

DH
CAST.1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA - ISPA
LISBOA - 1996

UMA CONTRIBUIÇÃO PSICODINÂMICA
AO
ESTUDO DA TOXICODPENDÊNCIA

Cylmara Castellano

Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Doutor Carlos Amaral Dias



Centro de Documentação do I.S.P.A.

Tel. 896 31 84

Reg. 9811

C.

Aos irmãos,
Marcello e Teté

*Sem os quais nada disto
teria sido possível...*

*Quando eu te encarei frente a frente
Não vi o meu rosto
Chamei de mau gosto o que vi
De mau gosto, mau gosto
É que Narciso acha feio
O que não é espelho
E a mente apavora o que ainda não é mesmo
velho
Nada do que não era antes
Quando não somos mutantes.
E foste um difícil começo
À face do que não conheço
E quem vem de outro sonho feliz de cidade
Aprende depressa a chamar-te
De realidade
Porque és o avesso do avesso
Do avesso do avesso*

(C.V.)

Esta dissertação foi realizada com base em três anos de trabalho clínico diário com toxicodependentes, sob a orientação do Sr. Prof. Doutor Carlos Amaral Dias.

A idéia central deste estudo reside em demonstrar a aplicabilidade da Teoria do Pensar de Bion à problemática da droga-adição, sobretudo quando esta última é concebida como um resultado não-desejado do domínio funcional das partes psicóticas da personalidade.

Ao longo deste trabalho, e após diversas tentativas pouco produtivas de obedecer às regras gramaticais da língua portuguesa, decidi optar pela grafia em «brasileiro», apesar das já tão discutidas diferenças ortográficas. Ao fazer esta opção, penso alcançar basicamente dois objetivos: primeiramente, desta forma, penso encontrar-me em melhores condições de expressar as minhas idéias com fidedignidade, sem o compromisso, para mim limitador, de obedecer a normas gramaticais que não domino por inteiro.

Em segundo lugar, re-affirmo aqui uma idéia que me tem acompanhado desde sempre como cidadã estrangeira (muito bem acolhida!) em Portugal: a de que as diferenças devem contar sempre como fatores de enriquecimento, e nunca como limitação.

É evidente que, ao assumir esta opção, conto com a compreensão e colaboração dos mestres portugueses, dos membros do júri e dos colegas do ISPA.

A todos vocês, o meu muito obrigada.

Agradecimentos:

Foi exatamente a possibilidade de realizar este trabalho de investigação o que motivou, numa primeira instância, a minha vinda para Portugal, em 1993. O primeiro sinal de que esta empreitada seria viável foi-me dado, muito gentilmente, através de uma carta assinada pelo então Diretor Geral do ISPA, Exmo. Sr. Prof. Doutor Frederico Pereira, a quem desde já agradeço pela atenção.

A segunda porta foi-me aberta pelos amigos e colegas da Universidade de São Paulo, que tudo fizeram para agilizar os mecanismos burocráticos necessários à minha transferência e à minha regulamentação profissional neste país. A eles entrego o meu carinho e as saudades que ficaram de um tempo feliz partilhado por nós.

Providenciados os papéis e acertadas as datas, coube aos amigos e familiares que deixei no Brasil, o impulso para o passo final. Sem o apoio destas pessoas, que me “deixaram” vir, e cujo carinho não sucumbiu diante da ausência prolongada e da distância, o meu mais sincero obrigada.

Agradeço particularmente aos meus pais, Marcello e Vera, por seu amor incondicional e por terem sabido embutir em mim a sede do saber e o amor pelo conhecimento. Ele souberam sempre apoiar intensamente os meus projetos, amparar os meus insucessos, e estimular-me a continuar. A eles ofereço o meu amor e a minha gratidão eterna.

Agradeço também de forma especial, a generosidade e o desprendimento com que a minha vinda e estadia em Portugal foram viabilizadas por meu irmão Marcello e minha “cunhada-irmã” Teté. Foram eles os primeiros a acreditar neste projeto, e a eles eu devo a maior parcela deste sucesso. Muito obrigada pela acolhida!

Aos colegas e amigos que encontrei em Portugal, e que ajudaram a tornar menos amargas as saudades do Brasil, deixo ficar também aqui a minha gratidão. Em especial, agradeço aos amigos da “Livre Acesso”, Cássio Peres e Adriana Batezini que, de fato, me deram acesso livre aos recursos para efetuar este trabalho, e que dividiram comigo os bons e os maus momentos destes últimos três anos. A eles entrego a minha amizade e o meu carinho.

Aos meus pacientes, que me ajudaram a perceber um pouco mais sobre os limites da nossa dimensão humana, e que iluminaram os caminhos para novos questionamentos, muito obrigada.

Por último, mas não com menos importância, agradeço o apoio e a amizade do Exmo. Sr. Prof. Doutor Carlos Amaral Dias, com quem tive o privilégio de trabalhar desde de que cheguei a Portugal. As portas que me foram abertas por ele são incontáveis e determinaram, em grande parte, a viabilidade deste projeto.

grata. Levo comigo a certeza de ter podido trabalhar com um grande mestre, pessoa cuja dimensão humana é igualmente extraordinária e, acima de tudo, com um amante da verdade. Ao mestre dedico o meu mais profundo respeito e gratidão.

A todos aqueles que colaboraram neste projeto,

Muito Obrigada.

Índice:

1 - Toxicodependência

1.1 - História Breve

1.2 - Ilustração: O Mercado das Drogas

1.3 - A Personalidade Toxicodependente

1.3.1 - A Perspectiva do Desenvolvimento

1.3.2 - A Família do Toxicodependente

1.3.3 - A Vertente Social

1.4 - A Perspectiva Psicanalítica

2 - Psicoses

2.1 - Os Mecanismos de Defesa

2.2 - Bion e a Teoria do Pensar

2.3 - A Perspectiva do Desenvolvimento

2.4 - A Formação Simbólica

3 - Toxicodependência X “Psicoses”

3.1 - A Diferenciação entre as Partes Psicóticas e não-Psicóticas da Personalidade

3.2 - A Aplicabilidade da Teoria do Pensar de Bion ao Problema da Toxicodependência

4 - Conclusão (In)Conclusiva

TOXICODPENDÊNCIA

“A Toxicomania é um estado de intoxicação periódico ou crônico, engendrado pelo consumo repetido de uma droga, natural ou sintética. As suas características são: um invencível desejo ou uma necessidade de continuar a consumir a droga e a procurá-la por todos os meios; uma tendência a aumentar as doses; uma dependência de ordem psíquica e geralmente física em relação à droga; os efeitos nocivos ao indivíduo e à sociedade.

A acostumação é um estado resultante do consumo repetido de uma droga. As suas características são: um desejo de continuar a tomar a droga por causa da sensação de bem-estar obtido; pequena ou nenhuma tendência a aumentar as doses; uma certa dependência psíquica em relação aos efeitos da droga mas ausência de dependência física e por consequência, ausência de síndrome de abstinência; os efeitos nocivos, se é que existem, dizem sobretudo respeito ao próprio.”

(Organização Mundial de Saúde - 1957)

“A farmacodependência é um estado psíquico e algumas vezes físico, resultante da interação entre um organismo vivo e um medicamento, caracterizando-se por modificações de comportamento e por outras reações que compreendem sempre uma pulsão a tomar o medicamento de maneira contínua ou periódica, a fim de reencontrar os seus efeitos psíquicos e por vezes para evitar a privação. Este estado pode-se acompanhar ou não de tolerância. Um mesmo indivíduo pode ser dependente de vários medicamentos.”

(Organização Mundial de Saúde - 1969)

1.1 História Breve:

A história das drogas confunde-se com a história da humanidade. Sabe-se, no entanto, que existiu sempre uma larga variação entre os padrões de uso destas substâncias nas diferentes sociedades. Conseqüentemente, qualquer análise no sentido de delimitar as questões do *abuso* e da dependência, deve levar sempre em linha de conta este parâmetro interpretativo.

Durante a Idade Clássica, o álcool era considerado a substância problema; nas sociedades greco-romanas, por exemplo, o ópio e a cannabis eram usados unicamente para fins medicinais. Entre os anos 700-1000 d.C. assistiu-se à introdução da cultura do ópio no continente asiático. Na Índia e na China, por exemplo, o seu consumo espalhou-se rapidamente, em especial entre os soldados em campo de batalha, como forma de “anestesiá-lo” o medo.

Nas Américas, o cultivo da cocaína ganhou grande impulso durante o domínio do Império Inca. Os efeitos provocados pela ingestão da planta fizeram proclamar a sua característica “divina” e, a partir daí, o seu plantio e consumo evoluíram sempre associados aos costumes sociais e religiosos daquele povo.

A partir de 1500, período em que se iniciaram os grandes empreendimentos da navegação, assistiu-se a uma expansão do intercâmbio e comércio de substâncias psico-ativas. Entre os descobridores, Portugal com seu papel de grande potência marítima da época, passou a ter uma importante função neste movimento que introduziu na Europa as drogas originárias dos novos mundos, em especial da América Latina. O comércio de tabaco, coca, café, cola, chá e ópio no velho continente avançou a par e passo com a história da navegação portuguesa.

As descobertas, a imposição do regime colonial em África e na América, a introdução de novos costumes em função do intercâmbio cultural que aí se iniciou e os movimentos sociais e religiosos que marcaram este período, foram fatores que parecem ter contribuído para instalar entre os povos ocidentais um clima de receptividade bastante alargado em relação ao consumo de drogas.

A história política e sócio-religiosa deste período faz-nos pensar também na relação existente entre a expansão do consumo de drogas e aquilo que parece ser a eterna necessidade humana de depender e de ter fé em alguma coisa. A queda de grandes impérios, o enfraquecimento de dogmas religiosos e a convulsão social gerada pelas disputas territoriais têm sido, através dos tempos, um fator que gera entre os povos o problema da instabilidade e da insegurança. Mais do que isto, parece-nos que nestes momentos é a própria identidade do sujeito que é posta em questão. Coincidentemente ou

não, tem-nos sido dito através da história que, nos períodos que sucedem eventos desta natureza, assiste-se sempre a ondas de agravamento no consumo de drogas.

No caso do ópio, pode-se dizer que o seu consumo espalhou-se pelo mundo através do movimento emigratório dos povos asiáticos. Entre os chineses e indianos, principalmente, o consumo regular desta substância era algo que se desenvolvia a partir da infância, e este costume foi levado por eles para os demais continentes.

O elemento ativo do ópio, mais tarde denominado morfina, foi identificado por um pesquisador alemão chamado Frederick Serturmer em 1804; vinte anos mais tarde, adotou-se o uso desta substância como antídoto à dependência provocada pelo ópio.

Consta que esta prática manteve o consumo dos opiáceos controlado até a invenção das seringas hipodérmicas, fato que espalhou entre os povos asiáticos a falsa crença de que a morfina, quando ingerida por via intra-venosa, não provocava dependência. Este erro provocou uma extraordinária intensificação do consumo de morfina e, tempos depois, outro grave engano seria cometido: com a morfinomania largamente espalhada pelo mundo, tratou-se de procurar outra solução química para o problema e, em 1898, sintetizou-se um outro derivado opiáceo para combater os efeitos da dependência à morfina: falamos, evidentemente, da heroína, substância poderosa que, infelizmente, nos é hoje bastante conhecida.

Outras tentativas desta natureza foram feitas a partir da síntese de substâncias como a metadona e o Dolosal, mas pouco se pôde fazer neste sentido até agora.

A partir dos anos 60, o mundo assistiu a uma explosão do consumo das drogas chamadas “ideológicas”, substâncias que reforçavam a tendência existente naquela altura de se romper com tudo o que dissesse respeito a normas socialmente pré-estabelecidas. Esta epidemia fez parte do grande movimento social de contra-cultura que marcou esta década, e cuja maior expressão se deu através do movimento hippie e de seus ídolos. O consumo de alucinógenos, como a cannabis e o LSD, tornou-se prática corrente entre os jovens. Esta onda contestadora provocou na sociedade uma também forte reação no sentido de coibir e resolver a questão da toxicodependência.

Nos anos que se seguiram, muito se tentou fazer a nível das políticas governamentais, mas os anos 70-80 trouxeram com eles uma nova onda de expansão do mercado das drogas. Tem-se notado desde então a progressão da heroïnomania e da cocainomania nos países ocidentais. As drogas pesadas passaram a dominar por completo o panorama internacional dos consumos.

Para além disto, tem-se observado também um incremento do abuso na administração de barbitúricos, anfetaminas, sedativos hipnóticos e cannabis. Cresce também a cada dia o número de óbitos por overdose no mundo ocidental. Por outro lado, o consumo de LSD

parece ter regredido ou pelo menos estagnado. Em suma, o mercado atual parece ficar cada dia mais rico nas alternativas ilícitas que oferece aos seus consumidores.

Como se sabe, a questão da toxicodependência vem ganhando espaço no panorama político internacional. Muitos têm sido os esforços no sentido de se compreender e combater a expansão do consumo de drogas mas, a criatividade humana, talvez em sua vertente mais maligna, inova sempre na sua capacidade de encontrar novas substâncias psico-ativas consumíveis. Como em qualquer tipo de transação comercial, é a demanda que determina o ritmo de produção e de vendas. Entre os fármacos produzidos por respeitáveis laboratórios, a licitude e a fachada sociável do álcool e o tráfico de drogas pesadas, são muitos os interesses que ditam os caminhos do sujeito adicto.

Façamos então uma breve revisão ilustrativa das origens, dos efeitos e características das principais substâncias tóxicas comercializadas hoje em dia.

1.2 Ilustração: O Mercado das Drogas

Álcool Etílico

Trata-se de uma droga legalizada e comercialmente muito lucrativa. Foi, muito provavelmente, a primeira droga utilizada pelo homem. Especula-se que, já na Pré-História, nossos antepassados utilizavam-se de bebidas fermentadas, que podiam ser facilmente obtidas através da exposição ao ar de qualquer fruto durante alguns dias. Sabe-se que há quase seis milênios, os antigos egípcios já registravam o emprego do álcool como bebida intoxicante e anestésica.

Além do seu uso como “estimulante” social, o álcool chegou a ser prescrito como remédio para todos os males, mas em todos revelou-se ineficaz.

Sua influência no campo religioso, contudo, é inegável: os gregos adoravam Dionísio, ser divino adotado pelos romanos como Baco, o deus do vinho. Mais tarde o vinho tornou-se parte importante das cerimônias católicas (como a comunhão) e judaicas (como o *bar mitzvahs*). Nos rituais de candomblé, o álcool está presente como oferenda a certas entidades espirituais; já o Corão, livro sagrado do Islamismo, proíbe veementemente o seu uso.

Do ponto de vista médico, o abuso do álcool leva à dependência física e psicológica, podendo provocar danos irreversíveis ao organismo. Ele pode induzir o rompimento de veias e deteriorar o cérebro, rins, fígado e estômago. Usado em excesso, o álcool produz tolerância, isto é, a necessidade de consumir doses cada vez maiores para se alcançar os mesmos efeitos. Esta característica, entretanto, é revertida quando a pessoa atinge estágios extremos de alcoolismo, em que a deterioração das funções hepáticas é tão profunda que o organismo já não consegue processar a droga antes dela chegar ao cérebro. O alcoolismo prolongado também pode produzir sequelas do gênero: diminuição da potência sexual e o aparecimento de distúrbios psíquicos com quadros alucinatórios.

Quando ingerido em pequenas doses, o álcool tem funções desinibidoras e pode diminuir a ansiedade e aumentar a auto-confiança. Se os consumos ultrapassam este limite, o estado de espírito começa a declinar e a auto-confiança se desfaz. O indivíduo começa a sentir-se confuso, há falhas de memória e pode surgir um déficit na capacidade de concentração. Emerge a agressividade e a fala torna-se enrolada. O controle emocional fica debilitado e há o risco do sujeito entrar em depressão.

Barbitúricos:

Embora os barbitúricos já tivessem sido inventados na Bélgica desde de 1684, foi somente no ano de 1912 que se lançou no mercado a sua primeira versão comercial, chamada Veronal. De lá para cá, mais de 2500 derivados do ácido barbitúrico já foram desenvolvidos.

Inicialmente acreditava-se que esta droga representava a cura perfeita para a insônia e ansiedade mas, a partir da década de trinta, começaram a surgir indicadores da existência de sérios efeitos colaterais. A manifestação de tais efeitos potencializa-se nos casos em que ocorre o consumo simultâneo de substâncias alcóolicas. Apesar disto, a droga popularizou-se enormemente e, até meados dos anos 70, ainda se encarava os barbitúricos como substâncias inofensivas.

A sua ação dá-se sobre o sistema nervoso central, deprimindo ou inibindo os sinais nervosos do cérebro, alterando o equilíbrio químico e reduzindo as funções de alguns sistemas orgânicos. A ação neurológica é diminuída, assim com o batimento cardíaco, a pressão sanguínea e a respiração. Simultaneamente ocorre um relaxamento geral da musculatura. Os efeitos da droga aumentam de acordo com a dosagem, ao mesmo tempo em que são desaceleradas as funções do corpo, produzindo como consequência desde o alívio da ansiedade até a sedação, hipnose, anestesia, coma e morte.

A curto prazo os efeitos dos barbitúricos assemelham-se aos do álcool. Ansiedades e tensões dissolvem-se num calmo e pacífico relaxamento. As preocupações desaparecem numa intoxicação nebulosa em que nada realmente importa. A longo prazo, o uso regular de barbituratos pode levar a sintomas crônicos: sonolência contínua, memória falha, dificuldade para concentrar a atenção, perda da coordenação motora, instabilidade emocional, náuseas, ansiedade, nervosismo, movimentos involuntários dos olhos, fala enrolada e mãos trêmulas. Reações paranóides e aumento da hostilidade podem induzir atos de violência. Com o uso repetido e prolongado o organismo adquire tolerância mas, ao contrário dos opiáceos, esta desenvolve-se gradualmente e pode desaparecer depois de uma ou duas semanas de abstinência da droga. A síndrome de abstinência, no caso de usuários crônicos, pode durar até duas semanas e inclui a perda de apetite, insônia, ansiedade, transpiração excessiva, agitação motora, náuseas, câimbras, aceleração cardíaca, febre, convulsões e reações parecidas com a epilepsia. Em casos extremos ocorrem *delirium tremens*, tal como nas crises alcoólicas, resultando em estados psicóticos, exaustão, colapso cardiovascular, falha dos rins e, finalmente, a morte.

Tranquilizantes

Os tranquilizantes foram inventados no século vinte com o objetivo de aliviar as tensões, ansiedades e temores. Juntamente com o álcool e o tabaco, são as drogas mais vendidas no mundo e subdividem-se em várias categorias (Benzodiazepinas, Meprobamatos, Metaqualona, Fenobarbitais e Fenotiazinas). O seu efeito, de modo geral, tem a ver com a sua capacidade de deprimir o sistema nervoso central.

Em alguns usuários os tranquilizantes podem produzir estimulação em vez de sedação, tendo como consequência a hiperexcitabilidade, insônia e irritabilidade. Doses excessivas podem causar tremores, perda da coordenação motora e convulsões.

Beladona:

Conhecida desde a Antiguidade, a beladona era usada em Roma para aumentar o tamanho das pupilas femininas, deixando-as mais brilhantes e mais bonitas, de acordo com os padrões estéticos da época. Daí a origem do nome, que em italiano quer dizer “bela mulher”.

Trata-se de um arbusto da família das solanáceas e os seus elementos ativos são os alcalóides hisciamina, atropina e escopolamina, que podem formar uma combinação mortal quando tomada até em doses mínimas. Na Europa, durante a Idade Média, a beladona foi muito usada por feiticeiras, principalmente em Alemanha e em França, como parte de um “unguento para voar”. Acredita-se que muitas das lendas e dos efeitos atribuídos às bruxas tenham sido resultado de alucinações produzidas por esta droga.

A beladona produz um estado que começa com sensações hipnóticas e alucinógenas, seguidas de visão embaçada e de um aumento da sensibilidade à luz. Uma intoxicação a nível médio gera impressões de secura na garganta, com subseqüentes irritação e náuseas, terminando em sono profundo. Passados os primeiros efeitos da “viagem”, sobrevém um sentimento de medo, inquietude e confusão mental. Intoxicações severas induzem a acessos de raiva, cegueira e paralisia, podendo terminar em coma e morte por parada do sistema respiratório.

Anfetaminas:

As anfetaminas surgiram no século XIX, tendo sido sintetizadas pela primeira vez na Alemanha em 1887. Cerca de 40 anos depois, a droga começou a ser usada por médicos para tratar a fadiga, para ventilar as passagens nasais e os brônquios, e para estimular o sistema nervoso central.

Em 1932 foi lançada em França a primeira versão comercial da droga, com o nome de Benzedrine, em forma de pó para inalação. Tempos depois, já em forma de pílulas, foram vendidas mais de 50 milhões de unidades de Benzedrine só nos três primeiros anos após a sua introdução no mercado.

Durante a Segunda Guerra Mundial, tanto os aliados quanto as potências do Eixo, empregaram sistematicamente as anfetaminas como forma de elevar o moral das tropas, reforçar a resistência e eliminar a fadiga de suas forças militares. A febril produção de anfetaminas para atender aos pilotos da Luftwaffe, a força aérea de Hitler, gerou excedentes que foram distribuídos posteriormente entre os soldados japoneses; perto do fim da guerra, os operários das fábricas japonesas de munição receberam generosos suprimentos da droga e, como resultado, no período que se seguiu ao fim dos conflitos armados, o Japão possuía 500 mil novos viciados.

No início da década de 50, militares americanos servindo no Japão e na Coréia aderiram e popularizaram o uso do *speedball*, uma mistura injetável de heroína e anfetaminas que ainda hoje é largamente difundida entre os jovens.

Eficazes na supressão do apetite, as anfetaminas têm sido também intensamente empregadas no tratamento contra a obesidade. Para além disto, durante muito tempo utilizaram-se estas substâncias para tratar a depressão, a epilepsia, o mal de Parkinson e a narcolepsia.

A sua ação dá-se ao nível do sistema nervoso central, através de uma intensificação da norepinefrina, neuro-hormônio que ativa partes do sistema nervoso simpático. Os efeitos produzidos são muito parecidos aos da adrenalina, levando o coração e os sistemas orgânicos a trabalharem em alta velocidade. A anfetamina é rapidamente assimilada pela corrente sanguínea e, logo depois de ser ingerida, provoca arrepios seguidos de sentimentos de confiança e presunção. As pupilas dilatam-se, a respiração torna-se ofegante, o coração bate freneticamente e a fala torna-se atropelada. Experimenta-se um estado de euforia, enquanto o corpo se agita numa intensa liberação de energia. Quando esta energia começa a se extinguir, surge uma sensação de inquietação, nervosismo e agitação motora que podem levar à fadiga. Surgem sentimentos de perseguição e de tonalidade depressiva.

O seu uso prolongado pode criar uma reação tóxica no organismo, conhecida como psicose anfetamínica. Este quadro pode durar algumas semanas e inclui sintomas como: irritabilidade, insônia, alucinações e até a morte, em casos extremos. Os sonhos de quem abusa das anfetaminas são perturbados e interrompidos, e o seu sono é pouco reparador.

Ecstasy:

A substância 3-4 Methylene dioximetametamina (MDMA) foi patenteada em 1913 pelo laboratório alemão Merck. Nesta altura, tudo indica que tenha sido clandestinamente vendida como tratamento para a obesidade, não tendo entretanto sido oficialmente comercializada como tal.

Quarenta anos mais tarde, em função dos experimentos realizados pelo exército americano em busca de drogas que pudessem ter alguma aplicação militar, o MDMA parece ter sido largamente estudado como um possível soro da verdade. No entanto, também neste caso, não há evidências que comprovem este fato.

A partir dos anos oitenta, esta substância passou a ser testada nos EUA como uma substância psicoterapêutica. Psicólogos e psiquiatras espalhados pelo país, foram treinados para introduzir e avaliar a eficácia da substância em tratamentos desta natureza, e durante algum tempo acreditou-se que o MDMA pudesse ser o mais potente aliado químico utilizado até então.

Em 1984, o MDMA era ainda considerado uma droga legal pelo governo americano e o seu sucesso fez com que saltasse dos consultórios médicos, diretamente para as ruas como uma droga popular. Entre os estudantes, principais consumidores, ela passou a ser chamada *Ecstasy*, ou *fun drug*.

A rápida expansão dos consumos entre os jovens, a exemplo do que acontecera duas décadas atrás com o LSD, chamou a atenção do FDA (Federal Drug Administration), que levantou obstáculos legais contra a livre comercialização, impondo inclusive restrições à pesquisa do MDMA.

A droga combina dois efeitos antagônicos, atuando simultaneamente como estimulante e relaxante, para além de proporcionar as sensações de empatia, paz interior e “mente aberta”. Os efeitos variam de acordo com as diferenças de *setting*, estado de humor e demais características subjetivas de cada consumidor.

A sua ação pode ser comparada a dos antidepressivos de última geração, por exemplo o Prozac, no que diz respeito a provocar sensações de bem estar, de auto-consciência e auto-confiança, e capacidade para experimentar as emoções com maior clareza. Ao reduzir os níveis de serotonina no cérebro, provoca também alívio da tensão muscular e dissolução do medo e da dor.

Os efeitos colaterais podem ser desconfortáveis e vão desde a boca seca, sinal da profunda desidratação causada pelo aumento do metabolismo, perda de apetite, reações musculares, câimbras e náuseas. Há pesquisas atuais indicando a possibilidade de danos neurológicos graves em casos de uso prolongado. Também há registros de mortes causadas pela sobrecarga metabólica induzida pela droga e por situações extremas de desidratação.

O *Ecstasy* tem sido amplamente difundido como a “*dancing drug*” e o seu consumo em forma de pastilhas, vendidas em bares e discotecas da moda, tem tomado proporções extremamente preocupantes.

Cocaína:

Sintetizada em 1859, a cocaína tem como origem a planta *Erythroxylon coca*, um arbusto nativo da Bolívia e do Peru, em cuja composição química encontram-se os alcalóides Cocaína, Anamil e Truxillina. Duas variedades da planta dominam o mercado: a *huanaco*, coca boliviana de folhas ovais e de coloração marrom-esverdeada, e a coca peruana, de folhas bem menores e cor verde-clara, que contém muito mais alcalóide de que as plantas que medram na Bolívia. A droga também pode ser obtida a partir de um arbusto aparentado à *Erythroxylon coca* - o epadu, que cresce na Amazônia e é utilizado há séculos pelos índios da região.

Na civilização Inca, o uso da folha de coca era controlado pessoalmente pelo Imperador. O maior privilégio que um inca podia obter era conquistar o direito de mascar as folhas de coca. Já os nobres costumavam ser sepultados com uma generosa provisão de folhas para abastecê-los no paraíso incaico. Mascadas, as folhas de coca produzem euforia e enorme capacidade de trabalho. Nos altiplanos da Cordilheira dos Andes, o costume de mascar as folhas da coca existe até hoje entre os habitantes, ajudando-os a enfrentar os problemas da altitude e os rigores do clima.

A cocaína propriamente dita, ou cocaína hidrocloreto, é uma substância branca, amarga e inodora, na forma de cristais ou pó, e que pode ser bebida, aspirada ou injetada. As propriedades primárias da droga, quando aplicada externamente, bloqueiam a condução de

impulsos nas fibras nervosas, produzindo uma sensação de amortecimento e enregelamento. A droga também é vaso constritora e pode ser útil para controlar hemorragias e como anestésico local.

Ingerida ou aspirada, a cocaína age sobre o sistema nervoso periférico, inibindo a reabsorção, pelos nervos, da norepinefrina (substância orgânica semelhante à adrenalina). Desta forma ela potencializa os efeitos da estimulação dos nervos. Para além disto, a cocaína é também um estimulante do sistema nervoso central e pode afetar, no cérebro, as áreas motoras, causando uma agitação intensa. A ação da cocaína no corpo é poderosa, porém breve, em função da sua rápida metabolização pelo organismo.

Sua aspiração por período prolongado danifica as mucosas nasais, podendo inclusive causar a perfuração do septo nasal. Doses elevadas, consumidas regularmente, causam sangramento do nariz e coriza persistente, além de palidez, suor frio, convulsões, desmaios e parada respiratória. A quantidade necessária para provocar uma overdose varia de uma pessoa para outra, e a dose fatal pode ir de 0,2 a 1,5 grama de cocaína pura. A possibilidade de overdose, no entanto, é maior quando ela é injetada diretamente na corrente sanguínea.

O efeito da cocaína pode levar a um aumento da excitabilidade, ansiedade, elevação da pressão sanguínea, náuseas e até mesmo alucinações. Por ser uma substância de efeito

rápido e intenso, a cocaína estimula o usuário a utilizá-la seguidamente para fugir da profunda depressão que se segue ao seu efeito.

Alucinogéneos Fúngicos:

Os fungos alucinogéneos têm desempenhado através da história um papel importante em diversas cerimônias religiosas. Os Maias, que habitavam a Guatemala há 3500 anos, utilizavam um fungo conhecido na língua nahuátl como “teonanácatl”, a “carne de deus”, e que pertencia provavelmente ao gênero *Psilocybe*, hoje largamente conhecido por nós. Aliás, o primeiro registro histórico do consumo de cogumelos *Psilocybe* data de 1502, durante a coroação do Imperador Montezuma. Conta-se que os conquistadores espanhóis que dominaram a América Latina, despreparados e assustados pelos efeitos da droga, tomaram a decisão de proibir a religião nativa e o uso de fungos alucinogéneos.

Albert Hofmann, o químico suíço descobridor do LSD, foi o primeiro a extrair psilocibina e psilocina destes cogumelos. Alguns cientistas acreditam que estas substâncias abrem uma porta para o subconsciente, permitindo que a realidade passe a ser percebida de outra forma. Tais substâncias são classificadas como alucinogéneos, embora seus efeitos sejam mais ilusórios do que alucinogénicos. Há experiências em laboratório que revelam que a ação da psilocibina é determinada pelas condições emocionais do usuário e pelo ambiente em que se desenrola a sua utilização. As reações iniciais são basicamente físicas: náuseas, dilatação das pupilas, aumento da pressão sanguínea e da temperatura. Começa então o período de percepção sensorial ampliada: as cores se destacam, detalhes minúsculos de objetos são revelados e estruturas coloridas cruzam o campo de visão. O efeito pode

degenerar em desorientação espacial, reações paranóicas, incapacidade de distinguir entre fantasia e realidade, pânico e depressão.

Outro cogumelo alucinogéneo famoso é o *Amanita muscaria*, considerado por alguns estudiosos como sendo o cogumelo citado por Lewis Carroll no livro Alice no País das Maravilhas. Ele contém diversas substâncias alucinogénicas como o muzcavon, ácido ibotênico, muscimelk e bufotenina. Como estes elementos permanecem intactos em sua passagem pelo organismo, sabe-se que os povos primitivos da Sibéria costumavam armazenar a urina de usuários de *Amanita*, que era assim utilizada como droga alucinógena.

Os efeitos começam entre quinze e vinte minutos depois de ingerido o fungo e duram cerca de sete horas. As sensações iniciais incluem vertigens, confusão, secura da boca, respiração acelerada, náuseas, vômitos e diarréias. Depois disto o usuário é induzido a um sono leve de cerca de duas horas, experimentando visões e sensações semelhantes a dos sonhos. O uso prolongado da droga pode levar à debilidade mental e à loucura. Doses excessivas resultam em delírios, convulsões, coma profundo e morte em consequência de parada respiratória.

Mescalina

A mescalina é o principal alcalóide entre os vários existentes no cacto peiote, cientificamente conhecido como *Lophorophora williamsii*. Ela foi isolada pela primeira vez em 1896, na Alemanha, e o seu nome vem dos apaches mescaleros, uma tribo mexicana que tinha entre os seus hábitos religiosos, uma cerimônia que incluía o consumo desta substância.

A sua ação dá-se através da estimulação das áreas visuais e visório-psíquicas do cérebro. Ocorrem sintomas de bloqueio dos sistemas muscular e neuromuscular, assim como aumento da temperatura e da pressão sanguínea e dilatação das pupilas. Estas mudanças fisiológicas precedem uma profunda alteração da percepção visual: as cores intensificam-se, enquanto os objetos passam por transformações fantasmagóricas, mudando de forma e de cor. São comuns as sensações sinestésicas, mas a capacidade intelectual e o discernimento permanecem intactos e funcionais. Embora a tolerância se desenvolva muito rapidamente, sabe-se que a mescalina não provoca dependência física e nem psicológica.

LSD

A dietilamida do ácido lisérgico é das drogas mais potentes de que se tem conhecimento: menos de 30 gramas são suficientes para produzir mais de trezentas mil doses. Em estado puro, o LSD - um derivado semi-sintético do ácido lisérgico - apresenta-se em forma de cristais, e os efeitos produzidos por uma dose, que em geral contém de 50 a 400 gramas, duram cerca de dez horas.

A história do LSD é relativamente recente. Ela começa em 1943, com o químico suíço Albert Hoffman, um dos técnicos dos Laboratórios Sandoz, que trabalhava à procura de derivados do *Claviceps purpurea*, também conhecido como “ergot”, um fungo que atacava as plantações de centeio. Os alcalóides deste fungo já haviam sido isolados alguns anos antes, mas pela primeira vez, o Dr. Hoffman constatou a sua presença em plantas mais elevadas, como as da família das Convolvuláceas. Sabe-se que estas plantas - *Arivea corymbosa* e a *Ipomoea violacea* - eram empregadas há séculos na América Central pelos índios zapotecas. Além disto, acredita-se que os alcalóides sintetizados por Hoffman no fungo do centeio, foram os responsáveis pelos delírios que acompanharam os sintomas da peste negra, que grassou pela Europa na Idade Média, altura em que populações inteiras intoxicaram-se ao comer pão feito com o centeio contaminado pelo *Claviceps purpurea*.

Ao realizar experiências com o ácido dietilamida d-lisérgico, a vigésima quinta substância extraída nos testes com o fungo, o Dr. Hoffman absorveu, acidentalmente, através da pele,

uma quantidade mínima da droga. Intrigado com os efeitos que experimentou, o cientista batizou a substância como LSD-25 e passou a investigá-la mais aprofundadamente como uma droga capaz de deflagrar um estado alterado de percepção da realidade.

Nos anos sessenta, o LSD-25 foi experimentalmente muito utilizado em sessões de psicoterapia, principalmente nos Estados Unidos, onde o seu uso era considerado legal. Das clínicas e universidades, a droga espalhou-se pelo mundo e, junto com a beatlemania e a revolução sexual, tornou-se um dos estandartes daquilo que para muitos representou o início da Era de Aquário.

Apesar de ser oficialmente classificado como uma substância alucinógena, alguns especialistas discordam deste tipo de enquadramento, já que o seu uso não provoca alucinações verdadeiras. Na realidade, considera-se o LSD como uma substância psicomimética, isto é, que induz sintomas que simulam quadros psicóticos. Sabe-se que a droga permanece no cérebro cerca de vinte minutos e os seus efeitos estão ligados à liberação ou à inibição dos neuro-hormônios. A experiência varia de pessoa para pessoa e pode induzir a sensações sinestésicas e a alteração da percepção espacial e das cores; o sentido de tempo desfaz-se e o passado/presente/futuro parecem não ter fronteiras. O usuário de LSD também pode ser surpreendido por um fenômeno conhecido por *flashback*, em que os efeitos da droga ressurgem espontaneamente muito dias depois de ela ter sido consumida. Acredita-se, no entanto, que este fenômeno esteja ligado a fatores psicológicos, muito mais do que a fatores químicos.

Cannabis Sativa:

O haxixe é uma das várias preparações possíveis da planta *Cannabis sativa*, erva originária da Ásia, e da qual são extraídas outras drogas como a maconha, o bhang, kif, etc. A planta cresce em estado selvagem no mundo inteiro e recebe nomes diferentes em cada região. Seu princípio ativo, concentrado na resina das folhas e flores superiores, é o delta-9-tetrahydrocannabinol, conhecido simplesmente como THC.

Fumado comumente como cigarro que contém de 4 a 40 miligramas de THC, o haxixe produz efeitos psicológicos e químicos que lhe são peculiares. Pessoas diferentes estão sujeitas a reações diversas, e a droga pode ser levemente alucinógena, relaxante, tranquilizante, estimulante do apetite ou intoxicante. Os efeitos variam na proporção da quantidade fumada, da potência do produto e da personalidade do usuário. Os efeitos produzidos começam alguns minutos após a ingestão da droga e duram cerca de duas horas. As únicas alterações físicas causadas pelo haxixe são: aceleração temporária do batimento cardíaco, e o conseqüente aumento da pressão sanguínea, ligeira redução da temperatura, avermelhamento dos olhos e secura da boca e das vias respiratórias.

Os efeitos psicológicos podem ser a calma e introspectiva euforia ou o aumento da sociabilidade do usuário. Podem ocorrer alterações na percepção da realidade interna e externa. O sentido da audição é apurado e, em alguns usuários pode ocorrer um aumento da ansiedade e de sentimentos de perseguição. Não são conhecidos casos de morte por

intoxicação pelo haxixe, nem provas definitivas de que ele cause esterilidade, dano cerebral ou impotência sexual, problemas comumente associados ao seu uso. A controvérsia sobre os malefícios do haxixe ainda não chegou ao fim, embora a droga seja conhecida e utilizada há milênios. Registros feitos na China em 2737 a.C., contam que a *Cannabis sativa* já era empregada naquela época em preparados medicinais. A planta é citada no Velho Testamento, onde Salomão canta e louva as propriedades da erva, por ele denominada *kalamo*. Documentos deixados por Marco Polo revelam que o haxixe era cultivado na Ásia e no Oriente Próximo não apenas por causa de suas fibras, usadas na fabricação de cordas e tecidos, mas também por suas propriedades psicoativas. Intelectuais e escritores europeus do século dezenove foram os primeiros a difundir no Ocidente o uso recreativo da *Cannabis*.

Para além disto, ela vem sendo utilizada há muito tempo para fins medicinais: na China ela foi usada há quatro mil anos como anestésico, e existem evidências de que os antigos egípcios a recomendavam como remédio para os olhos. Entre os povos africanos e asiáticos tem sido utilizada para aliviar a tosse, dores de cabeça e cólicas menstruais. A história registra também que o médico particular da rainha Vitória da Inglaterra concluiu, no século dezenove, que a *Cannabis* tinha aplicações no tratamento de enxaquecas, insônia senil, depressões, estados epilépticos, cólicas e ataques de asma. Ainda neste século ela chegou a ser recomendada no tratamento do tétano, dores reumáticas, asma, psicoses pós-parto, convulsões, gonorréia e bronquite crônica. A sua aplicabilidade

médica reduziu-se nas primeiras décadas deste século com o descobrimento dos barbitúricos e da morfina.

Lúpulo

Utilizado na fermentação da cerveja, o lúpulo - *Humulus lupulus* - é uma planta trepadeira cujas flores contém lupulina, um pó amarelo e resinoso que está quimicamente relacionado ao THC (tetrahydrocannabinol), o ingrediente psicoativo da *Cannabis sativa*.

Tomadas como chá, as flores de lúpulo têm efeito sedativo. Fumadas, seu efeito torna-se narcótico. Usado em excesso, o lúpulo pode causar vertigens e intoxicação.

Ópio

Como já foi referido antes, o ópio é produzido a partir da resina extraída das cápsulas das sementes da papoula - *Papaver somniferum*, planta originária da Ásia Menor e cultivada na Turquia, Irã, Índia, Líbano, Grécia, Bulgária e sudoeste da Ásia. A droga é feita retirando-se um líquido leitoso das cápsulas da papoula que, depois de desidratado, resulta numa pasta amarronzada. Esta pasta, depois de fervida e processada, transforma-se em ópio.

No mercado ilegal, o ópio é vendido em barras ou é reduzido a pó e embalado em cápsulas ou comprimidos. Em contato com o fogo, o ópio perde as suas características narcóticas, o que faz com que ele possa ser fumado diretamente. O consumo é feito por inalação, por chá ou, no casos dos comprimidos, dissolvendo-os debaixo da língua. Os efeitos fazem com que o usuário mergulhe num relaxamento calmo e tranquilo por cerca de três horas, período em que desaparecem todas as ansiedades cotidianas, ao mesmo tempo que o discernimento e a coordenação permanecem inalterados.

Como é sabido, a droga produz tolerância e o aumento da dosagem provoca o sono e a redução da respiração e da pressão sanguínea, podendo evoluir, em caso de overdose, para náuseas, vômitos, contração das pupilas e sonolência incontrolada, passando à morte por falha respiratória. Como o ópio causa grave dependência, o usuário frequente pode

morrer em razão da síndrome de abstinência, caso o seu uso seja suspenso de maneira abrupta.

Heroína:

A heroína é descendente direta da morfina, e ambas estão tão relacionadas que a heroína, ao penetrar na corrente sanguínea e ser processada pelo fígado, transforma-se em morfina. A droga tem a sua origem na papoula, planta da qual é extraído o ópio. Processado, o ópio produz a morfina e desta extrai-se a heroína. A papoula empregada na produção da droga é cultivada majoritariamente no México, Turquia, China, Índia e também nos países do chamado triângulo dourado: Birmânia, Laos e Tailândia.

A morfina, alcalóide natural do ópio, foi a primeira droga opiácea a ser produzida, em 1804. Como poderoso analgésico que é, tem a capacidade de deprimir o sistema nervoso central e teve suas propriedades amplamente empregadas para tratar de feridos durante a Guerra Civil Americana, em meados do século passado. No final do conflito, quarenta e cinco mil veteranos encontravam-se viciados em morfina, o que despertou na comunidade médica a certeza de que a droga era realmente perigosa e altamente causadora de dependência. Mesmo assim a morfina continuou a ser usada nos Estados Unidos para tratar a tosse, diarreias, cólicas menstruais e dores de dente, sendo vendida não só em farmácias, mas em docerias e até por reembolso postal.

Como consequência, o número de viciados continuou a crescer, e os problemas causados pela droga eram cada vez mais evidentes. Preocupados, os cientistas passaram a procurar um substituto seguro para a morfina. Em 1898, nos laboratórios da Bayer, na Alemanha, surgiu o que se acreditou na época ser o substituto ideal: a diacetilmorfina, uma substância

três vezes mais potente que a primeira. Devido a essa potência, considerada “heróica”, a Bayer resolveu batizar oficialmente a nova substância com o nome de heroína.

A heroína foi aplicada em viciados em morfina, e os cientistas comprovaram que a droga aliviava os sintomas de abstinência dos morfinômanos. Durante doze anos acreditou-se que a heroína pudesse substituir, segura e eficazmente, a sua antecessora. Além das doenças anteriormente “tratadas” pela morfina, a heroína foi utilizada também como remédio na cura do alcoolismo. No entanto, o tempo encarregou-se de mostrar que a heroína é ainda mais viciante que a morfina e que a dependência gerada pelo seu uso prolongado é de difícil tratamento.

Em 1912, os Estados Unidos assinaram um tratado internacional visando acabar com o comércio de ópio no mundo inteiro. Pouco tempo depois foram criados mecanismos legais que tornaram a heroína uma droga ilegal. Estas medidas criaram uma situação peculiar: antes de 1914 muitas pessoas haviam-se tornado viciadas em heroína ao consumir a droga como remédio; a partir deste ano, os dependentes foram transformados em marginais que tinham que recorrer ao mercado negro para fugirem aos desagradáveis sintomas da síndrome de privação.

Ao ser ingerida, a heroína pode inicialmente causar náuseas e acessos de vômitos, mas à medida em que o organismo se adapta aos efeitos da droga, o usuário passa a experimentar um estado de excitação e euforia - o flash, que em muito se assemelha ao prazer sexual.

Simultaneamente, a droga induz temporariamente sensações de paz, alívio e satisfação. Como o efeito é relativamente breve, o usuário vê-se compelido a repetir a dose sucessivamente. O uso prolongado de heroína faz com que doses cada vez maiores sejam necessárias, já não pela sensação de prazer produzida, mas para que o sujeito possa evitar os sintomas da síndrome de abstinência. Com o tempo o usuário torna-se apático, letárgico, e obcecado pela droga, perdendo todo o interesse pelo mundo que o cerca.

Os sintomas advindos da privação incluem: dores corporais intensas, febre, sudorese, náuseas, diarreias, tremores, depressão, perda do apetite, fraqueza, crises de choro, vertigens, e ansiedade intensa.

Solventes:

São três as principais drogas enquadradas nesta categoria: o toluene, o éter e o clorofórmio. O toluene é o elemento ativo da cola de sapateiro, cola de aerodelismo, fluido de isqueiro, tinta, gasolinas, desodorizantes e etc. A inalação de vapores liberados por estes produtos provoca efeitos similares aos do álcool, assim como alucinações quando em doses muito elevadas. Os seus efeitos incluem euforia, confusão mental, inquietação, desorientação espacial e perda da coordenação motora. Inalações repetidas podem causar vertigens, alterações na percepção das cores e distorção do sentido de tempo e espaço. A sua ação dá-se devido a sua capacidade de deprimir o sistema nervoso central e acredita-se que os danos causados a nível cerebral sejam irreversíveis e bastante graves. Em grandes doses esta droga pode corroer as membranas nasais, destruir o tutano dos ossos e até matar.

O éter, conhecido cientificamente como eterdietil, foi descoberto no século treze e é produzido a partir da desidratação do álcool etílico pelo ácido sulfúrico. Durante muito tempo foi utilizado como anestésico em função da sua capacidade de inibir o sistema nervoso central. O seu consumo prolongado pode provocar gastrites e até a morte em caso de overdose

O clorofórmio foi descoberto simultaneamente em França, nos Estados Unidos e na Alemanha em 1931, e trata-se de uma substância líquida, pesada e incolor, que desprende

vapores quando em temperatura ambiente. A inalação em pequenas doses destes vapores causa euforia e desinibição, e em casos de doses extremas pode provocar a morte súbita por depressão circulatória. Durante muito tempo foi utilizado medicamente como anestésico, mas devido aos perigos relacionados à overdose, foi sendo paulatinamente substituído por outras substâncias menos perigosas.

1.3 A Personalidade do Toxicodependente:

A Psiquiatria Clássica costumava pensar a Toxicodependência como uma perturbação mental de origem puramente exógena. Esta perspectiva foi alterada com a publicação dos trabalhos de Rado (1933), a partir de onde se passou a reconhecer que não é o agente tóxico, mas sim a impulsão a se servir dele o que caracteriza a toxicomania.

O termo “tense depression” foi introduzido por este autor no vocabulário psicanalítico da época, no sentido de representar o estado de espírito que comumente acompanha o início dos consumos. A descrição deste estado inclui um sentimento aumentado de intolerância à frustração e uma forte ansiedade dolorosa. A vulnerabilidade que se instala no sujeito a partir deste ponto transforma o encontro com a droga num evento profundamente tentador, porque sinônimo de alívio, euforia, aumento da auto-estima e da tonalidade afetiva. Rado (1933) afirmou que *“o papel da depressão é então o de sensibilizar o doente ao efeito prazer-farmacogênico”* proporcionado pela droga.

Em termos de desenvolvimento, sabe-se que o nascimento representa para nós humanos, o fim de um período homeostático e, portanto, de satisfação plena, vivido no útero materno. Durante a gestação, o bebê tem a oportunidade de desfrutar de uma sensação de unidade perfeita com a mãe e desconhece totalmente o conceito de ausência.

Ao nascer, o Ego infantil que até então não existia como uma unidade autônoma, tem que se desenvolver rapidamente. O vivido megalômano experimentado durante o período intra-uterino tem agora que se desfazer na medida em que o sujeito entra em contato com a realidade pós-parto, frustrante por condição. Isto significa ter que se passar subitamente de um regime dominado pela onipotência narcísica original, a um estado cada vez mais limitado pelo princípio da realidade.

Porém, aquela experiência única, ligada à dimensão narcísica original, parece ficar definitivamente registrada na mente do sujeito; inicia-se então aquilo que será a sua eterna busca pelo caminho que, eventualmente, o poderá conduzir ao reestabelecimento desta ligação. É sabido, no entanto, que a fonte primeira da angústia humana nasce justamente desta expectativa, sempre frustradora, de retomar o vivido onipotente infantil. O saber-nos separados, limitados e logo, mortais, é um problema que tem as suas raízes fundadas nesta primeira experiência humana de separação.

«Na depressão ansiosa, o Eu vai comparar a sua impotência para fazer frente às frustrações, com a dimensão narcísica original que continuará como um ideal. Se neste momento acontece o efeito prazer-farmacogênico, o Eu reencontra neste e na euforia daí resultante a sua grandeza original, como se a sua fraqueza e o seu mal-estar não tivesse sido senão um pesadelo do qual é arrancado magicamente pela droga.

Porém, o “milagre da euforia” dura somente algumas horas. A euforia tinha dado ao Eu dimensões gigantescas e quase eliminado a realidade. Agora, no fim do efeito, é o inverso que acontece, amplificado mais pelo contraste. O Eu retrai-se no pós-efeito e a realidade torna-se mais esmagadora. Assim o Eu vai repetir novamente a experiência, desejada mais ardentemente no retorno à realidade. Neste sentido, o Eu passa de um regime de realidade a um regime farmacotímico, de natureza cíclica,

destinado a manter a auto-estima e a combater a depressão por meio de uma técnica artificial.» (Dias, Carlos Amaral, 1979).

Este encontro produz no sujeito, ainda que de maneira fugaz, a sensação da realização daquele desejo primitivo de complitude, herança do útero materno. Porém, este “retorno ao paraíso perdido” obriga, segundo Fenichel (1945), a uma quebra da libido objetal e a uma regressão a pontos de fixação ligados à sexualidade infantil.

Pressupõe-se que este movimento regressivo seja facilitado pela inexistência de relações objetais satisfatórias no passado e por fixações narcísicas de natureza passiva ainda ligadas aos impulsos da fase oral do desenvolvimento.

Em nossa opinião, e já que falamos em desenvolvimento infantil, faz-se necessário abordarmos aqui algumas das idéias fundamentadas por Melanie Klein (1934) sobre a questão, idéias estas que têm servido de modelo a diversos autores contemporâneos dentro da Psicanálise, e que nos servirão também de base no desenrolar deste trabalho.

Klein (1946) elaborou a sua teoria sobre o desenvolvimento infantil a partir de sua prática clínica com crianças e teve a chance de rever e aprofundar conceitos já elaborados por seus antecessores. Para além disto, dedicou-se ao estudo detalhado das primeiras relações de objeto e, a partir daí, elaborou o seu conceito de Identificação Projetiva. Este conceito serviu sempre como um dos elementos base de sua teoria, e será oportunamente abordado por nós.

Como se sabe, os termos Posição Esquizo-paranóide e Posição Depressiva foram introduzidos por Klein (1934) para descrever fases ou sub-divisões do estágio oral do desenvolvimento. A Posição Esquizo-paranóide caracteriza-se sobretudo pela relação com objetos que são percebidos como objetos parciais e pelo uso de mecanismos de defesa primitivos (*splitting*, negação, idealização, etc.) para lidar com a ansiedade que, nesta fase, é de tipo paranóide. A Posição Depressiva inicia-se quando o bebê se torna capaz de perceber os objetos como um todo integrado e separado do seu próprio corpo; nesta altura predominam sentimentos de ambivalência, culpa e ansiedade depressiva.

Na verdade uma posição não chega nunca a superar definitivamente a outra e o que acontece ao longo da vida de um indivíduo é um constante oscilar entre as duas posições, ou seja, entre uma configuração específica de relações de objeto, ansiedades e defesas e outra. As defesas contra o conflito depressivo provocarão uma regressão aos fenômenos esquizo-paranóides até que, ao longo do desenvolvimento, as ansiedades depressivas se modifiquem e se tornem gradualmente menos intensas. Nesta altura, quando o Ego já tiver sido capaz de uma integração que lhe permita estabelecer um relacionamento seguro com a realidade, os mecanismos neuróticos assumirão gradualmente o lugar dos psicóticos.

Bion (1963) também utilizará a terminologia Posição Esquizo-paranóide e Posição Depressiva (“PS” e “PD”) para desenvolver a sua teoria sobre o pensar, tema que pretendemos abordar a seguir.

Ainda em termos de desenvolvimento sabemos que, inicialmente, o bebê concentra toda a sua atenção sobre o seu próprio corpo e sobre o corpo dos pais. Durante os primeiros estágios de vida, e ainda sob o predomínio dos impulsos orais, o bebê investe o seio materno de grande significado e passa a percebê-lo como fonte de alimento e de vida.

Instala-se uma íntima relação entre seio e bebê, que em parte serve para restaurar a perdida sensação de unidade pré-natal entre mãe e filho, fazendo com que a primeira se torne um objeto de amor.

Se este objeto primário consegue ser introjetado com relativa segurança, então encontra-se firmada a base para um desenvolvimento satisfatório da personalidade infantil.

O seio, agora percebido como seio bom e nutridor, é absorvido (introjetado) e se transforma numa parte do Ego infantil. O bebê que dantes estivera dentro da mãe, tem agora a mãe dentro de si.

No entanto, mesmo um seio suficientemente nutridor faz existir um fator intenso de frustração nesta primeira relação de objeto, já que a desejada sensação homeostática vivida no útero materno jamais poderá ser substituída. Além disto, o anseio infantil por um seio inextinguível e onipotente ultrapassa a mera ânsia por alimento, dizendo também respeito à necessidade premente de obter evidências constantes do amor materno.

Este elemento frustrador do seio materno cria na fantasia infantil aquela que será a matriz de todas as divisões inerentes ao desenvolvimento humano, já que o bebê passará então a acreditar na existência de dois seios: o seio bom, que gratifica e alimenta, e o seio mau, ausente e frustrador.

Esta primeira divisão interna funciona também como mecanismo de defesa do Ego face à ansiedade paranóide e permite que o objeto bom seja, em parte, salvaguardado do poder destrutivo atribuído ao objeto mau. Paradoxalmente pode-se dizer que a capacidade de amar infantil é, ao mesmo tempo, fonte das tendências integradoras do Ego e responsável por esta primeira divisão entre objeto amado e objeto odiado.

Na verdade é a própria ausência do seio bom o que acaba por ser caracterizado como seio mau, e a ambivalência de sentimentos gerada pelo alternar de experiências gratificantes e frustradoras, faz da vida emocional do bebê um constante oscilar entre a sensação de perda e recuperação do objeto bom.

Esta percepção dual do objeto primário caracteriza, como sabemos, a primeira fase do desenvolvimento infantil, denominada por Melanie Klein (1934) como Posição Esquizo-paranóide. Porém, o que acontece na fantasia infantil ultrapassa esta primeira divisão entre bom e mau objetos, já que o bebê através da projeção dos seus conteúdos internos, os transformará em objetos bons idealizados e objetos totalmente maus e persecutórios.

O Ego imaturo tentará fundir-se com este objeto idealizado e buscará aniquilar totalmente o objeto mau, agora continente também das partes más do *self*. Nesta fase predomina o pensamento onipotente e o sentido de realidade é precário. Quando a união com o seio bom não se realiza, isto é, quando uma das necessidades infantis não pode ser satisfeita, o bebê sente-se como se o seu Ego tivesse sido invadido pelo objeto mau.

À medida em que se desenvolve e alcança a Posição Depressiva, o bebê torna-se capaz de perceber os objetos como totais e, portanto, torna-se também mais apto a perceber a separação entre *self*-objeto. Diminuem os sentimentos de onipotência e ocorre uma mudança fundamental dos objetivos pulsionais primários, isto é, o sujeito deixa de se querer apossar do objeto bom e aniquilar o objeto mau, para passar a preocupar-se em salvar o objeto (uno) de sua própria agressão e possessividade.

O avançar para a Posição Depressiva significa também ter que se lutar contra a ambivalência de sentimentos; as relações aqui são caracterizadas basicamente pela culpa, pelo medo da perda ou pela experiência real de perda e luto, e por um esforço para recriar o objeto. Há um incremento das introjeções e uma tendência a diminuir as projeções, numa tentativa de reter o objeto dentro de si, para poder restaurá-lo e recriá-lo.

As repetidas experiências de perda, recuperação e recriação do objeto podem levar ao estabelecimento de um objeto bom pelo Ego que se fortalece e alcança uma maior

integração. Se as condições de desenvolvimento assim o permitirem, o Ego amadurecido passa a possuir então um sentido de realidade (interna e externa) adequado.

Considera-se tanto a capacidade de amar como os impulsos destrutivos como características inatas da personalidade e que variam a nível individual quanto a intensidade e a inter-relação estabelecida com as condições externas.

Ainda dentro dos fatores inatos, incluem-se como elementos que interferem a nível do desenvolvimento a inveja e a voracidade. O significado destes dois termos foi-nos devidamente clarificado por Melanie Klein em sua obra *Inveja e Gratidão* (1957), conforme veremos a seguir.

A inveja é o sentimento irado de que outra pessoa possui e desfruta de algo desejável, e o impulso invejoso passa pela espoliação deste objeto. O termo inveja deriva do latim *invidia*, que provém do verbo *invideo* - olhar de soslaio para - e implica ser o invejoso aquele sujeito que só obtém satisfação com o infortúnio do outro. Neste prisma, sabe-se que todos os esforços para o satisfazer são vãos, porque a inveja origina-se dentro dele e as suas raízes não podem ser projetadas.

A voracidade caracteriza-se pela ânsia permanente a exceder àquilo que o indivíduo necessita e àquilo que o objeto pode oferecer, representando, a nível inconsciente, a intenção de esvaziar completamente o objeto e de o devorar. O objetivo da voracidade

liga-se à introjeção destrutiva, enquanto que a inveja procura não apenas despojar o objeto, mas também depositar nele as partes más do Ego, a fim de despojar e destruir as capacidades criadoras deste objeto.

O seio amado como o possuidor de todas as qualidades gratificantes desejadas, é também o primeiro objeto invejado. Nesta altura, o bebê fantasia que este seio possui um fluxo interminável de leite e amor materno que, no entanto, lhe são negados. O bebê entende esta frustração como um ato de recusa do seio, que prefere guardar para seu proveito próprio as riquezas que contém.

Se a uma sensação demasiadamente invejosa, adiciona-se a gama de impulsos destrutivos inerentes à Posição Esquizo-paranóide, o resultado pode ser uma relação perturbada com a mãe.

Mesmo nos casos em que a alimentação recebida pelo bebê é insuficiente e inadequada, é provável que sentimentos invejosos surjam igualmente baseados na fantasia de que o seio inexaurível é também o seio que egoísticamente prefere satisfazer as suas próprias necessidades.

Ao desejar este seio nutridor, o bebê busca também um espaço que lhe possa servir de continente para as partes más do *self* e para a ansiedade por elas suscitada. Ao projetar no

seio tais partes más, o bebê encontra alívio interno e, em condições favoráveis, pode encontrar auxílio para metabolizar sua ansiedade.

Se a mãe dispõe de uma capacidade satisfatória para conter e transformar os conteúdos nela projetados, de modo a poder devolvê-los posteriormente de forma mais tolerável ao bebê, diz-se que se trata de uma mãe com adequada capacidade de *rêverie*. Este intercâmbio entre mãe e filho, importante via de comunicação nesta fase do desenvolvimento, faz-se através do mecanismo da identificação projetiva, definido por Melanie Klein (1946) como a

“fantasia onipotente de que partes não desejadas da personalidade e dos objetos internos podem ser dissociadas, projetadas e controladas no objeto em que se projetaram”.

O seu funcionamento normal constitui a base da formação de símbolos e da comunicação humana.

Na fantasia do bebê, no entanto, estas projeções são sentidas como ataques sádicos ao seio, que se torna então perseguidor e perigoso, intensificando a crença infantil na existência de um seio mau que se opõe ao seio bom já conhecido.

Quando estes ataques sádicos ocorrem associados à inveja excessiva, o seio espoliado, mordido e envenenado pela fezes e urina infantis, produz no bebê a sensação da irreversibilidade do seio bom. Se tais ataques forem menos determinados pela inveja,

não destroem tão intensa e duradouramente a bondade do seio e o bebê sente que este pode ser recuperado.

* * *

Ao privilegiar a expressão “posição” em detrimento da terminologia psicanalítica clássica, acostumada a pensar o desenvolvimento infantil como uma sucessão de estágios ou fases, Melanie Klein (1934) facilitou-nos a tarefa de compreensão das características de personalidade dos toxicômanos. Parece-nos impossível abordar o problema da toxicodependência por outro caminho que não seja o da compreensão dinâmica, já que partimos do princípio de que se trata de um fenômeno regressivo intenso.

Fenichel (1965) chegará mesmo a definir o sujeito toxicodependente como um “oral narcísico”, dominado por impulsos que privilegiam a região oral e a pele como zona erógena, e narcisicamente fixado em um tipo de funcionamento em que os objetos servem apenas como dispensadores de atenção.

A intolerância à dor e à frustração são características deste tipo de funcionamento, o que reforçará no indivíduo intoxicado a tendência a ir buscar na próxima dose a satisfação imediata de suas necessidades e, portanto, a ausência de tensão interna.

Para além da intolerância ao sofrimento psíquico, outras características de personalidade dos toxicod dependentes foram observadas por Rado (1933), entre elas a tendência a buscar nas drogas a solução para as dificuldades a nível das relações pessoais. Em geral, estas são tidas como pouco significativas, já que o investimento afetivo que lhes é atribuído também deixa sempre muito a desejar.

Comumente cria-se através da concentração de indivíduos intoxicados uma espécie de identidade grupal. Ao aderirem a este estado fusional, passam a dividir uma linguagem comum, uma atitude e um (não)posicionamento específico diante da vida, como se finalmente eles pudessem desfrutar de um pseudo-sentimento de pertença. Desta forma, tudo aquilo que é “careta”, ou que de alguma forma corresponde a valores sociais vigentes alheios ao grupo, passa a ser rejeitado por eles. Quanto a nós, parece-nos que esta rejeição dos valores da sociedade soa ao mesmo tempo como um desafio e como um apelo. A impossibilidade de adiar a satisfação dos impulsos, e de conter o *acting out* a partir dos seus próprios mecanismos frenadores, funciona muitas vezes como um pedido de ajuda, como se as normas da sociedade e a lei fossem, naquele momento, o único elemento que separa o indivíduo da ausência total de limites.

O jovem toxicod dependente parece viver a ilusão de que a negação da realidade pode criar uma nova realidade, toda ela gerida e controlada por ele. Com a ajuda do produto, até

mesmo a incômoda sensação de exclusão social e afetiva transforma-se, diante da aparente coesão grupal, num problema de somenos.

Para manter este vivido megalômano, e evitar o confronto com a realidade interna, ainda mais empobrecida pelos consumos, o indivíduo adicto fará da luta pela próxima dose o seu meio de vida.

Paradoxalmente, para estes indivíduos o sentido de inclusão/integração parece somente existir a partir do momento em que nasce esta sub-cultura tóxica, onde a própria identidade do sujeito parece ser diluída pelos valores do grupo.

A dependência ao produto antagoniza e anula as iniciativas pessoais voltadas para a individualização e amadurecimento do sujeito. Ao ingerí-lo, o indivíduo mantém-se agarrado a uma espécie de sistema especular invertido que transforma o seu sentimento de inadequação social na sua antítese, fazendo-o crer que o desajustamento está todo ele fora de si.

1.3.1 Toxicodependência: alguns aspectos ligados à sua origem e desenvolvimento:

A origem das toxicodependências tem sido unanimemente associada a estados depressivos. Rado, em 1933, ressaltou o caráter essencialmente depressivo desta patologia, e postulou que a “*tense depression*”, concomitante habitual ao início dos consumos, poderia ser também designada como uma “depressão inicial”, já que esta comumente evolui para outros tipos de depressão.

Estudos posteriores relacionam a ligação entre a toxicodependência e a depressão com o altíssimo número de suicídios neste tipo de população, taxa que só entre os heroinômanos supera, em geral, em vinte vezes o índice da população normal.

Porém, a presença de sentimentos depressivos ligados à toxicodependência é um dos únicos pontos consensuais entre os estudiosos do assunto. Muitas pesquisas foram feitas, por exemplo, com o objetivo claro de delinear o perfil toxicômano, mas os resultados obtidos foram sempre muito pouco esclarecedores neste sentido. Como afirma Carlos Amaral Dias (1980) ao longo de sua obra, reconhece-se a semelhança entre os diversos traços do funcionamento toxicodependente, estando estes ligados às diferentes estruturas de personalidade aí implicadas.

No mesmo trabalho, Dias, C.A. (1980) afirma que a regressão e o empobrecimento do afeto e do comportamento destes indivíduos operam-se sempre a partir do encontro

droga-drogado. Lembra-nos também que, epidemiologicamente, o grupo etário mais afetado pela toxicodependência é o dos adolescentes. Ora, é sabido que, em termos evolutivos, a adolescência é um período em que inexistem estruturas rigidamente estabelecidas, e o que há são mecanismos estruturantes que antecedem a aquisição do caráter e da identidade. A adolescência representa um momento de crise, limitado pelas fases de organização libidinal e pelo período de latência e a vida adulta.

Pressionado por seu momento de vida, o adolescente vê-se obrigado a retomar questões até então abafadas pelo período de latência. A perda do mundo infantil tem que ser devidamente elaborada para que o sujeito possa re-organizar o seu espaço mental e possa então se adaptar à nova realidade. Esta passagem implica inevitavelmente um trabalho de luto que se faz acompanhar quase sempre de um movimento regressivo transitório a nível das relações de objeto. A regressão mencionada tem a ver com o desejo adolescente de re-encontrar o estado atensional experienciado no útero materno e de assim poder escapar a toda frustração existente na realidade paterna. A droga pode, momentaneamente, viabilizar este retorno ao paraíso perdido, onde toda a satisfação é imediata e onde o interdito simplesmente inexistente.

O sujeito intoxicado consegue assim experimentar ilusoriamente o triunfo sobre a separação. Parece-nos claro que o saber acerca da separação implica, necessariamente, que se pense na dependência e talvez este seja o ponto nodal do problema da toxicomania.

Aquilo que é habitualmente pensado como um problema de dependência, serve justamente para que o indivíduo possa se esconder dela.

Nestes casos, a droga simboliza um objeto ideal que pode ser concretamente incorporado e cujo efeito tóxico reforça a onipotência dos mecanismos de negação e *splitting*. Ela devolve ao usuário a sensação perdida de unidade (identidade) com o objeto ideal.

Por outro lado, sabe-se que o consumo de drogas está também intimamente relacionado às ansiedades persecutórias e aos impulsos sádicos, conforme veremos oportunamente.

1.3.2 A Perspectiva Familiar:

A nível familiar, parece-nos importante ressaltar o papel continente (ou não) exercido pelos pais na conflitualidade destes adolescentes. A notória inabilidade do indivíduo toxicodependente para lidar com o sofrimento psíquico, fá-lo muitas vezes fugir às vicissitudes do convívio familiar, contribuindo para a adoção de uma atitude de pouco envolvimento e de uma não-integração ao grupo.

A dinâmica familiar passa então a se basear num pouco satisfatório modelo de funcionamento em que, a despeito de quaisquer parâmetros ligados ao crescimento individual de cada elemento, a mudança torna-se o fator de risco mais temível. Como um bloco monolítico, a família passa a temer e a coibir as iniciativas que possam promover o sentido de independência intra-grupo, mesmo que para isto tenha que se manter a superficialidade do funcionamento familiar.

No entanto, a adolescência é um dos fatores disruptivos que abalam este pseudo-equilíbrio; o caminho da emancipação e da aquisição de uma identidade própria exige que o jovem adulto abdique dos modelos identificatórios infantis, o que impõe à família um esforço no sentido da re-definição de papéis.

Este rompimento com o vivido infantil e a necessidade de se enquadrar no mundo adulto, tarefa por si só bastante árdua, tem muitas vezes seus esforços boicotados dentro do

próprio grupo familiar. Através de atitudes de super-proteção, por exemplo, impede-se muitas vezes que o indivíduo se autonomize e, desta forma, altere a estrutura grupal.

O trabalho clínico diário com toxicodependentes tem-nos possibilitado observar aspectos peculiares da dinâmica familiar destes jovens, e cumpre-nos reforçar aqui a alta frequência de sinais que indicam um tipo de relacionamento fusional com a figura materna e um déficit da internalização da figura paterna. Diante de modelos identificatórios não satisfatórios e as vezes pouco atraentes, o jovem adolescente sente-se compelido, muitas vezes, a procurar por alternativas mais consistentes fora do grupo.

Parece também serem comuns as situações em que a toxicodependência do filho surge para tamponar desequilíbrios mais profundos e pré-existentes na dinâmica familiar. Dentro deste raciocínio, podemos pensar o estabelecimento da própria patologia do jovem adolescente como um movimento análogo ao da formação do sintoma neurótico, conforme o descreveu Freud.*

*Em 1925, no livro denominado "Inibição, Sintoma e Angústia", Freud descreveu a formação do sintoma como um recurso egóico no qual substituir-se-ia a expectativa da satisfação de um impulso proibido através da repressão. Como um substituto da representação deste impulso proibido, o sintoma passaria então a permitir uma satisfação pelo menos parcial desta expectativa, ao mesmo tempo em que permitiria ao Eu consolidar as suas tendências essencialmente integradoras.

O comportamento juvenil desviante, ao transformar-se no centro da dinâmica familiar, poupa ao grupo o contato direto com a sua realidade interna conflitual e passa a funcionar como uma defesa contra a possibilidade de desintegração grupal.

Tem-se observado que a ausência da figura paterna - quer a nível fantasmático, quer a nível das perdas reais - como um elemento organizador da vida mental, favorece a incidência de relações perturbadas com a figura materna. Para além disto, diante da pobreza do modelo identificatório masculino, o jovem vê-se confrontado com a dificuldade de internalizar parâmetros coerentes em sua relação com as figuras de autoridade, fator muitas vezes referido no discurso toxicod dependente e que se confirma na atitude sempre desafiadora dos limites do viver em sociedade.

A atração pelo ilícito traduz-se muitas vezes no repúdio ao lícito, na negação das normas e valores da sociedade. A adesão à sub-cultura toxicod dependente, produzirá no jovem a necessidade de se adaptar a este novo sistema social. Este movimento de adaptação faz-se geralmente através da denegação sistemática de suas raízes externas ao grupo de iguais.

1.3.3 A Perspectiva Social

O indivíduo adicto adota então um vivido absolutamente dominado por defesas maníacas, que o afastam de sua realidade interna e que lhe permite denegar as suas próprias feridas narcísicas. No entanto, se por um lado as defesas maníacas protegem o Ego da experiência da depressão, por outro lado elas impedem que a depressão seja elaborada, fazendo do sujeito um prisioneiro deste círculo vicioso.

Ressaltamos, no entanto, que a influência do grupo de iguais nestes casos cresce na medida em que diminui a ascendência da dupla parental sobre o jovem adicto. Queremos com isto dizer que, em parte, o grupo vem ocupar o lugar deixado pela abdicação ou insuficiência dos pais em suprir as necessidades identificatórias juvenis. Há uma relação direta de proporcionalidade entre a distorção do anel familiar e a vulnerabilidade do jovem ao uso abusivo de substâncias tóxicas. Quando esta distorção ocorre no campo do real, seja por morte ou ausência física de um dos pais, esta relação de proporcionalidade parece aumentar consideravelmente.

Por outro lado, sabe-se que os grupos exercem também um papel normativo fundamental no desenvolvimento adolescente. Há estudos que demonstram empiricamente (Fleming, 1988) a validade dos conceitos defendidos por Carlos Amaral Dias (1988) sobre o papel organizador e contentor dos grupos em situações de ruptura no campo familiar. Esta função organizadora é tanto maior na medida em que o critério de inserção nos grupos

baseia-se na heterogeneidade de suas características formais e de funcionamento, fator que privilegia os processos de individuação e autonomização do jovem. No caso dos grupos toxicodependentes, por exemplo, aquilo que se observa é a ausência desta capacidade contentora das diferenças, ou contentora da própria subjetividade, se assim o quisermos, e uma tendência à progressiva homogeneização das características do funcionamento grupal.

A opção por drogas duras e com maiores poderes de exclusão social encontra-se fortemente ligada aos casos de ausência real da figura paterna, enquanto que perturbações familiares inscritas num nível mais conflitual parecem predispor patologias de características menos pesadas e menos marginalizantes.

As questões que se-nos impõem durante a adolescência dizem respeito ao processo de separação e individuação do jovem e à aquisição de uma identidade própria. Conforme já referimos, esta passagem implica um trabalho de autonomização em relação ao valores parentais e uma maior consciência depressiva dos limites entre *self*-objeto. O impulso em direção à autonomização exige que se faça o luto pelas imagos infantis, tarefa que se torna bastante dificultada nos casos em que a própria internalização destas imagos deixou muito a desejar.

1.4 A Perspectiva Psicanalítica:

Jean Bergeret (1981) procurou, através dos seus estudos, identificar uma estrutura de personalidade especificamente ligada ao problema da toxicod dependência mas, a exemplo do que sucedeu a outros autores, concluiu pela inexistência de tal tipologia estrutural. Identificou sim, características de funcionamento comuns às diferentes estruturas de personalidade toxicômanas encontradas, entre as quais cumpre-nos ressaltar: a importância dada ao comportamento, a importância das carências imaginárias e as carências identificatórias. Para ele,

“...o comportamento de dependência aparece frequentemente como uma incapacidade em integrar certos aspectos ambivalentes e demasiado angustiantes do imaginário pessoal e dos elementos pulsionais que a ela se encontram ligados, em particular no domínio da violência primitiva.”

Esta violência primitiva liga-se à idéia Kleiniana de pulsão de morte; tal violência original teria dificuldade em ser integrada no vivido infantil, seja por falta de um ambiente suficientemente securizante, seja por dificuldades próprias à criança. Sendo assim, deixa de existir a capacidade infantil de integrar aspectos gratificantes e frustrantes do objeto, o que impede o acesso à ambivalência e, conseqüentemente, à relação ao objeto total, tornando-se impossível a passagem por completo à Posição Depressiva. Voltaremos posteriormente a este tema ao abordarmos as idéias de Klein, Segal e Bion sobre a formação do pensamento.

Citamos mais uma vez as palavras de Bergeret:

“...o déficit afetivo essencial que faz a base da toxicomania respeita à incapacidade na qual se encontram tantos sujeitos de integrar, num movimento libinal e criador, o essencial do seu mundo pulsional e imaginário. Trata-se de um fracasso da tomada em conta de uma obrigatória ambivalência afetiva... e que leva à impossibilidade de sair da clássica crise da adolescência.”

Por outro lado, Carlos Amaral Dias (1980) postulou, em acordância com Lebovici (1974), uma alteração substancial no binômio Superego/Ideal do Ego como condição presente do comportamento toxicômano e que conduz o sujeito à aquisição de uma identidade alternativa dentro do grupo de iguais. Para que possamos perceber o raciocínio de Dias em sua totalidade, cumpre-nos seguir seu exemplo e transcrever aqui a definição destas duas instâncias.

Entende-se por Ideal do Ego, segundo Laplanche e Pontalis (1990), *a instância da personalidade resultante da convergência do narcisismo (idealização do Eu) e das identificações aos pais, aos seus substitutos e aos ideais coletivos. Enquanto instância diferenciada, o Ideal do Ego constitui um modelo ao qual o indivíduo procura conformar-se.*

A noção de Superego foi introduzida por Freud em 1923, no artigo “O Eu e o Id” e tem sido descrita desde sempre como o herdeiro do complexo de Édipo, constituindo-se da interiorização das exigências e interdições parentais. Ao renunciar à satisfação dos desejos

edipianos, a criança transforma este tipo de investimento sobre os pais em identificação aos pais; a introjeção do interdito transforma-se assim no núcleo do Superego, que a partir de agora passa a atuar como o polo repressivo da personalidade.

Relembrados estes conceitos, Carlos Amaral Dias (1980) propõe-nos pensar no Ideal do Ego como uma instância fundamentalmente ligada à figura materna e que nos remete ao desejo onipotente de recuperar a perdida unidade intra-uterina, experienciada precocemente pelo bebê. A construção deste Ideal do Ego seria, neste caso, uma tentativa de alcançar o substituto do narcisismo perdido da infância.

É função do Superego corrigir este lado megalômano do Ideal do Ego, pelo menos quando o funcionamento psíquico se dá dentro da normalidade.

Nas toxicomanias, no entanto, parece haver uma paralização da evolução do binômio Ideal do Ego/Superego. A realidade externa nestes casos, parece ser percebida como insuficientemente provedora dos recursos básicos para a adaptação ao Ideal criado e o indivíduo passa a viver então um gigantesco sentimento de frustração, que em nada facilitará a aquisição de uma identidade adaptativa.

Passemos agora a revisar uma parte das idéias de outro grande estudioso desta matéria, Herbert Rosenfeld (1960).

Em seu trabalho clínico com este tipo de população, Rosenfeld (1960) observou uma relação de similaridade entre os fenômenos maníaco-depressivos e a droga-adição. Diante de sua própria fragilidade egóica, o indivíduo adicto recorre a mecanismos de defesa maníacos para escapar à dor implicada na depressão. A droga, neste caso, funciona como um gatilho que desencadeia a ativação deste mecanismo, processo que por si só, exige do Ego um certo *quantum* de energia.

Para lidar com as ansiedades paranóides, o adicto recorre a mecanismos primitivos como a idealização e a identificação com o objeto ideal. A identificação pode ocorrer por introjeção ou por projeção; nos casos em que o objeto é onnipotentemente incorporado, os limites entre *self* e objeto passam a ser negados, evitando-se assim quaisquer possibilidades de reconhecimento dos sentimentos de dependência do sujeito em relação ao objeto, o que fatalmente o levaria a experimentar alguma frustração e ansiedade. Nestes casos, a droga simboliza o objeto ideal que pode ser concretamente incorporado e controlado, e o efeito farmacotóxico serve então para reforçar os mecanismos de negação e *splitting*. Na identificação projetiva, partes do *self* invadem onnipotentemente o objeto, no sentido de passarem a controlar certas qualidades sentidas como desejáveis pelo sujeito que, a partir daí, se permite identificar com este objeto. Em geral, a identificação por projeção e por introjeção ocorrem simultaneamente.

Para além disto, há também uma relação direta entre o drogar-se e as ansiedades persecutórias e os impulsos sádicos; neste caso a droga é percebida como uma substância má e destrutiva, cuja incorporação simboliza uma identificação com este mau objeto, sentido como persecutório tanto para os bons objetos como para o bom *self*. O efeito farmacotóxico é então usado para intensificar a força do impulso destrutivo.

Quando o drogar-se ocorre sob o domínio de impulsos sádicos, o indivíduo provoca a expulsão e a subsequente negação do bom *self*, dos bons objetos internos e da sua preocupação com eles. Desta forma ele pode passar a atuar seus impulsos destrutivos sem ter que lidar com a ansiedade e também já sem ter que se submeter à força do controle do objeto interno, isto é, sem ter que ceder à pressão exercida pelo Superego. O sujeito deixa-se levar então pela onda de destruição que afeta os seus objetos internos, externos e o próprio *self*.

Este processo onnipotente de destruição está, na opinião de Rosenfeld (1960), igualmente ligado aos fenômenos maníacos. Este raciocínio vem confirmar as idéias propostas por Melanie Klein que, em 1940, afirmou estar o triunfo maníaco intimamente relacionado à destruição onnipotente. Para ela, a onnipotência que primariamente acompanha e prevalece nas fantasias do bebê (reparadoras e destruidoras), mantém uma íntima ligação com os impulsos sádicos, o que faz com que a criança sinta precocemente os seus impulsos reparadores como pouco eficientes. A falta de confiança no bom objeto

internalizado, faz com que ela se refugie mais uma vez na onipotência maníaca, e se sinta incapaz de lidar adequadamente com a ansiedade e a culpa.

O Ego é então levado a combater o medo da desintegração (provocado pelo falhanço das defesas de natureza maníaca) através de mecanismos obsessivos, que buscam insistentemente alcançar a reparação do bom objeto, agora danificado pelos impulsos sádicos.

No entanto, por andarem muito próximos das defesas maníacas, os mecanismos obsessivos podem ser percebidos como mecanismos também pouco eficientes em termos do trabalho de reparação. O desejo de controlar o objeto e a gratificação sádica que advém da humilhação e triunfo sobre o objeto podem interromper o ciclo reparador em instalação. Isto pode fazer reavivar as ansiedades paranóides relacionadas ao objeto interno e pode provocar a retomada e intensificação das defesas maníacas e dos mecanismos obsessivos.

O triunfo sobre o objeto, bem como o desprezo e o sentimento de onipotência podem ser tomados como elementos da posição maníaca. Klein (1940) também afirmou que o sentimento de rivalidade e o impulso para inverter a relação com os pais, no sentido de retirar-lhes o poder das mãos e assim poder triunfar sobre eles, são elementos que estão parcialmente ligados ao impulso à realização e ao crescimento. Em fantasia, a criança antecipa um tempo em que ela, forte e poderosa, terá que lidar com pais envelhecidos e

fracos. O triunfo sobre os pais experimentado nestas fantasias, através do sentimento de culpa que lhes é inerente, pode vir a frustrar desejos dos mais variados tipos. Há indivíduos que se vêm permanentemente obrigados ao fracasso como forma de evitar a humilhação e o triunfo sobre os pais e irmãos. A reparação dos objetos de amor, quando no fundo estes são os mesmos sobre os quais se triunfa, vê-se frustrada outra vez e o sentimento de culpa permanece intacto.

Por outro lado, sabe-se que o triunfo sobre os objetos implica necessariamente o triunfo sobre si mesmo, o que trará de volta sentimentos de desconfiança e de perseguição.

Aproveitamos para citar Klein (1940)

“O triunfo sobre os objetos internos que são controlados, humilhados e torturados pelo Ego infantil é parte do aspecto destrutivo da posição maniaca que perturba a reparação e a re-criação do mundo interno e da paz e harmonia internos; e assim o triunfo impede o trabalho de luto infantil.”

Por outro lado, e ao retomarmos as idéias de Rosenfeld (1960) sobre a relação da droga-adição com a Posição Depressiva, pode-se pensar que o elemento essencial desta relação está na identificação com o objeto doente ou morto. Nestes casos, a droga simbolizaria este mesmo objeto “estragado” e a sua incorporação concreta, aliada aos efeitos farmacotóxicos produzidos, serviria para reforçar a identificação com o objeto.

A incapacidade para lidar com a dor e com a frustração, características comumente atribuídas à personalidade toxicodependente deriva, para este autor, de dois fatores

essenciais: da regressão oral vivida pelo sujeito adicto e da excessiva cisão do Ego e dos objetos em função da fraqueza do próprio Ego.

Rosenfeld (1960) definiu a toxicodependência como um distúrbio situado entre a neurose e a psicose, entre a Posição Esquizo-paranóide e a Posição Depressiva. Acredita-se que o indivíduo toxicômano chega a alcançar pelo menos parcialmente a Posição Depressiva, mas mantém-se de alguma forma ligado à Posição Esquizo-paranóide, o que se evidencia através da regressão egóica e dos mecanismos de defesa por ele utilizados.

* * *

Após duas décadas de experiência clínica no Centre Médical Marmottan, Claude Olievenstein (1989) foi taxativo ao definir a toxicodependência como um fenômeno psíquico ativo, isto é, desejado e buscado tanto quanto os efeitos positivos do produto, e que só pode ser devidamente compreendido na medida em que se leva em conta a significância e a profundidade do termo “falta”. Referimo-nos, evidentemente, àquela falta que, por conceito, antagoniza e ultrapassa os sintomas ligados à síndrome de abstinência e que, originalmente, remete-nos ao passado e à representação de uma outra falta, simbolicamente muito mais complexa e difícil de tolerar. Trata-se da falta original, arcaica, nascida no momento em que se despedaça o espelho de Narciso, momento este em que tudo é dúvida e indefinição.

O encontro com a droga, fugaz e ao mesmo tempo eterno, restitui ao indivíduo intoxicado uma identidade, ainda que pela negativa, e ainda que o preço a pagar seja demasiado alto. Magicamente, o encontro com o produto restitui ao nível do imaginário do sujeito, a imagem refletida pelo espelho partido.

A esta falta arcaica, específica, ligada ao que de humano existe em cada um de nós, equivale uma diferença e uma verdade última. Do ponto de vista psicanalítico, pensamos que este conceito pode ser associado ao “0” de Bion (1962), concepção da realidade psíquica individual, considerada como algo incognoscível em si mesma, conforme teremos a oportunidade de citar nos próximos capítulos.

E porque esta falta (verdade) é tão insuportavelmente dolorosa, o sujeito adicto opta pela transgressão e pelo prazer. A partir daí, tudo funciona como se a falta só pudesse existir com e através do prazer. Forma-se na mente do sujeito toxicodependente uma espécie de *duo* prazer-sofrimento em que só mesmo a intensidade da dor consegue contrabalançar e justificar o prazer. Vale tudo para fugir à imagem desfeita pela quebra do espelho. Quanto maior o sofrimento, maior será o prazer intoxicante da próxima dose e, subitamente, é como se se organizasse uma espécie de “*substituição em que a própria falta se transforma em objeto do desejo, substituindo o objeto droga*”. (Olievenstein, 1987)

Na verdade, aquilo que se teme é a falta da falta: o que aterroriza o indivíduo intoxicado é a possibilidade deste espaço-tempo que fatalmente o levará à confrontação com a falta maior.

É neste espaço que “falta”, “necessidade”, “desejo” e “satisfação” se confundem e se substituem. O desejo, fator que nos liga sempre ao outro, ao desejo do outro, e a esta falta fundamental, vê-se pouco a pouco sufocado pela violência e pelo imediatismo da necessidade. A necessidade e a sua satisfação dizem respeito ao produto e à compulsão de repetir incessantemente esta experiência de satisfação, como forma de negar a falta (e o desejo) e de, paradoxalmente, manter a necessidade.

Momentaneamente o sujeito em lua-de-mel com o produto experimentará a sensação de volta ao paraíso perdido, onde não há lugar para medos, incomplitudes, angústias de morte e solidão. Magicamente, é como se o sujeito reencontrasse no período que antecedeu a quebra do espelho, uma imagem de si que nada tem a ver com a falta, e que em tudo se aproxima do divino, do não-humano.

Porém, este instante mágico é também fugidio, e o sujeito vê-se compelido a iniciar a sua maratona adictiva, em busca de reencontrar este momento. No entanto, a força da idéia da “lua-de-mel” jamais poderá ser revivida e o que acontece é que, no fim de cada “pedra”, o sujeito pressionado pela aridez da sua própria realidade, buscará na próxima dose uma saída para este ciclo que o aprisiona. Onde dantes havia a incerteza e a dúvida, agora há pelo menos a certeza da repetição.

Paralelamente, a parte do sujeito sabedora de sua condição de prisioneiro, dará início a uma série de tentativas para abandonar o produto e seus efeitos. Estabelece-se na mente do sujeito nesta altura, um processo que foi descrito por Amaral Dias como um processo de satanização da realidade, fazendo com que um objeto seja simultaneamente percebido como algo que é bom e mau, algo veementemente desejado e violentamente repudiado por ele.

A cada desintoxicação, é como se o sujeito investisse tudo nesta renúncia dolorosa que, ao fim e ao cabo, significa abdicar à identificação totalitária, a fim de se poder re-integrar a

uma realidade limitada e limitadora. Este processo de adaptação social e afetiva, implica que o sujeito seja capaz de enfrentar a dureza de uma realidade interna e externa que nada tem de sobre-humana, e de o fazer a partir de si e para si, sem se deixar seduzir pela facilidade e pelo imediatismo das soluções tóxicas.

Após a desintoxicação e às inúmeras tentativas vãs de controlar/dominar a compulsão do drogar-se, o sujeito pode finalmente ver-se nu, impotente e prisioneiro do seu próprio erro. É neste momento de confrontação com um corpo e uma auto-estima maltratados pelo vício, que o sujeito toma consciência da distância que o separa daquela imagem toda-poderosa de si mesmo, nascida da parte mais onipotente do Eu, e reforçada pelo produto. Será precisamente neste momento que se sentirá com mais violência a tentação que pode levar à recaída.

Este abismo que agora o separa do *duo* perfeito “eu-produto”, deverá ser enchido por reminiscências e pela lembrança de um tempo em que o importante era o hoje, o imediatamente agora. Uma época em que em nome da repetição, anulou-se a experiência do tempo vivido e rompeu-se com os interditos mais fundamentais. Tempo este em que o sujeito, divinizado pela fusão com o produto, conseguiu manter-se para além do bem e do mal, para além da vida e da morte.

Ao incorporar a própria falta, isto é, ao equacionar “*droga = bom objeto perdido*”, o sujeito conseguiu ir além de qualquer limite que reporte à condição humana. A partir daí, pode-se negar a separação, a mortalidade e a dependência necessária.

O sujeito sabe neste momento que está diante de uma encruzilhada e que tem uma escolha a fazer. De um lado vê a possibilidade de retomar o seu lugar entre os deuses, apesar do alto preço a pagar. Do outro lado, vê a mais completa indefinição e apenas uma tênue promessa, sem garantias...

**Uma aproximação à Psicose,
para entender a parte psicótica da personalidade**

Inicialmente Freud acreditava que os pacientes psicóticos eram inacessíveis ao tratamento psicanalítico: por não serem passíveis das relações de transferência, por apresentarem forte resistência à mudança, pela onipotência que lhes é peculiar à sua forma de pensar e pela evidente fragilidade egóica que apresentam.

No entanto, em 1940 ele já admitia a idéia da existência de uma parte mais saudável da personalidade, parte esta que deveria ser investida, no sentido de possibilitar uma ligação mais ou menos consistente com o analista, de modo a permitir que se avançasse no tratamento da parte mais enferma do indivíduo. Na prática, o que Freud sugeriu foi que o analista deveria sempre encontrar e aliar-se à porção saudável do Ego que, segundo ele, existe sempre, mesmo nos casos de psicoses graves.

Penso que esta primeira visão de um aparelho psíquico cindido e que pode conter em si partes mais saudáveis, capazes de lidar com a realidade, e partes menos saudáveis, sob a influência das pulsões inconscientes, terá sido o ponto de partida para o desenvolvimento de muitas teorias psicanalíticas atuais, entre elas o estudo realizado por Bion (1962) sobre o pensar, tema que será abordado ainda neste trabalho.

A idéia inicialmente postulada por Freud (1924), propunha que o conflito principal nas psicoses travava-se entre o Ego e a realidade, enquanto que nas neuroses o conflito situava-se entre o Ego e as forças pulsionais.

A noção de que tais pacientes não responderiam à transferência foi desde cedo contrariada por outros pesquisadores: Abraham (1912), Bullard (1940), Federn (1943), Fromm Reichman (1945), Klein, Bion, Segal e Rosenfeld foram alguns dos que se opuseram a esta teoria, sempre baseados nas conclusões da prática clínica. Como fruto destes estudos, tornou-se evidente que grande parte das dificuldades impostas à cura destes pacientes, tem a ver com o problema da projeção excessiva e com a enorme dificuldade em distinguir entre o eu e o não-eu, isto é, distinguir entre os limites entre o *self* e o objeto.

Como se sabe, toda esta corrente recusou-se a seguir a idéia freudiana que supunha os psicóticos incapazes de transferência. Concluiu-se, pois, pela existência de uma transferência que pode ser intensa, mas que frequentemente é também instável e que, portanto, exige uma metodologia adaptada às suas características.

Klein (1936) pressupôs a existência de uma organização primária, gerida nos primeiros tempos por um Ego rudimentar, porém capaz de experimentar a angústia, de estabelecer relações objetais (parciais) e que dispõe de mecanismos de defesa primitivos.

O trabalho clínico com crianças e adultos seriamente perturbados permitiu-lhe investigar a fundo o funcionamento psíquico em seus níveis mais primitivos, e permitiu-lhe especialmente contribuir para o avanço da ciência psicanalítica, no campo da compreensão dos mecanismos de defesa e das relações objetais psicóticas.

Partindo da conceituação das posições Esquizo-paranóide e Depressiva, Klein (1936) concluiu que o Ego infantil, ainda frágil, quando não consegue suportar e elaborar o impacto causado pelas ansiedades depressivas, tende a recorrer a estratégias defensivas primitivas. Tais estratégias levam-no a se confrontar novamente com as ansiedades paranóides, que reforçam os mecanismos esquizóides, ou com o reforço dos aspectos depressivos, instaurando na mente do sujeito uma espécie de círculo vicioso.

Sobre o funcionamento da posição Esquizo-paranóide, Klein (1936) observou a existência precoce de fantasias persecutórias em crianças e percebeu que, diante de tais situações ameaçadoras, elas tendiam a dividir em duas partes o objeto, atribuindo a uma das partes características exclusivamente boas, e à outra características exclusivamente más, sempre através das projeções. A este mecanismo tipicamente esquizóide Klein chamou "*Splitting*" ou clivagem.

Será essencialmente através da clivagem, e de outros mecanismos de defesa onnipotentes como a identificação projetiva, a introjeção e a negação, que o Ego infantil se protegerá das ansiedades persecutórias.

O interjogo constante das projeções e introjeções permite que o sujeito estabeleça aos poucos os seus objetos internos, o bom e o mau. Na medida em que o contato com a realidade vai se constituindo e a introjeção do bom objeto interno vai se fortalecendo, o

Ego tornar-se-á cada vez mais capaz de integrar os seus objetos e de tolerar a angústia advinda desta mesma integração, sem ter que a projetar.

A propósito das introjeções e projeções, Klein (1936) adverte-nos de que, ainda que as experiências ligadas à realidade externa sejam de vital importância para o aplacamento das ansiedades persecutórias, é a nível interno e sob o comando das pulsões básicas de amor e ódio, que se origina todo este processo.

As experiências externas, ao fim e ao cabo, vêm ou não confirmar as fantasias ligadas aos objetos internos, funcionando como alimentadoras ou coibidoras das pulsões libidinais e destrutivas.

Segal (1950) optou por experimentar o método psicanalítico clássico em pacientes esquizofrênicos e observou que eles eram capazes de manter, no consciente, fantasias e pensamentos que seriam, muito provavelmente reprimidos no neurótico; por outro lado, observou que estes indivíduos perdem muito facilmente o contato com aquilo que representa o elo de ligação entre a fantasia e a realidade.

Rosenfeld (1964) adotou como método de trabalho com estes pacientes a tentativa de compreensão e interpretação da experiência emocional de cada um. Ele enfatizou sempre a existência de um processo de clivagem excessiva do *self* e dos objetos, a posterior projeção das partículas provocadas por estas divisões excessivas e a consequente

emergência de sentimentos de natureza persecutória. No mesmo artigo, Rosenfeld vai analisar as relações de objeto narcísicas como mecanismos de defesa que servem para negar a separação existente entre *self* e objeto e assim vencer a angústia de morte.

Bion (1954) veio posteriormente enriquecer o leque das contribuições feitas pelo grupo pós-Kleiniano ao estudo do funcionamento psicótico. Porém, decidimos que em função da importância destas contribuições, este tópico merecerá um capítulo à parte, conforme lograrão descobrir.

Já na década de 70, Grotstein tentou sistematizar as contribuições da psicanálise na compreensão e tratamento das psicoses e dividiu em dois grandes grupos as idéias até então surgidas: falou em uma primeira escola, denominada a “Escola do Déficit do Ego”, que teria por fundamento básico a existência de um defeito no Ego desde os primeiros tempos, em função de um mal congênito ou de más relações objetais precoces. Tal defeito implicaria uma incapacidade para dar continuidade a representações do mundo interno e realizar outras funções egóicas. A segunda escola estaria vinculada à uma concepção da psicose com base num conflito dinâmico entre o impulso e a defesa contra ele, à semelhança do que se passa nas neuroses. Neste caso, a existência de sintomatologia psicótica dependeria essencialmente de fatores de ordem quantitativa em termos de alcance do movimento regressivo, das defesas utilizadas e dos recursos egóicos para lidar com o conflito.

Na medida em que o Ego se fortalece, através da identificação com o bom objeto interno, o bebê vai se tornando cada vez mais capaz de suportar as ansiedades depressivas que, pouco a pouco, vão tomando o lugar dos sentimentos de natureza paranóide. A partir daí, a mãe passa a ser percebida como um objeto único e, como tal, foco primeiro das pulsões de amor e de ódio do bebê.

Esta nova maneira de perceber a mãe como objeto integrado, ao mesmo tempo boa e má, transforma-se na principal fonte de angústia depressiva e de culpa, já que na mente do bebê, passa também a existir o temor de ter destruído ou magoado a boa mãe interna, em função dos ataques sádicos realizados contra a má mãe interna durante a Posição Esquizoparanóide.

A qualidade da relação mãe-bebê nesta fase determinará o desenrolar do processo de desenvolvimento infantil. Uma mãe suficientemente disponível e com capacidade para exercer a função de *rêverie*, poderá favorecer o andamento da elaboração destes sentimentos depressivos e poderá permitir que o bebê envista suas energias em fantasias de reparação ligadas a perda da boa mãe interna. Caso contrário, pode-se dizer que o bebê acabará por sucumbir novamente aos sentimentos de natureza paranóide e ver-se-á impedido de aceder à Posição Depressiva.

Em geral, sabe-se que as fantasias de reparação do objeto atacado e injuriado durante a Posição Esquizo-paranóide têm a mesma natureza onnipotente que os impulsos agressivos que as motivaram.

As condições desejáveis para um bom desenvolvimento infantil e para que o bebê seja capaz de contornar as vicissitudes que existem como um empecilho a passagem à Posição Depressiva, residem no predomínio das experiências boas sobre as más experiências externas. Em condições ideais, o bebê tornar-se-á cada vez mais capaz de abdicar do controle onnipotente do objeto e, pouco a pouco, aprenderá a aceitar a sua condição (humana) dependente do objeto externo. Desenvolver-se-ão, igualmente, sentimentos da gratidão por este objeto externo protetor e securizante.

Sob condições desfavoráveis de desenvolvimento, ou diante de ansiedades depressivas demasiadamente intensas, o bebê ver-se-á forçado a recorrer a mecanismos de defesa maníacos, ligados mais uma vez ao controle onnipotente do objeto. Estes mecanismos foram minuciosamente estudados e descritos por Rosenfeld (1964), conforme referimos anteriormente.

2.1 Alguns dos mecanismos de defesa importantes para a compreensão dos fenômenos Psicóticos

2.1.1 - *Projeção*:

“No sentido propriamente psicanalítico, operação pela qual o indivíduo expulsa de si e focaliza no outro, pessoa ou coisa, qualidades, sentimentos, desejos, e mesmo «objetos», que ele desdenha ou recusa em si. Trata-se de uma defesa de origem muito arcaica e que vamos encontrar em ação particularmente na paranóia, mas também em modos de pensar «normais», como a superstição.”

(Laplanche e Pontalis, p.319)

Este mecanismo foi primeiramente identificado por Freud no estudo da paranóia (1895) e foi inicialmente descrito como uma disfunção de um mecanismo normal que consiste em procurar no exterior a origem de um desprazer. Posteriormente Freud tratou de estender este conceito ao observar que a projeção, como mecanismo de defesa elementar, está presente em um grande número de patologias e de situações cotidianas.

Basicamente pode-se dizer que o Ego reage a um perigo pulsional transformando-o, por projeção, em uma percepção. Atribui-se à realidade externa - pessoa ou coisa - aquilo que se recusa reconhecer em si ou que se recusa ser.

À Psicanálise interessam sobretudo as projeções de partes do *self* e de determinados estados mentais. Cumpre-nos salientar que os conteúdos das projeções são muitas vezes transformados antes de serem projetados, ainda que a carga afetiva ligada a eles permaneça a mesma.

Contudo, sabe-se que o mecanismo da projeção ocupa importante função nos processos de comunicação infantil e que, em certa medida, ele pode ser detectado em nossas ações cotidianas e em estados não patológicos. A capacidade do sujeito de lidar com os limites da realidade de maneira sadia é que vai determinar a natureza do mecanismo em questão.

Nos estados psicóticos a projeção liga-se sobretudo à agressividade e ao ciúme.

2.1.2 - Introjeção:

“Processo evidenciado pela investigação psicanalítica: o indivíduo faz passar, de um modo fantasmático, de «fora» para «dentro», objetos e qualidades inerentes a esses objetos. A introjeção aproxima-se da incorporação, que constitui o seu protótipo corporal, mas não implica necessariamente uma referência ao limite corporal (introjeção no Ego, no Ideal do Ego, etc.). Está estreitamente relacionada à identificação.”

(Laplanche e Pontalis, p.216)

Ferenczi (1909) foi o primeiro a descrever a introjeção como um mecanismo intimamente ligado à projeção e, de algum modo, inverso a ela, já que a primeira relaciona-se mais diretamente aos impulsos orais e a segunda aos impulsos anais.

Ao conceito de projeção associam-se os mecanismos ligados aos processos de identificação e de solidificação do mundo interno. Ao re-localizar no Ego, via introjeção, objetos então vividos como externos ao *self*, o indivíduo logra constituir os seus objetos internos (maus e bons) e organizar a sua relação com a realidade.

Pressupõe-se que seja a partir do interjogo entre as projeções e as introjeções que o sujeito desenvolve a capacidade de estabelecer a diferenciação entre o eu e o não-eu, entre o *self* e o objeto.

Nos funcionamentos psicóticos, o sentido de diferenciação *self*-objeto encontra-se perturbado e estão subjacentes fantasias de incorporação destrutiva do objeto, fantasias estas geralmente ligadas aos impulsos orais.

2.1.3 - Negação:

“Processo pelo qual o indivíduo, embora formulando um dos seus desejos, pensamentos ou sentimentos, até aí recalcados, continua a defender-se dele negando que lhe pertença.”

(Laplanche e Pontalis, p. 248)

Em 1925, Freud publicou um artigo chamado “A Negação”, onde descreveu este mecanismo de defesa como uma estratégia utilizada pelo indivíduo no sentido de permitir a aceitação intelectual do reprimido, sem que os conteúdos afetivos das representações se tornem conscientes. Deste modo permite-se o retorno do recalcado, mas mantém-se o essencial da repressão.

Este mecanismo faz parte do grupo das defesas maníacas e possui ligações estreitas com os mecanismos de idealização e seu inverso.

Melanie Klein (1946) associou-o a fantasias de aniquilação e à perda real de parte do Ego ou do objeto. Ao fazê-lo, observou que o que diferencia a negação dos processos de repressão é o grau de violência e a brutal onipotência necessárias à negação, ao passo que na repressão o indivíduo se vê obrigado a respeitar os limites da realidade externa.

Defesa típica do funcionamento psicótico, através da qual se pode dar vazão ao ódio à realidade. O sujeito em negação, ataca ao mesmo tempo a própria realidade e os elos de

ligação que o prendem a ela, podendo mesmo chegar a “construir” uma nova realidade, menos odiosa, através da atividade delirante.

2.1.4 - Idealização:

“Processo psíquico pelo qual as qualidades e o valor do objeto são levados à perfeição. A identificação com o objeto idealizado contribui para a formação e para o enriquecimento das chamadas instâncias ideais da pessoa (Ego Ideal, Ideal do Ego).”

(Laplanche e Pontalis, p.195)

A visão Freudiana do processo de idealização implica uma ligação muito estreita entre esta e o narcisismo. O indivíduo distorce favoravelmente as características intrínsecas ao objeto e passa a tratá-lo como se fosse uma extensão do próprio Ego.

Klein (1952) abordou o assunto segundo o ponto de vista das funções de defesa que a idealização pode ter em situações altamente ansiogênicas. A autora observou que a hipervalorização dos maus e bons objetos internos serve para “aumentar a distância” entre eles e, deste modo, preservar o bom objeto interno das pulsões destrutivas.

2.1.5 - Clivagem:

2.1.5.a - do Ego:

“Expressão utilizada por Freud para designar um fenômeno muito particular que ele vê operar sobretudo no fetichismo e nas psicoses: a coexistência, no seio do Ego, de duas atitudes psíquicas para com a realidade exterior na medida em que isto vem contrariar uma experiência pulsional: uma tem em conta a realidade, a outra nega a realidade em causa e coloca em seu lugar um produto do desejo. Estas duas atitudes persistem lado a lado sem se influenciarem reciprocamente.”

(Laplanche e Pontalis, p.72)

Conta a história da Psicopatologia que a observação clínica deste mecanismo foi, em parte, responsável pelo surgimento de expressões como “desdobramento da personalidade”, “dupla consciência” e “dissociação dos fenômenos psicológicos”.

Os fenômenos observados por Freud e Bleuler, ligados a casos de histeria ou hipnose, confirmaram a existência deste tipo de divisão intra-psíquica. Posteriormente Freud reelaborou a sua visão de clivagem e afirmou ser esta resultado de conflitos intra-psíquicos poderosos. Para ele, este mecanismo põe em causa fundamentalmente a relação entre o Ego e a realidade, e está associado principalmente às psicoses e ao fetichismo.

Ao falar de quadros psicóticos, Freud (1924) afirmou que mesmo em casos extremos de conflito interno, não chega a acontecer nunca a total retirada do Ego da realidade. Há sempre uma parcela do Ego que permanece atenta à realidade e outra que se desliga

totalmente dela, deixando-se levar pelas influências da vida pulsional e, em certos casos, passando a criação de uma realidade delirante.

2.1.5.b - do Objeto:

“Mecanismo descrito por Klein e por ela considerado como a defesa mais primitiva contra a angústia: o objeto, visado pelas pulsões eróticas e destrutivas, cinde-se num «bom» e num «mau» objeto, que terão então destinos relativamente independentes no jogo das introjeções e das projeções. A clivagem do objeto opera particularmente na Posição Esquizo-paranóide, em que incide sobre objetos parciais. Reencontra-se na Posição Depressiva, em que incide então sobre o objeto total. A clivagem dos objetos é acompanhada de uma clivagem correlativa do Ego em «bom» Ego e «mau» Ego, pois o Ego é para a escola Kleiniana essencialmente constituído pela integração dos objetos.”

(Laplanche e Pontalis, p.74)

Como referimos, durante a primeira fase do desenvolvimento, a mãe e as experiências são divididas em boas/idealizadas e más/persecutórias. Esta polarização, que inicialmente favorece a organização da vida pulsional infantil pode, quando levada a extremos, provocar situações de dissociação e fragmentação egóica. É o caso das psicoses em geral, onde o tipo de angústia predominante é a angústia ligada ao medo de aniquilamento do Eu.

Ainda sob o ponto de vista do desenvolvimento, sabe-se que a tendência egóica de dividir os objetos em bons e maus é fundamental para que o sujeito possa organizar primariamente a sua vida emocional. Esta será a raiz da capacidade individual de discriminação, da formação de juízos, da separação entre *self*-objeto, entre o objeto da

experiência e a experiência antecedente e da distinção entre figura e fundo. Acrescente-se que este mecanismo, ao mesmo tempo primitivo e fundamental, encontra-se também na origem das capacidades de discriminar entre prazer e desprazer, dentro e fora, sono e vigília, etc.

Todo este processo maturativo dependerá, evidentemente, do modo como o bebê vivencia e aceita a primeira e mais importante das experiências de divisão: o nascimento, como antes de mais nada, uma situação de separação.

Grotstein (1985) definiu a divisão como a “atividade pela qual o Ego discerne diferenças dentro do *self* e dos seus objetos ou entre si mesmo e os objetos”.

Quando as vicissitudes do processo de desenvolvimento não favorecem a aquisição do sentido de *self*, característica esta comum aos estados psicóticos, o sujeito pode vivenciar situações marcadamente ligadas à angústia de fragmentação egóica. Nestes casos, tudo se passa como se o sujeito sentisse que a sua pele não é capaz de estabelecer a fronteira entre o eu e o não-eu, entre o dentro e o fora de si. Instaura-se o pânico psicótico ligado à experiência do espaço sem limites.

A clivagem patológica, o estilhaçamento dos objetos, a identificação projetiva patológica e a formação dos objetos bizarros serão oportunamente mencionados por nós, no capítulo dedicado às idéias de Bion.

2.1.6 - Identificação Projetiva:

“Expressão introduzida por Melanie Klein para designar um mecanismo que se traduz por fantasmas (fantasias), em que o indivíduo introduz a sua própria pessoa (his self) totalmente ou em parte no interior de um objeto para o lesar, para o possuir ou para o controlar”.

(Laplanche e Pontalis, p.202)

Ao desprender e projetar no objeto aspectos desagradáveis do *self*, o sujeito passa a experienciar este mesmo objeto como se fosse algo ansiogênico e persecutório. No entanto, sabe-se que este mecanismo constitui um instrumento fundamental no desenvolvimento da comunicação humana e que, em certa medida, funciona como o protótipo da capacidade de se colocar no lugar do outro e do sentimento de empatia.

Na verdade, é a qualidade e a intensidade da utilização deste mecanismo que vai determinar a diferença entre a normalidade e a patologia. Se o processo de expulsão e penetração no objeto é determinado prioritariamente por pulsões destrutivas, o sujeito experienciará inevitavelmente o terror de ser invadido pelo objeto da projeção. Consequentemente e em função do temor da re-introjeção, o sujeito poderá optar por situações patologizantes de isolamento em relação ao mundo externo.

A identificação projetiva patológica foi investigada por autores como Segal e Bion no contexto da capacidade de simbolização e da formação do pensamento em pacientes psicóticos, como veremos a seguir.

A identificação projetiva pode servir também a fins meramente evacuatórios e alienantes. O sujeito pode ver-se liberto de partes de si que lhe desagradam e que, ao serem projetadas no exterior, passam a ser simplesmente ignoradas por ele. A este mecanismo alienante, Amaral Dias (1988) chamou “*desidentificação projectiva*” ou “*projecção evacuatória*”. Para ele, nas psicoses a identificação projetiva excessiva exerce funções “*anti-comunicantes, anti-empáticas, evacuadora do ódio e desintegradora*”.

Diante da excessiva utilização deste mecanismo, os limites entre o *self* e o objeto tornam-se pouco precisos, podendo de fato ser anulados em casos extremos. Em certa medida, esta “fusão” entre *self* e objeto pode ser vivida, por exemplo, como uma defesa contra a ansiedade de separação ou contra a inveja em relação ao objeto.

2.1.7 - *Omnipotência:*

Sabe-se que as fantasias onipotentes podem funcionar como defesas contra a experiência da separação, dependência e inveja. Através dela, os limites entre *self* e objeto tornam-se confusos ou mesmo inexistentes, permitindo que o sujeito onipotentemente se identifique (por projeção ou introjeção) ao objeto.

A dissolução da fronteira entre *self* e objeto é típica dos estados narcísicos e acarreta a perda da consciência da realidade interna e externa. Tudo aquilo que de precioso existe na realidade externa, é sentido pelo narcisista como parte de si ou como partes da realidade onipotentemente controladas por ele. Mantém-se a idealização do *self* através das identificações aos objetos ideais e às suas qualidades, o que em certa medida funciona para o indivíduo como um encapsulamento protetor do *self*.

Porém, há que saber distinguir entre o lado positivo e o lado negativo da idealização do *self*. No narcisismo, por exemplo, são as partes destrutivas e onipotentes do *self* que são idealizadas. Este potencial destrutivo hipertrofiado é dirigido contra qualquer tentativa do *self* de depender ou necessitar do objeto. É devido a existência destas partes destrutivas do *self*, que em geral se apresentam cindidas ou disfarçadas, que se explica o aparente desinteresse do narcisista pelos objetos externos. O sujeito luta ardentemente contra qualquer coisa que lhe possa sugerir a existência de sentimentos de inveja e dependência ao objeto, que ao fim e ao cabo, possui as qualidades por ele desejadas.

Nas psicoses, as partes narcísicas destrutivas do *self* estão ligadas à organização psicótica, que se encontra cindida do resto da personalidade. É na distância que separa a parte psicótica da parte não-psicótica da personalidade, que o sujeito tentará construir o seu universo delirante, totalmente dominado pela onipotência e pela onisciência, que o impedem de romper o isolamento que ele próprio criou.

Neste universo povoado por objetos bizarros e por pulsões invejosas e destrutivas, o sujeito encontrar-se-á prisioneiro de si mesmo e incapaz de crescer. A única saída seria o reconhecer-se limitado e dependente do outro; o renunciar à onipotência e ter que lidar com a dor da separação...

2.2 Bion e a Teoria do Pensar:

Já em 1911 Freud falava-nos da natureza evacuatória dos pensamentos e da sua função contentora da descarga motora imediata: frente às necessidades internas geradoras de tensão, os pensamentos foram descritos como a resposta egóica que permitiria o adiamento da descarga energética, até que se tornasse possível a ação apropriada para satisfazer a necessidade.

No entanto, para que esta função seja cumprida, é preciso que nenhuma vicissitude venha a interromper ou prejudicar o processo de amadurecimento do Ego ou, se quisermos, que o desenvolvimento e a evolução dos pensamentos e do aparelho para os pensar possam ocorrer satisfatoriamente.

Para Bion (1962), quaisquer perturbações psicopatológicas derivam de falhas no desenvolvimento deste aparelho ou dos próprios pensamentos, sendo estes últimos tidos como genética e epistemologicamente anteriores à capacidade de pensar.

Neste sentido ele afirma que a realidade psíquica é incognoscível (“0”) e só pode ser “sida”; portanto, no momento em que esta realidade é traduzida em pensamentos, ela deixa de ser uma expressão da verdade. Isto equivale a dizer que a veracidade de um pensamento só existe até que ele seja formulado por um pensador. É o ato de formular que falsifica a realidade psíquica, porque formular implica definir e, automaticamente,

restringir esta realidade.

Em termos evolutivos sabe-se que nas etapas mais precoces do desenvolvimento, os pensamentos não são mais que impressões sensoriais e experiências emocionais muito primitivas (“Protopensamentos”), relacionados com a experiência concreta desta coisa-em-si incognoscível (“0”).

Assim sendo, Bion (1962) supõe que o bebê possua uma *pré-concepção* inata do seio, sem que tenha, no entanto, consciência da necessidade do seio bom. Para ilustrar tal afirmação, vale-se do exemplo de bebês que, ainda no útero materno, sugam o polegar em substituição à expectativa do seio (que nunca viram!), como se possuíssem uma espécie de expectativa vazia deste objeto.

A fome, isto é, a necessidade não satisfeita (o seio mau) é sentida como uma frustração da qual o bebê precisa de se desfazer. A existência destes objetos maus (protopensamentos) é condição *sine qua non* para que o bebê siga normalmente a sua evolução; sem tais objetos não há carência, e sem esta não se desenvolve a capacidade de pensar.

Portanto para Bion(1962), o encontro de uma pré-concepção com uma frustração, resulta num pensamento, enquanto que o encontro de uma pré-concepção com uma realização resulta em uma concepção.

Antes de seguirmos com a descrição da Teoria de Bion sobre o Pensar, cumpre-nos definir alguns elementos e funções postuladas por ele e que são imprescindíveis à compreensão das suas idéias:

Função-alfa:

Inclui os processos de pensamento tal como se manifestam em seus produtos finais, sejam gestos, palavras ou formulações mais complexas. Função da personalidade que opera sobre as impressões emocionais percebidas, transformando-as em elementos-alfa.

Elementos Alfa:

Impressões sensoriais e experiências emocionais transformadas em imagens visuais, ou imagens que correspondem a modelos auditivos, olfativos, etc., no domínio do mental. São utilizados para a formulação de pensamentos oníricos, o pensar inconsciente de vigília, sonhos e recordações.

Elementos Beta:

Impressões sensoriais e experiências emocionais não transformadas. Não resultam apropriadas para o pensar, sonhar, recordar ou exercer funções intelectuais geralmente atribuídas ao aparelho psíquico. Elementos vividos como “coisas-em-si” e que são geralmente evacuados através da identificação projetiva.

Barreira de Contato:

Conjunto formado pela proliferação de elementos alfa, que se unem entre si para marcar o contato entre consciente e inconsciente, com uma passagem seletiva de um para o outro. É a função que outorga a capacidade de estar dormindo ou acordado, consciente ou inconsciente e de ter noção de passado e futuro.

Tela de Elementos Beta:

Estado mental em que não existe diferença entre consciente e inconsciente, entre estar dormindo e acordado. Como os elementos beta não têm a capacidade de estabelecer vínculos entre si, ocorre apenas uma aglomeração de elementos sem integração.

Identificação Projetiva:

Para Bion (1963) significa a origem da capacidade de pensar. Conforme já referimos, Melanie Klein (1946) descreveu este mecanismo como uma fantasia onipotente de que partes não desejadas da personalidade e dos objetos internos podem ser dissociados, projetados e controlados no objeto em que se projetaram. Seu funcionamento normal constitui um dos principais fatores na formação de símbolos e na comunicação humana.

Identificação Projetiva Patológica:

Mecanismo em que predominam a voracidade e a inveja. Da dissociação de partes egóicas resulta a multiplicidade de fragmentos minúsculos que se projetam violentamente no

objeto. Os objetos tornam-se assim bizarros e a realidade cada vez mais dolorosa e persecutória.

* * *

2.3 A Perspectiva do Desenvolvimento:

Em termos do desenvolvimento da capacidade de pensar, duas ordens de fatores devem ser agora levados em conta: os fatores inatos (a capacidade de tolerância à frustração, por exemplo), e os fatores ambientais (a capacidade materna de conter e transformar os conteúdos infantis que nela são projetados continuamente).

Se existir uma tolerância à frustração, grande o bastante para que a personalidade tenda a transformar a realidade, isto é, tenda a transformar a frustração através da produção de elementos alfa e pensamentos, o desenvolvimento do aparelho para pensar segue o seu curso normal. O não-seio transforma-se num pensamento e o indivíduo pode aprender com a experiência.

Se a intolerância à frustração predomina, então a personalidade tende a evadir-se dela através da evacuação de elementos beta e de tudo o que se relaciona à frustração, à dor e à consciência desta situação. Ocorre um hipertrofiamento do aparelho de identificação projetiva e não se forma um aparelho para pensar. Os limites entre o *self* e o objeto externo ficam apagados e o não-seio torna-se um objeto mau, indistinguível de uma coisa-em-si, que só se presta à evacuação. Neste sentido, o evacuar o seio mau equivale ao obter alimento de um seio bom.

Se a intolerância à frustração não é tão grande para determinar a fuga, mas é intensa o suficiente para predominar sobre o princípio da realidade, a personalidade desenvolverá a onipotência e a onisciência como substitutos da aprendizagem, e isto determinará o fim da função psíquica que permite distinguir entre o verdadeiro/falso e a produção de autênticas simbolizações. A personalidade passará então a funcionar baseada em critérios morais de correto/incorreto, função que é típica das psicoses.

Quanto a capacidade de *rêverie* da mãe, pode-se dizer que nas fases primordiais do desenvolvimento, a identificação projetiva é um dos instrumentos de comunicação entre mãe e filho. O bebê consegue, através deste mecanismo, fazer despertar na mãe sentimentos dos quais ele necessita se livrar. Se a mãe possui uma capacidade satisfatória de conter e transformar estas projeções, de modo a poder devolvê-las posteriormente, já numa forma mais tolerável ao bebê, a personalidade infantil pode aprender a lidar com estas ansiedades, isto é, desenvolve-se a função alfa.

Já quando a mãe se mostra incapaz de aceitar e tolerar tais projeções, o bebê vê-se aterrorizado pela presença destes elementos não-transformados, fica restrito à intensificação das identificações projetivas, e não se forma o aparelho para pensar. A função alfa deixa de se desenvolver e o bebê vê-se incapaz de estabelecer limites precisos entre o *self* e o objeto, entre o que é consciente e o que é inconsciente.

Conforme já referimos, Bion (1962) também utilizou as expressões “PS” e “PD” (Posição Esquizo-paranóide e Posição Depressiva) para descrever o pensar. Para ele é o contínuo oscilar entre PS e PD (PS ↔ PD), ou seja, entre dispersão e integração, o que possibilita o pensar.

2.4 A Formação Simbólica:

Ainda em termos de desenvolvimento, sabe-se que inicialmente o bebê concentra toda a sua atenção sobre o seu próprio corpo e sobre o corpo dos pais. À medida que evolui, o bebê passa a descobrir no ambiente novos interesses que, forçosamente, o levam a uma transferência do afeto até aqui narcisicamente investido em si próprio. Este alargamento do campo vivencial, ocorrido com a inclusão de novos objetos de relação, determina uma sequência infinita de deslocamentos do afeto, o que só se torna possível através da simbolização.

O termo “símbolo” foi retirado do vocabulário grego para representar as funções de reunir, unir e integrar. Segundo Hanna Segal (1955), o processo de formação dos símbolos é um contínuo mecanismo de união e integração do interno com o externo, do sujeito com o objeto, das experiências anteriores com as posteriores.

Falemos então da simbolização, este mecanismo egóico utilizado para diminuir a ansiedade gerada nas relações de objetos, nomeadamente pelo medo dos objetos maus e pela possibilidade de perda dos objetos bons.

O início da formação dos símbolos está ligado aos primeiros movimentos de identificação projetiva, ainda no estágio oral do desenvolvimento. Na verdade estes primeiros símbolos nem são sentidos como tal, ou seja, como substitutos do objeto, e sim como sendo o

próprio objeto. Nos casos onde inexistente a diferenciação entre símbolo e simbolizado, fala-se em “Equação Simbólica”, já que partes do Ego e do objeto interno são projetados para dentro do objeto e são identificados com ele. Dá-se um obscurecimento da diferenciação *self*-objeto e o símbolo é substituído pelo objeto original. Deste modo o sujeito consegue negar a ausência do objeto bom e pode também controlar o objeto mau, sentido como persecutório.

Quer em termos evolutivos, quer em termos psicopatológicos, o processo de formação simbólica está sempre ligado ao grau de amadurecimento das relações entre Ego e objeto.

A necessidade de proteger o objeto dos objetivos pulsionais primários favorece a formação simbólica, uma vez que ao substituir o objeto original por um símbolo que o represente, o indivíduo consegue deslocar a agressividade do objeto e assim diminuir o sentimento de culpa e o medo da perda.

Podemos concluir, portanto, que a capacidade de simbolização é fator fundamental ao desenvolvimento egóico. Também é, em última instância, a função que governa a comunicação. Como afirmou Bion, um símbolo é conjunção que o grupo reconhece como constante.

O simbolizar define-se pela necessidade de reprimir o conflito entre as pulsões e as proibições dirigidas aos objetos originais.

Ao pensarmos esta função como o co-relacionar da coisa simbolizada, da coisa que funciona como símbolo e do indivíduo para quem uma representa a outra, ou seja, o co-relacionar do Ego, do objeto e do símbolo, passamos a refletir sobre as perturbações que se podem passar neste mecanismo.

Se só o que é reprimido necessita ser simbolizado, parece-nos plausível aceitarmos a pobreza e a concretude do pensamento psicótico como algo derivado da incapacidade de repressão. Se só se pode falar em repressão quando se fala em função alfa, isto é, em transformação, deduz-se que o déficit de formação simbólica está definitivamente vinculado à incapacidade de estabelecer limites entre consciente e inconsciente, entre *self* e objeto.

Se não há formação de barreira de contato, resta ao indivíduo apelar à evacuação daquilo que deveria ser reprimido e transformado em matéria-prima do pensar. Este evacuar dos conteúdos internos dá-se, obviamente, através do incremento da identificação projetiva, já agora, classificada como patológica por, ao invés de servir à comunicação realista, provocar antes uma sensação de esvaziamento mental.

Além disto, a intensificação da identificação projetiva contribui para que a diferenciação entre *self*-objeto se torne ainda mais obscurecida, dando início mais uma vez ao ciclo vicioso que restringe a comunicação.

A expressão “ciclo” leva-nos a pensar em repetição, em algo que é sempre o mesmo, isto é, algo que não se transforma. Se não há espaço para a transformação, o pensar não se pode realizar e assim o indivíduo fica proibido de aceder ao domínio da experiência. Como consequência disto, podemos dizer que a possibilidade de aprender com a experiência se torna inviável. Parece-nos pertinente, neste momento, lembrarmos a posição de Amaral Dias que, neste contexto, costuma classificar a própria Psicopatologia como uma questão de *learning disability*.

Como já referimos, a onipotência e a onisciência vêm agora substituir a aprendizagem, e a experiência tende a manter-se sempre ao mesmo nível, sem qualquer hipótese de relativização. Tal raciocínio remete-nos à idéia de Santa Tereza d’Ávila, no sentido de que somente aquilo que pensamos saber, nos impede de saber aquilo que não sabemos.

Antes de avançarmos para as idéias que poderão inserir, ou não, o problema da Toxicodependência entre as questões do *learning disability*, avancemos um pouco mais em nosso trabalho de instrumentalização teórica sobre as idéias de Bion e sobre o pensar.

Falemos, portanto, daquilo que ele chamou de função psicanalítica da personalidade, estabelecida sempre entre um sujeito que deseja conhecer um objeto e um objeto que se deixa conhecer. Para percebermos o fundamental desta teoria, temos que nos reportar ao

que Bion chamou de “0”, ou verdade absoluta, elemento que já foi aqui caracterizado como a realidade psíquica de natureza incognoscível.

Se partirmos do pressuposto de que esta verdade (“coisa-em-si”) é algo que só pode ser conhecido através das transformações que são efetuadas sobre este incognoscível, entenderemos os motivos que o levaram a classificar os pensamentos como expressões parciais desta realidade última. Ocorre que neste mecanismo complexo há fatores que permanecem inalterados e que nos permitem reconhecer no produto final da transformação (pensamentos, por exemplo) aspectos do original transformado (“0”). A estes fatores chama-se “invariância”.

Dependendo das técnicas e do meio escolhido para estas transformações, abstrair-se-á maior ou menor grau de conhecimento *sobre* “0”. No entanto, Bion (1965) fala-nos também de um outro tipo de mecanismo: as transformações *em* “0”, relacionadas com o “vir a ser 0”, e que implicam necessariamente mudanças, crescimento e *insight*. É óbvio que esta característica do “vir a ser 0” exige do sujeito a já falada capacidade para tolerar a dor e a frustração do saber de si, já que este tipo de transformação tem sempre um caráter disruptivo.

Se o sujeito é capaz de tolerar esta dor, ocorre o que Bion (1965) denominou de mudança catastrófica e avança-se para uma nova unidade de significação.

Se não há tolerância à frustração, ou se o bebê não encontra continente (mãe com capacidade de *rêverie*) que operacionalize as transformações, ocorre algo como uma catástrofe: os conteúdos projetados espalham-se por uma área que possui dimensões infinitas e o bebê vivencia o pânico psicótico. A alternativa a este terror surge mais uma vez como a recorrência às projeções, que permitem ao bebê evacuar as suas capacidades de registrar ou perceber tal estado.

Este tipo de recurso evacuativo pode ser alcançado através dos órgãos dos sentidos utilizados habitualmente na percepção, apreensão e reconhecimento da realidade e através de ações musculares relacionadas ao conceito de *acting-out*.

O desenvolvimento desta função relacionada ao conhecimento da realidade psíquica, função psicanalítica da personalidade, resulta do contínuo oscilar entre PS ↔ PD e das relações entre continente-conteúdo. A exemplo da pré-concepção, refere-se a uma expectativa não realizada ainda de saber algo.

A expressão “função” no contexto psicanalítico contém um sentido mais rigoroso do que aquele usualmente utilizado no discurso leigo; Bion (1962) dá-lhe o papel de designar a atividade mental resultante da atuação combinada e recorrente de vários fatores. Às entidades estáveis produzidas por estas combinações de fatores atribui-se o nome de “funções da personalidade”.

Freud (1911) falou-nos, por exemplo, em seu artigo “Dois Princípios do Funcionamento Mental”, que o aumento da significação da realidade externa determina automaticamente um aumento no significado dos órgãos sensíveis voltados para a percepção desta realidade e da consciência que a eles se liga. A consciência, através da *função da compreensão*, deve então aprender a lidar com este acréscimo de estímulos e com as manifestações de prazer e desprazer por ele provocadas.

No mesmo artigo a *atenção* é descrita como a “*função especial que periodicamente pesquisa o mundo externo, de modo a já lhe serem conhecidas as características, ao surgir necessidade interior premente*” e a *notação* como a “*atividade mental de armazenar os resultados da atividade periódica da consciência*” - parte do que chamamos memória.

Bion (1962) propôs-nos analisar estes termos como fatores de função alfa ou como fenômenos a serem investigados com o auxílio da teoria de função alfa.

Como já referimos, denomina-se função alfa o trabalho mental de transformação sobre as impressões sensíveis e sobre as emoções percebidas pelo sujeito, com a finalidade de produzir elementos alfa, passíveis de armazenamento e de aplicação na produção de pensamentos oníricos e no pensar consciente de vigília.

É o bom desempenho da função alfa que permite que o sujeito aprenda com a experiência: diante de uma experiência emocional submetida à função alfa e, portanto, à transformação, os pensamentos originalmente conscientes tornam-se inconscientes e podem, daí por diante, prestarem-se a novas experiências sem que o sujeito tenha que estar consciente disto. Desta forma a função alfa permite aliviar o consciente da sobrecarga de pensamento e permite que o sujeito aprenda uma habilitação.

Se falha a função alfa e prevalece a produção de elementos beta, não se faz a passagem destes elementos para o inconsciente, não há repressão e, portanto, não pode haver aprendizagem.

Entre os fatores que impedem a consolidação da função alfa devemos supor o bloqueio da relação entre o bebê e o seio, no sentido de que a capacidade do primeiro para aceitar o que o segundo lhe oferece seja coartada por fatores emocionais; como sabemos, o seio (a mãe) é ao mesmo tempo objeto de amor e de ódio; tal ambivalência emocional, permeada

pelo temor que se instaura em função da possível destruição do objeto, pelo incremento dos impulsos agressivos, pode fazer com que se reforce o bloqueio na relação mãe-bebê.

O Ego infantil é ainda frágil demais nesta altura para poder discriminar entre tal bloqueio e os sentimentos de destrutividade, culpa e depressão subsequentes. Entretanto, o medo de morrer de inanição faz com que o bebê retome a sucção, e assim se desenvolve a cisão entre satisfação material e psíquica.

Se o ódio, a inveja e o medo são muito intensos, surgem medidas para destruir a percepção dos sentimentos; ataques à função alfa impedem que o sujeito entre em contato consciente consigo próprio e com os outros como objetos vivos.

Se, no entanto, o sentido de realidade se encontrar suficientemente desenvolvido, o bebê ver-se-á forçado a retomar a amamentação e ocorrerá a transformação interna que o tornará capaz de gratidão e amor. Nesta altura, o bebê já pode reconhecer a existência de um objeto externo vivo e integrado, de quem depende a sua sobrevivência.

Por outro lado, se a inveja for suficientemente intensa para que o amor ao seio seja negado, e para que a consolidação da função alfa seja prejudicada, deixará de existir representação mental do seio. O anseio por amor defletir-se-á agora a um nível concreto da satisfação material e as necessidades de amor e compreensão emocional insatisfeitas

transformar-se-ão em voracidade. O sujeito sem poder de representação mental afigurarse-á incapaz de gratidão ou de solicitude por si e pelos outros.

Consequentemente deixará de existir um interesse real pela verdade. O sujeito ver-se-á aprisionado pela insaciabilidade de sua voracidade e pela concretude de seu funcionamento mental, desprovido de aparelho que permita o desenvolvimento da função alfa e da sua capacidade de abstração; o universo mental do sujeito nestas condições será povoado de elementos beta e por atividades que substituem o pensar.

Uma vez que a produção de elementos alfa se torna deficitária pela falência da função alfa, não há possibilidade de formação de barreira de contato e, portanto, deixa de existir a membrana permeável que tem a função de separar os fenômenos mentais entre os que têm natureza consciente daqueles de caráter inconsciente.

Consequentemente, torna-se provável que ocorram desenvolvimentos incompletos ou anômalos da capacidade de memória e repressão, e que fantasias e emoções de natureza endopsíquica invadam e deixem-se invadir pela perspectiva realista.

Percebe-se nos enunciados de Freud (1911) sobre o funcionamento mental a importância do fator tolerância à frustração no desenvolvimento do pensar; diante do hiato formado entre a compulsão de descarregar a psique do excesso de tensão gerado pelas necessidades internas, e a possibilidade de tolerar esta mesma tensão até que se possa

alcançar realização efetivamente adequada a esta necessidade, espera-se que o pensamento ocupe função de preenchimento.

Espera-se, ao fim e ao cabo, que o sujeito seja capaz de optar por comportamentos destinados a modificar a frustração e não a fugir dela.

Se pensarmos ainda em termos de necessidades internas, será-nos suposto imaginar que o seio necessitado é sentimento, e sentimento de seio mau, seio que o bebê precisa evacuar. O mamar o leite materno significa neste contexto o incorporar o seio bom e ao mesmo tempo evacuar o seio mau, de maneira indistinta. Bom e mau seio apresentam o mesmo grau de concretude e realidade do leite.

Também podemos conceber uma situação de bebê alimentado, mas que se sente não amado; neste caso a necessidade do seio bom continua a existir e, de novo, o seio necessitado é sentido como mau.

Para Bion (1963), seio bom e seio mau são ambas experiências emocionais; o ingrediente físico, o leite, o mal-estar pela saciedade ou pelo seu contrário, faz-nos admitir a prioridade cronológica dos elementos beta sobre os elementos alfa.

O bebê ainda incapaz de função alfa necessita de um objeto-mãe capaz de se manter aberta e receptiva às projeções infantis, transformando-as e, portanto, servindo como função alfa auxiliar (*rêverie*).

Importa-nos agora atribuímos características intrínsecas ao vínculo estabelecido entre objetos em mútua relação e, para tal, sugerimos a adoção da notação científica proposta por Bion (1962) para representar as experiências emocionais, e a sua idéia de que tais experiências são inconcebíveis de modo isolado.

Postulam-se três tipos de vínculo:

1- X ama Y

2- X odeia Y

3- X sabe a respeito de Y

As siglas L(*love*), H(*hate*) e K(*knowledge*) prestam-se a representar tais vínculos de modo abstrato e devem ser usadas com o cuidado de evitar manipulações arbitrárias e externas ao contexto psicanalítico.

Dentro dos limites deste trabalho, interessa-nos especialmente o vínculo K, por ser aquele capaz de representar uma relação psicanalítica e de conduzir o sujeito aos domínios do aprender com a experiência.

A experiência emocional representada pela expressão X “K” Y é penosa por implicar um esforço para fugir ao sofrimento ou para modificá-lo conforme os recursos da personalidade para tolerar a frustração.

Cumpra-nos também considerar a existência da notação que representa a experiência contrária ao “K”, isto é, a notação que representa a impossibilidade de compreensão do objeto, decorrente do déficit da capacidade de abstração e, portanto, de representação mental do sujeito. Tal disfunção é comum ao pensamento concreto dos psicóticos e denota-se por “-K”; para tais pacientes as palavras são coisas: as coisas que a palavra representa são indistinguíveis dos próprios nomes e vice-versa.

Em 1962 Bion propôs-nos a utilização de uma fórmula-abstração no intuito de delimitar o objeto de estudo da psicanálise:

$$\pm Y (\mu) (\xi) (\psi)$$

“A letra «Y» refere-se ao fator de crescimento mental, podendo este ser positivo ou negativo (\pm). « μ » representa o caráter inato da personalidade. « ξ » é o elemento não saturado da pré-concepção, « ψ ». “...Se aplicamos a fórmula proposta por Bion, encontraremos que este objeto tem elementos ou fatores que fazem o caráter inato da personalidade do paciente (μ), com a disponibilidade (ξ) de sua pré-concepção (ψ)-expectativa, que pode saturar-se em maior ou menor grau na realização-experiência da sessão psicanalítica. O objeto psicanalítico discernível terá também uma direção, que pode

ser de progressão ou de regressão ou, dito em outros termos, de crescimento ou decrescimento ($\pm Y$).” (Grinberg, p.134)

TOXICODEPENDÊNCIA x “PSICOSES”

3.1 Diferenciação entre as Partes Psicótica e não-Psicótica da Personalidade

Em primeiro lugar, cumpre-nos destacar que a terminologia empregue por Bion para transmitir as suas idéias sobre o funcionamento mental, só pode ser corretamente compreendida na medida em que se considera a distância que separa o seu discurso, do discurso corrente na Psiquiatria Clássica. O ponto de partida para a referida distância, encontra-se na percepção de que as partes menos saudáveis da personalidade coabitam sempre com os aspectos mais amadurecidos da mente, em diferentes proporções, de acordo com cada situação e com cada indivíduo.

Não se trata mais de aderir a diagnósticos tradicionalmente elaborados para distinguir sujeitos psicóticos de sujeitos não psicóticos, mas sim de perceber a cada instante, sob o domínio de qual parte da personalidade se encontra o sujeito. Evidentemente que este raciocínio nos remete às idéias Klenianas das Posições Esquizoparanóide e Depressiva, e à Teoria do Pensar de Bion (PS ↔ PD).

Isto posto, voltemos à referida diferenciação entre as partes psicóticas e não-psicóticas da personalidade, que depende essencialmente da cisão em diminutos fragmentos de todo o aparato da consciência ligado à percepção da realidade interna e externa, e da ulterior projeção destes fragmentos sobre os objetos da realidade.

Os fundamentos desta idéia vêm do trabalho “Os Dois Princípios do Funcionamento Mental”, apresentado por Freud em 1911, onde a atividade mental foi descrita em função das exigências do princípio da realidade, e também das descobertas Kleinianas sobre as primordiais relações de objeto e sobre a identificação projetiva.

A relação do bebê com o seio ocupa posição fundamental nesta teoria; no entanto, diversos fatores intervenientes, de natureza inata ou não, podem alterar o percurso esperado em termos do desenvolvimento desta relação e do processo de individualização da criança.

Fatores como as condições desfavoráveis de gestação e parto e a qualidade da relação mãe-bebê, podem produzir dificuldades na capacidade infantil de experimentar outras fontes de gratificação, e isto pode resultar numa internalização insuficiente do objeto primário realmente bom.

Para Bion (1957) supõe-se a existência de quatro elementos-características de personalidade que, quando combinados, favorecem o funcionamento psíquico do tipo psicótico:

- 1- Preponderância dos impulsos destrutivos, a ponto de transformar os impulsos amorosos em sadismo;
- 2- O ódio à realidade, interna e externa, e a tudo que se ligue a sua percepção;

3- O terror de aniquilamento iminente;

4- A formação prematura e precipitada das relações de objeto, cuja fragilidade contrasta com a tenacidade aparente com que são mantidas.

A combinação destes fatores pode levar à fragmentação do aparelho de percepção da realidade em partes mínimas e à projeção excessiva destes fragmentos da personalidade para dentro dos objetos externos.

Ao citar Freud (1924), Bion (1957) reconhece nas idéias do primeiro o prenúncio da teoria que ele próprio viria a sistematizar: *“... nas neuroses, o Ego, em virtude de seu compromisso com a realidade, suprime uma parte do Id (a pulsão de vida), enquanto que nas psicoses o mesmo Ego, a serviço do Id, retira-se de uma parte da realidade...”*

Neste mesmo trabalho, Freud dissertou sobre as adaptações internas no aparelho mental, exigidas pelo contato com a realidade, e a propósito disto citou: a importância atribuída aos órgãos da percepção e à consciência atribuída a estes; a função especial, chamada atenção, responsável por perscrutar o mundo externo a fim de se familiarizar com ele; a memória, conceptualizada como forma de registro para armazenar os dados recolhidos na atividade consciente; o julgamento, como forma de decisão entre a veracidade ou não de uma idéia; o emprego da descarga motora na modificação adequada da realidade, e o pensamento que, por sua vez, se tornou o elemento capaz de fazer o sujeito tolerar a frustração inerente ao contato com a realidade.

Partindo das idéias de Freud, Bion (1957) fez questão de salientar que o Ego não chega nunca a se ausentar completamente da realidade, e sim tem o seu contato com ela mascarado pelo desejo onipotente de a destruir e de destruir a todos os órgãos da percepção ligados a ela. Desta afirmação abstraiu-se que, uma vez que o contato com a realidade jamais é inteiramente perdido, os fenômenos geralmente associados às neuroses permanecem presentes como complicadores dos quadros psicóticos, e devem ser considerados para efeito analítico.

Para além disto, ele sugeriu ser o afastamento da realidade apenas uma fantasia decorrente do uso da identificação projetiva contra o aparelho mental. É óbvio que para o sujeito esta fantasia é sentida como um fato e, portanto, ele age como se o seu aparelho perceptivo pudesse ser cindido e projetado dentro dos seus objetos.

A conclusão que advém destas duas observações explica e justifica o título deste capítulo e reforça a idéia da existência de uma parte não psicótica da personalidade, mesmo naqueles quadros suficientemente patológicos para serem declarados psicóticos.

O fator ódio à realidade, listado por Bion (1957), associa-se às fantasias infantis de ataques sádicos ao seio materno da Posição Esquizo-paranóide, fazendo com que a excessiva fragmentação do objeto e das partes do Ego ligadas à percepção da realidade, produzam no bebê a sensação psicótica da irrecuperabilidade deste objeto e do Ego.

Os aqui referidos ataques sádicos e fragmentadores acabam por comprometer os aspectos da personalidade que deveriam propiciar a base para a compreensão interna de si mesmo e da realidade, prejudicando à partida, a evolução de todas as funções egóicas descritas anteriormente por Freud. Estas funções, agora reduzidas a diminutos fragmentos, são expelidas da personalidade e penetram, de forma violenta, os objetos da realidade externa, transformando-os em objetos bizarros, que contém ou são contidos pelas funções do Ego neles projetadas.

Mesmo depois de expelidas, as partículas do Ego mantêm-se vivas e passam a exercer suas funções de acordo com a natureza do objeto que as conteve. Por exemplo, partículas do Ego ligadas à visão podem sugerir ao sujeito sensações paranóides de estar sendo vigiado pelo objeto continente desta projeção.

No entanto, o objeto invadido “reage” e passa a controlar o pedaço da personalidade projetado, transformando-o numa coisa.

Consequentemente, partícula da personalidade e objeto confundem-se na mente do sujeito, fazendo-o pensar que as palavras são as próprias coisas reais que elas designam e, portanto, fazendo-o passar a equacionar ao invés de simbolizar.

Desprovido do material usado como matriz das idéias, o sujeito passa a fazer uso destas partículas-objeto para a construção do pensamento, aumentando a sua própria confusão mental.

Ao pensarmos nos objetivos iniciais do sujeito, ligados à não-percepção da realidade, concluímos que talvez o caminho mais eficaz seja o da destruição do elo de ligação entre as impressões sensoriais e a tomada de consciência; este elo de ligação remete-nos à capacidade de pensamento verbal e formação simbólica, temas já abordados anteriormente.

A expressão “elo de ligação”, refere-se à função em si mesma e não ao objeto que serve a esta função. Em seu artigo “Ataques ao Elo de Ligação”, Bion (1957) ilustrou esta idéia descrevendo a própria capacidade de compreensão do analista como um destes elos e, portanto, como um dos alvos dos ataques destrutivos efetuados pela parte psicótica da personalidade.

Também as próprias emoções do paciente, enquanto elementos que dão realidade ao objeto externo, ou seja, ao que é não-*self*, sofrem ataques destrutivos. Este mesmo raciocínio se aplica à capacidade individual de usar a linguagem verbal como vínculo e, portanto, como elo de ligação que tende a ser destruído ou prejudicado, como por exemplo, nos casos de gagueira ou mutismo.

Freud acreditava ser o pensamento uma forma de restringir a ação e concebeu-o, num primeiro momento, atribuindo-lhe uma natureza original inconsciente: “... *na medida em que se elevava acima da mera ideação e se voltava para as relações entre as impressões de objeto, e somente através da ligação com os traços mnêmicos de palavras, é que veio a ser dotado das demais qualidades perceptíveis para a consciência...*”(1911).

Bion supôs a existência de pensamentos primitivos ligados mais a ideogramas e à visão do que a palavras e à audição. Este tipo de pensamento “...*depende da capacidade de introjeção e projeção equilibradas dos objetos e, a fortiori, da percepção dos mesmos...*”.(1957)

A operacionalidade da parte não-psicótica da personalidade leva o sujeito a aperceber-se de que a introjeção provém material para a formação do pensamento inconsciente, responsável pela tomada de consciência ligada às impressões sensoriais.

Esta tomada de consciência faz-se forçosamente através das ligações que são feitas às imagens verbais correspondentes à percepção.

Conclui-se, portanto, que a eficácia dos ataques realizados pela parte psicótica da personalidade às partes do aparelho mental ligadas à percepção da realidade baseia-se, fundamentalmente, na destruição deste elo de ligação, fazendo com que a tomada de

consciência da realidade deixe de existir, ainda que a realidade em si não possa ser destruída.

Não nos esqueçamos de que o próprio material usado na formação dos pensamentos na parte não-psicótica, já se encontra parcialmente danificado pelo desequilíbrio entre projeção e introjeção precedentes, resultando em objetos bizarros já anteriormente descritos.

Até mesmo as ligações primitivas existentes entre os ideogramas são atingidas pelos ataques destrutivos da personalidade psicótica, impedindo que dois objetos possam ser juntados de modo a conservarem as suas próprias características intrínsecas, a fim de formarem um terceiro objeto (novo) mental. Em outras palavras, a capacidade de formar símbolos fica terminantemente interrompida por estes ataques.

A diferenciação entre as partes psicótica e não-psicótica da personalidade deve, portanto, ser examinada, essencialmente, a partir dos ataques sádicos dirigidos ao Ego e à matriz do pensamento e da excessiva identificação projetiva. Estes fatores intensificam a divergência existente entre estes dois modos de funcionamento mental até que o sujeito se sinta incapaz de fugir a esta divisão, uma vez que deixa de dispor de aparato psíquico ligado à percepção da realidade.

A recuperação de qualquer objeto expelido a fim de restaurar o Ego tem que ser feita através da identificação projetiva, a mesma via da expulsão. Tendo sido expelida a capacidade de articular objetos, torna-se ameaçadora qualquer tentativa egóica no sentido de sintetizar novos objetos. Sem poder de síntese, o máximo que o sujeito consegue alcançar com seus esforços é aglomerar objetos em seu interior.

A cisão e a identificação projetiva são usadas pela parte psicótica da personalidade como substitutas da repressão. Conforme já referimos nos capítulos anteriores, a capacidade de repressão implica que o sujeito seja capaz de função denominada alfa, transformadora das impressões sensoriais; na ausência desta função, há um acúmulo (aglomeração) de elementos beta não transformados, que passam a ser expelidos pela identificação projetiva.

Em suma, a parte não-psicótica da personalidade recorre à repressão para subtrair da consciência certas tendências da mente, enquanto que a parte psicótica empenha-se em tentar destruir a parte do aparelho psíquico capaz de levar a cabo as repressões.

O desenvolvimento do pensamento verbal como elemento sintetizador e articulador das impressões sensoriais sofre ataques destrutivos, e é “esvaziado” pela identificação projetiva excessiva, impedindo a introjeção e assimilação regular dos dados da realidade. Também os elementos do pensamento essenciais à sua própria coerência são atacados, eliminando qualquer hipótese de articulação em si.

As formas pré-verbais, habitualmente usadas como matéria-prima para os pensamentos, ficam inutilizadas pela sequência de mutilações sofridas pela identificação projetiva, dificultando o trabalho de restauração egóica através do pensar. Os objetos e as partes do Ego antes expelidas têm agora que ser trazidas de volta pela reversão da identificação projetiva.

No entanto, estes objetos ao serem expulsos da mente do sujeito, transformam-se em “coisas”, em objetos acrescidos de qualidades ameaçadoras e destrutivas, e o processo de introjeção pode provocar no sujeito a sensação de ser invadido violentamente por eles.

Também os sentidos expelidos como partes do Ego, ao serem trazidos de volta, podem gerar sensações dolorosas e podem dar origem a alucinações tácteis, auditivas e visuais.

Os ataques destrutivos ao ego e a tendência a substituir a repressão e a introjeção pela identificação projetiva devem ser elaborados pelo sujeito em análise. Para tanto, faz-se-nos necessário perceber o alcance das divergências entre as partes psicótica e não-psicótica da personalidade, presentes em graus diferentes em todos nós.

3.2 A Aplicabilidade da Teoria do Pensar de Bion ao Problema da Toxicodependência

Neste capítulo, ocuparemos-nos de demonstrar a aplicabilidade da Teoria do Pensar de Bion (1962) ao problema da Toxicodependência.

Lembremo-nos que ao sistematizar a diferenciação entre as partes psicóticas e não-psicóticas da personalidade, o autor definiu a personalidade psicótica, não como um diagnóstico psiquiátrico, mas como um modo de funcionamento mental comum a todos os seres humanos, e que co-existe sempre com modos de funcionamento mais elaborados e salutareos.

Bion (1962) propôs-nos três modelos de compreensão do processo de pensar:

Inicialmente, e conforme já referimos neste trabalho, Bion sugeriu ser o pensamento fruto da expectativa natural da união de dois objectos para formar um terceiro, que por sua vez representará sempre mais do que a soma destas partes. A experiência de união de uma *pré-concepção* (expectativa vazia inata), com uma *realização* (impressões sensoriais adequadas), dá origem à *concepção*, sendo esta última tida como o resultado de uma conjunção satisfatória. A formação de concepções é função adjacente ao pensar.

O segundo modelo proposto sugere que a união de uma *pré-concepção* com uma frustração (ausência de satisfação) dá origem a um pensamento. O não-seio (fome, frio, etc.) é inicialmente sentido como a presença de um objecto mau e persecutório, do qual o bebê necessita se livrar.

Porém, num segundo momento, espera-se que ele seja capaz de tolerar a sensação de desconforto (o não-seio), e que seja capaz de reconhecer a ausência do bom objecto. Nesta altura, o bebê estará apto a distinguir entre um pensamento e o objecto em si, fator *sine qua non* ao desenvolvimento do aparelho para pensar.

As concepções formadas a partir do encontro de impressões sensoriais apropriadas e pré-concepções, passarão a funcionar como matéria-prima para a construção de novos pensamentos, mais elaborados, e para o desenvolvimento da função-alfa.

Aos poucos o indivíduo tornar-se-á capaz de atribuir o seu desconforto frente às frustrações à ausência de um bom objecto, mais do que à presença persecutória de um objecto mau. Para além disto, as experiências continuadas de recuperação e perda deste bom objecto, caso as condições de desenvolvimento sejam favoráveis, suscitarão no bebê a expectativa de que a ausência deste bom objecto seja apenas transitória, e a crença na possibilidade de recuperação/recriação deste mesmo objecto.

Em suma, o bebê capacitar-se-á no sentido de tolerar o não-seio até que esta realidade possa ser transformada.

Finalmente, Bion propôs-nos um terceiro modelo de compreensão do desenvolvimento do pensar, desta vez vinculando-o à existência de um objecto(mãe) suficientemente disponível para compreender e dar significado às experiências infantis. Falamos, evidentemente, da capacidade de *rêverie* materna e da relação continente-conteúdo, função operacionalizada pela capacidade da mãe de conter e elaborar os conteúdos psíquicos do bebê, de modo a devolvê-los de forma desintoxicada e tolerável.

Digamos que, em poucas palavras, espera-se que a mãe seja capaz de assumir função-alfa auxiliar, transformando as produções mentais infantis em elementos-alfa utilizáveis no processo do pensamento.

Progressivamente o bebê acolhido por tal função-alfa auxiliar, desenvolverá em sua mente aquilo a que Bion (1963) chamou de *Barreira de Contacto*, estrutura responsável pela separação entre o que é consciente e inconsciente, entre o que é mundo interno e mundo externo.

Uma mãe sem esta capacidade de conter e transformar/desintoxicar os conteúdos das projeções infantis, tenderá a devolvê-los tal como os recebeu, podendo mesmo impingir ao bebê uma carga de ansiedade ainda maior.

As vivências infantis não transformadas darão origem aos elementos-beta, não utilizáveis para o pensar. A barreira de contacto não se formará ou formar-se-á de modo pouco consistente, fazendo com que o mundo interno do sujeito seja povoado por objectos bizarros e persecutórios.

Como sabemos, o sujeito aterrorizado por sua própria condição interna, dará início a uma série de ataques, que visarão a fragmentação da parte da consciência ligada à percepção da realidade. No entanto, o produto destes ataques será novamente aterrorizador, já que os diminutos fragmentos do aparelho da consciência, expulsos violentamente do *self*, penetrarão os objectos da realidade externa. Tais objectos passarão a ser sentidos na fantasia do sujeito como ferozes perseguidores.

Em termos maturativos, o resultado de todo este processo poderá ser a perda das bases para a compreensão intuitiva de si mesmo e da realidade externa, e a obstrução dos canais responsáveis pela autêntica comunicação com o outro. Os aspectos da personalidade mais afetados serão a consciência das impressões sensorias, a atenção, a memória, o julgamento e o pensamento.

Fora do sujeito tudo se passará como se as partículas do Ego, ao serem expulsas do *self*, ganhassem vida própria e passassem a controlar ou serem controladas pelos objectos das projeções.

Estas mesmas partículas serão equiparadas na mente do sujeito à matriz das idéias. Diante da carência de elementos-alfa, o sujeito agarrar-se-á aos tais fragmentos expelidos do Ego, no sentido de tentar construir o seu aparelho para pensar. No entanto, sabemos, o máximo que ele conseguirá nestas circunstâncias, será um incremento do seu estado interno de desordem. Para o sujeito as coisas serão indistinguíveis das palavras que as representam, isto é, ele será capaz apenas de “equacionar” elementos e jamais de “simbolizar”, conforme referimos nos capítulos anteriores.

As equações simbólicas são utilizadas para negar a ausência do objecto ideal ou para controlar o objecto persecutório, ao passo que na formação simbólica o objectivo é superar a perda deste objecto ideal.

A diferenciação entre *self* e objecto tornar-se-á obscura e cedo o sujeito passará a confundir símbolos (criações do Ego) e objectos simbolizados.

O déficit da formação simbólica produzirá a estagnação do desenvolvimento egóico, o que por sua vez resultará fatalmente na incapacidade de “pensar”, no seu sentido mais abstrato. As produções mentais do sujeito nestas condições serão de natureza concreta e a função da comunicação será gravemente afetada. A sua vida fantasmática carecerá de riqueza, e o sujeito terá imensas dificuldades em comunicar ao mundo os seus conteúdos

internos. Até mesmo o sentido de realidade será comprometido, fruto da indiferenciação *self-objecto*.

* * *

Discussão (In)Conclusiva:

Antes de avançarmos com o nosso trabalho, gostaríamos de reforçar a idéia de que, ao olharmos o problema da Toxicodependência através da perspectiva do predomínio do funcionamento das partes psicóticas da personalidade, segundo as formulações de Bion, não nos devemos esquecer que a Toxicodependência pode ser compreendida, em si mesma, como uma intensa defesa maníaca, que impede o sujeito adicto de vivenciar a dor inerente à sua condição humana.

Isto posto, gostaríamos de apontar o déficit da formação simbólica como sendo um dos pontos de ligação entre os funcionamentos psicótico e toxicodependente; em ambos os casos a diferenciação *self-objecto* é precária ou mesmo inexistente. A profunda regressão narcísica vivenciada nestes casos, impinge ao sujeito fantasias ou experiências de fusão entre o *self* e as imagens dos objectos.

No caso das toxicodependências, e em particular na heroínomania, o sujeito possui em suas mãos um instrumento de restauração narcísica tão potente, que é como se ele subitamente re-encontrasse o caminho de volta à homeostase intra-uterina. A fusão com o produto restaura o espelho partido com uma velocidade meteórica e re-estabelece a ligação onnipotente com o objecto ideal.

A não-diferenciação eu/não-eu permite ao sujeito a negação de todos os limites e com eles a negação das idéias de tempo, espaço e da própria separação.

Rompida a comunicação com o mundo, cria-se onnipotentemente um novo mundo. Nos estados psicóticos, os ataques dirigidos ao Ego destroem o real ao nível da sua própria inserção no conteúdo espaço/tempo. Criam-se as alucinações, fruto da evacuação de elementos-beta, preenchimento daquilo que não pode ser preenchido pela linguagem.

Na heroínomania, o produto satisfaz as expectativas contidas nas pré-concepções a um nível tão radical, que deixa de haver espaço para as transformações. A sensação de completude experienciada pelo sujeito intoxicado é tão intensa, que deixam de existir regiões insaturadas na mente. A partir daí, o sujeito estará impedido de aprender com a experiência. Passa-se de $\psi \psi (\xi)$ a $\psi (\psi \xi)$.

Evidentemente que a sensação paradisíaca experimentada na fusão com o produto será também efêmera, e logo o sujeito perceberá que foi iludido.

No entanto, temporariamente, o sujeito viverá um *duo* perfeito com o produto. Alterar-se-á também aqui a relação que o sujeito mantém com a realidade e com o tempo. Conforme já referimos, a repetição e o descomedimento anularão a consciência do tempo vivido, fazendo com que o ontem, o hoje e o amanhã se igualem na fantasia do sujeito.

Tanto nos estado psicóticos como nas toxicomanias, o problema da angústia consegue ser superado: ao negar a existência dos limites, ao confundir as barreiras entre o eu e o não-eu, o sujeito resolve o problema da separação e da dor que lhe é inerente.

O sujeito cura a sua condição humana e torna-se “imortal”.

A força narcisicamente reparadora inerente à heroína, encontra também o seu equivalente no funcionamento psicótico: referimo-nos, evidentemente, à formação do pensamento delirante, responsável pela reconstrução do mundo subjectivo, feito em pedaços. Em ambos os casos, a experiência do espaço sem limites, produzida pela não introjeção de um objecto bom suficientemente securizante, instiga na fantasia do sujeito algo que se aproxima da experiência caótica de fim do mundo.

Falemos, entretanto, do afastamento da realidade, produzido tanto pela formação delirante como pela drogadição, ambas representantes de uma brutal retirada da libido no sentido de desinvestir o mundo externo.

Já sabemos que o ódio à realidade, característica comum aos toxicodependentes e ao funcionamento psicótico, faz com que os órgãos ligados à percepção da realidade sejam atacados e destruídos. Destróem-se a comunicação e os elos de ligação com a realidade. Estes ataques serão tão mais destrutivos, quanto mais intensa for a inveja infantil e a ausência de uma mãe com *rêverie*.

No caso dos toxicod dependentes em tratamento psicoterapêutico percebe-se que, mesmo após a interrupção dos consumos, a capacidade de re-investir o mundo externo encontra-se muito danificada. Aquilo que se observa, por exemplo, ao nível da relação transferencial com o psicoterapeuta, é a fragilidade dos vínculos que se estabelecem.

Num primeiro momento, o sujeito geralmente apresenta-se como se estivesse verdadeiramente desejoso desta vinculação, e age como se realmente fosse capaz disto. O psicoterapeuta menos experimentado poderá vir a acreditar nesta aparentemente forte ligação, mas cedo logrará perceber que, também aqui, os toxicod dependentes e psicóticos se aproximam: ambos se prestam à confirmação da idéia proposta por Bion para descrever um dos fatores ligados ao funcionamento psicótico - a formação precoce e precipitada das relações de objecto, cuja fragilidade contrasta com a tenacidade com que são mantidas.

A confrontação com a sua realidade dependente e degradada, durante os eventuais momentos de lucidez entre um consumo e outro, ou no período que sucede às desintoxicações, faz com que o sujeito toxicod dependente vivencie de forma intensa a sua impotência diante da força do produto.

Descrente de si mesmo, o sujeito mente para esconder a sua dor e a sua culpa. No entanto, neste momento a impotência, revestida de seu inverso, fará com que o sujeito outra vez se afaste onnipotentemente da realidade.

Tantas vezes este caminho é percorrido, que o sujeito deixa de acreditar em si mesmo. A seguir deixa-se de acreditar no outro. As más experiências vividas durante o período dos consumos, geralmente construídas com base no egoísmo e na mentira, reforçam a sua desconfiança. Na realidade, esta sequência - perda da auto-confiança e da confiança no outro -, pode ser vista como uma imagem invertida de um processo que teve a sua matriz nas vivências infantis precoces, em relação aos objectos primários. Mais uma vez, tocamos a qualidade da relação continente-conteúdo estabelecida entre a mãe e o bebê e os elementos que daí decorrem.

Incapaz de tolerar as incertezas e o não-saber de si, o sujeito opta sempre por construir a sua própria verdade. Também aqui as toxicodependências e os estados psicóticos se assemelham: da impermeabilidade às experiências e às refutações lógicas inerente ao pensamento delirante, à rigidez com que o sujeito adicto se nega a enxergar a realidade e defende-se a si próprio através da onipotência, tudo o que se quer é evitar o vazio. Obscurecem-se os limites entre verdadeiro e falso na mente do sujeito.

No caso dos toxicodependentes o que se vê, a despeito de todas as experiências prévias e recaídas quase sempre muito parecidas, é a necessidade de acreditar que a próxima “cura” será a última e definitiva “cura”. O sujeito nega veementemente aquela parte de si que, mesmo após a desintoxicação, deseja e aguarda o momento em que o vazio poderá ser apagado pelo re-encontro com o produto.

A divisão que se estabelece no mundo interno do sujeito neste momento, representa a co-existência dos dois tipos de funcionamento mental postulados por Bion (1957): há uma parte mais amadurecida e saudável da personalidade, que realmente deseja e acredita no fim da drogadição; esta parte engloba, evidentemente, os aspectos ligados ao funcionamento da parte não-psicótica da personalidade.

Do outro lado, os aspectos ligados ao funcionamento da parte psicótica da personalidade, serão os aspectos que sustentarão a onipotência como forma de viabilizar a negação da realidade, e que lutarão contra a mudança e contra a percepção do vazio. Citando Carlos Amaral Dias (1995) ...*“Não pode pois haver cata-strofe (mudança de sentido) na toxicoddependência, mas antes ana-strofe. Assim sendo o que nos parece turbulência é apenas o bater de asas de uma falsa Fénix. Falsa, porque em vez de renascer das cinzas da separação, se origina no casamento messiânico, que fazendo triunfar o sujeito sobre o psyche-soma o introduz no pressuposto de dependência e no sistema proto-mental (p.39)”*. Ou ainda... *“O glorioso enigma humano, consequência provável da abertura do programa filogenético, em óbvia tendência para o infinito (a imaginação) viabiliza-se e viabiliza o “eu sou Deus”. Mas “eu sou Deus” é revertido no adicto ao limiar tropológico aonde ser Deus é a mais pobre das metáforas (p.50)”*

Esta mesma divisão interna será responsável pelos altos e baixos dos processos de recuperação, de acordo com o eventual predomínio de um tipo de funcionamento ou de outro.

Ao nível das relações de objecto, o sujeito adicto estará condenado a reconhecer no outro os limites da sua própria condição humana. Acostumado a pensar em função de um objecto idealizado (heroína), incapaz de abandonar, rejeitar, frustrar, etc., o toxicodependente tenderá inicialmente a buscar no seu semelhante estes mesmos atributos. A frustração advinda da natural falibilidade do Homem, tornará ainda mais complicada a substituição deste objecto idealizado, por objectos reais na fantasia do sujeito.

Desacostumado a lidar com os limites da realidade externa e interna, o sujeito desintoxicado tentará impor ainda mais uma vez a sua verdade ao mundo. Como não dispõe de aparelho para pensar os pensamentos e nem de função-alfa suficientemente desenvolvida, estes indivíduos sofrerão de um baixíssimo limiar de tolerância à frustração. Tudo o que disser respeito às frustrações, será permanentemente evacuado através da identificação projetiva patológica.

Seja através das formações delirantes dos psicóticos ou da negação da separação *self-objecto* nos toxicodependentes, a única estratégia que o sujeito possui é continuar a expulsão dos elementos-beta.

Nos dois casos, tornar-se-á necessário que o sujeito encontre no mundo externo um objecto capaz de assumir função-alfa auxiliar, até que o sujeito possua suficiente matéria-prima para conter as suas projeções e para iniciar a produção de autênticos pensamentos.

Enquanto isto não acontece, o sujeito conviverá com o terror constante de ser aniquilado pela sua própria realidade. Os níveis aumentados dos impulsos agressivos, característica igualmente atribuída ao funcionamento psicótico e toxicodependente, transformarão esta realidade em algo mais odioso e intolerável.

Aquilo que justifica e sustenta o ódio à realidade está relacionado à percepção das diferenças. Admitir a existência delas, significa aceitar que algo pode existir fora e para além de si mesmo, realidade que desafia o pensamento onnipotente. Somente a projeção maciça dos seus conteúdos internos poderá amenizar/apagar estas diferenças.

Vale tudo para fugir ao vazio que, na verdade, pré-existe em cada um de nós, por definição da espécie. Esta fuga, no entanto, só se torna possível através de soluções mágicas que, naturalmente, são também transitórias. Mais cedo ou mais tarde, as partes sãs da personalidade do sujeito entrarão em contacto com a realidade e o convidarão para consciência depressiva desta nossa condição humana.

Este passo, como dissemos, equivale se calhar, à mais difícil das renúncias a que já se propôs o Homem... significa renunciar às identificações totalitárias, ao imediatismo das soluções mágicas e à onnipotência “divina”.

Significa, ao fim e ao cabo, aceitar que somos simplesmente mortais.

Ou parafraseando Amaral Dias (1995)...*“as multidões que “de seringas em punho” aguardam a redenção da dor, tentando assim salvar-se da condição solipsista, esmagam o tempo mental e são por isto retratos vivos do desespero. Neles não há tempo, porque não há esperança. Há só desejo em acto. Esperança = desejo + tempo (Bion). Ou de outro modo, o que é reificado na toxicodependência é a permanência do sujeito/sintoma, pelo cruel e mentiroso triunfo sobre o devir.”* (p. 90)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGEL, SYLVIE e ANGEL, PIERRE_

- "DEPENDÊNCIA, DESMAME, FAMÍLIA", in AA.VV. , *A Clínica do Toxicômano - A falta da falta* , (Claude Olievenstein), Ed. Artes Médicas, 1989, pp 77-84, Porto Alegre

AZEVEDO E SILVA, JOÃO C.

- "ENSAIOS SOBRE O PROCESSO HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA", *Análise Psicológica*, Vol.3(1), 1981, pp.327-339, Lisboa

BION, WILFRED RUPRECHT

- "NOTES ON THEORY OF SCHIZOPHRENIA", *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol.35, 1954, pp.113-118, London
- "DEVELOPMENT OF SCHIZOPHRENIC THOUGHT", *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol.37, 1956, pp.344-346, London
- "DIFFERENTIATION OF THE PSYCHOTIC FROM DE NON-PSYCHOTIC PERSONALITIES", *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol.38, 1957, pp.266-275, London, (td.it. de Belinda Harber Mandelbaun, *Diferenciação entre a Personalidade Psicótica e a Personalidade não-Psicótica*, in AA.VV. Melanie Klein Hoje «Elizabeth Spillius», Vol.1, Editora Imago, 1988, pp.69-88, Rio de Janeiro)
- "ON ARROGANCE", *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol.39, 1958, pp.144-146, London
- "ON HALLUCINATION", *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol.39, 1958, pp.341-349, London
- "ATTACKS ON LINKING", *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol.40, 1959, pp.308-315, (td.it. de Belinda Harber Mandelbaun, *Ataques ao Elo de Ligação*, in AA.VV. Melanie Klein Hoje «Elizabeth Spillius», Vol.1, Editora Imago, 1988, pp.95-109, Rio de Janeiro)
- "A THEORY OF THINKING", *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol.43, 1962, pp.306-310, (td.it. de Belinda Harber Mandelbaun, *Uma Teoria do Pensar*, in AA:VV. Melanie Klein Hoje «Elizabeth Spillius», Vol.1, Editora Imago, 1988, pp. 185-193, Rio de Janeiro)
- LEARNING FROM EXPERIENCE, 1962, London (td.it. de Paulo Dias Corrêa, *O Aprender com a Experiência*, Imago Editora, 1991, Rio de Janeiro)
- ELEMENTS OF PSYCHANALYSIS, 1963, London (td.it. de Paulo Dias Corrêa, *Elementos em Psicanálise*, Imago Editora, 1991, Rio de Janeiro)
- TRANSFORMATIONS - CHANGE FROM LEARNING TO GROWTH, 1965, London, (td.it. de Paulo Dias Corrêa, *As Transformações - Mudança do Aprender para o Crescer*, Imago Editora, s.d., Rio de Janeiro)
- "NOTES ON MEMORY AND DESIRE", *The Psychoanalytic Forum*, Vol.2, 1967, pp.272-273, (td.it. de Belinda Harber Mandelbaun, *Notas sobre Memória e Desejo*, in AA.VV. Melanie Klein Hoje «Elizabeth Spillius», Vol.2, Editora Imago, 1988, pp.30-34, Rio de Janeiro)

- ATTENTION AND INTERPRETATION, 1970, London, (td.it. de Paulo Dias Corrêa, *Atenção e Interpretação*, Imago Editora, 1973, Rio de Janeiro)

BLÉANDONU, GÉRARD

- WILFRED R. BION - La Vie et l'Oeuvre 1897-1979, Bordas, 1990, Paris (td. it. de Laurice Levy Hoory e Marcella Mortara, *Wilfred R. Bion - A Vida e a Obra 1987-1979*, Imago Editora, Rio de Janeiro, 1993)

BRUSSET, BERNARD

- "ANOREXIE ET BOULIMIE DANS LEUR RAPPORT AVEC LA TOXICOMANIE", in AA.VV., *Anorexie Mentale Aujourd'hui*, (Guy Besacon), Pensee Sauvage, 1985, pp.125-157, Grenoble

CABRAL, FÁTIMA

- "O ESTATUTO DE CIÊNCIA E OS FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS EM PSICANÁLISE", *Revista Portuguesa de Psicanálise*, Vol.10/11, 1990, pp 79-88, Lisboa

CANZLER, PETER

- "A DEPRESSÃO CONTRA-TRANSFERENCIAL", in AA.VV., *Narcisismo e Estados-limite*, (Jean Bergeret e Wilfrid Reid), Escher, 1991, pp 143-154, Lisboa

CHARLES-NICOLAS, AIMÉ

- "TOXICOMANIAS E PATOLOGIA DO NARCISISMO", in AA.VV., *Narcisismo e Estados-limite*, (Jean Bergeret e Wilfrid Reid), Escher, 1991, pp 163- 184, Lisboa

DIAS, CARLOS AMARAL

- "TOXICOMANIA E DEPRESSÃO: Um Modelo de Compreensão nas Vertentes Individual e Social", *Análise Psicológica*, Vol. 1, 1978, pp 11-16, Lisboa
- QUE SE MEXE A PARAR: ESTUDOS SOBRE A DROGA, Afrontamento, 1979, Porto
- *A Influência Relativa dos Factores Psicológicos e Sociais no Evolutivo Toxicómano*, Tese de Doutoramento discutida na Universidade de Coimbra, 1980
- "REGRESSÃO IMAGEM DO CORPO E IDENTIFICAÇÃO PROJECTIVA COMO ELEMENTOS DIFERENCIADORES ENTRE PROC. ADOLESCENTE E PROC.PSICÓTICO", *Jornal de Psicologia*, Vol.5(1), 1986, pp.18-20, Lisboa
- "TEATRO PRIVADO - CENA DO ÍNTIMO", *Revista Portuguesa de Psicanálise*, Vol.6, 1988, pp.31-39, Lisboa
- PARA UMA PSICANÁLISE DA RELAÇÃO, Afrontamento, 1988, Porto
- "O DIZER E O FALAR", *Psicologia Clínica*, Vol.1, Escher, 1989, pp.9-14, Lisboa
- "REFLEXÃO SOBRE O ESTATUTO DA CIENTIFICIDADE", *Revista Portuguesa de Psicanálise*, Vol.9, 1990, pp.29-37, Lisboa
- ALI-BABÁ - DROGA: UMA NEUROSE DIABÓLICA DO SÉCULO XX, Escher, 1991, Lisboa
- "A DEPRESSÃO E OS ESTADOS-LIMITE NA ADOLESCÊNCIA", in AA.VV. *Narcisismo e Estados-Limite* (Jean Bergeret e Wilfrid Reid), Escher, 1991, pp.53-60, Lisboa

- AVENTURAS DE ALI-BABÁ NOS TÚMULOS DE UR - Ensaio Psicanalítico Sobre a Somatopsicose, Fenda Edições Lda., 1992, Lisboa
- PALCOS DO IMAGINÁRIO - Textos Psicodramáticos, Fenda Edições Lda., 1993, Lisboa
- SÓ DEUS EM MIM SE OPÕE A DEUS- Um Seminário de Psicanálise, Fenda Edições Lda., 1993, Lisboa
- ASCENÇÃO E QUEDA DOS TOXICOTERAPEUTAS - OU A DEMOCRACIA DA MENTIRA, Fenda Edições Lda., 1995, Lisboa

ESPINA, ALBERTO E SANCHO, GEMA (Eds)

- ESTRUCTURA BORDERLINE, PSICOSIS Y FEMINIDAD, 1987, Editorial Fundamentos, Madrid

FEDERN, P.

- "NARCISSISM IN THE STRUCTURE OF THE EGO", *International Journal of psycho-Analysis*, Vol.9, 1928, pp.401-419, London

FENICHEL, OTTO

- THE PSYCHOANALYTIC THEORY OF NEUROSIS, Norton, 1945, New York

FLEMING, MANUELA

- *Autonomia Comportamental e Percepções das Atitudes Parentais*, Tese de Doutoramento discutida no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 1988

FREUD, SIGMUND

- "CASE OF SCHREBER, PAPER ON TECHNIQUE AND OTHER WORKS" (1911-1913), Hogarth Press, Vol.12, 1952, London
- "INTRODUCCIÓN AL NARCISISMO" (1914), in *Obras Completas*, Tomo II, Biblioteca Nueva, 1972, pp.2017-1233, Madrid
- "HISTORIA DE UNA NEUROSIS INFANTIL (1914), in *Obras Completas*, Tomo II, Biblioteca Nueva, 1972, pp.1914-2009, Madrid
- "LOS INSTINTOS E SUS DESTINOS" (1915), in *Obras Completas*, Tomo II, Biblioteca Nueva, 1972, pp.2039-2052, Madrid
- "LO INCONSCIENTE" (1915), in *Obras Completas*, Tomo II, Biblioteca Nueva, 1972, pp.2061-2082, Madrid
- "INTRODUCTORY LECTURES ON PSYCHOANALYSIS" (1915-1916), Hogarth Press, Vol.16, pp.239-496, London
- "INHIBICION, SINTOMA Y ANGUSTIA" (1925), in *Obras Completas*, Tomo III, Biblioteca Nueva, 1972, pp.2833-2883, Madrid
- "EL YO Y EL ELLO" (1925), in *Obras Completas*, Tomo III, Biblioteca Nueva, 1972, pp 2701-2728, Madrid

- "LA NEGACION" (1925) , in *Obras completas*, Tomo III, Biblioteca Nueva, 1972, pp.2884-2886, Madrid
- "LA FEMINILIDAD" (1925), in *Obras Completas*, Tomo III, Biblioteca Nueva, 1972, pp.3164-3177, Madrid
- "NUEVAS LECCIONES INTRODUCTÓRIAS AL PSYCHOANALYSIS" (1932), in *Obras Completas*, Tomo III, Biblioteca Nueva, 1972, pp.3101-3206, Madrid
- "AN OUTLINE OF PSYCHO ANALYSIS" (1938-1940), in *The Standart Edition of the Complete Work of Sigmund Freud*, Vol.23, The Hogarth Press, 1964, London

GERAUD, BERNARD

- "A FALTA", in AA.VV. *A Clínica do Toxicomano: a falta da falta*, (Claude Olievenstein), Ed. Artes Médicas, 1989, pp 65-76, Porto Alegre

GRINBERG, LEON

- INTRODUCCIÓN A LAS IDEAS DE BION , Ediciones Nueva Visión, 1973, Buenos Aires (td. it. de Themira de Oliveira Brito, *Introdução às Idéias de Bion*, Imago Editora, 1973, Rio de Janeiro)

GROTSTEIN, JAMES S.

- SPLITTING AND PROJECTIVE IDENTIFICATION, s.l., Jason Aronson, 1981, (td. it. de Vera Ribeiro, *A Divisão e a Identificação Projectiva*, Imago Editora, 1985, Rio de Janeiro)

JACOBSON, EDITH

- "ON PSYCHOTIC IDENTIFICATIONS", *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 35(2), 1954, pp 102-107, London

JOSEPH, BETTY

- "THE PATIENT WHO IS DIFFICULT TO REACH", NY, *Tactics and Thechniques in Psychoanalytic Therapy*, Vol. 2 , P.L. Giovacchini (ed), 1975, (td. it. de Belinda Harber Mandelbaun, *O Paciente de Difícil Acesso*, in AA.VV., Melanie Klein Hoje, «Elizabeth Spillius», Vol. 2, Imago Editora, pp.62-75, Rio de Janeiro)

KLEIN, MELANIE

- "MOURNING AND ITS RELATION TO MANIC-DEPRESSIVE STATES", *The International Journal of Psycho-Analysis*, Vol.21, 1940, pp.125-153, London
- "NOTES ON SOME SCHIZOID MECHANISMS", *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol.27, 1946, pp.99-110, London
- "SOME THEORETICAL CONCLUSIONS REGARDING THE EMOTIONAL LIFE OF THE INFANT", *Developments*, 1952, London
- ENVY AND GRATITUDE AND OTHER WORKS (1946-1963), Hogarth Press, 1987, London

LAPLANCHE, JEAN e PONTALIS, J.B.

- VOCABULÁRIO DA PSICANÁLISE, Editorial Presença, 1990, Lisboa

LUMINET, DANIEL

- "ESTADOS-LIMITE, SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E DEPRESSÃO ESSENCIAL", in AA.VV. , *Narcisismo e Estados-Limite*, (Jean Bergeret e Wilfrid Reid), Escher, 1991, pp 135-142, Lisboa

MEGE, JEAN-YVES

- "SOBRE O DESMAME", in AA.VV., *A Clínica do Toxicomano: a falta da falta* (Claude Olievenstein), Ed. Artes Médicas, 1989, pp 60-64, Porto Alegre

OGAWA, TOYOAKI

- "A DEPRESSÃO NEURÓTICA À LUZ DO CONCEITO DE ESTADO-LIMITE", in AA.VV. *Narcisismo e Estados-Limite*, (Jean Bergeret, e Wilfrid Reid), Escher, 1991, pp 155-162, Lisboa

OLIEVENSTEIN, CLAUDE

- "O SOFRIMENTO DO SUJEITO DESINTOXICADO", in AA.VV. *A Clínica do Toxicomano - A falta da falta*, (Claude Olievenstein), Ed. Artes Médicas, 1989, pp 77-84, Porto Alegre
- "A DEPENDÊNCIA: UM FENÔMENO PSÍQUICO ATIVO", in AA.VV. *A Clínica do Toxicomano: falta da falta* (Claude Olievenstein), Ed. Artes Médicas, 1989, pp 13-22, Porto Alegre
- "O NÃO-DITO", in AA.VV. *A Clínica do Toxicomano: A falta da falta*, (Claude Olievenstein), Ed. Artes Médicas, 1989, pp 97-107, Porto Alegre
- "O LUGAR E OBJECTO DAS TERAPIAS TRANSICIONAIS NO TRATAMENTO DOS GRANDES TOXICOMANOS", in AA.VV. *A Clínica do Toxicomano: A falta da falta* (Claude Olievenstein), Ed. Artes Médicas, 1989, pp 108-115, Porto Alegre
- "O CUIDADO COM OS TOXICÔMANOS; UMA ÉTICA PARA UMA PSICOTERAPIA PERVERSA", in AA.VV. *A Clínica do Toxicômano: A falta da falta* (Claude Olievenstein), Ed. Artes Médicas, 1989, pp.116-125, Porto Alegre
- "A MORTE E O PRAZER", in AA.VV. *A Clínica do Toxicômano: A falta da falta* (Claude Olievenstein), Ed. Artes Médicas, 1989, pp.126-138, Porto Alegre

O'SHAUGHNESSY, EDNA

- "WORDS AND WORKING THOUGHT", *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 64, 1983, pp.281-289, London (td. it. de Belinda Harber Mandelbaun, *Palavras e Elaboração*, in AA.VV. Melanie Klein Hoje «Elizabeth Spillius», Vol. 2, Imago Editora, 1988, pp.156-170, Rio de Janeiro)
- "A COMMEMORATIVE ESSAY ON W.R. BION'S THEORY OF THINKING", *Journal of Child Psychotherapy*, Vol.7(2), pp 181-192, (td. it. de Belinda Harber Mandelbaun, *A Teoria do Pensar de W. R. Bion e Novas Técnicas em Análise De Crianças*, in AA.VV. , Melanie Klein Hoje «Elizabeth Spillius», Vol. 2, Imago Editora, 1988, pp.196-210, Rio de Janeiro)

PAINCHAUD, GEORGES E MONTGRAIN, NOEL

- "LIMITES E ESTADOS-LIMITE", in AA.VV. *Narcisismo e Estados-limite*, (Jean Bergeret e Wilfrid Reid), Escher, 1991, pp.43-51, Lisboa

PEREIRA, FREDERICO

- "INTRODUÇÃO À HISTÓRIA DA PSICOPATOLOGIA: I - Phillippe Pinel" (1ª PARTE), *Análise Psicológica*, Vol.2, pp.71-84, 1978, Lisboa
- "INTRODUÇÃO À HISTÓRIA DA PSICOPATOLOGIA: II - Phillippe Pinel" (2ª PARTE), *Análise Psicológica*, Vol.3, pp.123-129, 1978, Lisboa
- "MENDIGOS, MARGINAIS E LOUCOS" (Visões Aristocráticas, Visões Burguesas), *Análise Psicológica*, Vol.3(1), pp.365-385, 1981, Lisboa

PETIT, PATRICK

- "TOXICOMANIA E FUNÇÃO PATERNA", in AA.VV. *A Clínica do Toxicomano: A falta da falta*, (Claude Olievenstein), Ed. Artes Médicas, 1989, pp.52-59, Porto Alegre

PINHEIRO, RICARDO TAVARES

- *A Heroína como Desreguladora do Funcionamento do Aparelho Mental*, Tese de Doutoramento discutida na Universidade de Coimbra, 1992

POSTEL, J.

- "DA FRAUDE HISTÓRICA AO MITO: A Libertação dos Loucos De Bicêtre por Ph. Pinel", *Análise Psicológica*, Vol.3(1), 1981, pp.387-403, Lisboa

RADO, S.

- "THE PSYCHOANALYSIS OF PHARMACOTHYMIAS", *Psychoanalytical Quarterly*, Vol.II, 1933

REID, WILFRID

- "ONIPOTÊNCIA E TRANSFERÊNCIA UNIDIMENSIONAL", in AA.VV., *Narcisismo e Estados-limite*, (Jean Bergeret e Wilfrid Reid), pp 19-30, 1991, Escher

ROSENFELD, HERBERT

- "CONTRIBUTION TO THE PSYCHOPATHOLOGY OF PSYCHOTIC STATES: The Importance of Projective Identifications in the Ego Structure and Object Relations of the Psychotic Patient", in AA.VV. *Problems of Psychosis*, (P.Doucet e C. Laurin), Vol. 1, Excerta Médica, 1971, pp.115- 128, (td. it. de Belinda Harber Mandelbaun, *Um Contribuição à Psicopatologia dos Estados Psicóticos: A Importância da Identificação Projectivana Estrutura do Ego e nas Relações de Objecto do Paciente Psicótico*, in AA.VV. Melanie Klein Hoje «Elizabeth Spillius», Vol. 1, Imago Editora, pp.125-145, Rio de Janeiro)
- "ON DRUG ADDICTION", *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 41 (4/5), 1960, pp 467-475, London
- "ON THE PSYCHOPATHOLOGY OF NARCISSISM - A Clinical Approach", *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 45 (2/3), 1964, pp 332-337, London

SANTOS, JOÃO DOS

- *A CASA DA PRAIA - O Psicanalista na Escola*, Livros Horizonte Lda, 1988, Lisboa

SEGAL, HANNA

- "NOTES ON SYMBOL FORMATION", *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 38, 1957, pp.391-397, London, (td. it. de Belinda Harber Mandelbaun, *Notas sobre a Formação Símbolos*, in AA.VV., Melanie Klein Hoje «Elizabeth Spillius», Vol. 1, Imago Editora, 1988, pp.167-184, Rio de Janeiro)
- INTRODUCTION TO THE WORK OF MELANIE KLEIN, The Hogarth Press Ltd, 1973, London (td.it. de Júlio Castenõn Guimarães, *Introdução à Obra de Melanie Klein*, Imago Editora, 1975, Rio de Janeiro)
- "ON SYMBOLISM", *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol.59, 1978, pp.315-319, London
- "SOME CLINICAL IMPLICATIONS OF MELANIE KLEIN' WORK. EMERGENCE FROM NARCISSISM", *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol.64, 1983, pp.269-276, London
- "LAS DEFENSAS MANÍACAS", in AA.VV. *La Obra de Hanna Segal: un enfoque Kleiniano de la práctica clínica*, Paidós, 1989, pp.34-36, Barcelona
- "LA FANTASÍA Y OTROS PROCESOS PSÍQUICOS", in AA.VV. *La Obra de Hanna Segal: un enfoque Kleiniano de la práctica clínica*, Paidós, 1989, pp.67-73, Barcelona

SWAIN, GLADYS

- "DA IDÉIA MORAL DA LOUCURA AO TRATAMENTO MORAL", *Análise Psicológica*, Vol.3(1), 1981, pp.341-355, Lisboa

VALLEUR, MARC

- "HEDONISMO, ASCESE, ORDÁLIO", in AA.VV. *A Clínica do Toxicômano: A falta da falta*, (Claude Olievenstein), Ed. Artes Médicas, 1989, pp 39-51, Porto Alegre

WINNICOTT, DONALD. W.

- DEPRIVATION AND DELINQUENCY, Tavistock Publications Ltd., 1984, London, (td.it. de Álvaro Cabral, *Privação e Delinquencia*, Imago Editora, 1987, Rio de Janeiro)
- HOME IS WHERE WE START FROM, 1986, London (td.it. de Paulo Sandler, *Tudo Começa em Casa*, Imago Editora, Rio de Janeiro)