). O sistema defensivo vai-se então formando com o contacto entre a necessidade de satisfação da pulsão e a impossibilidade do seu cumprimento imediato. Assim, a pulsão, cujos representantes psíquicos se apresentam

¹ Affect Defense

sob as formas de carga afectiva e de ideias (e seus derivados), vai sendo alvo de várias manobras defensivas que permitem que o adiamento da sua descarga seja possível (Rapaport, 1953). À medida que o organismo vai amadurecendo através do contacto com a realidade, os limiares de descarga das pulsões vão sendo modificados pela internalização progressiva das condições da realidade. A redistribuição e ligação da energia a outros interesses e objectivos faz emergir um sistema hierárquico de motivações, onde coexistem os interesses pulsionais e outros interesses e preferências. Isto também se traduz na transformação das pulsões, selvagens numa primeira fase de desenvolvimento, ou seja, tendendo para a descarga imediata, em sinais no seio do ego, passando a cumprir uma função de aviso de perigo, ou sinal antecipatório das necessidades pulsionais, o que permite ao ego manter um certo grau de autonomia e controle sobre os instintos (Rapaport, 1953).

(...) Os afectos não permanecem como canais de descarga inatos utilizados pelas pulsões bloqueadas como válvulas de segurança; também eles vão participar no desenvolvimento delineado: Tornam-se progressivamente mais dóceis, (...) as cargas afectivas (...) tornam-se menos e menos peremptórias, e as descargas afectivas menos automáticas e maciças (Rapaport, 1953, p.194).

Também com a maturação psíquica é possível que outras formas de descarga de tensão estejam disponíveis ao organismo, ou pelo menos assim é esperado num desenvolvimento saudável. O controlo do ego sobre os afectos pode expressar-se também através de ataques afectivos massivos², ou seja de regressões ao serviço do Ego. Este tipo de manobra pressupõe um Ego ‘forte’, ou seja, maduro o suficiente para que comporte a regressão e a descarga afectiva como uma manobra controlada tendo por objectivo o seu próprio benefício. No entanto, estes ataques afectivos massivos também podem emergir por fraqueza do Ego. Neste caso, a estrutura psíquica em causa apresenta-se menos desenvolvida e com menos possibilidade de resistência à frustração (Rapaport, 1953):

No geral, quanto menos rico for o desenvolvimento hierárquico de controlo (...) da distribuição da energia, menos a variabilidade e modulação e maior a intensidade de uma maciça explosão afectiva; quanto menos flexíveis e mais excessivamente rígidos estes controlos, mais pobres os afectos se tornam em intensidade, variabilidade e modulação; e

² Massive affect-attacks

como é tão comum nos fenómenos da vida, o óptimo não é o máximo. Afectos modulados e ricos aparentam ser os indicadores de um 'Ego forte' (Rapaport, 1953, p.195).

Ora, a falência de tais mecanismos tem consequências a nível psíquico. As defesas têm o valor de proteger o sistema psíquico contra um influxo de excitação demasiado massivo, o que o salva de uma inundação pulsional (Fenichel, 1945). O trauma na literatura psicanalítica traduz-se por um episódio na vida do sujeito que foi sentido como particularmente intenso e impossível de ser respondido de forma adequada, ou seja, em termos económicos o fluxo de excitação (ligado ao acontecimento) excede a capacidade de domínio e a elaboração psíquica do indivíduo. As capacidades de elaboração e de descarga do organismo dependem de aparelhos defensivos que, neste caso, estão comprometidos (Laplanche & Pontalis 1970). Freud (citado por Laplanche & Pontalis, 1970) fala de uma efracção da camada protectora ou das pára-excitações, quando se refere à inundação pulsional do ego que resulta no sentimento de trauma. Krystal (1985) no seu trabalho com vítimas do holocausto reiterou as observações de Freud (citado por Krystal, 1985) indicando a experiência subjectiva de **impotência/desamparo** como a valência afectiva determinante para que um acontecimento seja considerado intra-psiquicamente como traumático.

Fenichel (1945), sobre o conceito do trauma, aponta que a ansiedade é um sinal de perigo endógeno, subjacente ao bom cumprimento das funções fundamentais do ego, nomeadamente a antecipação do futuro e subsequente prevenção do perigo. Toda a ansiedade é, então, um sinalizador que alerta o organismo para situações que potencialmente podem induzir o trauma, baseando-se em experiências precoces de estados traumáticos anteriormente sentidos. A génese do trauma para Fenichel (1945) coloca-se no sentimento de estar à mercê dos elementos, ou seja, de experiências precoces de estar sozinho e de sentimentos de insegurança por ausência dos objectos parentais que preenchem as funções básicas de sobrevivência. A imaturidade psíquica da criança é caracterizada por precursores afectivos que ainda estão intrinsecamente ligados às respostas fisiológicas do organismo. Assim, a sinalização de perigo consiste em padrões que envolvem todo o sistema autónomo e voluntário, incluindo reacções musculares e viscerais. Em conluio com a ausência de constância do objecto e sensação de tempo, os estados de carência transformam-se rapidamente em estados

completamente avassaladores, no que pode ser compreendido como um destino pior que a morte (Fenichel, 1945).

Nas patologias mentais acontece que o ego, na procura da descarga libidinal ou da descarga agressiva, pode ficar entupido pela experiência de perigo associada à descarga destas pulsões, ou seja, no curso do desenvolvimento, é possível que a descarga pulsional fique marcada por um qualquer acontecimento perigoso. A experiência de descarga liga-se e permanece ligada à **experiência traumática**. A criação de excitação agressiva ou libidinal no organismo fica então sujeita ao alerta ansioso no seio do ego e este tem de procurar meios alternativos de descarga, saudáveis ou patológicos, o que quer dizer adaptados ou não à **realidade e às inibições superegoicas**. A ansiedade, em última análise, revela um perigo de perda do ego, no sentido em que, nas patologias em que ela já está presente, ou pelo seu aparecimento após a eliminação de sintomas que a mascaravam, a ansiedade traduz o perigo de o ego sucumbir às forças pulsionais, perdendo o controlo da experiência emocional pela inundação e saturação pulsional (Fenichel, 1945).

1.2.A falência da defesa dos afectos

As hipóteses psicológicas apresentadas baseiam-se no pressuposto de que a substância é utilizada como substituta de funções e de objectos de que o sujeito carece internamente, actuando como uma **defesa dos afectos artificial** (Wurmser, 1974). O estudo das patologias da adicção, ao longo da sua constituição teórica, auxiliou-se fortemente nos conceitos de defesa dos afectos e de trauma para entender e aprofundar o conhecimento das causas do sofrimento do toxicodependente. Wurmser (1974) afirma que a causa principal da patologia da adicção de substâncias reside numa defeituosa defesa dos afectos, adoptando, portanto, um cariz de auto-tratamento, criando a **hipótese da auto-medicação**:

Começamos com o que eu acho que é o conceito mais importante na compreensão dinâmica do consumo de drogas. Eu considero todo o consumo compulsivo de substâncias uma *tentativa de auto-tratamento*. A importância do efeito da substância na vida interna destes pacientes pode talvez ser melhor explicada como uma defesa *vicariante ou artificial contra afectos avassaladores* (Wurmser, 1974, p.2)

Assim, segundo o autor, as substâncias adictivas tomariam o lugar deixado por uma defesa dos afectos insuficiente, para controlar sentimentos e impulsos que ameaçariam inundar o sistema psíquico de tensão, deixando, conseqüentemente, o sistema psíquico num estado de impotência ou desamparo, pela impossibilidade de descarga através de vias psíquicas ‘normais’. Assim, a descarga de tensão, ao invés de tomar caminhos mais sãos, seria lidada através de uma via substituta de redução de tensão psíquica – a substância.

Na mesma linha de pensamento, Khantzian (1978) salienta nestes pacientes problemáticas importantes ao nível do sistema defensivo de impulsos e afectos, assim como na qualidade do desenvolvimento do Ego:

Apesar do meu próprio trabalho com viciados em narcóticos ter sublinhado problemas com a defesa de impulsos, particularmente em relação aos impulsos agressivos, é importante notar e enfatizar que (...) trabalhos recentes (...) com viciados em narcóticos (...) sublinham problemas com a defesa de impulsos e afectos e concentram-se em deficiências no desenvolvimento do Ego (Khantzian, 1978, p.3).

Estas deficiências no desenvolvimento no Ego podem ser directamente relacionadas com a defesa dos afectos e com o trauma, pois, como vimos anteriormente, sobre esses conceitos, a falência da defesa dos afectos e a experiência ‘pura’ do estado traumático, podem ser reduzidas a um sentimento de perda das funções egoícas, no sentido em que o sistema de redução de tensão psíquica está, numa idade precoce, interdependente de agentes externos – as figuras parentais – os quais são responsáveis pelo preenchimento das funções que o pequeno ser não tem capacidade para realizar.

Tanto Wurmser (1974) como Khantzian (1978) partilham da mesma opinião também noutra campo: os pacientes que encontram na clínica desta patologia apresentam distúrbios relacionados com impulsos agressivos, mas não só. Subjacente a esta problemática, eles apresentam também distúrbios de natureza depressiva, um narcisismo muito frágil assim como sentimentos de rejeição e abandono. Segundo Wurmser (1974):

Em todas as categorias do consumo compulsivo de drogas, a proeminência de conflitos arcaicos, em grande parte de cariz narcísico, é evidente: o que muda são alguns dos afectos

que se apresentam como o problema mais imediato para o paciente em causa. Estes afectos estão perto da consciência, não estão verdadeiramente reprimidos, mas não podem ser articulados (...). Em todos [os pacientes] foram descobertos sentimentos muito intensos de raiva assassina, vingança ou de profunda vergonha, embaraço e timidez quase paranóica durante a psicoterapia (Wurmser, 1974, p3)

No geral, podemos então constatar que, ao nível da qualidade e intensidade de emoções presentes em consumidores de substâncias, existem sentimentos particularmente fortes, de níveis homicidas ou paranóicos sem um lugar aparente no sistema psíquico, pela sua incapacidade de os reprimir ou mesmo de os articular. São afectos e impulsos com um carácter massivo, indomados e portanto incapazes de serem processados pelos sistemas defensivos. Khantzian (1978) contribui ainda mais para fortalecer esta perspectiva:

No meu próprio trabalho com dependentes de narcóticos, tenho ficado impressionado com as dificuldades que tais indivíduos têm tido com a agressividade e problemas derivados da raiva e depressão (...) A minha própria experiência não enfatiza apenas a depressão subjacente, mas a presença concomitante de uma variedade e alcance de distúrbios afectivos, estados fóbicos e ansiosos, e outros sintomas neuróticos, caracteriológicos e psicóticos (Khantzian, 1978, p.3).

Sem dúvida que estes dois autores apresentam dados convergentes neste sentido, contribuindo para a concepção do consumo de substâncias como um distúrbio primariamente afectivo, com problemáticas intimamente ligadas com a agressividade e com problemáticas narcísicas graves, sendo a substância um mero sintoma da patologia psicológica subjacente, pois todos estes sentimentos, problemáticas e conflitos depressivos, narcísicos e agressivos são escondidos ou aliviados pelos efeitos da substância (Wurmser, 1974; Khantzian, 1978). É dado comum aos autores o facto de todos estes sintomas serem explícitos na história de vida do sujeito e o seu aparecimento ser anterior ao início do consumo. Também outro facto interessante é o do dependente demonstrar estes sintomas ocasionalmente durante períodos de consumo, mas mais frequentemente quando não lhe é acessível a substância de eleição:

(...) Se a sua droga de eleição lhes for retirada (ou mais precisamente, se o efeito da droga de eleição é removido) eles mais cedo ou mais tarde tendem a substituir outros sintomas. Depressão neurótica e tentativas de suicídio, actos de violência, roubo, fuga, ataques graves de ansiedade (...) (Wurmser, 1974, p.1).

Esta curiosa emergência de sintomas, ligados directamente aos sentimentos e impulsos agressivos já enunciados, parece apontar, mais uma vez, para a presença funcional da substância a nível psíquico, num sentido defensivo. A intensidade e qualidade desequilibrada destes sentimentos é mais que óbvia e, ao emergir na ausência da substância tão necessitada, deixa-nos a indagar sobre qual será o seu verdadeiro papel para o sujeito? Será a sua qualidade farmacológica uma necessidade dos sujeitos para manterem uma vida mental estável?

O problema seria facilmente resolvido se assim fosse. A questão não passa apenas pela qualidade farmacológica da substância, pois a necessidade da substância de eleição é muitas vezes colmatada através de outras substâncias sem qualquer equivalência farmacológica, por exemplo: os consumidores habituais de heroína recorrem muitas vezes aos efeitos do álcool e dos sedativos, os quais não apresentam qualquer efeito sobre a síndrome de abstinência de opiáceos. O consumo dá-se aparentemente apenas pela “necessidade psicológica de um alívio induzido por drogas” (Wurmser, 1974, p1), e os sintomas que emergem na ausência do efeito narcótico desejado adoptam uma qualidade ainda mais extrema, ou seja: “em forma exacerbada e (...) frequentemente mais destrutivos que a droga em si” (Wurmser, 1974, p1).

O debate central à volta desta hipótese prende-se com a questão do ‘ovo ou da galinha’, ou seja, qual é a patologia precedente - o distúrbio emocional ou a dependência? –, para que seja possível destringir se é a psicopatologia que se apresenta como uma pré-condição para o consumo de substâncias, ou se, inversamente, é o consumo de substâncias a ser a causa ou catalisador da psicopatologia. Em resposta a esta problemática Khantzian (2003), depois de analisar vários estudos longitudinais, afirma que existem dados clínicos para apoiar e legitimar a **hipótese da auto-medicação** e que existe uma grande correlação entre a presença de psicopatologia e dependência de substâncias:

As provas psicanalíticas de que as dependências de substâncias servem um propósito adaptativo e estão ligadas a défices de desenvolvimento são apoiadas por estudos longitudinais que fornecem provas empíricas e que implicam distúrbios comportamentais e desregulação afectiva desde a infância (...) (Khantzian, p.2)

Assim sendo, podemos encontrar aqui a prova de que necessitamos para entender a vulnerabilidade dos sujeitos à dependência e também para legitimar a perspectiva da utilização da substância para colmatar défices defensivos como uma defesa vicariante. Os défices de desenvolvimento emergentes na infância, traduzidos em desregulação afectiva e em distúrbios comportamentais, apresentam uma existência prévia ao consumo da substância ou ao início do comportamento adictivo e, portanto, não podem ser uma consequência. Aliás, muito pelo contrário, as provas para que se considerem como uma causa parecem ganhar mais força.

A teoria da **auto-medicação** apresentada por Wurmser (1974), enuncia mais um vector: a escolha da substância de eleição não é aleatória, está intimamente ligada com as problemáticas emocionais do sujeito em causa, os “pacientes preferem aquelas drogas que os ajudam a lidar especificamente com aqueles afectos que mais os perturbam” (Wurmser, 1974, p.3). Esta constatação pode ter menos a ver com uma qualidade farmacológica específica a nível biológico e mais a ver com uma qualidade geral do próprio efeito da substância a nível psicológico, sendo a substância utilizada para providenciar um estado emocional/psicológico que contraria os afectos e impulsos que perturbam o sujeito.

Wurmser (1974) avança com a proposta de que os sentimentos mais problemáticos para os consumidores narcóticos, como a heroína e os barbitúricos, são a “raiva, a vergonha, a solidão e a ansiedade causada pela qualidade avassaladora destas emoções” (Wurmser, 1974, p3). Esta perspectiva é compartilhada por Khantzian (1978):

Em adição à sua acção anti-agressiva, eu acredito que a capacidade da heroína aliviar estados afectivos avassaladoramente dolorosos é o que a torna uma substância tão apetecível aos dependentes de narcóticos (Khantzian, 1978, p.2).

A perspectiva de Khantzian (1978) ao apresentar-se na mesma linha da de Wurmser (1974) fornece um valor acrescido às duas linhas de pensamento e ajuda a dar-lhes mais poder de generalização. É portanto contra os impulsos agressivos e distúrbios afectivos anormalmente dolorosos que o consumidor se mune de heroína. Não depende dela por um mítico egoísmo e busca ‘autista’ de prazer, mas socorre-se dela para escapar às

garras de um sofrimento interno, que, por ser interior, é inescapável. Assim, na mesma linha de pensamento, Wurmser (1974) atribui a função de combate de sentimentos de vazio³, disforia⁴ e insignificância⁵ às anfetaminas, à cocaína e às substâncias psicadélicas, diferenciando as qualidades emocionais dos consumidores, ou melhor dizendo, diferenciando os sentimentos que os consumidores tentam evitar no seu acto de consumo:

Em suma o efeito farmacológico de cada substância parece ser utilizado para ‘combater’ afectos específicos. Estes afectos têm a particularidade de apresentarem uma qualidade e intensidade diferentes: a sua função não se constitui como sinal e emergem como emoções massivas, sendo evidente que provêm de conflitos narcísicos (Wurmser, 1974, p.3).

1.3.A raiva narcísica

Tanto Wurmser (1974) como Khantzian (1978) apontam a presença de impulsos e afectos intensamente agressivos como uma parte importante e constante na clínica do toxicod dependente. Para além destes factores, podemos também observar conflitos de origem maioritariamente narcísica no sujeito dependente de substâncias. A presença, tanto dos conflitos narcísicos, como dos impulsos e afectos agressivos não é casual, e podemos dizer que está intimamente ligada, sendo a qualidade e intensidade dos afectos e impulsos proveniente precisamente das problemáticas narcísicas subjacentes à vida mental do indivíduo adicto.

Situamo-nos, portanto, num nível de problemática que tem como principal pedra de toque os conflitos narcísicos e não os conflitos de relações de objecto. Wurmser (1974) escreveu:

Estes pacientes tentam restabelecer uma posição onnipotente onde ou o seu self é grandioso e sem limites ou onde a outra pessoa (‘o self-objecto arcaico de Kohut’ [1971]) é tratado como sendo completamente oblativo e é exigido que viva segundo os mais altos ideais. Assim que são impostas limitações, as emoções arcaicas mencionadas previamente emergem; elas são incontroláveis e fazem-nos lembrar bastante aquelas presentes nos psicóticos. A

³ Emptiness

⁴ Boredom

⁵ meaninglessness

raiva é a mais proeminente. Tipicamente esta raiva narcísica está próxima de dimensões homicidas ou suicidárias; quando o mundo ideal ou o self ideal colapsam, apenas resta a devastação total (p.4).

Podemos assim constatar que a intensidade do impulso agressivo é, na verdade, uma resposta correspondente à intensidade da própria ferida narcísica. Os entes queridos e as relações de objecto idealizadas são irrealistas e exigentes, sendo a imposição de limites inevitável, assim como o colapso que se lhe segue. Esta vulnerabilidade narcísica é assumida, tanto por Wurmser (1974), como por Khantzian (1978) e Dodes (1990) como o aspecto central a ter em conta para a compreensão do fenómeno da dependência de substâncias. A origem desta vulnerabilidade narcísica é observável na relação que o dependente estabelece com a substância: Wurmser (1974) sublinha que “é o carácter objectal da droga que assume um poder central de motivação (...) ao invés do seu carácter farmacológico (p.4)”.

Apesar desta afirmação parecer contraditória à hipótese da auto-medicação, cujo aspecto central seria a procura e utilização da substância como um substituto para um defeito na estrutura psicológica, nomeadamente a defesa dos afectos, elas são pelo contrário, consistentes, como iremos ver. Kohut (citado por Khantzian, 1978) chama a atenção para o facto de serem as falhas na relação precoce que se constituem como as principais causas pelas falhas de desenvolvimento das estruturas psíquicas na criança, nomeadamente

(...) desapontamentos traumáticos com a mãe pela sua falta de empatia com a criança, incompetência em agir como uma barreira de estímulos adequada ou de fornecer gratificação à tensão e estímulos adequados (p.2).

Deste modo, a procura de um aspecto objectal na substância assim como a procura do efeito farmacológico que esta fornece, podem ser concebidos como muito próximos, senão a mesma coisa, visto que é a própria falta de uma relação de objecto sã que provoca falhas de desenvolvimento de estruturas psíquicas. Ora, o carácter objectal da substância a que Wurmser (1974) se refere, parece apontar exactamente para este sentido: tomar o lugar de uma estrutura psicológica essencial que ou não está funcionar ou não está desenvolvida, para colmatar e agir como defesa substituta, tomando o lugar

de uma estrutura psicológica que se deveria ter desenvolvido através de uma relação de objecto.

Assim, Wurmser (1974) defende que a causa específica para que se estabeleça um padrão consistente de consumo compulsivo, pode ser encontrada

(...) numa crise aguda em que os conflitos narcísicos subjacentes são mobilizados e os afectos ligados a estes conflitos emergem com uma força avassaladora e não são passíveis de ser geridos sem o auxílio de uma defesa de afectos artificial (p.5)

A adolescência é o período mais sensível para que uma crise narcísica dê origem a esta patologia, e é provável que seja em conjunto com problemáticas familiares que o jovem, em plena crise maturacional, sofra a sedução do que pensa ser a solução para os seus problemas. Esta crise narcísica define-se por um

(...) intenso desapontamento nos outros, no próprio, ou em ambos, tão intenso pelas exageradas esperanças, e tão maligno porque a sua história data de tempos muito precoces (...) (p.5).

Esta crise narcísica, claramente proveniente de uma fragilidade arcaica do narcisismo é a causa da emergência do impulso agressivo que está presente no adicto, ou seja, a raiva relatada nos trabalhos de Wurmser (1974) e Khantzian (1978). Dodes (1990) define que este impulso tem por função proteger o Ego de sentimentos de impotência e/ou desamparo e de restabelecer um sentimento de segurança interna:

Este impulso pode ser chamado de “raiva narcísica”, apesar deste termo necessitar de alguma clarificação. Como Nason já chamou à atenção, os adjectivos “primitivo,” “narcísico,” e “borderline” são frequentemente aplicados à raiva na literatura psicanalítica, com conotações algo diferentes mas talvez descrevendo uma entidade unitária fundamental. Um valor do termo “raiva narcísica” é a sua indicação da origem do afecto na vulnerabilidade narcísica, e é neste sentido que eu o uso (Dodes, 1990, p.6)

A proveniência da raiva narcísica estabelecida por Dodes (1990) refere-se especificamente à expectativa narcísica do sujeito se sentir no pleno controlo da sua experiência afectiva. As características que definem esta raiva são para Dodes (1990) idênticas às características que definem a própria patologia aditiva:

A raiva narcísica está à parte de outras formas de agressividade pela sua “profundamente ancorada, selvagem compulsividade” (...) e o seu “completo desrespeito por limites razoáveis” (...) Estas características são virtualmente idênticas às que descrevem a adição. De facto, os aspectos mais chocantes da adição são as suas qualidades insistentes e compulsivas (Dodes, 1990, p.6).

Dodes (1990) argumenta que a expectativa de sentirmos que somos capazes de ter sobre controlo a nossa própria experiência emocional é um aspecto central do narcisismo, o que como Fenichel (1945) bem ilustrou está inevitavelmente ligado à sensação de trauma. A sensação subjectiva de perda de controlo sobre os nossos impulsos (e o subsequente perigo de inundação pulsional descrito por Fenichel) resulta na vivência desesperante de sentimentos de impotência e desamparo. Estes são os elementos constitutivos do trauma, ou como Krystal (citado por Dodes, 1990) diz, “constituem a essência do trauma psíquico” (p.2). Não é de estranhar, portanto, que certas substâncias ao fornecerem um meio de alterar o nosso estado emocional, sejam utilizadas preferencialmente por indivíduos que necessitem de colmatar uma falha neste aspecto do narcisismo para manterem uma ilusão de onipotência (Dodes, 1990).

O controlo sobre as nossas emoções é uma função básica da psique, e a substância pode servir como um correctivo emocional a quem se sinta completamente impotente, desamparado ou incapaz de restaurar o sentimento de controlo sobre os seus sentimentos (Dodes, 1990). Podemos claramente constatar como a perspectiva de Dodes se articula com a hipótese da auto-medicação de Wurmser (1974) e a perspectiva ganha mais contraste se tivermos em conta a concepção de Fenichel (1945) sobre o trauma, ou seja, que a própria essência do trauma reside na vivência intensa e psiquicamente real do perigo da perda do ego face ao assalto rompante por parte de emoções tão poderosas que são insustentáveis.

A raiva narcísica funciona como uma força que combate o desespero da impotência e do desamparo e que põe em acção medidas extremas para os controlar. A raiva narcísica torna-se assim visível quando sequestra as funções do ego – Dodes (1990) escreve:

Também existe uma perda característica da autonomia do ego na raiva narcísica e na adição. (...) Kohut sublinhou que “ a raiva narcísica escraviza o ego e permite que este funcione

apenas como uma ferramenta ao seu dispor (...) (1972, p.387) ” e que na raiva narcísica crónica “ a ideação consciente e pré-consciente, particularmente no que concerne aos objectivos e ambições da personalidade, torna-se mais e mais subserviente da raiva” (p.396). Substituindo “adicção” por “raiva narcísica” nestas afirmações cria-se uma perfeita descrição do estado agudo e do estado crónico da dependência (Dodes, 1990, p.7)

Sendo a fuga ao trauma a motivação do sujeito, é mais do que compreensível que ele faça tudo que esteja em seu poder para não ser apanhado num estado de imensa vulnerabilidade, e tente retomar o controlo por todos os meios necessários. No entanto, como veremos mais à frente, o dependente não dirige a sua raiva para a fonte do seu problema (Dodes, 1996), mas é exactamente por uma impossibilidade de o fazer que o círculo vicioso e compulsivo da dependência se instala.

No entanto, e antes de mais, é necessário explicitar o ponto de vista de Dodes (1990) sobre o grau de fragilidade narcísica presente nos dependentes. Os trabalhos até agora apresentados (Wurmser, 1974; Khantzian, 1978) foram baseados num contacto com diversos pacientes, mas com um campo de dependências relativamente restrito: a maior parte população em que os autores trabalharam para dar à luz esta teoria, sofria de dependência de narcóticos, principalmente de heroína, mas também de psicadélicos, cocaína, anfetaminas e álcool. Se tomarmos em conta a perspectiva de Wurmser (1974) sobre o efeito particular que cada substância tem sobre a psique, (i.e.) que cada substância serve para suprimir um estado afectivo específico, podemos também concordar que nem todos os dependentes apresentam uma fragilidade narcísica idêntica. Apesar de ser de fragilidade narcísica de que falamos, Dodes (1990) diz-nos que “ (...) a importância de um sentimento de desamparo nos adictos pode emergir de qualquer nível de desenvolvimento psicológico (...) ” (Dodes, p.4).

Por conseguinte, não podemos restringir o campo das constelações psicológicas que são sensíveis à dependência apenas àquelas que apresentam personalidades narcísicas, aliás, Dodes (1990) afirma que a maioria dos adictos não possui um carácter narcísico:

(...) Como as feridas narcísicas ocorrem em todos os níveis do desenvolvimento psicosexual sem que o resultado seja um carácter predominantemente narcísico, a sensibilidade aos sentimentos de impotência ou desamparo, cuja presença sugiro ser mais importante na adicção, pode ocorrer numa grande variedade de estruturas de carácter. O distúrbio narcísico

que eu sugiro como uma pré-disposição para a adicção é, de facto, mais estreito do que aquele no distúrbio de personalidade narcísica (...) (Dodes, 1990, p.5).

Este distúrbio é activado precisamente pela extrema sensibilidade que o paciente tem aos sentimentos de impotência e desamparo. Esta vulnerabilidade acciona a raiva narcísica que, nesta perspectiva, combate a impotência do sujeito perante determinada situação potencialmente traumática, exprimindo-se através do comportamento aditivo:

Na minha perspectiva a razão pela sobreposição de qualidades entre a raiva narcísica e a adicção é que é a raiva narcísica que está a guiar o esforço para reconquistar o controlo interno nos adictos que cria as qualidades “adictivas” da adicção. O comportamento adictivo funciona ao mesmo tempo como uma defesa do ego (ao ressegurar um necessitado sentimento de auto-regulação ou força narcísica) e como um derivado pulsional (ao expressar o impulso agressivo activado pelo desamparo narcísico intolerável (Dodes, 1990, p.2).

A perspectiva mais interessante, contudo, é a de que a dependência de substâncias pode servir o propósito de restabelecer um poder interno perdido, mesmo sem o próprio efeito farmacológico. Sem descartar a hipótese de auto-medicação, mas articulando-se com esta, Dodes (1990) também sugere que a relação com a substância e os efeitos apaziguadores que esta tem sobre a psique servem o propósito de assegurar um controlo emocional sobre a experiência afectiva que não se prende com a acção farmacológica directa da substância no organismo:

As drogas podem ser utilizadas para restabelecer um sentimento de poder bem separado dos seus efeitos farmacológicos. Alguns alcoólicos começam a sentir o alívio da tensão quando pedem uma bebida, ou quando a começam a beber, i.e., antes de existir qualquer efeito farmacológico. Isto sugere que alguma coisa foi atingida apenas pelo acto de obter a droga. Eu vejo isto como uma satisfação inicial ou sinal de uma tentativa de restabelecer um estado interno de mestria. Pela iniciação da cadeia de acontecimentos (pedir uma bebida) que levará à alteração de o estado afectivo, o sujeito confirma a sua capacidade de alterar e controlar o seu estado afectivo, reafirmando um sentimento de potência interna (Dodes, 1990, p.2).

Esta perspectiva parece sugerir, sem querer diminuir a importância do efeito farmacológico da substância sobre o organismo, que há um efeito psicológico que tem um significado particular para o sujeito e que não pode ser negligenciado. Mais tarde, Dodes (1996) propõe e articula uma nova perspectiva que equipara as doenças adictivas

e as compulsões obsessivas, fornecendo um manancial teórico valioso na compreensão dos mecanismos inerentes ao comportamento adictivo.

1.4.Dependência e compulsão

Até agora já consideramos as perspectivas de Wurmser (1974), Khantzian (1978) e Dodes (1990) sobre as dependências. Tanto Wurmser como Khantzian trabalharam mais próximos de uma população que sofria de dependências de opiáceos, e são os primeiros a chamar a atenção para o papel das substâncias no auto-tratamento de afectos extremamente agressivos, como uma defesa dos afectos artificial, sublinhando a fragilidade narcísica dos pacientes. Dodes (1990), designa este impulso agressivo como raiva narcísica, especificando a sua origem (o narcisismo) e função (restitutiva de um sentimento perdido de poder sobre o estado emocional). Estando a dependência e o impulso agressivo tão intimamente ligados, e sendo a dependência visivelmente uma conduta repetitiva, Dodes (1996) propõe uma aproximação conceptual das dependências às compulsões:

As compulsões como todos os sintomas, são formações de compromisso, comportamentos que reflectem a presença simultânea de um impulso inconsciente proibido, e a de uma força oposta (...) As adicções não têm sido pensadas como compromissos, possivelmente porque são experimentadas como ego sintónicas (...) o que quero dizer é que os autores sobre a adicção não pensaram na formação de compromisso como um factor primário na adicção (Dodes, 1996, p.1)

Os principais argumentos para desconsiderar as adicções como análogas às compulsões consistem na egosintonicidade da dependência e, a nível da concepção estrutural da dinâmica entre instâncias, a adicção funciona através de uma aliança entre o ego e o id (Dodes, 1996). Há no entanto, inúmeros casos na prática clínica em que as adicções são vividas como egodistónicas, quando as consequências biológicas e sociais levam a que o sujeito tente abster-se do seu comportamento sem sucesso; aliás, é este um dos principais factores que leva o sujeito a procurar tratamento.

Dodes (1996), sobre o tema da sintonia e dessintonia na adicção e na compulsão obsessiva, afirma que este vector não é suficiente para que as adicções sejam

desconsideradas como pertencentes à categoria das compulsões, considerando-a como uma “qualidade superficial” (p.5). Segundo o autor, além das adicções poderem facilmente passar a ser vividas como egodistonícas, também as compulsões são muitas vezes vividas como egosintonícas, adquirindo esta qualidade através da familiaridade do sujeito com o sintoma e também através da constituição de formações reactivas, racionalizações ou “através de um sentimento de prazer na mestria inerente ao estilo compulsivo” (Dodes, p.5).

Por conseguinte, Dodes (1996) formula que apesar da qualidade egosintónica das adicções ser normal, existe, tal como nas compulsões “tradicionais”, uma formação de compromisso, em que o sintoma (comportamento adictivo) é a expressão simultânea de um impulso e de uma defesa. O vector principal reside num deslocamento defensivo:

O dependente (por exemplo um toxicodependente) sente-se compelido para consumir uma droga e sentir o prazer de a consumir através de uma acção egosintónica. A gratificação que daí resulta é uma expressão de uma necessidade de experimentar ou de obter uma sensação de poder e também da expressão da raiva narcísica que sentiu enquanto impotente ou desamparado. Contudo, esta restituição de mestria e de poder interno que é representada pelo comportamento adictivo é uma substituição para o atingir desses objectivos através de uma restituição real de poder no mundo real. Assim a adicção contém em si uma proibição do superego expressada na necessidade (inconsciente) de deslocar o imperativo narcísico de obter controlo para o comportamento adictivo. (Ainda para mais, apesar do comportamento adictivo expressar a raiva, também ajuda a mantê-la afastada da consciência. Este é um segundo aspecto da formação do compromisso na adicção) (Dodes, 1996, p.3).

Fenichel (citado por Dodes, 1996) teoriza as compulsões como “ideias intensas que têm que ser pensadas sobre [ou agidas sobre]; a sua persistência representa a energia de outra ideia impulsiva que lhe está ligada e que foi desviada⁶”. Deste modo, ao considerar uma formação de compromisso na dependência, a patologia pode ser considerada como um “subgrupo das compulsões”(Dodes, 1996, p.5), pois o comportamento adictivo não expressa um impulso directamente como aparenta, mas um deslocamento da raiva narcísica para o comportamento adictivo: “As adicções são

⁶ “Warded off” - N. do A. – Ward: Desviar; guardar; proteger.

deslocamentos da encenação da restituição defensiva e da raiva narcísica para o comportamento adictivo, por exemplo beber álcool ou **jogar**⁷” (Dodes, 1996, p3).

Dodes (1996) exemplifica a sua teoria com um caso de um homem de negócios que sofria de alcoolismo. O senhor, que sabia que o filho roubava a sua empresa há anos, sofre uma recaída quando se dá conta que os roubos eram quantias muito maiores do que ele suspeitava: “A investigação durante o tratamento revelou a raiva impotente que sentia há anos acerca dos roubos do filho. Esta impotência foi ligada à proibição moral interna de despedir o seu filho. Finalmente disse ter pensado, “Para o diabo com isto tudo,” beber “era a única coisa que podia fazer”” (Dodes, 1996, p.3). Assim, a bebida, além de aliviar o sujeito, forneceu-lhe um sentimento de poder fazer ‘alguma coisa’. É um bom exemplo do deslocamento da raiva para o comportamento adictivo: ao invés de expressar na realidade (i.e.) despedir o filho, situação proibida pela moral superegoíca, dirige-o para o comportamento adictivo.

A partir desta concepção das dependências podemos obter uma perspectiva que se pode aplicar mais directamente ao jogo patológico, sem ignorar as hipóteses da auto-medicação. A conduta dependente pode ser conceptualizada operando sobre o princípio dinâmico da formação de compromisso e portanto do conflito psíquico: “de facto não há necessidade de nenhum agente externo (...) é apenas necessário que o impulso seja deslocado para um comportamento específico (...)” (Dodes, 1996, p.6). Este fenómeno, mesmo não sendo observável em todos os casos, principalmente em pacientes que demonstrem um nível primitivo de funcionamento mental (Dodes, 1996), constitui um grande avanço para as perspectivas de tratamento sob a alçada de uma terapia de base dinâmica, e mais particularmente para os propósitos deste trabalho.

1.5. Compulsão e repetição

A repetição é uma das características mais gritantes das ludopatias, assim como das dependências em geral. É fácil encarar-se com mais normalidade o dependente de substâncias pela crença enraizada no senso comum, excessivamente simplificada, de que a substância obtém sobre o sujeito um aperto tão forte que, se for experimentada

⁷ Gambling: Jogo referente ao jogo por dinheiro ou ao jogo patológico. Negrito do autor da monografia.

uma só vez, nunca mais o irá libertar, transformando-o física e psicologicamente. Talvez assim se consiga circunscrever algum do terror que a ‘droga’ incute, sob a forma de um enunciado mais ou menos como: - aquele que nunca a experimentar nunca se tornará toxicod dependente. Aos olhos do senso comum é fácil imaginar que a dependência do jogo seja encarada com mais perplexidade, e talvez também com menos cautela, pois, como é possível que alguém na posse de todas as suas capacidades deite tudo a perder num lance de dados ou numa volta da roleta? Dostoiévsky, no seu romance “ O Jogador” (2004) desenha um retrato fiável do fenómeno:

“A avó começou por observar os jogadores. Fazia-me perguntas bruscas, entrecortadas, num meio sussurro: quem é este? quem é aquela? Gostou sobretudo, na extremidade da mesa, de um homem muito jovem que fazia um jogo fortíssimo, com apostas de milhares e já ganhara, como se sussurrava em redor, para cima de quarenta mil francos (...) Estava pálido, com os olhos a brilhar e as mãos a tremer; fazia já as apostas sem qualquer tino, com o que lhe calhava à mão (...) A avó observou-o durante alguns minutos.

– Diz-lhe – animou-se de repente, acotovelando-me -, diz-lhe para parar, que pegue imediatamente no dinheiro e que se vá embora. Vai perder, vai perder tudo! (...) – Que tristeza! Assim se perde um homem, quer dizer, ele próprio assim o quer... não posso olhar para isto, revolta-se-me tudo cá por dentro. Parvo! (Dostoiévsky, 2004)

Não obstante tudo o que perdeu no passado o jogador apenas dá um passo à frente para dar dois atrás. Aposto o que tem e o que não tem; mesmo que perca ou ganhe, é sempre um momento efémero: se ganha, precipita-se atrás da visão e da certeza da próxima vitória; se perde, persegue a miragem do triunfo, sequioso de vitória:

- Ainda hoje estou completamente convencido de que vou ganhar. Até posso confessar-lhe que a menina foi a causa de uma questão que se me pôs: por que razão a minha perda de hoje, uma perda feia e sem jeito nenhum, não deixou qualquer dúvida gravada em mim? Continuo com a mesma certeza de que, mal comece a jogar para mim, ganho inevitavelmente.

- E porque tem assim tanta certeza?

- Não faço ideia, se quer saber. Sei apenas que *preciso* de ganhar, que também para mim essa é a única saída (...)

- Diga-me abertamente: Para que precisa de dinheiro? (...)

- Para que preciso de dinheiro? Como assim? O dinheiro é tudo!

- Compreendo, mas não se pode entrar em tamanha loucura só por desejá-lo! Chega ao frenesi, ao fatalismo. Há aí qualquer coisa, qualquer objectivo especial (...)

- É evidente que tenho um objectivo – disse eu. – Mas não consigo explicar qual. Apenas que, tendo dinheiro, **serei outro**, inclusivamente para si, e não **escravo**⁸. (Dostievsky, 2004)

Encontramos na personagem de Aleksei Ivánovitch – o (um) jogador - facilmente o mistério da crença totalmente enraizada da vitória, e se não ignorarmos as perspectivas dos autores que até aqui temos vindo a mostrar, podemos prontamente notar a funcionalidade narcísica da vitória e da ilusão da riqueza, num movimento único de restituição de poder, assim como a subserviência da ideação consciente do sujeito ao vício, transformando-se de **escravo** em alguém que possui **tudo**. Esta mudança desejada do sentimento de si, ilustra bem a diminuição narcísica sentida e até a qualidade emocional que o sujeito tenta restituir/ganhar – No fim de contas um escravo é alguém que não é senhor de si próprio, vive controlado por uma força que lhe é alheia, muito em semelhança com a perda de controlo da experiência emocional e a subserviência do ego à raiva narcísica. O desejo de possuir tudo, neste caso representado pelo dinheiro, é uma das melhores formas de descrever o desejo da onnipotência. Neste diálogo, Aleksei exhibe claramente estas duas particularidades que o assombram e o mantêm ligado à malfadada mesa de jogo. Este devaneio foi excelentemente descrito por Thompson (1998) no livro *Delírio em Las Vegas*:

Quem são estas pessoas? Estas caras! De onde é que elas vêm? Parecem-se com caricaturas de vendedores de carros usados de Dallas mas são reais. E Jesus, há uma imensidão deles - ainda gritando à volta destas mesas de dados desta cidade do deserto às quatro e meia numa manhã de domingo! Ainda a cobrir o sonho americano, aquela visão do grande vencedor, de alguma maneira emergindo do caos de última hora que precede a aurora, num casino bafiento de Las Vegas (Thompson, 1998, p.37)

A compulsão a repetir uma e outra vez o mesmo acto degradante, um acto do qual o sujeito não se consegue libertar, é a face mais visível das patologias da adicção. A repetição, segundo o ponto de vista psicanalítico, é um componente essencial e saudável do funcionamento dos seres vivos e articula-se estreitamente com o princípio da constância e o princípio do prazer (Vieira, 2000).

O princípio da constância postula que “o aparelho psíquico tem tendência a manter uma excitação, tensão/conflito a um nível constante e o mais baixo possível” (Vieira,

⁸ Negrilo do autor da tese

2000, p.24) enquanto o **princípio do prazer** dita que a psique “tem tendência a eliminar ou evitar a tensão desagradável ou mesmo a procurar o prazer” (Vieira, 2000, p.24). Estes dois princípios articulam-se entre si como dois momentos distintos no funcionamento mental, e o ‘impulso a repetir’ constitui-se nas palavras de Amaral Dias como o “impulso dos impulsos” (citado por Vieira, 2000), no sentido em que é mais “elementar e originário do ponto de vista filogenético” (Vieira, 2000, p.24). Assim, o impulso a repetir destina-se a levar o organismo a um estado prévio, a conduzir o organismo ao ciclo repetitivo da tensão/descarga, enquanto o impulso (referente à pulsão), opera segundo os princípios da constância e do prazer fornecendo ao sistema psíquico a capacidade de “complexização e enriquecimento do seu funcionamento” (Vieira, 2000, p.24). Se o impulso a repetir se torna aberrantemente insistente a reproduzir-se no mesmo, no idêntico, formula-se uma **compulsão à repetição**. Esta compulsão a repetir é patológica porque inibe a capacidade do sistema psíquico se complexificar e enriquecer através de novas experiências, ou como Castro (2004) o coloca, a patologia adictiva:

Transforma o prazer em dependência, o desejo em compulsão para a repetição, o pensamento em impulso, o tempo no instante da saciedade e na eternidade da falta, o sofrimento em dor intolerável, a felicidade na efemeridade do acto, o homem em rato de gaiola (Castro, 2004, p.55)

A formação de compromisso na adicção e a especificidade estrutural do conflito proposta que formula uma aliança entre o ego e o id são importantes para compreendermos mais profundamente um dos fenómenos mais intrigantes nas adições: o interminável retorno à mesma situação, ao mesmo comportamento, ou simplesmente ao mesmo. O arranjo intrapsíquico de lealdades e rivalidades entre as várias instâncias psíquicas promove a rigidificação da conduta e fecha o círculo vicioso do adicto. A inerência do conflito psíquico é a qualidade que Matos (2002) refere como “fundamental para a compreensão plena do fenómeno da repetição compulsiva” (p.174).

A compulsividade anula a temporalidade, é a “morte do tempo, pois que é perdida a dimensão do passado, presente e futuro. E sem temporalidade nada se pode transformar. Tudo é passado.” (Vieira, 2001 p. 24). Vieira (2001), em consonância com as teorias de Wurmser (1974) Khantzian (1978) e Dodes (1990, 1996) coloca o retorno ao mesmo na

dependência como uma tentativa de cura pois visa evitar o sofrimento psíquico, obedecendo ao princípio da constância e do prazer. No entanto não são apenas os impulsos ou o ego que estão aqui em jogo. Matos (2002) chama a atenção para a dimensão sujeito-objecto na compulsão à repetição, admitindo que as perspectivas explicativas do fenómeno pelo ponto de vista dos instintos, e da psicologia psicanalítica do Eu são válidos mas insuficientes para apreender o fenómeno na sua completa essência:

(...) Considerá-lo [o impulso a repetir] apenas no pólo pulsional consiste em persistir no reducionismo da vida psíquica à pressão do instinto (...) bem como explicá-lo simplesmente por um mecanismo pseudo-adaptativo do Eu – necessidade de *maîtrise* – é ver somente o mecanismo defensivo, em face da impossibilidade de fazer concordar a necessidade instintiva com a oferta da realidade (seria considerar apenas a resistência do Supereu – o dictâmen recalcante); fazer intervir a existência de uma pulsão de morte como instinto básico que se oporia à força expansiva da libido – nas suas vertentes narcísica e objectal – é recuar a uma mitologia dos instintos, negando o verdadeiro conflito, que é o conflito sujeito-objecto (Matos, 2002, p.174).

Vê-se na compulsão à repetição a função de evitar a dor mental. A fuga ao sofrimento psíquico é a fuga à frustração imposta pela realidade, causadora desse sofrimento. Logicamente, em termos objectais, a compulsão à repetição é em última instância originada pela incapacidade de superar “a inevitabilidade da perda” (Matos, 2002, p.173). Deste modo “ a «compulsão a repetir» é, assim, a sequência do (...) *vazio traumático*: a necessidade imperiosa e reiterada de preencher uma lacuna (...) que foi sentida como um traumatismo” (Matos, 2002 p.173).

Na compulsão à repetição a pulsão permanece presente no sistema psíquico mas é inconsciente, é um “desejo em potência” (Matos, 2002, p.174) pelo conhecimento do objectivo da pulsão, mas inconsciência da sua “natureza, finalidade e objecto” (p.174), permanecendo inconsciente pela sequência de um conflito entre a pulsão insatisfeita e a defesa do superego que se expressa através de medo ou culpa (Matos, 2002). Vieira (2001) sublinha o mesmo aspecto da compulsão à repetição quando a aplica às dependências – o acto da recaída é, pois, a expressão de um “impulso para a satisfação urgente de uma necessidade e não da acção como intenção, com um sentido consciente resultante da elaboração e transformação pelo aparelho mental” (p. 24).

Quanto a mim, perdi tudo até ao último tostão e rapidamente. Apostei no par vinte fredericos e ganhei; apostei cinco e voltei a ganhar, e deste modo mais umas duas ou três vezes. Acho que, em cinco minutos, fiquei com uns quatrocentos fredericos. Nessa altura deveria ter ido embora, mas nasceu em mim uma estranha sensação, um desafio ao destino, um desejo de o afrontar, de lhe mostrar a língua. Apostei o máximo permitido, quatro mil florins, e perdi. Depois desnortado, tirei tudo o que tinha, apostei no mesmo e voltei a perder, após o que abandonei na mesa, aturdido. Nem percebia o que me acontecera... (Dostoiévsky, 2004, p. 29)

Como bem exemplificado pelo comportamento de Aleksei, o dependente persegue a necessidade e exige a sua realização instantânea – o que confere à adicção a sua característica automática. Para melhor compreendermos estes processos é necessário recorrer ao vocabulário de Bion. Vieira (2001) explica que o agir é uma desimbolização da acção, é a incapacidade de transformar os elementos β em elementos α através da função α do continente materno e do vínculo **K**. Os elementos β constituem estímulos sensoriais e emoções não nomeadas e são constitutivos das angústias primitivas *sem nome*. Estes materiais psíquicos não elaborados apenas têm duas saídas: a elaboração ou a evacuação (Vieira, 2001). A evacuação dos materiais psíquicos constitui a base para o agir, são os elementos não nomeados, não digeridos psiquicamente que impõem a sua descarga pelas vias motoras e logo, constituem o fundo do agir (Green, citado por Vieira, 2001). Há no entanto algo mais a sublinhar nesta perspectiva: visto que os elementos β têm que ser processados por uma função α , atribuída a um continente materno, podemos concluir que nestes pacientes existe algum problema nesta dinâmica transformacional, a qualquer nível, o que obviamente se liga à dependência de objecto pela função que, ao nível desenvolvimental, o objecto realizou e que não foi adquirida, ou pelo menos, não está a ser utilizada pelo sujeito.

Esta característica também é observada por Wurmser (1974), visto que refere a falta de transformação simbólica dos afectos nos toxicodependentes. Esta incapacidade resulta na sua tradução em queixas somáticas ou em acusações à sociedade, o que vai apontar posteriormente como um dos mecanismos de defesa mais importantes na adicção: a externalização. Contudo a **hiposimbolização**, esta incapacidade transformacional, presente nestes pacientes não é alvo da defesa farmacogénica, ou seja, nem enriquece a vida fantasmática nem lhe serve como um substituto. A sua função permanece em

ajudar a aliviar “uma tensão e desconforto vagos que substituem os afectos que não são percebidos e que carecem de articulação e são sentidos “como qualquer coisa de errado” no corpo ou no ambiente” (Wurmser, 1974, p.7). Permanece no entanto a dúvida se este sintoma tem a sua origem numa dinâmica intrapsíquica conflituosa ou se por outro lado se constitui como uma “genuína deficiência” (p.7).

Matos (2002) coloca a sua perspectiva claramente à frente desta dualidade ao referir que o fenómeno da compulsão à repetição é obediente a uma gradação, organizando-se como compulsivo e repetitivo (e por vezes obsessivo pela sua imposição no pensamento) quanto **maior** for a sensibilidade à frustração ou a **dependência do objecto** (Matos, 2002). Desta forma ela está presente na sua forma patológica em indivíduos que apresentam uma grande “dificuldade de separação e de fazer luto das imagens do passado (fortemente e conflitualmente investidas) (Matos, 1982/3, p7) ” ou em sujeitos que investiram libidinalmente o objecto sádico; ambivalência essa que causa uma fixação na posição masoquista (Matos, 1982/3). É, em termos objectais, “uma incapacidade de elaborar e ultrapassar a perda de determinada relação de objecto e da onnipotência narcísica” (Matos, 2002, p.173).

1.6.Omnipotência narcísica e dependência objectal

Vimos no capítulo anterior como é que a compulsão à repetição é importante para a compreensão do fenómeno das dependências e como a forma patológica da repetição se organiza em sujeitos que apresentam grande dependência de objecto ou um investimento ambivalente num objecto sádico. A tentativa de voltar a ganhar uma onnipotência narcísica perdida, remanescente das relações precoces, aparece mais uma vez como relevante e fornece mais impacto às perspectivas de Wurmser (1974), Khantzian (1978) e Dodes (1990, 1996), principalmente no que toca ao impulso agressivo – raiva narcísica – que tenta restaurar este sentimento perdido de segurança narcísica.

Wurmser (1974, 1982) refere o propósito do consumo de narcóticos, psicadélicos e anfetaminas essencialmente como restaurador de um sentimento de onnipotência narcísica. Também Dodes (1990, 1996) sublinha a sensibilidade narcísica como o factor

mais preponderante no estabelecimento da patologia, assim como nos episódios das recaídas. Wurmser (1974) caracteriza esta onipotência como um sentimento subjectivo de grandiosidade e de poder ilimitado. Esta ilusão de grandeza também é esperada dos outros: “a outra pessoa (...) é tratada como oblativa e é-lhe exigido que actue em concordância com os mais altos ideais” (Wurmser, 1974, p.7). Obviamente, estas expectativas, por não serem adaptadas à realidade são inevitavelmente deitadas por terra; ou seja, emergem os limites impostos pelas constrações da realidade e é neste ponto que o sentimento de raiva, a par de outros sentimentos, sobressai.

Em relação a este ponto Wurmser (1974) explica: “Tipicamente esta raiva narcísica está perto de dimensões homicidas ou suicidárias; quando o self ideal ou o mundo ideal colapsou, apenas resta a devastação total” (p.7). No entanto este sentimento agressivo não aparece como o único sentimento digno de referência. Ele é acompanhado pela vergonha e pelo abandono – estes sentimentos ganham as suas dimensões patológicas pelo paupérrimo narcisismo dos sujeitos: A vergonha “é o resultado do conflito entre o self limitado, desapontante, e o self ideal e grandioso” (p.7) e o sentimento de abandono “é o resultado da experiência de que a outra pessoa (mãe, pai, namorada, namorado) não é tão grandioso e redentor, tão oblativo como esperado; tudo o que fica aquém da total união com esta pessoa é sentido como isolamento e rejeição totais.” (p.7).

Estes sentimentos são intoleráveis para os pacientes. Eles sentem-nos como sendo anormais e doentes, recorrendo às substâncias narcóticas para eliminar ou pelo menos reduzir o desconforto que estes causam. Magalhães (2000), refere-se a este aspecto como a incapacidade de enfrentar, ou “perceber a inevitabilidade dos aspectos desagradáveis e frustrantes que a nossa condição de seres humanos comporta” (p. 10). A ideia de felicidade para estes pacientes é baseada em reminiscências das ilusões infantis de plenitude e perfeição, especialmente importantes porque constituem uma idealização defensiva contra os sentimentos de desvalorização pessoal, de vazio e de abandono que emanam da falta de capacidade de suportar a dor da separação – O que, mais uma vez, advém de um narcisismo particularmente frágil (Magalhães, 2000). Quero chamar a atenção para o excerto de um caso publicado pela autora que ilustra amplamente a relação entre o consumo de heroína e o desmoronamento das ilusões onipotentes infantis:

O António faz parte de uma fratria de dez irmãos, ó oriundo da província e vem com a família para Lisboa quando ainda é pequeno. Ainda miúdo, vai trabalhar e, nos tempos livres, joga futebol. Vai alimentando um sonho, uma idealização de si próprio – imagina que um dia, será um grande futebolista. Joga em clubes locais e é tido como um possível valor nessa modalidade. Aos 16 anos vai prestar provas para ingressar num clube com alguma importância. É-lhe recusada a entrada. Pouco depois, começa a consumir. (Magalhães, 2000, p.12)

Percebe-se que o António ao confrontar-se com a impossibilidade de se realizar no sonho que vinha a construir desde novo não suporta a frustração que sente, e vira-se tragicamente para as drogas para poder evitar a dor e, concomitantemente, a realidade geradora desse sofrimento. Este evitamento da realidade funcionou como uma panaceia momentânea e acabou por se constituir como uma relação duradoura e, como é recorrentemente trágico nas dependências, impede que o António se desenvolva como pessoa porque mantém o “status quo” da mente; a dependência permite que a mente se refugie, não enfrente e (se) mantenha, permanecendo no passado. Assim, o António, não conseguindo abrir mão do seu sonho, ou dizendo de outra maneira, do seu “Eu idealizado e onnipotente” (Magalhães, 2000, p.12) arrasta a sua problemática: a dependência.

Ora estes aspectos denunciam uma problemática subjacente ao ideal do Eu, e na instância em que ele se deposita – o Superego (Wurmser, 1974). Esta instância psíquica apresenta-se deficitária por não preencher as funções que normalmente desempenha, nomeadamente “a falta de valores e ideais que forneçam significado e que guiem e determinem um curso de vida” (Wurmser, 1974, p.4), o que indica a presença de factores patológicos dentro da estrutura familiar. Estes pontos serão desenvolvidos com um pouco mais de pormenor no próximo capítulo.

1.7.0 papel do Superego na dependência

Como tínhamos concluído no capítulo anterior a fragilidade narcísica e a sua contraparte, a onnipotência narcísica, revelam uma problemática ao nível do ideal do Ego e logo, do Superego. O papel da patologia familiar neste aspecto é intuído por Wurmser em 1974 e afirmado em 1982. As relações familiares que estão no cerne da

questão caracterizam-se por serem inconsistentes, ou seja, deixarem a desejar quando se trata de impor limites, e de não possuírem um ambiente de confiança, além de serem particularmente negligentes nas suas relações interpessoais com a criança. Estes aspectos tomam a sua verdadeira dimensão quando estão presentes durante as crises de desenvolvimento e acabam por deixar a criança com falta de figuras parentais sólidas que possa utilizar como referência:

Os pais que vacilam entre birras temperamentais e indulgência, que permitem a si próprios viver as suas necessidades mais primitivas, pais que estão mais preocupados nas suas carreiras e nos seus clubes e viagens que na necessidade dos seus filhos de os terem presentes, ou pais que estão ausentes por razões económicas e não conseguem aplicar a importante combinação de amor e firmeza – todos estes pais, a não ser que sejam substituídos nas suas funções cruciais por substitutos capazes, fazem com que seja muito difícil para os filhos os aceitarem como modelos seguros para a consciência e ideal do ego, para os internalizarem e para os construírem internamente como guardiões contra transgressões (Wurmser, 1974, p.4)

Apesar de ser algo generalista nesta afirmação, Wurmser (1982) esclarece mais tarde os factores familiares e relacionais que podem ser preponderantes no desenvolvimento de problemáticas do Superego, apresentadas pela população dependente de substâncias. A maior parte dos dependentes sofreram episódios bastante traumáticos durante a infância ou na fase inicial da adolescência – estes acontecimentos são de cariz particularmente intenso e impróprio, não consistindo apenas em violência física, sedução sexual e abandono. A violência, aliás não necessita de ser física para deixar as suas marcas, e a falta de fiabilidade, a desonestidade, a traição, a inconsistência assim como a intrusividade por parte dos pais (Wurmser, citado por Wurmser, 1982) sobrecarregam o sistema psíquico do jovem de tal maneira que se traduzem numa ansiedade tão monumental que se torna traumática. Esta ansiedade traduz-se posteriormente numa confusão mental acompanhada por sentimentos de desamparo e impotência e numa tensão vaga sem objectivo (chamo a atenção uma vez mais para a perspectiva de Matos (2002) sobre a compulsão à repetição), que mais tarde vai tornar o sujeito particularmente vulnerável a cair na teia da dependência (Wurmser, 1982).

Esta predisposição a sofrer uma atracção especialmente forte na utilização de substâncias prende-se não só com a patologia intra-familiar mas também com o reflexo

desta na estrutura mental do sujeito. O sistema defensivo preferencial dos pacientes, assim como a solução estrutural do conflito foram estudados por Wurmser (1982), fornecendo respostas muito importantes para um entendimento mais elaborado e correcto deste fenómeno. Nos capítulos anteriores apresentamos que os dependentes possuem um narcisismo particularmente frágil, e colocámos o consumo de substâncias na função de fornecer uma ilusão de onipotência, ou mesmo um alívio vicariante do conflito intrapsíquico. Passamos então à especificidade da solução do conflito proposta por Wurmser (1982).

A defesa que tem o lugar digno de destaque nestes funcionamentos é a **negação**. A negação sobressai como o mecanismo essencial na estabilização da dinâmica da máquina psíquica, (i.e.) as inter-relações entre o superego, o id, o ego e a realidade externa. Na toxicodependência o mecanismo a que nos estamos a referir age sobretudo em reacção à vida emocional – a afectos que são principalmente referentes à acção do superego, e é a vivência destes afectos e impulsos que é insuportável, estando directamente relacionados com o trauma proveniente de experiências precoces de violência, sexualidade, vergonha e castração:

São afectos que expressam ou condenação pelo superego: vergonha ou culpa; ou a perda de aprovação desta agência interna: auto-estima reduzida, tristeza (ou uma vaga disforia), vazio, e solidão; ou a perda de ideais: desapontamento, desilusão, insignificância; ou a emergência de determinados sentimentos e desejos que invocariam censura pelo superego, especialmente afectos agressivos e desejos agressivos. Tipicamente, as restrições superegoicas subjacentes são racionalizadas e ignoradas como restrições parentais absurdas (...) (Wurmser, 1982, p. 2)

A negação age sobre estes afectos e impulsos e causa um movimento pendular entre o seu reconhecimento e recusa, dirigindo-se particularmente ao superego:

Esta negação ou desautorização refere-se, portanto, especificamente à recusa de perceber e integrar (1) o superego como uma parte relevante da vida interna, (2) os representantes do superego na realidade externa, sejam eles em forma personificada ou abstracta (valores, ideais, leis, limites de possibilidade, considerações de limites temporais, como o atraso), (3) os afectos que expressam condenação pelo superego, (4) os afectos que acompanham a perda de ideais, e (5) os afectos e impulsos que podem levar a uma condenação pelo superego (especialmente sexualidade e raiva “oral” de tipo anal- masoquista). (Wurmser, 1982, p.2)

Outra defesa essencial observada é a **inversão dos afectos** sentidos pelo paciente. O sujeito pode tentar transformar os sentimentos dolorosos e inoportáveis na sua contraparte activa: “em vez de ansiedade vemos raiva e desprezo, em vez de sofrimento, agressão e engano activo” (Wurmser, 1982, p2).

A **exteriorização**, outra defesa amplamente utilizada, aparece como a companheira da negação, a sua cara-metade, muito à semelhança da projecção. A exteriorização define-se como “ o esforço defensivo *de recorrer a uma acção externa para corroborar a negação do conflito interno*” (Wurmser, 1982, p3). O paciente provoca o meio em seu redor para que o conflito interno seja traduzido num conflito externo, manipula as pessoas e situações para que lhe forneçam um contexto em que seja “legítimo” articular o seu sistema defensivo: “Por exemplo, o ridículo, a rejeição e a punição são provocadas. Ou a imposição de limites é convidada e exigida do terapeuta, família ou professor, apenas para ser outra vez lutada contra.” (Wurmser, 1982, p.3). O “acting out” e impulsividade são apenas uma utilização defensiva da acção, uma maneira de testar o mundo e provar a si próprio que os terrores presentes no seu inconsciente não têm fundamento. Ao provocar situações limite que podem resultar em separação, humilhação, ou castração e sair ileso pode provar a si próprio que “o destino pode ser (...) forçado a proteger” (Wurmser, 1982), num movimento de concretizar a ilusão mágica e onipotente de ter poder sobre o incontrolável:

Pode ser através da acção de jogar⁹ e de todos os tipos de jogos que desafiem a morte; pode ser através da mentira, manipulação, batotice; pode ser através da violência, vingança e de despreza das leis e autoridade. Ou pode ser pelas drogas: “ Eu tenho o poder, com a ajuda desta substância mágica de controlar o insuportável. (Wurmser, 1982, p.4)

Mas quais são as dinâmicas intrapsíquicas das instâncias em jogo? Com a negação e todo um manancial defensivo (do qual aqui apenas nos centramos nos pontos principais) a combaterem o superego, é necessário entender qual é o sistema de compromissos e conflitos que estão cristalizados. Basicamente o ego combate com todas as suas forças o superego e a realidade externa, aliando-se ao id. O sujeito distorce a realidade externa e age as suas fantasias como se estas fossem reais, com a ajuda das drogas. Os sentimentos contra os quais o sujeito tenta batalhar contra, traduzidos em ansiedades e

⁹ Gambling – jogo no sentido de jogo a dinheiro/jogo patológico

afectos depressivos, mingam as fronteiras entre a realidade externa e o superego principalmente contra as suas funções de admoestação, observação, de condenação e também contra os ideais do eu que aí têm o seu lugar. Em último lugar, a resolução do conflito acaba por se dever ao medo da raiva produzida pelo id, produzida pelas vivências precoces de desamparo. Desta maneira o ego alia-se em grande parte ao id, sobretudo aos seus impulsos libidinais, e vira-se contra o superego com a ajuda das drogas, fantasias narcísicas e defesas psíquicas (sobretudo a negação), conseguido talvez não permanentemente, mas pelo menos momentaneamente, vencê-lo (Wurmser, 1982).

A negação, obviamente tem as suas desvantagens, e o retorno do negado não faz excepção neste sistema de alianças e guerras – “se a defesa fosse a negação, o retorno do ‘desafirmado’ tem a forma de uma afirmação” (Waelder, citado por Wurmser, 1982). Assim o retorno das negações dirigidas contra as funções, afectos e impulsos superegoícos tomam variadas formas e podem servir-nos para melhor compreender o fenómeno da dependência.

O **retorno do ideal do ego** observa-se na compensação narcísica que é obtida através da substância, em vez da compensação narcísica que é normalmente obtida através da correspondência ao ideal do eu. A **exteriorização** do superego, como já foi referida atrás, é outra componente da negação, manipulando a realidade à sua volta de modo a que as funções e constringências superegoícas sejam uma parte real da sua vida digna de atenção e logo fornecendo um campo de batalha concreto para a sua guerra contra o superego – Wurmser chama a este fenómeno a **punição-provocada**.

Como o superego também cumpre as funções de estabilizador dos afectos e do humor a sua negação compromete a harmonia da vida interna, susceptibilizando a aparição de comportamentos e estados psicológicos contraditórios entre si – “Se ele [o superego] for temporariamente e recorrentemente feito ‘inoperável’, toda a vida, comportamento e atitudes em particular, tomam uma qualidade especialmente caótica e disruptiva” (Wurmser, 1982). Wurmser (1982) não considera este fenómeno como uma defesa em si, mas sim como um fenómeno que se articula com a negação. A falta da agência superegoíca cria um funcionamento desregulado entre partes do ego que se encontram em conflito – “ideais e lealdades são subitamente substituídas por demandas narcísicas,

proibições internas são subitamente traídas pelo ataque maciço do desejo e terror” (Wurmser, 1982). A ansiedade e as “tempestades afectivas” (Wurmser, 1982) que emanam desta particularidade da doença são combatidas através de fantasias e ideais substitutos (como por exemplo uma substância). Estas defesas formam um sistema de protecção que é uma versão exteriorizada do superego arcaico, que exige uma forma de obter poder, continuidade e capacidade de controlo ao ego, combatendo ao mesmo tempo outra exteriorização do superego arcaico, cruel e ríspido, que utiliza como veículo principalmente sentimentos de vergonha: “ Uma forma arcaica de auto-condenação que precede largamente a formação de um superego estruturado, mas que eventualmente se reflecte nele” (Wurmser, citado por Wurmser, 1981).

Esta vergonha também se faz sentir como consequência do retorno das funções de **auto-observação**. A sua presença faz-se sentir através de variadas formas, às vezes invertida e projectada nos sentimentos em relação aos outros – como desprezo e arrogância – ou também no sentimento de si através da presença de uma despersonalização crónica: “O que é o sentimento de vergonha? É vermo-nos expostos ao olhar de outra pessoa ou ao “olho interior” da nossa consciência em alguma forma de fraqueza ou falha.” (Wurmser, 1982). Assim a defesa que é observada trata-se no primeiro caso de desprezar o outro em vez de desprezar o próprio, enquanto a segunda toma a forma de não viver dentro da própria pele, estar distante e alienado de si, não vivendo desta forma a extrema decepção em relação a si próprio: “ Eu observo-me e já não sou eu – não sou este ser nojento e fraco”(Wurmser, 1982).

Também o papel de defensor que o superego normalmente preenche, protegendo e perdoando, não se encontra a funcionar. A falta desta capacidade faz com que o sujeito tente arranjar alguma coisa que preencha estas funções, mas no entanto é muitas vezes evidente a falta de cuidados pessoais que o sujeito dependente tem consigo próprio - de tal maneira que, Khantzian (1978) e Grotstein (1999) centram-se nesta problemática como uma das mais fulcrais no entendimento das faces mais severas e profundas da patologia.

No entanto, a característica a que queremos dar mais ênfase por enquanto é a vivência do superego como um **claustrum**. O claustrum é um conceito que está ligado às problemáticas claustrofóbicas que muitas vezes são concomitantes nos

toxicodependentes. Este sintoma pode ser observado como uma claustrofobia no seu sentido mais comum, mas também nas suas variantes metafóricas. Os pacientes sentem-se muitas vezes “suprimidos, asfixiados, sufocados, inconfortavelmente banhados em calor humano, por proximidade física ou psicológica” (Wurmser, 1982). Ao não conseguirem suportar a proximidade do outro reagem através de explosões de raiva ou através de comportamentos de fuga alimentados pelo medo. Outra variante metafórica é a procrastinação e a indecisão, pois todos os limites, mesmo os temporais tornam-se aprisionantes, sufocantes, representando um claustum (Wurmser, 1982). O claustum, neste sentido advém de problemáticas nas relações precoces e está em estrita relação com o superego.

O desenvolvimento do super-ego resulta do ciclo projectivo/introjectivo na díade com os objectos parentais. A sua interrupção ou conspurcação é realizada por uma acção maligna destes. Lembremo-nos aqui das afirmações de Wurmser (1982) quanto à exposição precoce à violência e à sexualidade. Este golpe resulta na quebra do ciclo de projecção/introjecção normal e causa a permanência de partes do self no objecto, ou seja, certas partes ‘más’ do self não sofrem uma reintrojecção, acabando por ficar identificadas como sendo do objecto para o qual foram projectadas. A incapacidade de reintrojectar estas partes do self causa o fenómeno do claustum, por sensação de aprisionamento e incapacidade de libertação (introjecção). O self fica à mercê de um super-ego de qualidades arcaicas cuja lei é rígida e persecutória, ao invés de se poder temperar através da realidade e servir os propósitos organizadores a que se destina (Meltzer, 1992).

A exteriorização destes sentimentos reifica o sentimento de claustum. A procura de contenção necessária é procurada no exterior, na busca de limites externos na esperança que alguém tome o controlo, constrinja e proteja o indivíduo das suas ansiedades interiores. Este ciclo torna-se vicioso pois o que é procurado torna-se no evitado, ou seja, acaba por ser portador da mesma valência afectiva do claustum (Wurmser, 1982).

Com o ciclo de projecção/reintrojecção pervertidos os processos de simbolização também perdem a sua dinâmica assim como os vínculos afectivos da vida íntima. Sucede-se em seu lugar o terror sem nome que está no mais fundo (ou alto?) patamar da patologia. Este terror sem nome é por Meltzer (1992) definido como a possibilidade de

insanidade que advém da progressiva desordem de pensamentos que resulta da projecção indiscriminada para o exterior de partes do self.

O terror sem nome de Meltzer (1992) e o vazio (traumático) de Matos (2002) oferecem dois fenómenos emocionais de grande importância para a compreensão das raízes mais profundas da patologia. Enquanto o primeiro conceito remete para fenómenos psíquicos que carecem de simbolização adequada, o segundo fala-nos de uma lacuna no desenvolvimento que tem de ser preenchida. Grotstein (1999) teoriza estes dois fenómenos como intrinsecamente ligados um ao outro, sendo o Nada (o vazio) e o sem-sentido (terror sem nome) continente e conteúdo, respectivamente, do fenómeno que ele designa como buraco Negro e que é bastante explícito em doenças emocionais primitivas aquando de rupturas da vinculação (perda de objecto/decepção) ou hiatos no tratamento.

1.8.0 Buraco Negro/ Patologias da auto-regulação

O buraco negro é um conceito que inclui outros fenómenos já descritos como o sem-sentido, o abismo, o objecto, a entropia, a aleatoriedade e o caos. O que estes conceitos têm em comum é o facto de se referirem todos ao epítome do estado traumático – Uma sensação catastrófica de descontinuidade do self, de uma queda em direcção ao vazio. (Grotstein, 1999).

O buraco negro consiste na concepção de que há na patologia mental uma fuga constante à entropia, ou seja, permanece no cerne da vida mental dos pacientes uma atracção implosiva e centrípeta para um vácuo; um vazio estático que se caracteriza pelas experiências emocionais de impotência, falta, Nada, e nulidade. Falta-lhes uma fonte interna de segurança. Neste cenário, os impulsos tomam o lugar de mensageiros semióticos do Nada (fome interminável). A pulsão de morte, ou Thanatos, age como um significante da antecipação e da concretização do buraco negro o que confere à psique a capacidade de se adaptar e regular.

Noutras palavras ele é uma pré-percepção/pré-concepção do destino último do organismo, uma lembrança do destino genético inato. Por outro lado a pulsão de morte

também engloba componentes pré-adaptativos que veicula para lutar contra a atracção inegável do buraco: a assertividade e a agressão ao serviço da protecção do self e da espécie construindo cenários psíquicos de predador/presa (Grotstein, 1999).

Baseando-se nos conceitos de **objectos transitivos, ambiente sustentador** (Winnicott, 1949, 1951, 1960, citado por Grotstein, 1999), **função α** , (Bion, 1962, 1963, 1965, 1967, 1970, citado por Grotstein, 1999) **funções de self-objectos** (Kohut, 1984, citado por Grotstein, 1999) e de **sincronização mãe-criança** (Stern, 1985, citado por Grotstein, 1999), Grotstein define que as perturbações da auto-regulação (onde insere os comportamentos adictivos) devem-se a falências dos pais em fornecerem um ambiente sustentador e uma presença de fundo de identificação primária para um saudável desenvolvimento da regulação autónoma e da capacidade simbólica. É necessário que as funções de regulação, primariamente atribuídas aos pais sejam simbolizadas pela criança. No caso de falência deste processo a criança, na ausência de conseguir ela própria atribuir sentido à sua própria experiência, desenvolve um repúdio psíquico, um sentimento de auto-abnegação para escapar ao caos tortuoso da insatisfação intemporal. Dá-se então um abandono de um self vibrante de forma a obter um sentimento de “segurança cósmica e afectiva (p.101)” a custo da sua vitalidade. Tragicamente o self abandonado fica atormentado pelos dados sensoriais que foram rejeitados, impedidos de serem assimilados pela mente (elementos β primários) (Grotstein, 1999). Mais explicitamente pode-se dizer que a mente está naturalmente capacitada para transformar em símbolos os elementos cognitivos e emotivos atribuindo-lhes um significado. Para que este processo se desenrole é necessária uma sensibilidade de base, uma sólida homeostase regulada pelos pais, que permita o suave assimilar dessas funções dos objectos parentais. É a incapacidade de contenção materna para sofrer, tolerar, compreender e traduzir mensagens da criança enquanto comunicações urgentes dotadas de sentido que conduzem a um défice dessa sensibilidade para conduzir transformações simbólicas. Com a presença de um bom ambiente sustentador os afectos e necessidades de sincronização podem ocupar um espaço transitivo potencial e transformar as sensações sensório-motoras e simbólicas (Grotstein, 1999).

Nas patologias da auto-regulação observa-se uma dissociação entre a linha do sentido (sentido atribuído à experiência pelos pais) e da regulação, emergindo no seio do sujeito

um segundo self somatopsíquico e/ou psicossomático, precoce e primitivo (Grotstein, 1999)

A auto-regulação é instintiva, constitucional, automática e não simbólica, sendo regida por princípios operativos distintos, funcionando à base de sinais e mediando a porção da personalidade que é dominada pelas sensações. Opera ao serviço da homeostase (Grotstein, 1999). A díade mãe-bebé funciona também em grande parte da regulação interactiva. Este tipo de regulação refere-se à regulação mútua, fisiológica e emocional, que se dá entre o objecto materno e o pequeno ser. Também comporta os elementos transgeracionais que atribuem sentido e significado, ou seja, um papel ao sujeito na vida familiar. É importante sublinhar estes aspectos visto que através desta perspectiva podemos reiterar que não só o bebé se regula através da mãe, mas existe um fluxo contínuo de interacção que trespassa a díade, repercutindo-se psiquicamente e fisiologicamente na mãe (por exemplo, preenchimento emocional e regulação fisiológica que permite a amamentação) assim como no bebé.

Aplicando as problemáticas de auto-regulação aos casos limites, e, mais especificamente às adições, podemos reparar que a raiva, a agressão e a hostilidade (tão presentes nestas patologias) não emanam de um fraco controlo de impulsos mas como uma forma de regular sentimentos de impotência, desamparo e vulnerabilidade (Grotstein, 1999), à semelhança do que Dodes (1990, 1996), Wurmser (1974, 1982) argumentam. A zanga servirá para conferir um sentimento artificial de autocoesão através de uma defesa maníaca e apresenta também uma correlação interna com elementos endógenos estimulantes (norepineferina, encefalinas, endomorfina etc.). A vivacidade experienciada proporciona uma cobertura fictícia sobre estados afectivos depressivos ou ansiosos e um “chão sobre a abjecta insondabilidade do seu abismo interno” (Grotstein, 1999 p.115), o que está em consonância com as perspectivas de auto-medicação propostas por Wurmser (1974, 1982) e Khantzian (1982). A auto-regulação vicariante actua através de várias vias, nomeadamente: a) do envio de um sinal apaziguador ao superego; b) mediante a acção de um agente adictivo; c) através do confronto com situações ou objectos perigosos e d) por via de uma atribuição arbitrária de autoridade moral a situações de pressão, que por sua vez se personificam num objecto interno que é então moralizado e por fim autorizado a pressionar o próprio (Grotstein, 1999). Todas estes pontos estão profundamente em consonância com os

pontos de vista de Wurmser (1974, 1982), e tentando um paralelismo poder-se-ia traduzir os pontos de Grotstein desta maneira: a) a substância ou acto dependente servem para acalmar um superego arcaico, numa luta contra este; b) que a própria acção química da substância tem um papel específico na psique; c) e d) atribuição de um campo de batalha concreto para a guerra contra o superego – a punição-provocada.

Existem sujeitos que apresentam uma vulnerabilidade acrescida à detecção de aleatoriedade e sem-sentido, o que causa um hiper-compensação através de cenários apocalípticos significativos para contrariar a dissolução mental no Nada. A falta de uma fonte interna de segurança pode ser rastreada normalmente à resposta catastrófica infantil à perda de objecto como uma perda narcísica primária, que, devido à relativa falta de fronteiras definidas entre a criança e a mãe, é indistinguível da perda de objecto (Grotstein, 1999). O sem-sentido e o Nada resultam assim da incapacidade de atribuir significação, valor, gratidão e importância aos objectos cuja introjecção normalmente preenche o próprio com estes elementos, incapacitando o sujeito de fazer o luto da perda de um objecto cujo valor e significação possam transcender a ausência. Também a deterioração de relações significativas é inevitável pela ausência de funções de cuidado, preocupação e restauração (Grotstein, 1999).

Todos estes factores emergem de uma experiência de sem-sentido e de Nada *secundária*. A experiência *primária* do sem-sentido é a anorganização do vazio originário que aguarda o cumprimento e realização da experiência enquanto o Nada primário caracteriza-se pela existência de uma matriz “imaculada” vivida tranquilamente. Progressivamente o vazio primário pode vir a ser preenchido com experiências significativas (Grotstein, 1999). No entanto, na experiência secundária (patológica) destes fenómenos o sem-sentido deve-se ao virar as costas à experiência e regresso ao vácuo ou então a uma falta de suporte de uma identificação primária estável.

O Nada é, na sua encarnação *secundária*, a negação do ser, a negação do sentido no sem-sentido secundário. Estes fenómenos, no nível que estamos a falar, resultam de um desinvestimento ou retirada de significação de um objecto e o seu retorno ao eu, (o que pode ser melhor definido pelo mecanismo da recusa) e resulta numa matriz de Nada povoada de restos e resíduos desinvestidos inominados – os elementos β – desordenados, vividos como aleatórios e percebidos pelo observador como caóticos

(Grotstein, 1999). A noção de Caos é importante pois apesar de este ser definido pela turbulência que lhe é inerente, para o observador mais distante pode ser compreendido um padrão que lhe confere previsibilidade. Esta é uma alusão directa às patologias mentais mais primitivas, como a esquizofrenia ou a doença maníaco-depressiva: emocionalmente o doente vive a completa aleatoriedade, mas no entanto os ciclos e padrões da doença podem ser apreendidos por um observador atento (Grotstein, 1999).

Deste modo, o trauma segundo Grotstein (1999) remete para a destruição da fé, do primeiro plano de um self e objectos significativos como uma matriz que está pronta para receber conteúdos, mas que por experiências demasiado desorganizantes que induzem um estado traumático, o continente (Nada) fica arruinado e o conteúdo (sem-sentido) adopta uma qualidade entrópica, ao invés de uma qualidade inata de expansão.

As patologias de condutas comportamentais compulsivas ou adições químicas podem então ser rastreados, à semelhança das teorias de Dodes (1990, 1996), Wurmser (1974, 1982) e Khantzian (1985) à irrupção de impulsos agressivos como a raiva, agressão e hostilidade (Grotstein, 1999). A razão para que sejam estes impulsos a reinar no funcionamento mental deve-se à sua função semiótica para comunicar um estado de perigo eminente sobre a psique assim como a sua função reguladora da impotência, desamparo e vulnerabilidade. Há então, como já referimos, uma falha básica nas regulações autónomas e interactivas:

A regulação relaciona-se com os aspectos fisiológicos mais básicos do meio interno e do comportamento dos outros, baseando-se fundamentalmente em sinais psicossomáticos e somatopsíquicos elementares (em vez de signos ou símbolos). A regulação é a «linguagem» do narcisismo primário e da simbiose ocupando um espaço intermédio entre a necessidade e o desejo (Lacan, 1966, citado por Grotstein, 1999, p.99)

As falhas de regulação evoluem para uma incapacidade de auto-regulação (Grotstein, 1999), (muito à semelhança da perspectiva de Khantzian, 1985) que é suprimida pela reacção organismica e psíquica da agressividade com o objectivo da manutenção da homeostase, libertando fármacos endógenos como endorfinas, encefalinas e norepineferina (o que Grotstein equipara à injeção com opiáceos). O comportamento de auto-regulação pode-se inferir ou ser directamente observável em pacientes tais

como os que sofrem de estados de perturbação de pânico, depressão, jogo e consumo compulsivo e perturbações do comportamento alimentar, entre outras. O objectivo de uma auto-regulação vicariante é a supressão ou regulação de tédio (apatia/depressão), sentimentos de sem-sentido, Nada, ou seja, o seu buraco negro (Grotstein, 1999).

A concepção de regulação interactiva e de auto-regulação também estão intimamente ligadas com o conceito de superego pré-moral de Grotstein (1999). A irrupção do sem-sentido primário, secundário ou do caos são inatamente regulados por um Superego pré-moral, arquetípico, que funciona como uma barreira transformadora que converte o caos e o sem-sentido no jargão da moralidade ao criar uma narrativa sequencial e a obter um gradiente de valores de modo a criar um mundo de moralidade, ou por outras palavras uma segurança interna. Parece ser a ausência de este Superego pré-moral a que Wurmser (1974, 1982) se refere quando fala da negação do Superego, pela ausência das suas funções protectoras e estruturantes.

Deste modo, o impulso de morte desencadeia uma reacção psíquica e orgânica que apazigua a desorganização (o Nada e o sem-sentido secundários) através das suas funções pré-adaptativas de assertividade, agressão e protecção, mas de forma desadaptada por não existirem as estruturas necessárias de simbolização da mensagem semiótica. A forma de comunicação do impulso permanece arcaica e as funções homeostáticas não têm a capacidade de se auto-regular. Deste modo são os impulsos que têm que sobre-compensar a falta de objectos internos e causar uma pressão em sentido inverso à entropia do sem-sentido. O comportamento adictivo, seja ele o consumo directo de substâncias ou a conduta compulsiva visa por um lado a acção de uma substância a nível físico (por libertação endógena ou por absorção de substâncias exógenas), e por outro o confronto com situações ou objectos perigosos em conluio com a atribuição arbitrária de autoridade moral a situações de pressão, as quais personificam um objecto interno que é moralizado e por fim autorizado a realizar essa pressão sobre o próprio. É a busca para um sinal apaziguador ao Superego pré-moral, que está a funcionar com base em cenários primitivos de narrativa.

2.Objecto de estudo

Este trabalho baseia-se na importância do confronto e aprofundamento entre as dependências que têm como objecto principal uma substância tóxica e as que são comportamentais por definição, como o jogo patológico. A importância dada à acção biológica das substâncias tóxicas no desenvolvimento da doença aditiva pode obscurecer a valência psicológica que as dependências conservam no seu âmago. Este trabalho sublinha os determinantes intra-psíquicos e inter-psíquicos das dependências tóxicas e aplica-os, por falta de trabalhos proeminentes nessa área, a uma das adicções comportamentais – O jogo patológico. É necessário ponderar o papel que estes determinantes desempenham em adicções que não apresentem uma substância tóxica, por duas razões: pelo aprofundamento do nosso conhecimento do jogo patológico e pelo que isso contribui para o apuramento dos determinantes psíquicos no estabelecimento de uma adicção a um determinado fenómeno, seja ele qual for, o que contribui activamente para um melhor enquadramento, entendimento e tratamento das dependências em geral.

O objectivo deste trabalho é a compreensão do funcionamento dependente. Para tal, auxiliamo-nos de autores que apresentam conceitos que, apesar de serem desenvolvidos através do contacto com populações dependentes de substâncias tóxicas, conservam o valor de fornecerem uma base suficientemente alargada para poderem ser aplicados na compreensão das dependências no geral, e, no caso que nos concerne, na compreensão do jogo patológico.

Destas concepções – defesa dos afectos, raiva narcísica, onnipotência narcísica, dependência de objecto, superego arcaico, compulsão à repetição, buraco negro - destacamos simultaneamente uma abordagem intra e inter-sistémica do superego, análise da funcionalidade do sistema defensivo e da dinâmica narcísica do sujeito. Pelo interesse em aprofundar o conhecimento do sujeito dependente, recorreremos também a autores que, apesar de não mostrarem ligações explícitas ao estudo da dependência fornecem um manancial importante e indispensável para a compreensão profundo dos mecanismos psíquicos envolvidos nesta doença através dos conceitos de vazio traumático (Matos, 2002) e buraco negro (Grotstein, 1999).

Mais especificamente, observamos que nos sujeitos dependentes o **superego** regrediu, ou permanece num estado arcaico, sufocando o sujeito. A luta intrapsíquica que se instala contra esta instância é veiculada preferencialmente através da negação, e muitos dos sintomas que constituem a miríade de comportamentos dependentes podem ser interpretados como o retorno deste superego negado (Wurmser, 1974). Esta restrição, aplicada sob o sistema psíquico, articula-se catastroficamente com a presença de um impulso agressivo extremamente potente – **a raiva narcísica**. Esta raiva é oriunda de um aspecto central do narcisismo e serve para o proteger. Este núcleo do narcisismo é a sensação percebida de controlo sobre o estado afectivo e não tem respeito por limites e normas razoáveis (Dodes, 1996). O descontrolo sobre o estado afectivo nestes pacientes advém de uma defeituosa **defesa dos afectos**. A defesa ao não cumprir em pleno as suas funções de para-excitação deixa o sistema psíquico à mercê da inundação pulsional e, consequentemente da perda das funções egoícas (Fenichel, 1945). Deste modo, no perigo da falência da defesa dos afectos a raiva narcísica emerge com o intuito de proteger o ego num movimento de sobrevivência psíquica. Contudo, pela impossibilidade de poder ser direccionada para a fonte da problemática por restrição do superego, acaba por ser deslocada para o comportamento aditivo. A dependência acaba assim por assumir um papel de **defesa vicariante dos afectos**, controlando o estado emocional através de substâncias exógenas ou através de condutas comportamentais patológicas como o jogo, sendo a raiva narcísica encoberta e afastada da consciência (Dodes, 1996) através deste compromisso. Nos dependentes observamos que o seu comportamento advém da expressão de um impulso que carece de um sentido consciente além de elaboração e transformação pelo aparelho mental (Vieira, 2001). As experiências sensoriais e emocionais não nomeadas são constitutivas das **angústias primitivas sem nome**, e sem capacidade de serem devidamente elaboradas ou assimiladas pelo aparelho mental constituem o fundo do agir (Green, 2000; citado por Vieira, 2001). No fenómeno da **compulsão à repetição**, explícito nestes pacientes pelo comportamento aditivo, Matos (2002) aponta a incapacidade de elaborar e ultrapassar a perda de determinada relação de objecto e da onipotência narcísica como constituintes do **vazio traumático**, que define como “a necessidade imperiosa e reiterada de preencher uma lacuna na execução do plano (...) que foi sentida como um traumatismo”. Finalmente é através do conceito de **buraco negro** que Grotstein (1999) apresenta uma teoria geral do funcionamento mental de patologias mentais arcaicas.

Segundo este autor as dependências, inclusive o jogo patológico são patologias da auto-regulação, que provêm de uma falta de uma identificação primária.

É esta exploração que se irá constituir sobre o material proveniente das entrevistas. O intuito será de apurar a consistência destas construções teóricas quando confrontadas com a realidade vivida de um sujeito dependente de jogo.

3.Método

3.1 Material

O presente estudo baseia-se em entrevistas recolhidas junto de um paciente que foi acompanhado durante a realização do nosso estágio académico no C.A.T de Sintra. Parti para estes encontros sem ter ideia de que iriam ser utilizados posteriormente nesta monografia, e portanto sem uma agenda específica de temas a explorar. Sem condicionalismos *a priori*, a nossa hora semanal foi-se estruturando progressivamente através do material que espontaneamente surgia nas sessões. É sobre este material que vamos constituir o método.

3.2.Modelo do estudo

Seguindo os modelos de investigação correntes vamos utilizar um método descritivo: o **estudo de caso**. O estudo de caso, segundo Stake (1995), é uma metodologia que estuda um objecto específico, designadamente um sujeito entre outros:

A norma diz-nos que nem tudo é um caso. Uma criança pode ser um caso. Uma professora pode ser um caso. No entanto, falta ao seu método de ensino a especificidade, a delimitação, para ser definido como um caso. Um programa inovador pode ser um caso. Todas as escolas na Suécia podem ser um caso. Mas a relação entre escolas, as razões para um método inovador de ensino, ou as políticas reformistas de uma escola são menos frequentemente consideradas como um caso. Estes tópicos são generalidades ao invés de especificidades. O caso é uma coisa específica, complexa e operante (Stake, 1995, pp.2)

Assim, o estudo de caso é indicado para o estudo que temos entre mãos, pois queremos olhar para as particularidades de um indivíduo que sofre de jogo patológico. Ao adoptarmos uma amostra de um indivíduo, tendo como objectivo o aprofundamento do nosso conhecimento sobre a realidade interna e as vicissitudes da sua doença, assim como o ganho de um melhor entendimento dos processos envolvidos nesta patologia, é necessário uma concentração especial num caso único para que se possa apurar o caso como um todo funcional, não descurando quaisquer factores que possam parecer irrelevantes pela sua banalidade, ou apenas dando atenção aos elementos que a princípio

possam parecer de extrema importância. Este método tenta tratar a realidade individual como um sistema delimitado, em que o total das partes é mais do que a sua soma. O indivíduo é visto como um sistema interligado, é um objecto complexo e não apenas um processo, ele possui partes integrantes e funcionais; é portador de uma intencionalidade, ou seja, de um self (Stake, 1995). É a este nível de profundidade que pretendemos apreender esta patologia e este indivíduo: com as suas ramificações na vida mental interna, externa, vida familiar, social, assim como a maneira como o indivíduo se vê e como sente a sua vida e patologia. A preservação desta realidade, e a sua conjugação com a realidade vista pelos olhos clínicos, dará origem a um olhar mais completo, mais caracterizado ou, digamos genericamente, mais aprofundado do jogo patológico (Stake, 1995).

A escolha do nosso caso não foi feita ao acaso nem nos foi forçada pelas circunstâncias. O interesse por aquela determinada realidade brotou pela complexidade que o caso apresentava e pela curiosidade natural que move os interessados em psicologia, a necessidade de saber mais e melhor sobre a psique humana, sendo o jogo patológico um terreno de algum mistério, dentro da própria clínica das dependências. É pelo interesse no caso em si que podemos nomear o nosso trabalho como estudo de caso intrínseco. Este interesse profundamente estabelecido na nossa motivação reflecte-se na focagem da nossa curiosidade e capacidade intelectual nos conceitos que surgem como mais relevantes para a compreensão do seu modo singular de funcionamento (Stake, 1995).

A nossa tarefa não se prende com a representatividade dos dados recolhidos, o nosso objectivo primário não é compreender outros casos, mas sim compreender o caso que seleccionámos e por isso o estudo aponta para a maximização do que podemos aprender com o que temos entre mãos. O estudo de caso trabalha essencialmente através da particularização. Não sendo uma forte metodologia para produzir generalizações, no entanto, o caso em que vamos trabalhar assim como os dados que vamos produzir, podem ser úteis para a compreensão de outros casos, por mais diferentes que sejam. Apesar da variabilidade de contextos e sujeitos, existem sempre elementos comuns que podem ser relevantes para os leitores do trabalho: Stake (1995) afirma que muitos dos seus leitores acham vários elementos comuns, principalmente no que toca a processos e a situações. O nosso trabalho aponta para que o leitor possa achar uma transversalidade

dos processos psíquicos aqui descritos ao longo das patologias que se inserem dentro das categorias das adicções.

A atenção que direccionamos num estudo de caso aos dados pode ser resumida em dois momentos separados. O nosso papel enquanto investigadores qualitativos é em primeiro lugar recolher informação o mais objectivamente possível, sem nos deixarmos levar pelas nossas pré-concepções, criando um manancial de dados que podem, num segundo momento ser analisados e depois interpretados através das nossas experiências pessoais, conhecimentos académicos e asserções de outros investigadores em que nos baseamos. Este caminho tem que ser percorrido com paciência reflexiva, temos que estar dispostos a olhar o objecto do nosso estudo de vários pontos de vista e manter os dados objectivos separados das nossas conclusões pessoais, podendo assim produzir dados fiáveis e asserções válidas. Esta recolha de dados deve ser feita num ambiente empático, e idealmente numa política não-intervencionista para não perturbar o normal funcionamento do caso, sem testes nem entrevistas (Stake, 1995). A nossa relação com o sujeito objecto do nosso estudo foi o mais fiável a esta política dentro do possível, pois apesar de ser um contexto terapêutico as consultas não eram previamente estruturadas e o material emergia espontaneamente num ambiente de suporte. O estudo de caso obedece assim a uma ética de interpretação, sendo o investigador o agente de recolha de dados e o filtro pelo qual eles são processados e analisados. Este trabalho sobre os dados recolhidos dá origem a interpretações diferentes da realidade que á um primeiro momento apreendida, mas não obscurece as múltiplas realidades que estão presentes no que é estudado (Stake, 1995), principalmente quando o objecto alvo dessa atenção é um ser altamente complexo como o ser humano, e portanto, possuidor de múltiplas facetas.

3.3. Instrumento de recolha de dados

É através do contacto com o sujeito que é possível aceder às dimensões relevantes do seu funcionamento e encetar o estudo de caso. Trabalhamos sobre a experiência relatada pelo próprio e para tal recorremos à **entrevista clínica**:

A entrevista é utilizada num certo número de disciplinas no campo das ciências humanas e sociais: revela-se um instrumento indispensável e insubstituível para aceder às informações

subjectivas dos indivíduos, à sua biografia, às suas representações pessoais sobre este ou aquele problema (Bénony & Chahraoui, 1999, pp.11)

A entrevista clínica que é utilizada pelos psicólogos clínicos adopta um significado substancialmente diferente da entrevista utilizada noutros campos do saber. Nomeadamente “visa apreender e compreender o funcionamento psicológico de um sujeito, centrando-se sobre o seu vivido e acentuando a relação” (Bénony & Chahraoui, 1999, p 15).

Fazendo parte do método clínico, a entrevista clínica constitui-se por excelência como um meio de acesso às representações subjectivas do sujeito. Esclarece-se desde logo a ligação postulada entre o discurso do sujeito e o seu substrato psíquico (Alain Blanchet, 1997, citado por Bénony & Chahraoui, 1999) o que permite ao clínico “obter informações sobre o sofrimento do sujeito, as suas dificuldades, os acontecimentos vividos, a sua história, a maneira como ele gere as suas relações com os outros, a sua vida íntima, os seus sonhos, os seus fantasmas” (Bénony & Chahraoui, 1999, pp.16).

4.Sujeito

O Sr. N tem cerca de 25 anos, é caucasiano, de nacionalidade Portuguesa. Nasceu na Guiné-Bissau, mas sempre viveu em Portugal, residindo de momento com a mãe. Tem o 9º ano completo e formação profissional de hotelaria incompleta. Está separado da ex-namorada, com quem teve uma filha há dois anos e meio. Presentemente, a filha vive com a mãe. Está desempregado há menos de um ano.

N. já não sabe o que fazer por si. Considera-se viciado no jogo, álcool e haxixe. Os seus problemas de jogo já lhe custaram a casa, o carro além, do acumular de várias dívidas em cartões de crédito. No espaço de alguns meses apresenta três tentativas de suicídio: Duas delas reactivas, na sequência de perdas substanciais de dinheiro no casino, e a terceira, mais recente, na sequência de uma discussão com a ex-namorada. Afirma que não consegue beber álcool porque se começa a sentir com náuseas, tonturas, vômitos, frio e com a sensação de que vai morrer.

O N. tem boa apresentação, facilidade de contacto e discurso coerente. O desespero que diz sentir é pouco transparente, havendo um certo embotamento afectivo, o que pode ser derivado de estar sobre o efeito de haxixe. Posteriormente, quando fala sobre assuntos mais delicados, exprime uma grande inquietação, ansiedade e agressividade, principalmente quando fala sobre a sua filha e ex-namorada. Queixa-se a este respeito de que a sua antiga companheira não o tem deixado ver a filha por maldade, ainda que o tribunal tenha decidido que N. teria que pagar uma mensalidade de apoio à filha e ex-mulher, compromisso que não tem cumprido. O seu discurso é constante, saltando rapidamente de tópico para tópico, sem haver espaço para silêncio ou uma intervenção um pouco mais guiada por parte do terapeuta. O seu olhar é sempre muito aberto e atento, sem problemas em manter o contacto visual, sentado relaxadamente com as mãos no colo ou então exaltado, triste ou agressivo. Sente-se um grande desamparo no contacto com N., transmitido, pela convicção deste na ausência de qualquer tipo de controlo ou poder sobre a resolução dos problemas que enfrenta. Fala destes acontecimentos que o perturbam com um olhar algo vazio, algo dissociado, como se estivesse a contemplar tudo o que há de negativo na sua vida, ao mesmo tempo que se alimenta da minha reacção ao contemplar o que me está a relatar. É como se me disse-se

“Estás a ver? A minha vida é um desastre, e ninguém me pode ajudar, nem tu. Eu, mesmo assim, consigo sobreviver, tu não conseguirias”.

Actualmente encontra-se desempregado e a viver na casa da mãe. Afirma sentir-se impotente para arranjar trabalho, não por falta de qualificações, mas porque não se sente bem. Passa os dias fechado no quarto e não sai durante muito tempo. Não come, não toma banho nem faz a barba. Irrita-se com a mãe quando ela o pressiona para fazer alguma coisa. Quando sai é para estar com os poucos amigos que tem na noite. Fuma 10 euros de haxixe por dia, comprados pela mãe, para aliviar a tonalidade emocional dos pensamentos que o assombram, chegando muitas vezes a sofrer o efeito contrário, tendo ataques de pânico quando fuma demasiado. Recorre normalmente a um ansiolítico para se acalmar. A sua vida mental é extremamente angustiante. Todos os laços de proximidade estão carregados de sofrimento: a mãe, o seu falecido pai e irmão, os seus outros irmãos e principalmente a sua filha e ex-mulher; assim como todo o abuso de drogas, álcool, mulheres e jogo e as repercussões destes consumos na sua vida actual são pensamentos desorganizantes. No seguimento do pedido das análises ao sangue falamos na possibilidade de ele estar infectado com alguma doença e de como reagiria a isso. Responde: – “ Não quero pensar nisso, não quero pensar nisso, não conseguiria aguentar, não sei o que faria”. Penso que esta resposta resume mais que a sua atitude perante uma situação ansiogénica. Resume no seu âmago os mecanismos inconscientes rigidificados que utiliza em todas as situações frustrantes da sua vida.

A sua relação com a mãe é em espelho. Tanto N. afirma que não pode deixar a mãe porque ela necessita dele para a apoiar e que sem ele ela morria, como afirma que ela é um anjo e que, apesar de tudo o que já lhe fez, ainda continua a apoiá-lo. A mãe, por sua vez, afirma que é N. que é extremamente dependente e que ela tem que estar lá para ele em todos os momentos, e que sem ela ele não conseguiria sobreviver – “Ele já me disse: Quando morreres vou atrás de ti para a cova porque ninguém me quer.”

A sua relação com o falecido pai está também muito idealizada e sente muito a falta dele, afirmando que nem ele nem a mãe conseguiram ultrapassar essa perda. Mais recentemente, um dos irmãos mais velhos de N. morreu de cancro, o que foi também um duro golpe para ele e para a sua mãe visto que, segundo N. “ – Sempre me deu na

cabeça, mas era porque se preocupava comigo, foi o único que apoiava a minha mãe (...) toda a gente me abandona”.

Num casamento de um primo onde toda a família esteve reunida, N. bastante embriagado e “pedrado”, brigou com o seu irmão mais velho, no seguimento de uma disputa sobre quem iria conduzir o carro para o levar a ele e à mãe a casa. O seu irmão prontificou-se em dar-lhes boleia e disse que nem ele nem a mãe estavam em “condições para conduzir”. Nesse momento exteriorizou a raiva que sentia sobre a falta de apoio dos irmãos à mãe (e a ele), saltando para cima do irmão e agredindo-o. Depois de os separarem ainda foi a conduzir até casa e deu boleia à mãe, até porque, segundo ele próprio, tem uma larga experiência a conduzir sobre o efeito de álcool e que estava perfeitamente capaz de levar a mãe a casa. Acordou no dia seguinte sem qualquer recordação do sucedido, sendo a mãe, a chorar, a contar-lhe os pormenores da situação. Telefonou imediatamente ao primo e ao irmão para pedir desculpas, passando de seguida o telefone à mãe. As desculpas pareceram instrumentais, apenas para aliviar o sofrimento da mãe. Sentiu-se envergonhado e culpado por ter feito sofrer a mãe com a cena, mas não sente que os seus sentimentos não são legítimos.

É o mais novo de uma fratria de quatro, todos do mesmo casamento. Desde pequeno que N. começou a aprender a jogar às cartas no jardim de perto de sua casa. Nos seus primeiros anos de adolescência (12, 13 anos) começa já a jogar a dinheiro com os frequentadores habituais desse meio. Completa o 9º ano e tenta a equivalência ao 12º através de um curso técnico-profissional em Hotelaria que deixa incompleto. Por volta dos seus 17 anos o pai, que sempre teve em alta estima, falece subitamente de ataque cardíaco, deixando N. e a sua mãe devastados. Após este acontecimento o seu vício no jogo sofre uma escalada tal que ainda no mesmo ano é internado no C.R.A.T.O (Centro de Reabilitação de Alcoolismo e Toxicodependência) para combater esse vício. Após três meses o tratamento é concluído e começa a trabalhar na área de hotelaria como empregado de balcão e mesa.

Os pormenores do seu envolvimento com a ex-mulher não foram apurados. Sabe-se, no entanto, que o seu historial de consumo de álcool e haxixe, assim como do seu vício no jogo, é anterior à sua relação com a ex-namorada e que na sequência do nascimento da filha N. imigra com elas para Inglaterra à procura de melhores condições de vida e

também na tentativa de escapar a esses vícios. No entanto este episódio leva ao rompimento dos seus laços familiares. Relata que “ – só queria era a vida da noite: copos, droga, gajas e jogo. Não me consegui controlar. Por isso não quis que a minha mulher e minha filha sofressem com isso e deixei-as em casa de familiares”. Abandona a família para se afogar nos prazeres mundanos, tendo a sua relação com a ex-mulher sofrido um golpe profundo e estando em constante deterioração até aos dias de hoje.

Em Inglaterra a situação deteriora-se e começa a afundar-se na decadência da vida que leva. Para escapar à situação imigra para a Madeira na esperança de encontrar um ambiente mais saudável onde pudesse trabalhar e ganhar dinheiro estando longe da sedução dos casinos e da vida nocturna. Esta estratégia não resulta visto que o único companheiro com quem tem relações sociais é viciado em cocaína, assimilando rapidamente também esse vício – “Todo o dinheiro que ganhava era para aquilo. Já nem comia. Estava constantemente a consumir. Tive que me vir embora. Já estava tão magro que nem me reconhecia ao espelho”.

Depois de vários meses nessa situação, volta para Portugal, para a casa da mãe. Por esta altura já tinha perdido grande parte dos bens que tinha acumulado: casa própria, carro além de ter acumulado largas dívidas em cartões de crédito. Afirma que “ – Durante a minha vida já tive tudo e perdi tudo. Sinto-me como se tivesse 35 ou 40 anos”. Em Portugal a sua situação não melhora, pelo contrário: recomeça a beber, a fumar haxixe e a frequentar casinos. Depois de algumas marés de sorte tem a primeira grande perda num casino onde gasta todo o dinheiro que tinha ganho e mais algum. Segue-se nessa mesma noite a primeira tentativa de suicídio. Guia até à ponte 25 de Abril e pensa em atirar-se. A polícia é chamada ao local e resgata-o, ficando N. nas três semanas seguintes internado no Miguel Bombarda, ao fim das quais é dada alta, sem qualquer tipo de acompanhamento. Três meses depois a cena repete-se, ficando desta vez internado no Hospital Santa Maria, em Janeiro de 2007, sendo-lhe dada alta um mês depois. Permanece em terapia individual e de grupo durante cinco meses ao cuidado da Psiquiatria. Apenas algum tempo mais tarde toma 30 comprimidos da sua medicação psiquiátrica, no seguimento de uma discussão com a sua ex-mulher, tendo que fazer uma lavagem gástrica no Hospital Fernando da Fonseca. Envolve-se com uma mulher dependente de cocaína pouco antes de entrar em tratamento no C.A.T., relação que acaba porque “Ela só queria era droga e era uma vaca.”

Quando o N. se apresenta na consulta está a passar uma situação conflituosa com a ex-mulher por esta não o deixar ver a filha tantas vezes como gostaria e estar cada vez mais a fechar essa disponibilidade. N. ficou responsável por pagar uma mensalidade de suporte à filha no valor de 150€, dinheiro que diz não conseguir pagar por não conseguir trabalhar. A sua mãe também não ganha o suficiente para suportar este custo. De momento, o N. perdeu completamente a possibilidade de a visitar, deixou de aparecer nas consultas e de atender aos telefonemas vindos do C.A.T., mas sabemos pela mãe que está a trabalhar.

N. não suporta pensar em viver sem ser com a mãe: "Não posso abandoná-la e deixá-la sozinha. Sou a única pessoa que ela tem. Os meus irmãos não querem saber dela. Há um dos meus irmãos que ela nem sabe onde ele vive. E tão todos a viver bem...Têm dinheiro, casa, carro, vão fazer férias, e ninguém ajuda a minha mãe...".

Não fala concretamente de nenhum amigo ou amiga significativa que tenha ou tenha tido. Encontra-se a maior parte do tempo deprimido, permanecendo em casa. Os conhecimentos que tem fora do ambiente familiar parecem superficiais e pouco importantes, aparecendo sempre as companhias da diversão nocturna, com quem sai, se embebeda e se pedra, não estando presentes em nenhum momento importante do seu discurso. A sua mãe é altamente idealizada e descrita como uma "santa", que sempre o ajudou e que suporta tudo de mal que faz, sendo esta que o acompanha sempre quando tem consultas marcadas no C.A.T., esperando religiosamente na sala de espera até que N. saia. Parece disponível e interessada no tratamento do filho, fornecendo-lhe casa e comida. É no entanto algo invasiva e talvez simbiótica, sendo complacente com os seus excessos e inclusive comprando-lhe pessoalmente os 10€ de haxixe que N. fuma todos os dias. Na última consulta marcada para N., à qual ele não compareceu, foi a sua mãe quem veio pessoalmente ao C.A.T. para explicar as razões da ausência, sem o conhecimento e autorização do próprio; facto deveras importante considerando que N. não estava disposto à presença da sua mãe nas consultas.

5.Procedimentos de análise

Para a realização do estudo recorreremos à análise de discurso com recurso a categorias. A análise de discurso baseia-se na análise de textos extraídos de entrevistas e/ou gravações que veiculem interacção humana. A linguagem é um meio de interacção social e a sua análise transforma-se na análise das acções humanas (Potter, 1997, citado por Silverman, 2001). Potter (1997, citado por Silverman, 2001) propõe que através da análise do discurso podemos ter acesso às versões individuais da sociedade, acontecimentos assim como mundos psicológicos internos tais como são produzidos através do discurso, abandonando a premissa de que podemos levar em consideração as representações dos sujeitos como versões falsas ou fidedignas da realidade. O método debruça-se sobre a maneira como os sujeitos constroem e sabotam o discurso considerando que estas produções representam uma versão da realidade que produz selectivamente coerências e incoerências através de histórias, constituindo uma realidade exterior objectiva. No nosso estudo, procuramos exactamente esta realidade contada pelo paciente, o seu sentir e o seu pensar sobre os assuntos que se lhe impõem no pensamento de tal forma que necessita de os partilhar, principalmente pelo sofrimento que lhe causam. Não foi tomada à partida qualquer estruturação das sessões. As entrevistas eram guiadas pelo material que o sujeito trazia em si e queria ou necessitava partilhar, o que se resumia a maior parte das vezes, senão na totalidade, aos fenómenos internos e externos causadores de sofrimento. Não é o nosso papel verificar a veracidade ou falsidade dos factos relatados pelo paciente, nem é esse factor relevante para a condução do estudo, tal como afirma Silverman (2001). Digno de importância é sim a interpretação subjectiva que o sujeito tem em relação a esses mesmos fenómenos, que depois é veiculada através do discurso (e talvez possamos dizer em complemento, através também da linguagem não-verbal). É essa interpretação subjectiva da realidade que transmite coerências e incoerências sob a forma de histórias que constitui o nosso principal material de estudo; é o viver do sujeito que nos abre a possibilidade de aceder à sua realidade particular e entender empaticamente a sua dinâmica interna, assim como a sua interacção com a realidade. Para tal foi necessária a transcrição das sessões, que adoptaram maioritariamente o formato de discurso indirecto, para reunir o material necessário para análise. Esta transcrição era efectuada após o término de cada sessão individual, e consistia numa tentativa de reproduzir os principais pontos da sessão,

relatados pelo paciente assim como os pensamentos e sentimentos do estagiário na altura.

Para procedermos a uma análise objectiva dos dados assim recolhidos escolhemos adoptar a construção de categorias, que é um procedimento originário da análise de conteúdo. Esta análise é definida por Silverman (2001) como um método científico de análise de textos que consiste na quantificação de elementos do texto através da sua inserção em categorias distintas. O requisito para que tal seja feito com eficiência, validade e fiabilidade é a construção precisa das categorias de maneira a que a codificação dos elementos recolhidos do texto seja clara o suficiente para que outros investigadores possam atingir os mesmos resultados utilizando essas mesmas categorias. Silverman (2001) ao referir-se à análise de conteúdo dirige-se particularmente à sua utilização sobre textos que não foram produzidos sobre qualquer influência de um investigador. Portanto não se aplica directamente ao método de transcrição das entrevistas que vamos utilizar no presente trabalho. As entrevistas servem como material para este estudo foram produzidas pelo investigador e, portanto este método aparece deslocado do seu meio natural. No entanto o seu valor não é diminuído, ele é apenas qualitativamente alterado. A análise de conteúdo, por ser naturalmente indicada para a quantificação de elementos discursivos não é, nesta sua concepção, útil para os nossos objectivos, mas a construção de categorias que lhe é característica é essencial para a condução do estudo. Assim a construção de categorias é aplicada sobre conceitos teóricos que servem como pontos chave, ou diferentes lentes com as quais olhamos o material objectivo das entrevistas. Vamos assim proceder à reunião sob a alçada de cada categoria dos elementos relevantes que indiquem a presença no funcionamento do sujeito de determinado pressuposto teórico, ou neste caso, categoria.

A análise de discurso e conteúdo complementam-se na sua utilidade para o estudo. Iremos utilizar a análise de conteúdo para construir categorias a partir do referencial teórico restrito já apresentado e aplicá-las sobre o texto produzido em resultado das entrevistas realizadas com o sujeito. A análise de discurso permite-nos remeter os elementos de discurso para o mundo interno do sujeito de maneira a que seja possível utilizar o referencial teórico apresentado para interpretar essa realidade de uma maneira útil e manejável ao clínico da psicologia.

Apresentamos então a tabela que vamos utilizar neste estudo:

Conceitos teóricos	Breve definição
Defesa dos afectos	Utilização do acto aditivo como uma via vicariante de defesa de afectos, emoções ou impulsos.
Raiva narcísica	No sentido lato é o impulso agressivo ligado ao narcisismo, emergindo com a intenção de o proteger. Num sentido mais restrito aparece com a mesma função mas ligado a um aspecto circunscrito do narcisismo – a capacidade percebida de controlo sobre a experiência emocional.
Omnipotência narcísica	Sentimento subjectivo de grandiosidade e de poder ilimitado. É o sentimento perdido de segurança narcísica, reminescente das relações precoces, que por via a dependência o paciente tenta ilusoriamente restabelecer.
Dependência de objecto	Incapacidade de suportar a dor da separação, proveniente de um narcisismo particularmente pobre.
Superego Arcaico	Superego com características particularmente sufocantes, cruéis e rígidas, e por consequência a psique emprega a negação, exteriorização e outros recursos no seu combate.

Compulsão à repetição	<p>No seu sentido patológico é definida como uma sequela do vazio traumático; estabelecendo-se pela incapacidade de abandonar a onnipotência narcísica e dependência de objecto, ou pela fixação numa posição masoquista pelo investimento libidinal num objecto sádico. A compulsão pode ser definida como a imposição de uma acção no organismo, revelando uma formação de compromisso entre um impulso agressivo e uma defesa. Também se pode estruturar concomitantemente como obsessivo se a imposição se verificar ao nível do pensamento.</p>
Buraco negro	<p>Atracção centrípeta que o nada e o sem-sentido provocam sobre o resto dos materiais psíquicos. É vivido como aleatoriedade.</p>

6. Apresentação e análise dos dados

6.1. Defesa dos afectos

A defesa dos afectos através do jogo apresenta-se no paciente muito à semelhança do que Wurmser (1974) apresenta na sua própria teoria. Em primeiro lugar N. vive num sofrimento constante, numa ansiedade insuportável que advém de pensar nos seus problemas. No momento em que este elemento emergiu na consulta, N. não jogava há algum tempo, e estava a consumir 10 euros de haxixe por dia, para segundo ele, não se sentir tão ansioso. Paradoxalmente, em alturas em que dizia ter consumido demasiado haxixe sofria de ataques de pânico, o que superava tomando um victam, um poderoso ansiolítico. N. diz que ao consumir haxixe continua a pensar em tudo o que é problemático na sua vida mas que assim não se sente tão ansioso. Concomitantemente à ansiedade, por vezes emergem sentimentos de raiva e culpa, o que o enche de desejo de ir ao casino. Este entrecruzamento entre raiva, culpa, ansiedade e os sintomas da adicção é precisamente aquele que é descrito por Wurmser (1974) na sua teoria: Por um lado N. está a utilizar o haxixe como uma substância secundária por não ter o jogo disponível para si de momento, combatendo uma sensação de ansiedade que denota uma sensação de alarme do organismo contra um impulso ou afecto que constitui um perigo. Por outro lado quando os sentimentos mais característicos da patologia emergem, a culpa e a raiva, o seu desejo não é o de consumir haxixe, ou outras substâncias mas sim de dirigir-se ao casino.

Durante uma consulta, quando me refiro à possibilidade de N. poder estar infectado com alguma doença, no sentido de o preparar se as análises fossem positivas, N. adopta um olhar distante e uma postura nervosa repetindo – “Não quero pensar nisso, não quero pensar nisso, não conseguia aguentar, não sei o que faria”. Talvez esta verbalização seja a melhor caracterização para uma defesa dos afectos que não tem capacidade de funcionamento, de encaixe de frustração. Não obstante a infecção com qualquer doença ser um choque avassalador para qualquer pessoa, N. é explicitamente fugaz no confronto com as possibilidades frustrantes da realidade. Se olharmos para o seu discurso vemos que põe a descoberto três vectores com muito peso – A repressão do pensamento pela incomportabilidade da emoção – “Não quero pensar nisso” - A

capacidade percebida de manejo do afecto, revelando uma sensibilidade extrema à frustração – “Não conseguia aguentar” - e a falta de mecanismos psíquicos para lidar com essa emoção – “Não sei o que faria”.

O lugar cimeiro do jogo em N. pode ser retratado na sua última tentativa de suicídio. N. mantinha a fantasia de que um dia se voltaria a juntar com ex-namorada. Curiosamente, durante muito tempo pensei que tinham sido casados pois N. referia-se à sua anterior companheira por – “a minha mulher”, talvez negando a sua actual realidade da separação, e mostrando a força da fantasia que transformava uma ex-namorada (não obstante terem sido bastante próximos e terem tido uma filha) em esposa. Assombrava-o a ideia de ela arranjar outra pessoa e que a sua filha começasse a confundir quem era o seu verdadeiro pai – “Mato a minha mulher se a minha filha chamar pai a outro homem” – Mais uma vez esta raiva, que como Wurmser aponta adopta dimensões homicidas ou suicidárias. No dia em que, ao visitar a filha, se deparou com o novo companheiro da ex-namorada, ou seja, a crua realidade; a única coisa que conseguiu fazer foi ir ao bingo, gastando todo o dinheiro que tinha. Perguntei-lhe como se estava a sentir na altura, no que pensava – “Era o caos, Doutor, era o caos” - De seguida dirigiu-se para a estação de comboios e sentou-se na linha, esperando que o comboio aparecesse e lhe colhesse a vida. A articulação da raiva maciça, homicida e suicidária com o jogo não podia ser mais gritante e explícita. Fugindo da situação que lhe fazia emergir uma poderosa vontade de matar, e não conseguindo lidar com isso, N. recorre seu vício de eleição, o jogo.

6.2. Raiva Narcísica

Começamos pela presença de um impulso agressivo - “Mato a minha mulher se a minha filha chamar pai a outro homem”. Apenas esta afirmação seria suficiente para reflectir inequivocamente e até muito obviamente não apenas qualquer grau de agressividade. Penso que podemos confortavelmente dirigir-nos a este afecto como **raiva**. Ora, para além deste ponto também a sua ideação consciente e pré-consciente circundam constantemente ideações carregadas de agressividade. Nas consultas N levanta sempre assuntos relacionados com um afecto agressivo: sente culpa e raiva quando pensa nos seus problemas, irrita-se com a mãe quando ela lhe diz para fazer alguma coisa, exprime uma raiva especificamente forte contra a ex-namorada e contra a mãe dela que – “só

vêm dinheiro à frente “. Queixa-se dos irmãos, e de como eles o deixam sozinho a cuidar da mãe, sente que é o único que a suporta.

Ora a exigência que os outros sejam oblativos e que vivam segundo os mais altos ideais, é uma das componentes que acusa a origem deste impulso agressivo, outra é o seu “completo desrespeito por limites razoáveis (Wurmser, 1974, p.4) ”, assim como a escravização da ideação consciente e pré-consciente aos seus objectivos (Dodes, 1990). As acusações de N contra a ex-namorada ou contra os seus irmãos seriam razoáveis se não fosse o facto de que – no caso da sua ex-namorada e da sua mãe – durante muito tempo o terem deixado visitar a filha mesmo quando não podia pagar, ou a pagar apenas um terço do exigido pelo tribunal, para além de que N praticamente abandonou-as em Inglaterra em casa de familiares para se entregar aos seus vícios. N não pagava a mensalidade mas continuava a jogar, como continuava enquanto estava em tratamento, continuando também a consumir haxixe e a sair à noite. Também no caso das suas queixas contra os irmãos, N queixa-se principalmente da parca ajuda monetária à sua mãe, mas parece dissociar o facto de que a sua mãe tem pouco dinheiro não para ela mas para os dois, especialmente para os seus vícios – Só em haxixe N consome 10 euros por dia – As acusações fraternas de esbanjar todo o dinheiro à mãe são a mais pura verdade.

As origens desta raiva também são visíveis em N., a sua incapacidade de lidar com os sentimentos que advêm dos conflitos narcísicos pode ser vista no seu consumo de haxixe e victam para combater a ansiedade, e no recurso ao jogo, particularmente no incidente que precedeu a sua última tentativa de suicídio ao ir a ao bingo. A incapacidade de lidar com os seus sentimentos, claramente de desamparo – “Toda a gente me abandona” – faz emergir nele a raiva que tenta restabelecer um sentimento de poder, através do controlo das suas emoções com o haxixe, não se sentindo ansioso, e através do jogo, que parece ser uma maneira mais potente de o fazer, pelo menos vendo o seu comportamento na sua última tentativa de suicídio, em que, ao sofrer um duro golpe ao ver a sua ex-namorada com outra pessoa, e vendo aí também a possibilidade de ser substituído enquanto pai, recorre imediatamente ao bingo.

6.4.Omnipotência Narcísica

A onnipotência no caso de N. subentende-se no que ele espera dos outros e do mundo. O devaneio de um mundo ideal e de relações perfeitas reflectem-se por um lado na sua relação com a ex-namorada, nomeadamente que ela o aceitasse de volta depois de a ter abandonado para perseguir objectivos altamente narcísicos. A centração narcísica que neste comentário é bem patente – “Não as queria fazer sofrer com os meus vícios” – demonstra a distorção da realidade que produz, conseguindo ainda ser a vítima no meio seu próprio egoísmo. Também a sua acusação de que - “Elas só vêem dinheiro à frente “ – demonstra a mesma coisa, sendo que a expectativa de lhe ser atribuído o que ele deseja não toma em conta os desejos e necessidades dos outros. A mesma coisa se passa com as acusações proferidas em relação aos irmãos e à sua resistência em apoiarem financeiramente a mãe, quando ele é a principal causa da falta de dinheiro. Neste caso N transforma-se no filho perfeito, o único que apoia a mãe, que está lá para ela não estar sozinha.

Logo na primeira consulta N diz que já teve tudo e já perdeu tudo, revelando esta realidade com apenas duas faces, em que num lado temos o tudo, o mundo ideal e o self pleno de todos os seus desejos, inclusive é claro o jogo e outros vícios; e por outro lado o nada, restando a desolação em que se encontra, não saindo do quarto, sem emprego, abandonado pela namorada e sem poder ver a filha. Também esta onnipotência se revelou aquando da sua luta com o irmão mais velho no casamento: a sua pronta disponibilidade para conduzir a sua mãe até casa quando estava embriagado e intoxicado com cannabis, exaltando-se com o irmão por ele não lhe reconhecer a capacidade de o fazer. N afirmou perante mim que não havia razão nenhuma para não ser ele a conduzir a mãe, até porque já tinha conduzido muitas vezes embriagado e portanto não havia problema. O que é certo é que N não se lembra da noite anterior e apenas soube dos acontecimentos pela mãe, de tão embriagado que estava.

6.5.Dependência de Objecto

A dependência de objecto neste caso é bastante explícita no discurso do sujeito referente à sua família constituindo principalmente por queixas, sentimentos de solidão,

abandono, e desvalorização pessoal, assim como numa incapacidade de se tornar independente. As queixas de que os irmãos não apoiam a mãe financeiramente camuflam um sentimento de que é o único que dá apoio à mãe, projectando um grande sentimento de abandono e solidão. No entanto, a sua mãe refere que ele já lhe disse – “Quando morreres, vou contigo para a cova porque ninguém me quer” – e durante as consultas, ao falar do irmão falecido diz que o este foi o único que nunca lhe virou as costas – “ Sempre me deu na cabeça, mas era porque se preocupava comigo, foi o único que apoiava a minha mãe...toda gente me abandona”. Parece que o seu sentimento de ser o único que suporta a mãe assim como a exigência de que os irmãos a apoiem mais é uma projecção da sua própria dependência, explicitada aqui pelo sentimento de que é abandonado por toda a gente de quem gosta. Não obstante a sua mãe parece ser uma pessoa bastante dependente, o que justifica em parte este peso de “ter” que ser a única pessoa que a apoia, sendo que se mantém ligado a ela, mas principalmente pela sua incapacidade de se separar. A relação entre os dois é bastante confusa, talvez em espelho, e cada um acha que o outro é carente de apoio, mas é incontornável que são ambos necessitados. A morte do seu pai e do seu irmão são acontecimentos trágicos na vida de N que confessa que nunca ter conseguido superar. Aliás, o seu primeiro internamento por vício de jogo deu-se pouco após a morte do pai quando N tinha 17/18 anos.

6.6. Superego Arcaico

N apresenta vários sintomas que indicam a presença de um superego arcaico. Não come nem toma banho por dias a fio, ficando fechado no quarto, irritando-se com a mãe quando ela lhe pede para fazer alguma coisa, demonstrando a falta de cuidados que advêm da negação do superego e conseqüente falta do seu papel protector e defensor. Os seus conflitos internos reflectem-se nas fantasias de “cometer loucuras” tais como raptar a filha, roubar alguma coisa e ir preso. Todas estas fantasias denotam uma relação particular com a instância superegoica; por um lado dando azo a uma perseguição de objectivos narcísicos, saldando-se o id como vencedor sobre o dever e a ordem, ora por outro fantasiando a contenção e paz dadas pela execução da lei, e portanto o desejo de um superego tranquilizante, protector e silenciosamente forte – o irmão/pai falecido “Sempre me deu na cabeça, mas era porque se preocupava comigo”.

Também ao sentir raiva e culpa em relação aos seus problemas vemos os afectos crus que dão azo a estas fantasias e a qualidade maciçamente ansiogénica que possuem. Aqui podemos observar a inversão dos afectos, transformando a ansiedade em raiva e desprezo e o sofrimento em agressividade, activamente tentando infligir no outro os sentimentos que o assolam – “Toda a gente me abandona” – “Elas só vêm dinheiro à frente” – “ Queria ir buscá-la [a filha] e levá-la comigo”.

A exteriorização do conflito é visível no seu relato da sua última tentativa de suicídio onde se senta na linha do comboio e recusa-se a sair enquanto são transeuntes que tentam retirá-lo, sendo apenas salvo pela polícia. Ora as forças policiais possuem um valor simbólico equitativo ao do superego, e, como N já referira antes deste incidente, fantasiava ser preso. A sua tentativa de suicídio toma os contornos mais de um pedido de ajuda inconsciente, de uma necessidade de contenção providenciada pela realidade, provocando uma situação em que a única solução é a intervenção policial – a punição provocada de que Wurmser (1982) fala. O suicídio através do atropelamento ferroviário, é infelizmente muito fácil, e suponho que para haver tempo para todos os acontecimentos que relata se terem passado N teve que se dirigir para a linha muito antes de qualquer comboio passar na estação. Esta questão também nos remete para a vivência do superego como um claustum. N sente-se preso na sua relação com a mãe tendo que lhe prestar suporte, o que claramente se traduz como uma vivência ansiogénica de um claustum, sendo a guerra que lhe dirige toma a forma da procrastinação e das explosões de raiva, como no casamento, em que andou à luta com o seu irmão. A procura de contenção é aqui procurada no exterior, procurando limites no fora e depositando no outro (a polícia) a função de controlar, proibir e proteger.

As funções de auto-observação do superego também podem ser depreendidas da sua afirmada incapacidade de se controlar. Esta revelação fez-me pensar que N parecia mais um espectador a ver a sua vida do que propriamente um agente que pudesse intervir nas suas escolhas e acções. Assim podemos verificar uma despersonalização proveniente da distorção das funções de auto-observação (pela negação) numa luta contra a culpa que sente em relação aos seus problemas e contra a vergonha se afastar do seu ideal do ego – “A maior alegria que eu dava à minha mãe era ter uma vida normal, como os meus irmãos”.

Por fim ao nível das raízes deste superego temos a intrusão parental. Esta qualidade relacional entre mãe e filho (N), foi observada na primeira consulta que N faltou no que se viria a transformar num longo período de ausência. Em vez de N, como seria de esperar, apareceu a sua mãe, com o pretexto de que lhe tinha sido pedido para telefonar para o CAT a desmarcar a consulta. Esta é uma quebra de limites agravada pelo conhecimento dos desejos do filho de privacidade das consultas. Utilizou o meu tempo, quando lhe expliquei que os meus encontros com N eram confidenciais, para falar de si e dos seus problemas e de como os limites que N vinha a impor lhe causavam sofrimento e solidão. Também me perguntou se devia comprar um medicamento que N já lhe tinha explicitado que não queria, pedindo-me a mim autorização para ir contra os desejos do filho, infringindo os limites da sua vontade, e infantilizando-o. Senti-me como se estivéssemos numa reunião de escola, eu fosse o professor e estivesse a ter uma reunião de pais. Quando lhe proponho que a responsabilidade do tratamento deve ser de N, a senhora responde-me algo exaltada: -“ Sim, mas olhe lá que lá em casa não somos como mãe e filho. Ele é homem e eu sou mulher, é assim que funcionamos”. Em referência a isto formula-se no meu espírito a questão: Que papel tem então N na casa como homem, se não o de filho? Sabemos que a mãe de N também nunca conseguiu superar a morte do marido.

6.7. Compulsão à repetição

Podemos, em relação a este ponto observar algumas situações em que se revela uma tendência impositiva da compulsão para jogar ou para consumir algum tipo de substância, sendo mais visível a formação ideacional obsessiva em relação ao jogo. Se recuarmos na sua história ao tempo que passou na ilha da madeira confrontamo-nos com um consumo pouco característico de cocaína. N não consome cocaína, e aparenta apenas a ter consumido durante a sua estadia laboral na ilha, motivada para se afastar do vício destrutivo do jogo patológico, adquirindo no entanto um novo vício de cocaína que o forçou a voltar a Portugal. Acerca deste episódio não temos muito mais dados, mas torna-se clara uma que necessidade transcende a adicção química. A compulsividade apresenta-se na força com que inicia e mantém o novo vício, sendo de tal ordem que é forçado a vir-se embora para lhe escapar, à semelhança do que fez com

o jogo. Diz, nas consultas, que não se consegue controlar, o que mostra a dimensão desta compulsividade que parece estar por trás do seu abandono da mulher e filha em Inglaterra – “Não queria fazê-las sofrer com os meus vícios”. Também na sua última tentativa de suicídio é clara a falta de controlo, e necessidade premente de fazer alguma coisa para anular os sentimentos provenientes da situação de ver a sua ex-namorada e ver a possibilidade da filha ser educada por outro pai. Aqui o compromisso entre a raiva que sente – “Mato a minha mulher se a minha filha chamar pai a outro homem” – e a defesa é evidente porque todos os acontecimentos que se seguem ao choque traumático não exibem explicitamente a raiva mas a defesa preferencial pelo jogo – o bingo. A imposição no pensamento do acto de jogar também sugere uma formação defensiva pois fica cheio de vontade de ir jogar quando sente a culpa e a raiva provenientes de contemplar os seus problemas.

A compulsão à repetição destas condutas, apesar de todo o mal que já emanou delas, também está obviamente presente e vê-se claramente a fuga ao sofrimento psíquico e a sua origem na incapacidade de superar a inevitabilidade da perda: O próprio admite nunca ter conseguido superar a morte do pai nem do irmão – “toda a gente me abandona”, além de que segundo a sua mãe, deseja morrer se ela não existir.

A permanência no inconsciente da pulsão insatisfeita pelo medo ou culpa é outra característica da compulsão à repetição que também aqui aparece principalmente na forma de culpa, o afecto superegoíco que denota a formação de compromisso já explicitada.

A incapacidade elaborativa do aparelho mental e a presença de elementos β está presente na sua evacuação através do agir e através de queixas psicossomáticas, confirmadas pelas análises de despiste de alguma doença física. N quando chegou às consultas queixava-se que sempre que bebia álcool tinha acessos de náuseas, tonturas, vômitos, abaixamento da temperatura corporal em conjunto com o sentimento de morte eminente.

Por fim N demonstra as duas vertentes que Matos (2002) aponta estarem na génese da compulsão à repetição: (1) Uma grande sensibilidade à frustração, grande dependência objectal e dificuldade de fazer o luto de imagens do passado. (2) O investimento

libidinal no objecto sádico, que prende o sujeito numa posição masoquista pela extrema ambivalência relacional. Em relação ao primeiro ponto podemos referir mais uma vez a sensibilidade que N demonstra em relação à situação com a sua ex-namorada e filha, a dependência que tem da mãe e a incapacidade de fazer o luto do seu pai. No segundo ponto podemos seguramente dizer que a relação que tem com a sua mãe adopta conformes masoquistas pelo peso que sente em ter que a apoiar, visto que também ela nunca conseguiu superar a morte do marido, sendo uma pessoa deprimida e necessitada de apoio e também pela agressividade da intrusividade e falta de limites dela em relação ao espaço de N, como visto na sua intrusão do seu espaço terapêutico.

6.8.0 Buraco Negro

A concepção de buraco negro aproxima-se da concepção de compulsão à repetição mas fornece-nos outra perspectiva sobre o caso. Como já referimos sobre a dependência objectal, é clara, em N, a falta de uma fonte de segurança interna, ou por outras palavras, nota-se a ausência da sedimentação da identificação primária, principalmente através do sentimento de solidão que projecta, na sua falta de auto-cuidados e no seu comportamento por vezes caótico. Esta falta, que se traduz no pensamento de Matos (2002) por vazio traumático, é por Grotstein (1999) referida como o Buraco negro, colocando ênfase na característica metafórica da atracção implosiva que esta lacuna opera sobre os conteúdos mentais, à semelhança de um buraco negro. O papel do impulso de morte, também explicita em N, através das suas fantasias agressivas – “Mato a minha mulher” - está em contrariar esta força implosiva. A articulação entre os sentimentos característicos do trauma – a impotência, o desamparo e a vulnerabilidade, e os elementos reguladores externos – o jogo, consumo de substâncias ou os seus internamentos hospitalares e sucessivas tentativas de suicídio – são bem visíveis, assim como a construção de cenários primitivos de narrativa. Mais uma vez, por falta de mais exemplos recorreremos à sua última tentativa de suicídio: A incapacidade de viver os sentimentos traumáticos de desamparo traduziu-se num sentimento interno de aleatoriedade (chamo aqui a atenção para a diferença entre caos e aleatoriedade), o que foi surpreendentemente transmitido por N quando lhe perguntei como é que se tinha sentido nessa tarde – “Foi o caos”.

É exactamente de caos que estamos a falar, visto que apenas para o observador é que sobressai um padrão apreensível – (1) Choque traumático (cena com a ex-namorada); (2) situação de jogo (perda de dinheiro no bingo; (3) tentativa de suicídio (pedido de ajuda colocando-se numa posição em que tem que ser salvo); (4) internamento hospitalar (forçando a realidade a prestar-lhe cuidados simbolicamente maternos). A repetição da experiência de jogo pode ser assim interpretada como a construção de um cenário primitivo de narrativa, uma incapacidade de sublimar o impulso de morte em processos secundários e viver os sentimentos de falta, impotência e desamparo por falta de um objecto interno apaziguador.

O jogo funciona para N como uma tentativa primitiva, concreta, de construir um cenário apaziguador através de se colocar numa situação externa de aleatoriedade (o jogo) e tentar saldar-se um vencedor, alguém que tem tudo, à semelhança de Aleksei Ivánovitch, lutando contra o nada proveniente da falta da identificação primária. A tragédia reside na incapacidade de assimilar estes dados da realidade mesmo que se torne num vencedor uma vez, pois a capacidade transformacional reside na identificação primária. Portanto quando mais uma vez o jogo falha em lhe dar o apaziguamento necessário o cenário desenrola-se até à contenção e protecção apaziguadores – através da intervenção policial – e o tratamento e cuidados restauradores – através do internamento hospitalar – lhe sejam fornecidos pela realidade externa.

7. Discussão

No caso de N é transversal e explícita a presença de todos os conceitos teóricos em investigação neste trabalho. O jogo patológico, neste caso, apresenta uma formação intra e inter psíquica semelhante ao proposto por Wurmser (1974, 1982), Khantzian (1978), e Dodes (1990, 1996) para as adições mais típicas de substâncias. A defesa dos afectos apresenta uma qualidade precária para lidar com o turbilhão de sentimentos que N carrega, principalmente, ou mais explicitamente, em relação à sua ex-namorada e filha. Vive num sofrimento constante e fuma haxixe com a mesma frequência com o objectivo de se embotar afectivamente – continua a pensar nos seus problemas mas a droga tem a capacidade de lhes retirar a sua vivacidade dolorosa; é no entanto incapaz de lhe retirar a vontade de jogar, continuando a pensar em dirigir-se às mesas de jogo quando se sente culpado ou enraivecido. Esta ligação entre a raiva ou a culpa e o jogo é digna de sublinhar. A incapacidade de viver estes sentimentos pela sua intensidade apresenta uma dupla proveniência: por um lado, os afectos e impulsos são demasiado fortes relativamente à incapacidade de defesa do sistema psíquico – apresenta-se a falta de uma suficiente defesa dos afectos para neutralizar a tensão avassaladora que ameaça inundar o sistema psíquico por falta de mecanismos de defesa capazes de sublimar a energia psíquica; e por outro, a extrema fragilidade do narcisismo, originário de uma relação precoce, caracterizada pela falta de um objecto suficientemente apaziguador, e cuja presença, a julgar pela relação actual com a sua mãe, foi e continua a ser marcada pela intrusividade e por uma culpabilização esmagadora. A falta de relações precoces suficientemente boas traduz-se numa falência desenvolvimental das estruturas do Ego, o que além de ser visível numa parca adequação defensiva, também se observa, se seguirmos a linha de pensamento de Khantzian (1985), numa falta de auto-cuidados, como ausência prolongada de higiene pessoal e incapacidade de abandonar o consumo de haxixe e o vício de jogo.

A presença, sempre paralela, da dependência objectal e da onipotência narcísica deve-se à permanência num narcisismo infantil, frágil e maioritariamente defendido pela negação e pelas tempestades afectivas resultantes das inevitáveis feridas que decorrem de um desajustamento à realidade e portanto de uma frustração incessante – é a incapacidade de “perceber a inevitabilidade dos aspectos desagradáveis e frustrantes

que a nossa condição de seres humanos comporta” como Maagalhões (2000) muito bem o coloca. A miragem de um mundo onde tudo fosse perfeito, em que pudesse ter uma vida como os irmãos, uma família sua, uma mãe apoiada por todos, um pai ainda presente; enfim um mundo onde os seus erros e frustrações desaparecessem na corrente do tempo para nunca mais voltarem à superfície... esta é a fantasia mais sedutora de todas, mas a que exige uma vida mais tortuosa pela irreabilidade do seu objectivo. Sendo uma miragem, a caminhada pelo deserto prossegue apoiada pelas ocasionais drogas e medicação, e também, com danos muito mais graves, com o jogo. Esta irreabilidade de objectivos é exigida por um superego precoce, arcaico e portanto maciço e cruel. A demanda pelo seu objectivo etéreo nunca finda porque não existe a possibilidade de parar para entender a sua irreabilidade. A sua dependência é a prova disso. O ego alia-se ao id para combater o superego e a realidade externa de um só golpe, com a ajuda das substâncias e do jogo. Assim pode atenuar a dor do colapso do self e do mundo ideal e adoptar um papel mais activo no controlo sobre si, sobre os seus sentimentos, sem sentir o sofrimento que a realidade lhe causa.

Como nem o haxixe nem o jogo são soluções para os seus problemas, aliás, são problemas em si, N vê-se sem saída. Não sabe o que fazer por si, os seus recursos internos estão gastos e a sua caminhada não tem fim à vista. A raiva narcísica que provém deste conflito, entre o mundo e self ideal e as suas contrapartes reais, encontra a sua atenuação no consumo de drogas leves, mas apenas encontra a sua saciação no jogo, no fugaz momento da vitória que prova a si mesmo que é alguém, que é tão bom como gostava de ser. Este movimento é, tragicamente, como encher um pneu furado, e como tal, por mais vitórias que tenha não há maneira de se manter cheio (de si). Compulsivamente procura esta saída para a raiva, e repetidamente percorre o mesmo caminho – O jogo é um vício tão ou mais traiçoeiro que qualquer outro e as suas consequências são desastrosas – como ele próprio o diz, já teve tudo e já perdeu tudo: casa, carro, dinheiro, namorada, filha, dignidade, independência – e continua inevitavelmente a querer ir às mesas de jogo. Aliás, não é um querer, é um necessitar compulsivo, impõe-se no pensamento e no acto e repete-se para tentar encher um vazio traumático, recusando-se a abandonar a onipotência infantil e uma relação dependente, culpabilizante, sádica e ambivalente com a mãe. O luto é impossível, todas as feridas que lhe causam sofrimento estão tão frescas hoje como quando foram infligidas e a dor que sente de cada vez que lhes toca diz-lhe que é melhor escondê-las e

anestesiá-las. Não é, contudo, sem razão que assim é. O toque da frustração em feridas tão profundas e tão sensíveis já mostrou, pelo menos uma vez aos nossos olhos, todas as suas consequências. O choque de ver outro homem com a sua antiga companheira e filha lançou-o numa espiral descendente que culminou numa tentativa de suicídio e posterior internamento psiquiátrico. A mais clara expressão do seu buraco negro, afectando todos os elementos da sua vida mental, desverbalizando o pensamento e transformando-o em acção, provocando uma inversão de elementos alfa em beta e construindo um cenário primitivo de narrativa, ou dizendo de outra maneira de comunicação de uma necessidade urgente de se sentir restituído da sua segurança vital através do jogo, cuja falência põe a descoberto a sua extrema impotência e desamparo ao colocar a sua vida nas mãos de quem o vier salvar e prestar cuidados.

A acção farmacológica das substâncias exógenas como o haxixe, e das endógenas como os corticoides servem para explicar os mecanismos orgânicos das dependências, mas não são suficientes para explicar e desencobrir o significado e a função comunicada pela acção. Porque é que os sujeitos dependentes do jogo se ligam a esta acção (jogar) determinada e não a outra? Porque é que a reacção orgânica a uma situação de jogo é stressante? O significado psicológico da situação de jogo tem que providenciar estas respostas. Voltando à teoria do buraco negro de Grotstein (1999), vemos com certeza uma questão que não pode ser ignorada, principalmente porque nos referimos ao jogo patológico. A experiência interna de aleatoriedade (passível de ser compreendida como caos a um observador atento), a que N se refere sucintamente, literalmente e inequivocamente como caos é uma experiência que é reproduzida nas mesas de jogo, principalmente nos jogos de azar presentes no casino onde N já se arruinou. Wurmser (1982) chama a atenção para a exteriorização do conflito e tanto Vieira (2000) como Grotstein (1999) chamam a atenção para o agir como uma consequência da perda da capacidade de elaboração mental. Propunha também que se considerasse que a própria situação de jogo, na sua aleatoriedade, pudesse fornecer uma reificação do sentimento de aleatoriedade interna, num movimento de tentativa de enfrentar num fenómeno real o que é impossível de ser ordenado, processado, e controlado na vida emocional interior. A aleatoriedade interior passa a ser uma aleatoriedade exterior onde numa aposta o sujeito pode, pelo menos momentaneamente saldar-se como vencedor. Claro que, o próprio buraco negro, na sua onnipotente força centrífuga impossibilita a sua incorporação mental. Aliás, o próprio processo de pensamento nunca chega a tentar

processar os dados no sentido da incorporação, mas sim no sentido da evacuação, e assim a mentalização, sublimação e desenvolvimento são impossíveis.

Apesar de os dados provenientes das consultas não serem tão avolumados como o que seria ideal para fornecer uma exposição mais variada e rica dos diferentes conceitos teóricos que foram apresentados, foram contudo suficientes para expor os processos subjacentes ao jogo patológico através da sua expressão no caso de N. As teorias desenvolvidas que colocam a utilização de uma substância como uma defesa artificial dos afectos, ou um substituto para estruturas psicológicas subdesenvolvidas ou inexistentes, aplica-se com toda a sua força ao jogo patológico, uma dependência por definição comportamental; um vício numa acção e não numa substância exógena que acarreta todo um discurso fortemente biológico. Esta transladação de conceitos demonstra que não é só a acção biológica de determinada substância que tem palavra no estabelecimento de uma dependência e que é necessário continuar a investir na compreensão psicológica destes fenómenos para a obtenção de melhores e mais eficientes métodos de intervenção.

8. Conclusão

Na conclusão deste trabalho, que é simultaneamente o fecho de um capítulo académico de alguma importância, não podemos deixar de reflectir em todo o processo que nos trouxe a este ponto, assim como na relevância e no contributo que este estudo fornece à disciplina da psicologia clínica. Como um estudo qualitativo, a pretensão deste trabalho é a de fornecer um novo olhar sobre a patologia do jogo, no particular, e sobre as dependências, no geral, pondo em causa o paradigma da causalidade puramente biológica que, apesar de (felizmente) não estar completamente enraizado no senso comum e na intervenção clínica, necessita de ser contrabalançado com o conhecimento profundo do sujeito que apenas a psicologia pode providenciar. O conhecimento das causas da dependência pode aproximar-nos de uma intervenção cada vez mais eficaz, ajudando a que mais sujeitos possam ser pessoa de novo, readquirindo a sua capacidade de transformação, a sua potencialidade de crescimento e o seu amor pela vida, libertando-se da teia que ajudou a tecer e do círculo vicioso em que se encontra. Dentro da psicologia clínica a área das dependências constitui-se como um dos maiores desafios de tratamento e, por essa razão, a importância do progresso dos estudos nesta área é do mais alto grau. Aliás, se considerarmos o flagelo das doenças adictivas e a sua disseminação nas últimas décadas (ou pelo menos a sua maior visibilidade), podemos mesmo dizer que este progresso é inestimável, pela urgência em travar o seu avanço e a premência em tratar os afligidos por estas doenças.

Foi dentro destes parâmetros que a ideia para este trabalho nasceu, e apesar da reduzida quantidade de material disponível, derivada da curta permanência do sujeito em tratamento continuado (como, aliás, é muito habitual nesta população), impôs-se o desejo e o interesse em aprofundar o conhecimento e o entendimento dos seus meandros psicológicos, pelo interesse intrínseco de estudar uma patologia pouco vulgar no contexto de um Centro de Atendimento a Toxicodependentes, e também pelo mistério que um vício a uma conduta comportamental (e não a uma substância) fornece. Para tal foi necessário recorrer ao método de estudo de caso, baseando-nos no relato do sujeito para podermos entendê-lo. Pensamos que esta é a única e verdadeira via para chegar ao objectivo que nos propusemos. A transcrição das sessões *a posteriori* acarreta sempre consigo a selecção do que o clínico achou mais pertinente, ou que se lhe impôs no pensamento como relevante da hora que passou junto com o paciente. Apesar de este

processo poder acarretar alguns enviesamentos, o tentamos ter isto em mente e aquando do acompanhamento do paciente, assim como fizemos o possível para transcrever o máximo de dados resultantes da consulta com o objectivo de haver informação suficiente para pensar no caso *a posteriori*. A intersubjectividade que se cria no espaço terapêutico é a única maneira de podermos entender completamente a relevância, não do que nós (clínicos) podemos procurar com as nossas pré-concepções do que é relevante, mas do que o paciente relata como aflitivo e insuportável, o que realmente é relevante para **ele** (paciente). Desta maneira a exploração das temáticas levantadas pelo paciente podem levar ao cerne do seu sofrimento, ao que o clínico procura e tem que sanar, e no contexto deste trabalho, o que nós tentamos entender.

Seria, na nossa opinião, uma boa continuação deste estudo uma análise e aprofundamento dos significados psicológicos dos objectos de dependência, tanto ao nível das substâncias leves ou duras, mas principalmente nas dependências comportamentais como as ludopatias, no sentido de continuar a tentar discernir qual é exactamente o papel que a psicologia desempenha e pode desempenhar no tratamento destas populações. No panorama geral da psicologia clínica pensamos que o estudo sobre as dependências, no seu completo entendimento e tratamento exige uma sabedoria não só da psicologia tradicional, mas também necessita da inclusão de conhecimentos fisiológicos e, portanto, é uma área que, não obstante ser de difícil intervenção, proporciona dos maiores desafios que existem hoje em dia em psicologia pela sua complexidade teórica e pelo seu necessário entrecruzamento com as acções biológicas das substâncias exógenas e endógenas. Estes assuntos caem fora do objectivo presente deste trabalho, mas esperamos que ele seja um contributo, mesmo que pequeno para manter o papel da psicologia vivo e cada vez mais num lugar cimeiro no entendimento, tratamento e recuperação dos afligidos por estas patologias.

A finalização deste trabalho culmina simultaneamente, como é habitual, com o encerrar de um capítulo académico e com o fim de um primeiro contacto sério com a prática de psicologia em contexto institucional. O que retirei desta experiência e do estudo que encetei foi essencialmente um crescimento pessoal, além de académico ou profissional. O contacto com outras pessoas que procuram ajuda para os seus problemas levou-me a pôr em causa o meu papel como futuro profissional de saúde pelo pouco conhecimento e experiência que tinha, mas, de mais importância ainda foi o facto de que esta

experiência me levou a questionar o papel do psicólogo na sociedade e qual o valor que a profissão tem no tecido social. Apesar de ser ciência, a psicologia baseia-se no encontro de duas pessoas, uma que quer alguma coisa, e outra que está lá para providenciar. As pré-concepções que o conhecimento teórico nos dá podem impedir que vejamos o outro como um igual e que os rótulos de funcionamento psicológico sobressaiam mais do que a humanidade que acarreta a semelhança do nosso próprio sentir. Dessa maneira, entendi que um bom profissional, um bom psicólogo e uma boa pessoa devem essencialmente conhecer-se a si próprios, ou seja estarem em harmonia com toda a panóplia de sentimentos que a experiência humana oferece. Penso que esta é a verdadeira saúde mental.

Bibliografia

Bénony, H. & Chahraoui, K.(2002). A entrevista clínica. Dunod: Paris

Dodes, L. (1990). Addiction, helplessness, and narcissistic rage. *Psychoanalytic Quarterly*, 59, 398-418.

Dodes, L.(1996). Compulsion and addiction. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 44, 815-836. Consultado em 17 de Junho de 2008 através de PEP Archive.

Dostoiévski, F. (2004). O jogador (3ªed). Editorial Presença: Lisboa.

Fenichel, O. (1945). The concept of trauma in contemporary psycho-analytical theory. *The international Journal of Psycho-Analysis*, 26, 33-44.

Grotstein, J. (1999). O buraco negro. Climespi: Lisboa

Khantzian, E. J. (1978) The ego, the self and opiate addiction: theoretical and treatment considerations. *International Review of Psycho-Analysis*,5, 189-199. Consultado em 21 de Maio de 2008 através de PEP Archive.

Khantzian, E.J. (2003) Understanding addictive vulnerability: an evolving psychodynamic perspective. *International Review of Psycho-Analysis*,5 (1), 5-22. Consultado em 22 de Maio de 2008 através de PEP Archive

Laplanche & Pontalis

Krystal, H. (1985). Trauma and the stimulus barrier. *Psychoanalytic Inquiry*, 5 (1), 131-162. Consultado em 14 de Novembro de 2007 através de PEP Archive.

Magalhães, L. (2000). A doença é a dor de existir. *Toxicodependências*, 6 (1), 9-14.

Matos, C. (1982/1983). Compulsão à repetição. *Artigos publicados nas revistas “jornal do médico” e “médico”*.

Matos, C. (2002). O desespero. Climepsi: Lisboa

Meltzer, D. (1992) The claustrum. Billy & Sons: Worcester.

Rapaport, D. (1953). On the psycho-analytic theory of affects. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 177-198.

Ruiloba, J. Vallejo (2003). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria* (5ª ed.). Barcelona: Masson S.A.

Silverman, D. (2001). Interpreting qualitative data: methods for analyzing talk, text and Interaction. Sage Publications: Thousand Oaks

Stake, R (1995). The art of case study research. Sage Publications: Thousand Oaks

Thompson, H. S. (1998). *Fear and loathing in las vegas* (2ªed.). New York: Random House Inc.

Vieira, C. (2000). Repetição, compulsão à repetição e recaídas. *Toxicodependências*, 7 (2), 23-28.

Wurmser, L. (1974). Psychoanalytical considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 22, 820-844. Consultado em 21 de Maio de 2008 através de PEP Archive

Wurmser, L. (1982). The return of the denied superego. *Psychoanalytical Inquiry*, 2 (4), 539-581. Consultado em 17 de Junho de 2008 através de PEP Archive

Anexos

Transcrição do diário clínico:

3/6/07

O N vem à consulta porque já não sabe o que pode fazer por si. Considera-se viciado no jogo, em álcool e haxixe. Os seus problemas no jogo já lhe custaram a casa, o carro e várias dívidas em cartões de crédito. Na sequência de perdas substâncias em ocasiões específicas do final do ano passado, N tentou suicidar-se duas vezes, ficando à beira da ponte 25 de Abril para se atirar. Uma terceira tentativa de suicídio seguiu-se pouco depois pela ingestão de comprimidos.

Começou a jogar às cartas a dinheiro muito novo (por volta dos 12/13 anos) e quando tinha 17/18 foi internado no CRATO por problemas de jogo (vício). É exactamente por volta desta altura em que o seu pai morre de ataque cardíaco. Esta morte foi muito dolorosa para N, que sente que ainda não a superou.

Há cerca de 3 anos um dos seus irmãos morreu de cancro, outra situação que sente como insustentável.

Afirma que durante o seu curto período de vida (26 anos) já teve tudo, e já perdeu tudo. Sente-se com 35/40 anos. Abandonou a mulher e a filha em Inglaterra aos cuidados de familiares, porque – “ Não queria fazê-las sofrer com os meus vícios”. Entrega-se à vida de noite, e para escapar desta situação muda-se para a madeira para “trabalhar e deixar o vício do jogo. Não há casinos na Madeira...”. É no entanto, nessa estadia que conhece um homem viciado em cocaína. O seu único amigo na ilha, e do qual ganha o mesmo vício. Decide voltar para Portugal após vários meses de consumo excessivo, em que gastava tudo o que ganhava em cocaína.

De momento não consegue beber álcool porque se sente com náuseas, tonturas, vómitos, frio e começa a pensar que vai morrer. Pedi-lhe as análises e marquei outra consulta.

11/6/07

Falamos da sua situação com a sua filha e ex-mulher.

As suas análises ainda não estão completas.

N afirma que a ex-mulher não o deixa ver a filha porque não paga a mensalidade estipulada pelo tribunal. Queixa-se de ficar em casa sem fazer nada, permanecendo fechado no quarto sem comer e tomar banho. A situação de não conseguir estar com a filha transtorna-o gravemente e diz que só pensa em fazer uma loucura. Quando lhe pergunto o quê ele responde que “Quería ir buscá-la e levá-la comigo”. Está a consumir 10 euros de haxixe que a mãe lhe compra todos os dias. Diz que assim já não se sente tão ansioso, mas não deixa de estar constantemente a pensar nos seus problemas todos. Quando fuma demais tem um ataque de pânico (aperto no peito, arritmia do coração, náuseas e pensa que vai morrer). Nessas alturas diz que toma um victam.

Começamos a falar sobre a possibilidade de estar infectado com algumas doenças e como reagiria a essa possibilidade. Diz - “Não quero pensar nisso, não quero pensar nisso, não conseguia aguentar, não sei o que faria”.

22/6/07

As análises deram todas negativas.

Passou a semana toda fechado no quarto sem tomar banho. Diz que se irrita com a mãe quando ela o pressiona para fazer qualquer coisa. Diz que sente culpa e raiva quando fica a contemplar os seus problemas, mas que ao mesmo tempo fica cheio de vontade de ir ao casino.

Exprime uma grande raiva contra a mulher e diz que ela e a mãe dela – “Só vêm dinheiro à frente”. Mais tarde na conversa afirma que quando começou a pagar a mensalidade só pagava 50 euros dos 150 que tinha que pagar, mas mesmo assim ia ver a filha. Quando o confronto com esta inconsistência ele não tem qualquer tipo de reacção e continua a falar. Parece-me que vive num estado completamente dissociado. Queixa-

se que não se consegue controlar. N parece mais um espectador no teatro da sua vida do que propriamente um actor.

Vou marcar consulta segunda-feira para sugerir que a sua mãe assista à consulta, no intuito de explicitar certas questões como:

- O comprar-lhe o haxixe
- A medicação (se está a tomar ou não)

25/6/07

N chega à consulta muito irritado, e um pouco desorganizado. Queixa-se principalmente dos irmãos, que não ajudam a mãe financeiramente e que o acusam de esbanjar todo o seu dinheiro. À medida que a consulta foi avançando consegui que N acedesse à problemática latente deste conflito.

N sente que é o único que suporta a mãe. Os irmãos, diz, não se interessam por ela, projectando um grande sentimento de abandono e solidão. Sente-se também preso, o que se revela através da sua incapacidade ou falta de vontade/força anímica para encontrar trabalho e mesmo para viver em geral. Passa os dias na cama/quarto. Diz que pensa em cometer loucuras. Para não pedir dinheiro à mãe fantasia roubar, ir roubar alguma coisa. Interpreto-lhe este movimento como uma vontade de se magoar, em vez de magoar a mãe. Ele concorda. Pergunto-lhe então se não gostaria de ser preso? Ele responde-me afirmativamente. Confessa que gostava de ser preso para sair da situação em que se encontra. Já fantasiou com isso e gostava de estar no seu cantinho sem se chatear com ninguém. Devolvo-lhe que assim também não era chateado por ninguém.

28/6/07

Surgiu na consulta muito mais calmo e organizado do que em qualquer outra sessão. Deu entrada ontem à noite nas urgências do hospital. Chamou uma ambulância porque se sentia com tonturas, com “pontadas na cabeça”, na zona das têmporas, taquicardia e começou a ter pensamentos ansiogénicos – “Fiquei com medo (...) de me dar uma coisa má” – “No que é que pensou, o que lhe veio à cabeça?” – “A minha filha, pensei que

não valia a pena estar assim e que era uma estupidez estar a fumar droga e continuar assim.” – N sofreu este ataque (de pânico?) após ter fumado dois ‘charros’ carregados de haxixe. Não acha que tenha sido ataque de pânico porque diz que “não foi igual ao das outras vezes”.

Comprou o haxixe terça-feira, antes de sair à noite, e depois de ter ganho 50 euros às cartas no jardim que costumava frequentar – “Fiz uma asneira, fui sair e bebi demasiado”. – “Só comprei 5 euros, comprei pouquinho. Normalmente compro 15 ou 20 euros para não me faltar, mas decidi que quando este acabar não volto a fumar. Segunda-feira vou procurar emprego.” Tentei servir de ego auxiliar para o induzir a pensar no futuro, como é que ele se projectava a cumprir o plano que tinha para si e planear o que é que podia correr mal.

Marcou consulta para o psiquiatra (mais ou menos para dia 16/07) e perguntou-me sobre o Nalorex, se eu achava que valia a pena tomar. Clarifiquei a função do medicamento e visto que N sente que tomar o medicamento ia ajudar a ficar sóbrio, acordámos em iniciar o tratamento c/ Nalorex. – “Quero tomar o medicamento porque assim consigo controlar-me, sei que se beber vai-me fazer mal, e assim não bebo”. Mesmo explicando-lhe que o Nalorex não interfere com o álcool e que não é um medicamento que o faça sentir mal, N volta sempre à dimensão da auto-punição. Hoje na consulta referiu que o irmão falecido, o mais velho, tinha sido o único que nunca lhe virou as costas: “Sempre me deu na cabeça, mas era porque se preocupava comigo, foi o único que apoiava a minha mãe (...) toda a gente me abandona”.

Em relação à mãe ir à consulta para falarmos sobre o seguimento e sobre a medicação N rejeita essa possibilidade, não quer. Não explorei o porquê.

O seu registo em relação à mãe sedimentou outra vez na idealização, no entanto, parece-me que de momento é mais produtivo. “A maior alegria que eu dava à minha mãe era ter uma vida normal, como os meus irmãos” – Ele vai buscar motivação a esta mãe mais imaculada, e mais saudável. É necessário prosseguir com cuidado, a outra parte da mãe, mais simbiótica e culpabilizante é, de momento intocável

5/07/07

N entra na consulta em tom de confissão – “ Só faço asneiras, só faço asneiras... ”. No fim-de-semana teve um desentendimento com o irmão e acabou por lutar com ele. Depois de acabar a festa de casamento do primo, em que N consumiu uma quantidade substancial de álcool, para além de fumar bastante haxixe, dirigiu-se ao carro com a mãe e o irmão mais velho. Nesse momento a mãe, também tocada pela bebida voluntariou-se para levar o carro para casa. N impôs-se e disse que ela não estava em condições de conduzir, prontificando-se a levar o carro, pois segundo ele, tem uma larga experiência em conduzir sobre o efeito de álcool. O seu irmão interveio – “Nem tu nem a mãe levam o carro, eu é que vou a conduzir. Vocês não estão em condições”. Neste momento N não se conteve e começou a discutir com ele sobre o carro, o que levou a começarem a discutir sobre a ajuda que N dá à mãe e o aparente desinteresse dos irmãos em apoiá-la. N diz que não se lembra de nada e que só sabe o que se passou porque a mãe lhe contou o sucedido na manhã seguinte entre lágrimas. – “A minha mãe não me conseguia dizer nada, ficou umas duas horas a chorar e só depois me contou”. – “ Telefonei imediatamente ao meu irmão e ao meu primo a pedir-lhes desculpa e depois passei para a minha mãe”. As desculpas de N foram instrumentais. Sente-se envergonhado com a situação, mas sinto que ele não acha que teve algum direito em agir como agiu. Envergonha-se principalmente com o facto de ter agredido o irmão, mas acha que pelo menos disse-lhe o que tinha para dizer.

A consulta com a psiquiatra serviu para finalmente ter a certeza da dinâmica intra e inter-psíquica familiar de N. A relação esmagadora e culpabilizante que tem com a mãe, por sinal muito deprimida talvez por nunca ter superado a morte do marido, leva N a servir como apoio e a sentir-se responsabilizado pela saúde da mãe. Esta pressão leva-o a ter que suprimir uma grande raiva e sentimentos de injustiça que se exprimem pelas condutas auto-destrutivas da adição. A substância tem um duplo papel: Serve para ganhar um sentimento de controlo sobre si e sobre a sua vida emocional distinguindo-se como individuo e como senhor da sua vontade ao mesmo tempo que o mantém no mesmo lugar pelas auto-recriminações de não ter valor e de com estes comportamentos fazer sofrer a mãe e a família, aumentando a necessidade de apoiar a mãe. O ciclo vicioso fecha-se.

13/7/07

N faltou. Em vez dele apareceu apenas a mãe. Segundo a mãe, N pediu-lhe para telefonar para cá para desmarcar a consulta porque como arranjou trabalho num horário da tarde precisou de descansar. Queria voltar a marcar as consultas a partir de 3 de Agosto que é quando o trabalho acaba. No entanto a mãe, decidiu vir ao CAT falar comigo pessoalmente. Pareceu-me uma conduta que demonstra uma quebra de limites impostos pelo seu filho. Ela diz que desde que ele veio para cá que não tem querido que ela esteja presente nas consultas e como esse é sempre o hábito, não sem tem acostumado. Falou extensamente dos problemas que tem com N e sobre como ela tem que cuidar dele desde que o marido morreu e como tem lidado com os problemas do jogo e de drogas dele. Mostrou-se muito preocupada, mas acima de tudo senti que ela necessitava de partilhar, de desabafar e que existia uma parte dela que necessitava mais disso porque N está a pôr mais limites, o que a deixa com um maior sentimento de solidão. No entanto existe uma mistura entre os seus elementos e os elementos do filho – “ Tem muito medo que eu o deixe” – Pergunta-me também se deve comprar o Naltrexone para o filho. Quando eu remeto esta questão para N (para a responsabilidade deste) ela diz-me que ela diz que ele ainda não quer; sem se aperceber do papel que adopta em se comportar deste modo – trata o filho como uma criança não respeitando as suas decisões e ainda por cima vem perguntar ao seu terapeuta se deve comprar o medicamento contra a vontade dele, quase como se estivéssemos numa reunião da escola.

Outro elemento curioso que partilhou foi a sua percepção da dependência que o N tem dela: Ele já me disse:”Quando morreres vou atrás de ti para a cova porque ninguém me quer”. – Ela mesmo assim tem alguma consciência da dependência que também tem do filho, mas penso que a nega, exactamente como N faz. Cada um acha que o outro é dependente, sem nunca se aperceberem que eles próprios também o são.

Outro elemento interessante que surgiu na consulta foi: - “ N é uma jóia de filho, quando está normal, está lá sempre para mim, apoia-me sempre. Os meus outros filhos gostam de mim mas não é como o N. É o filho que eu perdi, preocupa-se comigo” – e depois diz, em resposta a um movimento meu de pôr a responsabilidade em N pelo seu tratamento e sobre a sua decisão de vir cá hoje: -“Sim, mas olhe lá que lá em casa não

somos como mãe e filho. Ele é homem e eu sou mulher, é assim que funcionamos” – Acho que ao tentar mostrar que responsabiliza o filho e o trata como um homem adulto, revelou um dos problemas fundamentais da patologia relacional: Indiferenciação de gerações, confusão de papéis; o que arrasta problemáticas incestuosas muito desorganizantes.

30/7/07

N. não tem pedido novas consultas nem tem estado disponível para ser contactado. Como último recurso tentei telefonar à sua mãe no intuito de, através dela marcar uma consulta, mas infelizmente o seu número de telemóvel já não está disponível.

6/8/07

Ainda não foi possível contactar num N nem a mãe.

9/11/07

Depois de muito tempo de ausência N pede nova consulta. Desde Julho que não atende chamadas e, por sinal estava a trabalhar num hotel, sem contracto. Á primeira vista, havia alguma coisa em N que não estava normal. Estava inchado, visivelmente com mais peso, com um andar lento, um olhar mais focado e menos penetrante. Estava com uma grande lentificação psicomotora devido à medicação que está a tomar.

O seu pedido para consulta advém de ter mais uma vez tido uma tentativa de suicídio. Quando começou a trabalhar achou que conseguia resolver as coisas por si. Pagar as suas dívidas, pagar a mensalidade exigida pelo tribunal, sendo o seu desejo voltar a juntar-se com a ex-namorada.

Tudo ruiu quando numa visita à filha e à ex-namorada se depara com o novo companheiro dela. Não aguentou, ficou extremamente transtornado e em seguida foi jogar para o bingo até gastar o que tinha consigo tendo em seguida ido para a estação de comboios onde se sentou sobre a linha e ficou à espera que o comboio aparecesse.

As pessoas que estavam no terminal começaram a tentaram obviamente dissuadi-lo e num acontecimento bizarro algumas pessoas (talvez jovens delinquentes?) tentaram força-lo a sair da linha e quando N ofereceu resistência roubaram-lhe a carteira e os documentos. – “Roubaram-me tudo o que tinha, a carteira os documentos e deixaram-me lá”.

Felizmente alguém avisou a polícia, pois chegou ao local, penso eu antes de algum comboio aparecer (?). Espantosa foi a diligência com que N foi com a polícia, ou pelo menos não indicou no seu relato qualquer tipo de resistência como fez quando o tentaram ajudar da primeira vez. No entanto há aqui alguma semelhança com outras tentativas de suicídio pois a polícia aparece sempre para o salvar, ou N fica à espera que a polícia o salve.

Quando lhe perguntei, sobre este episódio, o que pensava e o que sentia N respondeu : “Era o caos Dr. foi o caos”. Depois de ter sido levado pela polícia foi novamente internado no Miguel Bombarda onde lhe deram nova medicação ou fortaleceram a que já tinha e por causa disto apresenta-se distintamente com um grande aumento de peso e uma grande lentificação psicomotora.

