

## **IMPULSIVIDADE E DESTRUTIVIDADE, ADIÇÃO E PSICOSSOMÁTICA: PERSPECTIVAS PSICANALÍTICAS E NEURO PSICANALÍTICAS**

Jorge Câmara

Psicanalista e Psiquiatra

**Resumo:** A partir do questionamento do tema - Patologia Mental e Psicossomática (será possível que a patologia mental não seja psicossomática, e a divisão cérebro-mente-soma uma posição sustentável?) é feita uma apresentação de estudos de caso de alguns pacientes dependentes de substâncias associadas a perturbações de vinculação. São referidos alguns momentos em que o adoecer somático se seguiu à paragem dos consumos e tentativa de estabilização psicológica, ou após situações de graves separações ou lutos. As patologias mais frequentes foram as gastroenterológicas, cutâneas e infecciosas.

São equacionadas possíveis pontes entre: a ansiedade de separação sub regulação do sistema opióide, e a correlação entre as ligações sócio-emocionais e sistema opióide endógeno.

**Abstract:** It's possible to speak about mental health leading behind psychosomatic theories, it makes any sense to split mind from body and brain? Starting from this question we will make a brief presentation of case studies of patients suffering from addictions and nurture problems. We will make reference of some moments where the somatic illness appears after the stopping of addiction.

**Pacientes psicossomáticos ou escuta psicossomática? Podemos escutar o inconsciente traumático através do sofrimento dum corpo?**

O somático, o agir e o pensamento são actores da cena analítica quer no divã quer no sofá e o terapeuta de formação analítica é um técnico do psicossomático por força da sua clínica, assistindo com frequência a perturbações do pensamento acompanhadas de somatizações em que a somatização ocorre no fracasso das tentativas de pensar as emoções

, em que as emoções transferenciais e contratransferências são muito difíceis de serem contidas psiquicamente tal a intensidade, concretude e destrutividade. O analista pode ser surpreendido pela emergência no processo analítico de agires e fantasmas arcaicos, acompanhados de um desaparecimento ou de um apaziguamento de sintomas de uma doença física ou do seu agravamento. As forças que até então exerciam uma acção no soma parecem efectuar uma viragem para a figuração psíquica através do agir. O transtorno do pensamento e somatização, o desfazer da somatização e o desenvolvimento de uma função simbólica dá-nos a impressão de participar numa mudança catastrófica, segundo uma tripla modalidade temporal: espaçamento entre um tempo “ onde o que simboliza” se torna um tempo onde “isto se somatiza”, o onde “o espaçamento entre um tempo em que o “que se somatiza” se torna um tempo” onde isto se passa” e o espaçamento onde “o que se passa” se torna um tempo onde “isto significa”. Entre as diversas hipóteses de exame, se bem que não me debruce exhaustivamente sobre elas, parece-me que os conceitos descritos por Bion, o seio psicossomático e supereu destrutivo do eu, estão presentes nestas questões. Quando um bebé sente a mãe ou pai temporariamente ou permanentemente incapazes de uma *rêverie* cuja significação faça sentido, cria um fantasma de um seio incapaz de dar significado ao que ele está a viver. Como consequência experimenta o sentimento de que o que vive foi evacuado. Os sentimentos de agonia projectados no seio retornam com um terror sem nome (Bion, 1962).

Em lugar de internalizar um seio psicossomático, a criança interioriza um supereu destruidor do Eu (Bion,1954), desenvolve um aparelho de evacuar os pensamentos, no lugar do aparelho de pensar (de transformar as experiências sensoriais e emocionais brutas em pictogramas afectivos) e aparelho de pensar os pensamentos (de ligar os pictogramas afectivos em cadeias significantes). A *rêverie* materna permite compreender a significação desses estados num movimento de simbolização primária, (uma transformação de elementos beta em alfa). A função alfa visa conter a turbulência e a complexidade da experiência emocional bruta. Graças à introjeção de uma mãe receptiva e compreensiva, dum seio psicossomático dotado de função alfa, o bebé começa a desenvolver a sua própria capacidade de escuta da sua vida emocional e da compreensão da sua corporalidade. Os agentes primários de simbolização ou de dessimbolização no caso do aparelho de evacuação dos pensamentos, produzem as somatizações o agir comportamental e as alucinações. O agir pode ter um papel importante e ambíguo no funcionamento da

personalidade, influenciando as relações psicossomáticas num sentido positivo: pode ser a única via aberta quando se trata de cortar com as situações de vida intoleráveis. A passagem ao acto favorece a expressão de emoções, alivia as tensões internas e, apesar das capacidades de mentalização residuais, protege provisoriamente do colapso psíquico. As situações de perturbações psicossomáticas têm com efeito um centro depressionário tal como acontece na meteorologia (a estrutura desorganizada e instável do supereu), que mesmo perante a igualdade das situações internas de temperatura e humidade (o regime dos processos de mentalização) sofre o efeito de todas as circunstâncias locais, biológicas, interpessoais e sociais. As relações interpessoais jogam um papel clínico importante, muitas vezes esquecido, nas relações psicossomáticas. O luto quase impossível das relações familiares e de casal é muitas vezes um factor determinante sobre o plano de melhoras do funcionamento psicossomático. Gostaria de reflectir sobre estas questões através de um caso em terapia.

Gil é um homem grande e de ar juvenil que me procura para uma análise aos 25 anos de idade. O sorriso é envolvente e o contacto é muito fácil. Celibatário, tem uma irmã mais velha dez anos que está casada. Viveu com a mãe desde os 4 anos de idade por separação dos pais, e desde os 23 vive só. O pai foi particularmente ausente por viver num país distante. A mãe apresenta um quadro depressivo, estando frequentemente acamada e “deitada no escuro”. A mãe invade-o permanentemente com telefonemas ao longo do dia, e com queixas de doenças e cancros. Refere já ter tido apoios psicoterapêuticos na infância, na sequência de um abuso sexual. Durante a sua infância e adolescência era acometido de crises graves de enxaquecas e, após o início de uma relação homossexual, refere queixas de epigastralgias.

O início da análise era ocupado por referências a uma relação homossexual, bem como dores incapacitantes nos membros inferiores, levando-o a vários médicos que lhe fazem o diagnóstico de fadiga crónica. Contudo, esse diagnóstico acabou por ser abandonado face às múltiplas somatizações que passou a desenvolver. Os primeiros anos de trabalho analítico foram extenuantes para ambos, havendo uma dificuldade acentuada em nomear os afectos. O seu reportório emocional existia, mas rapidamente ficava saturado, depois derramava-se ameaçadoramente e ele acabava como se acabasse por expulsá-lo em dores nos membros inferiores. Contratransferencialmente eu era levado a ocupar o lugar de uma mãe que poderia tomar conta do seu corpo, imaginando recursos outros como se a palavra não chegasse. Por vezes quando recuperado na minha capacidade de pensar eu era levado a

nomear os afectos experimentados. Este lento trabalho de nomeação permitiu a Gil, através de uma rememoração, construir ligações com a sua história infantil e descondensar o seu cenário-acto. Gil era animado por um desejo terrificante, de ter a sua mãe no seu interior, de levá-la no seu ventre, sendo frequentes as referencias que o colón crescia cada vez que estava na sessão. Por vezes era como se fosse penetrado por ela e desse modo fosse possível preencher as ausências repetidas na sua infância, onde não sofresse por uma falta da mãe real, deprimida cronicamente. Uma problemática psicótica revelava-se assim, uma vez que ao conter desta forma a sua mãe, não mais se separava dela. Esta mãe carente tinha também outra faceta, aquela de uma mãe superexcitante, erotizando de maneira larvada, mas permanente, a relação com o filho. Ela estabeleceu com este filho uma relação com uma carga de incestualidade, correspondendo esse período (18 anos) a uma fase de anseios de contactos homossexuais e a um pedido de apoio psicoterapêutico. Na psicanálise foi possível Gil entender que a excitação erótica da sua mãe, não era não mais que uma forma de penetração não negociável psiquicamente. Nesta fase do seu trabalho analítico, Gil apresentava uma forte actividade projectiva, tentando expulsar sobrecargas de afectos, sentindo-se desligado e abúlico. É então que numa manhã refere uma dor violenta na barriga, com sangue nas fezes, que relaciona com os cancros da mãe, mas que corresponde a uma irrupção somática, cujo diagnóstico foi o de uma recto-colite hemorrágica frustrada. Esta situação ocupou muitas sessões. Gil encontrava-se preso numa situação paradoxal: o seu desejo de não perder a mãe, que por vezes parecia desaparecer psiquicamente do seu universo mental, de seduzi-la e de ser penetrado por ela. Ao mesmo tempo, surgia a figura da outra mãe super excitante e ameaçadora. Foi com dificuldade que percebi que a excitação colocada nas minhas explicações me tornava pedagogo e ao querer persuadi-lo com as minhas interpretações mostrava o meu saber como um *phalus*. Ele tinha a impressão que as minhas palavras o trespassavam, com uma vivência quase alucinatória onde tinha a necessidade de proteger a barriga. Apercebi-me então da minha identificação à sua mãe, numa falta de função para-estimulação. Após algumas vicissitudes foi possível estabelecer uma relação entre as excitações incestuosas da mãe, os sangramentos e as condutas anti depressivas, tendo havido uma paragem dos sangramentos.

### **"Se adoecer nunca tenho nada"**

Cajal, prémio Nobel da medicina em 1906 a propósito da memória falou dos espaços vazios entre as células-ilhas dos neurónios, a que agora chamamos de neurónios, como

os locais secretos da comunicação. Nesses secretos locais de comunicação somos feitos com arte e de ciência, somos feitos da matéria dos sonhos, mas somos também apenas matéria. Sabemos actualmente tanto sobre o cérebro que nos apercebermos que o seu mistério permanecerá para sempre. Numa fronteira mais antiga e já desde o século V antes de Cristo, Hipócrates e a escola de Cós viam a medicina como tendo por objecto a homem doente na sua totalidade, tendo em conta o temperamento do paciente e a sua história. A doença era concebida como uma reacção global do indivíduo e a intervenção terapêutica deveria restabelecer a harmonia perdida. Várias escolas e várias versões por vezes contraditórias foram-se encontrando na extensa literatura psiquiátrica e não só. Numa linha geral, podemos dizer que a medicina psicossomática pode definir-se como uma aproximação compreensiva do doente de maneira global quer dizer na sua perspectiva biopsicossocial.

Esta história da visão dicotómica já é antiga e a separação do corpo e do cérebro começou com René Descartes. Sendo o filósofo mais influente do século XVII, Descartes dividiu o ser em duas substâncias distintas, uma alma divina e uma carcaça mortal.

Séculos mais tarde é um poeta Walt Withman que nos diz a uma outra verdade: as emoções são produzidas no corpo. Por efémeros que pareçam os nossos sentimentos estão na realidade enraizados nos movimentos dos músculos e nas palpitações das entranhas. Essas sensações materiais são um elemento essencial do processo de pensamento. Como nota António Damásio “a memória encontra-se encorpada e não apenas cerebralizada”.

Mais recentemente, pensava também numa outra fronteira e num impacte estético que me causou a leitura recente de um livro de Jonah Lehrer - Proust Era um Neurocientista, em que este autor, neurocientista abordava os artistas que anteciparam as descobertas da neurociência, desde Proust (inspirado por Bergson), Walt Withman (inspirado por Emerson) Wolf (inspirado por Joyce, lia e aprendia a biologia da doença mental) a George Sand (lia Darwin) entre outros. Trata de escritores, pintores e compositores que descobriram verdades acerca da natureza humana. As suas imaginações previram os factos do futuro. Jonah Lehrer refere que apesar da admiração que estes homens tinham na ciência, nunca deixaram de acreditar na necessidade da arte. Enquanto os cientistas começavam a separar os pensamentos nas suas partes anatómicas, estes artistas queriam compreender a consciência a partir do interior. A nossa verdade, disseram, deve começar em nós, no modo como sentimos a realidade. No início do século XX o sonho do iluminismo parecia estar prestes a ser alcançado. A vida era apenas química e a química

apenas física, em que o todo para ser compreendido tinha que ser decomposto, mas estes artistas ao explorarem as suas próprias experiências, expressaram o que nenhuma experiência poderia ver e, apesar das modas científicas, a arte resiste até à actualidade.

No estado actual da arte a noção da verdade é muito limitada. Se uma coisa não pode ser quantificada ou calculada, então não pode ser verdade. Os cientistas descrevem o nosso cérebro em termos dos seus pormenores físicos, mas o que a ciência esquece é a maneira como nos apercebemos do mundo, que coloca rupturas e violências. A ciência precisa da arte para enquadrar o mistério, mas a arte precisa da ciência para que nem tudo seja um mistério. Segundo Jonah Leherer a única realidade que a ciência não consegue reduzir é a única realidade que alguma vez conheceremos. É esta a razão por que necessitamos de arte, e diria do sonho. Numa analogia com o encontro e aproximação a esta temática da violência e da impulsividade, a verdade em si não é a nossa solução, porque a nossa realidade é plural. Nos derivados narrativos, quase oníricos, ganham corpo as emoções, os afectos, as personagens que personificam e irradiam os nossos encontros, que dão vida a fúrias, raivas, perseguições, encontros de linguagens, num espaço de rêverie, que só interessa por ser do conhecimento de quem a vive. Esta separação forçada entre a mente e o corpo representa uma violência e passagem ao acto perante a impossibilidade de suportar a dor mental da mortalidade e vulnerabilidade humanas.

A passagem ao acto contém uma certa forma de mentalização que se presente na tentativa de ligação na repetição. A ligação, termo utilizado por Freud, designava quer a nível biológico como psicológico, uma operação tendente a limitar o livre escoamento das excitações, a ligar as representações entre si, a constituir e manter formas relativamente estáveis.

Jonas foi consumidor de drogas até há uma década. Há cerca de 2 anos começou a ter sangue nas fezes. Da sua vida nada havia para dizer, sem problemas. Não sabe como foi a sua infância. Tem uma vaga ideia de que em casa toda a gente gritava e ele era o mais caladinho. Bom aluno, passava despercebido. Quando se afundou nos consumos de heroína ninguém se apercebeu. Agora também não sabe o que se passa com ele, mas tem medo e quer entender se há alguma relação entre o seu mal estar, que se instala de um modo silencioso, e o silêncio das suas memórias. Penso nas memórias que perduram à procura de um momento de rememoração através do corpo, tal prião errante à procura de revelação não mental, mas sim corporal. Seria o seu mal estar somático um acordar duma memória rememorada a nível corporal?

Outros sofrimentos presentes na clinica quotidiana levaram-me a reflectir sobre a a necessidade da avaliação e investigação na psicossomática:

1 - Do papel dos factores psicossociais podendo influenciar a vulnerabilidade do indivíduo com uma afecção médica;

2- Da interacção entre factores psicossociais e biológicos sobre a evolução e saída da doença;

3- Da interacção entre factores psicossociais e biológicos sobre a evolução, nomeadamente da psiconeuroimunologia, neuropsicanálise e outros campos de investigação (estudo das relações complexas entre os diversos factores psicossociais e os sistema nervosos central, imunitário e endócrino).

Quanto às definições da psicossomática, colocar-me-ia mais numa perspectiva extensiva, alargada, em que a psicossomática se confunde com a psicologia médica: da relação médico doente, mais do que numa perspectiva restritiva das doenças ou síndromes que podem ser graves e nas quais a personalidade poderá estar completamente comprometida, como por exemplo a Colite Ulcerosa, doença de Chron, entre outras.

A minha dificuldade em entender uma teoria da psicossomática e aceitar a noção de teorias, fez-me aproximar dos pensamentos atrás referidos, que vão desde a poesia [Whitman] à pintura [Cezanne] e a várias correntes psicanalíticas de Winnicott, Bion, Fonagy, e em Portugal a Amaral Dias, Coimbra de Matos e José Barata, entre outros.

Para Winnicott seria mais adequado falar das teorias que se vão formando na medida das suas experiências, do que a obrigação de conter o já conhecido.

A sua orientação, na minha opinião, sempre foi para o futuro, para o desconhecido; embora entusiasmado com a teoria Kleiniana, e conhecedor de outras teorizações da sua época, não se deixava aprisionar por elas. A teoria, pois, ia-se formando na medida em que Winnicott vivia as suas experiências. Nisso ele encontra-se situado naquilo que, segundo Lyotard, é uma das mais importantes características do pós-modernismo: a falência dos grandes sistemas, a substituição “de uma metalinguagem universal” pela “pluralidade de sistemas formais e axiomáticos”. (Jean-François Lyotard – “O Pós-Moderno” p.79). Podemos considerar as teorizações em vez de teorias, teorizações winnicottianas em vez de teoria winnicottiana. Aliás, Winnicott no artigo “Transtorno (disorder) psicossomático” do livro “Explorações psicanalíticas”, p.84: “*Sugiro que qualquer tentativa intelectualizada de*

*tornar fácil a psicossomática se mantenha distante da barafunda muito clínica em que nos atolamos em nosso trabalho real. Descobrimo-nos envolvidos em tentativas de construir uma **teoria**, onde a palavra deveria ser **teorias**, no plural".* Creio que o que ele fala de psicossomática é igualmente válido para qualquer trabalho analítico/terapêutico.

Não será a psicossomática antes de tudo um método de aproximação e análise de doentes (sofrendo de doenças do corpo) e não um método para tratar as doenças dependendo duma causalidade psicossomática?

Contudo, a noção de causalidade psicossomática tem sido objecto de numerosas reflexões. Várias formulações foram propostas: teoria do traumatismo psíquico (Freud), teoria das personalidades predispostas (Dunbar), teoria emocional (Alexitimia de Sifneos) Teoria económica (desorganização progressiva e vida operatória de Marty), entre outras. Do ponto de vista estrito, numa perspectiva psicanalítica, o transtorno psicossomático opõe-se à conversão histérica, neste último o sintoma exprime, com a ajuda de meios somáticos, um fantasma inconsciente, enquanto que na psicossomática, o sintoma não teria qualquer valor simbólico. Contudo, na prática tal oposição não é assim tão marcada.

A problemática da toxicodependência só se pode abordar numa perspectiva psicossomática. A adição, no sentido de Joyce MacDougall, em vez da droga é mais adequada, por ser menos centrado no produto tóxico e mais no comportamento do sujeito, e pode-se aplicar a várias práticas, desde as sexuais às alimentares.

A economia aditiva visa a rápida descarga de toda a tensão psíquica quer a sua fonte seja exterior ou interior, esta tensão não é unicamente função de estados afectivos terríveis, podendo tratar-se igualmente de estados excitantes e agradáveis. A questão é se um objecto estará disponível e atento para a contenção, metabolização do excesso, transformando-o em emoções passíveis de ter um nome, digeríveis e sonhadas por quem ainda não o pôde fazer, transformando o assustador em surpresa e encantamento. Winnicott, considerava que o bebé recém-nascido não existia, uma vez que nas primeiras semanas de vida há uma relação simbiótica com a mãe, não sendo possível compreendê-los separadamente. É a ele que devemos as noções de objecto e espaço transicional, o que nos ajuda a compreender a economia psíquica frágil que subentende a capacidade do bebé de sair da dependência total e ganhar uma autonomia progressiva. Uma mãe adequada sentirá a necessidade de se fundir com o seu bebé nas primeiras semanas de vida e se esta fusão persiste para lá do tempo necessário corre o risco de se tornar patológica para o bebé. No estado de dependência absoluta à mãe, o bebé terá tendência a conformar-se com aquilo que esta projecta nele. A

sua mobilidade, erotismo, vivacidade, emocionalidade e sexualidade podem desenvolver-se unicamente na condição de que a mãe o invista positivamente. Ela poderá inibir o valor narcísico desses aspectos do bebé sobretudo se este serve para disfarçar as necessidades frustradas do seu mundo interno. Este tipo de relação mãe-bebé afecta o desenvolvimento dos fenómenos transicionais e instaurará na criança o receio de desenvolvimento das suas próprias capacidades, recursos psíquicos para atenuar as tensões afectivas. A fase do desenvolvimento a que Winnicott chama a capacidade de estar só, é posto em perigo, uma vez que a criança, ao tentar resolver os seus problemas afectivos do seu mundo interno ou externo, procurará, então, a todo o momento a presença materna protetora.

### **Aparecimento de uma somatização no decurso do trabalho analítico**

Estrela diz que foi feliz até aos 2-3 anos, até que o seu avô materno se suicidou (soube-o aos 12 anos). A mãe, grávida da segunda filha, deprimiu-se. Por vezes ficava ausente, agressiva e sentia-se incapaz de cuidar desta, razão pela qual a mandou para casa de uma tia durante um ano. O pai trabalhava até muito tarde e bebia muito.

Quando regressa a casa encontra uma mãe diferente, que passava por estados emocionais de extrema agressividade, com intolerância ao ruído e rituais de limpeza. Não podia ter amigos em casa e sair também era perigoso, pois o país em que viviam era violento. Numa sessão, do início da semana, relata que passou todo o fim-de-semana a fumar charros como habitualmente fazia.

Tinha faltado à sessão de quinta-feira.

Após um silêncio disse:

-“As vezes à noite o terror, o medo e o desespero eram tão grandes que me nasciam coisas na pele. Tinha medo das bruxas, monstros, tinha medo do Frankenstein pois esse não falava. No filme do **Silêncio dos inocentes** tenho medo do psicopata, não do psiquiatra. O psicopata não falava. Pensei muito na última sessão. Consegui estar sem fumar até sexta, mas ai foi demais. Primeiro ao vir para aqui fiquei presa no trânsito, e a minha fisioterapeuta por quem estou apaixonada desmarcou novamente a sessão. A minha irmã ligou-me e refere que na psicoterapia lembrou-se das sovas que a nossa mãe nos dava de toalha molhada para não deixar marcas. Fiquei arrepiada quando ela disse: a nossa mãe não nos deixou respirar. Isso acontecia durante o dia, à noite chegava o meu pai e íamos para a

cama. Estava só, com receio de estar só, chamava pela minha mãe que aparecia e me batia e eu depois ficava com a pele toda em chamas. Depois deixei de chorar, passei a ler tudo, ficava acordada até tarde, para controlar o medo. Na sexta-feira, estava só e desesperada. Não sabia se era tristeza, confusão, raiva, se tinha fome. A minha amiga não estava em casa e eu fiquei desesperada a telefonar até que consegui encontrar uma bolota de haxixe, eram 2 da manhã. Foi tão bom. Depois fiquei acordada a ver um filme sobre uma mulher linda, fruto de um cruzamento de uma célula alienígena e outra célula humana. Essa mulher cresceu depressa e ao atingir a puberdade começou a querer procriar e fugiu do laboratório. Como não tinha tido pais era muito perigosa e começou a matar homens. O último foi no quarto dum hotel adaptado para a prender em que ela seduziu o polícia e depois violou-o, bem ela era um lagarto, quando estava em cima dele espetou-lhe um pico que lhe entrou no ânus e lhe saiu pela boca. Ela foi morta com um gás, mas deixou um filhote escondido lá no sótão do hotel...e as coisas continuaram. Depois sonhei com a minha tia de quem gosto...nessa casa havia um lagarto que queria matar, mas não consegui e acordei...

Penso que isto tem sido a minha vida, quis sempre matar a minha sexualidade ao longo da minha vida, e a minha vontade de fumar foi para matar a excitação que senti pela rapariga da depilação. Depois, na sessão passada, falou-me da vergonha e isso libertou uma corrente de coisas acumuladas pela vergonha, que eu não sabia como controlar. Tive medo de tanta excitação escondida de tantas coisas relacionadas com a sexualidade que escondi, a minha homossexualidade. Queria matar no sonho mas não o fiz, a minha sexualidade não tem que ser monstruosa mas a solidão e desamparo é outra coisa. As vezes quando estou doente com aqueles furúnculos, telefono para a minha mãe que esta tão longe para lhe perguntar o que fazer e sinto-me tão desgraçada.”

T – “Deve ser terrível ver a transformação de uma mãe em lagarto monstruoso e estarmos tão desprotegidos.

**Estrela** – “quando me drogo é a maneira de ter o meu pai, se me drogo tenho dentro de mim o meu pai alcoólico...esse sim gosta de mim...As vezes penso que **sempre que adoço não tenho nada**. Nunca é nada, tinha os furúnculos nas pernas, buracos, nunca foi nada para os médicos. Fui operada ao ouvido também não sabia o que era, agora foi ao canal lacrimal, também não entendem o que se passa. Dizem-me que se fez os exames, mas que não entendem o que se passa...mas sou operada. Às vezes penso na sorte que tenho, a minha mãe que me pode ajudar com dinheiro.”

T – “Mas aqui sabemos que sempre que adocece tem alguma coisa.”

P – “Como?”

T – “ disse-lhe que quando adoece tem alguma coisa.”

P – “A sua voz às vezes acompanha-me, todas as tardes...nunca lhe tinha dito isto, mas oiço um programa de rádio sempre que regresso a casa para ouvir a sua voz...”

Parece que a dimensão mais urgente na economia psíquica que subentende a conduta aditiva é a necessidade de se desembaraçar tão rapidamente quanto possível de todo o sentimento de angústia, de cólera, de culpabilidade ou tristeza que fazem sofrer, por vezes mesmo sentimentos de aparência agradáveis ou excitantes, mas que são vividos inconscientemente como perigosos ou proibidos. No caso atrás citado, a procura do prazer da droga não realçava o desejo de fazer mal, mas pelo contrário procedia da esperança de tornar suportáveis as dificuldades da vida quotidianas, nomeadamente as vividas como abandono. É um comportamento sentido como obrigatório no momento em que Estrela se sentiu só, uma ferida narcísica com uma solução aditiva, implicando mistura de dor e prazer, resposta a um sofrimento psíquico do passado, remetendo-nos à sua infância e que, como todos os fenómenos de ordem psicológica que nos revela uma tentativa infantil de se curar, uma solução psicossomática. Na evolução saudável o bebé pode utilizar objectos transicionais quando o objecto interno é vivo, suficientemente bom (não demasiadamente persecutório). Se o objecto externo persiste em ser desadequado, então o objecto transicional encontra-se desprovido de toda a significação. Quando a mãe esta ausente durante um longo período de tempo, a recordação da representação do objecto interno apaga-se e o objecto transicional é desinvestido, perdendo a sua significação mesmo antes que essa perda seja sentida ou há uma utilização excessiva do objecto transicional, como uma denegação do receio que esse objecto perca a sua significação. Esta paragem põe a nu o núcleo da fixação que induzirá mais tarde uma adição a um objecto mortificado, um comportamento tóxico, um objecto transitório que tem como função negar a separação, como se fosse um objecto fetichista, pois em vez de transitório fixa-se e coloca-se ao serviço da denegação. No Caso da Estrela ainda teríamos que pensar na relação da mãe com o pai, pois uma mãe psiquicamente morta, uma mãe depressiva, ou uma mãe cuja relação com o pai não é viva, não podia prepará-la para a separação. Deste modo no dizer de *Searles*, quando as relações afectivas são instáveis e imprevisíveis, os objectos não humanos são investidos de características altamente humanas e a distinção perde-se, ou na conceptualização de *Tustin* os objectos e formas autísticas tem a vantagem de serem mais

disponíveis e constantes e permitirem a estes sujeitos lutar contra os terrores irrepresentáveis, na relação com os objectos primários.

Raramente se começa nos consumos só. Javier Eduardo Chimera no artigo “drogadiccion Y misticismo” analisa as raízes etimológicas da palavra Adicto, derivadas de *a-dictu* e *adictum*. Na primeira, adicto é aquele que segue uma ideia, uma seita, ou um grupo. *A-dictu* era aquele sem palavra, não dito. *Adictum* era o termo designado para o escravo romano. Convertia-se em adicto aquele que não podia pagar as suas dívidas e que para fazê-lo oferecia a sua vida como parte do pagamento, o que o transformava efectivamente num escravo. Quer dizer que as origens históricas mostram-nos o adicto como alguém que se oferece como seguidor acrítico de um outro, de uma ideia ou de uma seita. Confundido com os seus pares, mantêm dogmas e evidencia incapacidade para transmitir a palavra. Coexiste nele esse outro majestoso mestre ou líder que o domina.

A palavra adição é equivalente ao termo da dependência, caracterizada pela necessidade irreprimível e a impossibilidade repetida de controlar essa necessidade de se entregar a um comportamento aditivo, quer no que diz respeito a comportamentos, quer no que diz respeito a produtos.

Joyce McDougall afirma que a parte dependente da personalidade é a que reconhece os limites e as limitações do próprio ser, assim como os limites do outro, e a que aceita que a satisfação de toda a necessidade, finalmente de todo o desejo, se relaciona com a incapacidade fundamental do ser humano de se bastar a si mesmo. Reconhecer a necessidade do objecto é a condição da vida. Toda a compulsão a negar esta dependência orienta-se no sentido da morte.

Sónia Abadi sugere que a estrutura aditiva como fixação patológica de dependência, estaria também sustentada por quem não tem capacidade de depender, nem de manter relações objectais. Deste modo na dependência seria a busca do amor, enquanto que na adição seria a busca do poder do objecto (no sentido de pessoas, parte de pessoas ou símbolos de um ou de outro). Com base nestas ideias podemos deduzir as possibilidades de intervenção benéfica ou maléfica dos poderes sociais, bem como de novas possibilidades de investigação que tentarei mais abaixo desenvolver.

Actualmente, conhecem-se melhor os outros mecanismos cerebrais implicados, como por exemplo, o disfuncionamento do sistema de recompensa, assim como os factores de predisposição genética.

A criança que ingressa na adolescência parece que terá que passar pelo consumo de

drogas para evidenciar o seu crescimento e conquistar uma nova identidade. Contudo a organização cerebral neuronal do adolescente estará pouco preparada para a avaliação das consequências a médio longo prazo, sendo os sistemas de recompensa preparados para o imediatismo.

Pensamos que é estimulante ainda que seja de difícil articulação os paradigmas psicanalíticos e da neurobiologia pois a própria teoria psicanalítica nos seus primórdios deslocou-se da ciência mais positivista para uma metapsicologia e paradigma psicanalítico próprio.

Alguns autores e investigadores da neuropsicanálise e teorias da vinculação como Peter Fonagy tem feito trabalhos inovadores de articulação de paradigmas. Em Portugal, Nuno Torres (2004), afirma que as pesquisas em neurobiologia têm vindo a acumular a evidência de que o sistema opióide endógeno tem um papel modulador central nas relações sociais.

“O abuso de drogas exógenas ao activar o sistema endógeno dos receptores opióides, suprime a ansiedade de separação e a necessidade emocional de vinculação e afiliação. Tendo em conta que a motivação para o abuso das substâncias esta frequentemente associado a situações de separação e autonomia da família e a experiências frustradas de dependência emocional, é lícito concluir que o uso de drogas oferece uma auto-suficiência ou autonomia emocional psicofisiológica, através da estimulação química do sistema opióide por via endógena” (Torres, N., 2004), assim como a sua supressão poderá conduzir a uma desregulação emocional psicofisiologia transitória ou não com manifestações orgânicas patológicas.

Sem querer reduzir a compreensão e abordagem de uma vida à neurobiologia, gostaria de falar acerca da situação de um homem em seguimento durante um longo período.

André, casado e com filhos, esteve em seguimento durante 6 anos por heroíno dependência. Filho dum primeiro casamento de sua mãe, esteve sem contacto com o pai durante 20 anos. Dormiu com a mãe até ao segundo casamento desta, quando tinha 10 anos. A relação com o padrasto foi descrita como violenta e agressiva e aos 16 anos foi viver para uma casa próximo da mãe, depois de ter feito uma tentativa de ser acolhido pelo pai biológico e após fuga de casa da mãe. A dor por não ter um local, um apoio, fragilizou-o e adoeceu, tem um problema de pele que não foi diagnosticado e volta a viver em casa da mãe enquanto durou o tratamento. Quando melhorou voltou para a casa onde vivia e para a heroína. Três anos após a paragem estava mergulhado numa enorme rigidez e a sua vida era gerida pela mãe e mulher, ambas em conflito pela posse do tratamento. O primeiro sintoma

psicossomático, uma alopecia, surgiu após três anos de abstinência e “pasmaceira” e com alguma surpresa pensei que surgira algo naquele mundo sem vida.

Até então recusara tratar a sua hepatite C tendo decidido pedir ajuda no hospital onde fora diagnosticado a afeção. No verão seguinte começou com sensações súbitas de calor na pele, era como se a pele fosse queimada. As idas ao dermatologista não surtiam efeito, uma vez que lhe diziam que se tratava de queimaduras solares. Os problemas médicos foram introduzidos nas sessões, como uma forma de trazer o seu desamparo e desespero. André trazia para a cena, palco somático, o peso e queimadura que a relação com a sua mãe lhe projectava, mãe bulímica em permanentes dietas e consumidora de estimulantes. André era o palco dos dramas desta. As mensagens telefónicas diárias e repetidas de sua mãe eram uma constante, uma vez que trabalhava numa empresa familiar. Nessa empresa trabalhavam diversos primos e primas da família materna, numa espécie de fusão e simbiose, diria fusão quase nuclear tal era a intensidade das trocas emocionais.

*Goethe* escreveu: “Aquilo que herdaste do teu pai, conquista-o para fazê-lo teu”, mas que herança poderia ter André, com um pai que nunca lhe forneceu relação emocional, nem presença física, que lhe permitisse arrefecer o reactor materno-familiar?

André fez-me pensar em vários pacientes que chegaram supostamente ao fim do tratamento, mas que regressam por manifestações diversas, como se um núcleo clivado tivesse passado despercebido, sub avaliado. Dessas perturbações podemos citar:

- Complicações psicossomáticas, depressivas ou outras formas de adição nomeadamente alcoolismo, tabagismo, desporto excessivo, consumo sexual. Tenho pensado se nesse segundo tempo seria desejável aplicar outros métodos ou abordagens, nomeadamente a psicoterapia face a face, outros métodos de abordagem corporal onde se pudesse trabalhar melhor alguns aspectos ligados a núcleos autistas, traços motores e comportamentos auto calmantes. Penso que esses traços têm que ser mobilizados a partir do corpo do paciente, da sua gestualidade, da sua postura inconsciente, que trazem a marca do traumatismo cuja verbalização foi sempre impossível. A questão da adição ao terapeuta também se pode colocar, mas para isso o terapeuta deverá ser flexível, criativo e não se identificar rigidamente ao seu quadro ideológico ou a um ritual não humano pois só um ambiente suficientemente humano poderá desintoxicar uma adição.

## **Bibliografia**

Bion W.R. (1973).Elements of psychoanalysis, Maresfield Library

Bion, W.R.(1973). Attention and interpretation, Maresfield Library

Bion, W.R.(1973). Learning from experience, Maresfield Library

Bion,Wr.(1973),A medicina como modelo- em Atenção e interpretação- Rio de Janeiro, imago, pp. 7-28

Bronstein, C. (2011). Psicossomática- as transformações do objecto a, J-D. Nasio, Jorge Zahar Editor

Bronstein, C. (2011). On psychosomatics: the search for meaning, Int. J. Psychoanal 92: 173-195

Fishbein, J.E. (2011), A current overview, Int. J. Psychoanal 92: 197-219

Sousa, Paulo Roberto, (1952). Os sentidos do sintoma- psicanalise e gastroenterologia, Papyrus Editora

Torres, N. (2003). A química da dependência e as dependências tóxicas. Para um modelo Bio-psico – social.

Revista toxicodependências , Volume 9 n1, pg 29-45.

Torres, N (2008). Dependência emocional e consumo de substâncias psicoactivas: um estudo correlacional a partir da teoria dos grupos de pressuposto básico de W.R..Bion. Revista de toxicodependências vol 14 n3 pg 35-48.

Torres, N (2004). Experiências traumáticas e estilos de vinculação adulta a parceiros de intimidade em toxicodependentes e estudantes. Revista toxicodependências Vol 10, n3 pág 57-70.