



doi Adicção a drogas e funcionamentos limites: articulações teórico-clínicas

Drug addiction and borderline functioning: theoretical-clinical articulation

ID Renata Galves Merino Kallas

ID Maria Abigail de Souza

Resumo: A adicção a drogas caracteriza-se pelo recurso a uma substância como único meio capaz de trazer alívio aos estados de angústia. Não há consenso acerca da reunião dos pacientes dependentes químicos em uma estrutura especificamente adictiva, mas nos casos em que as drogas assumem *status* de único caminho possível para o alívio do sofrimento interno, a dinâmica psíquica aproxima-se daquela exibida nos funcionamentos limites da personalidade. A partir daí, construiu-se uma reflexão teórico-clínica, de abordagem winnicottiana, traçando um paralelo entre a etiologia e a consequente dinâmica psíquica dos pacientes adictos a drogas e daqueles classificados como funcionamentos limites da personalidade.

Palavras-chave: Winnicott; adicções; drogas; *borderline*; falso *self*.

Abstract: Drug addiction is characterized by resorting to a substance as the only means capable of bringing relief to states of distress. There is no consensus regarding grouping chemically dependent patients into a specifically addictive structure, but in cases where drugs assume the status of the only possible path to relieving internal suffering, the psychic dynamics approach those exhibited in borderline personality functioning. From this, a theoretical-clinical reflection was constructed, using a winnicottian approach, drawing a parallel between the etiology and the consequent psychic dynamics of drug-addicted patients and those classified as borderline personality functioning.

Keywords: Winnicott; addiction; drugs; *borderline*; false self.

1. Quem é o paciente adicto?

O termo “adicto” vem do latim *addictus* que significa estar submetido ao credor, como devedor inadimplente, por extensão escravizado; participio passado de *addicere*: submeter a pessoa do devedor ao credor, para que este use daquela como seu escravo; e, por fim, substantivo *addictus*, *i* designa escravo por dívidas¹.

Neste trabalho, optou-se por utilizar esse termo justamente por sua etimologia que destaca o preciso caráter de escravização dos indivíduos adictos a uma única solução para escapar da dor mental (McDougall, 2004). McDougall destaca ainda que não é intenção do usuário tornar-se escravo. Pelo contrário, o objeto de adicção é investido de qualidades positivas por atenuar os estados afetivos, de outro modo, vividos como intoleráveis.

Todos podem recorrer à comida, à bebida, ao cigarro ou mesmo a medicamentos em momentos difíceis, quando acontecimentos externos, ou mesmo internos, ultrapassam a capacidade habitual de conter e elaborar conflitos. Assim, isso não se torna um problema, a não ser nos casos em que é a única solução de que o sujeito dispõe para suportar a dor psíquica (McDougall, 2004).

O termo adicção é mais abrangente que outros comumente utilizados para se referir a essa dinâmica – vício, toxicomania, toxicofilia, dependência química. Como definem Valleur e Matysiak (2002), este termo aplica-se a diversos aspectos da existência cotidiana, de forma que poucos domínios das atividades humanas escapam da possibilidade de abuso ou dependência. Assim, os jogos, a conduta alimentar, o uso da internet ou da televisão podem entrar nessa dinâmica. A ênfase desloca-se do objeto a ser utilizado para o sujeito que lhe confere uma dimensão vital.

Outra ampliação proporcionada pelo vocábulo *adicção* é que a *toxicomania* implica o desejo de se intoxicar, de se envenenar, mas a experiência clínica revela que o que sustenta a conduta adictiva, em primeira instância, é a busca por prazer e preenchimento, não o desejo de se fazer mal (McDougall, 2004). Antes do encontro com a droga, estes indivíduos estão simplesmente “em busca”. Eles não têm a consciência de que algo lhes falta, mas, desde pequenos, sua conduta revela a convocação do ambiente para atendê-los com urgência. Olievenstein (1985) nomeia essas atitudes de *estágio do excesso*, quando a criança busca substitutos pulsionais para seu vazio existencial, por meio de atividades exageradas, sejam elas ligadas às brincadeiras, à masturbação ou às constantes oscilações de humor.

A dependência adictiva teria, portanto, por contexto, uma dependência afetiva insuportável (Brusset, 2004). A busca, seja ela por uma substância química, por comida, por jogo, por sexo,

¹ Ver *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*, 2001, p. 84.

proviria de uma esperança de tornar suportáveis as dificuldades internas. Em um primeiro momento, os comportamentos adictivos são vivenciados como aquilo que dá sentido à vida (McDougall, 2004).

Isso permite, inclusive, que reflitamos acerca das razões pelas quais cada sujeito se torna adicto em um tipo de conduta ou substância. Certamente, o potencial adictivo de substâncias que ativam poderosas ligações neuroquímicas deve ser considerado. Por outro lado, a experiência clínica revela que muitos pacientes fazem uso de várias substâncias, porém aquela que se torna sua droga de devoção tende a responder a necessidades próprias de sua dinâmica psíquica (Kallas, 2007). Temos pacientes que fizeram uso de cocaína algumas vezes, mas têm por droga de escolha a maconha; outros o álcool – mesmo que se suponha que a cocaína tenha um poder adictivo superior em função da intensidade de seus efeitos químicos.

2. Funcionamentos Limites

Assim como a escolha do termo adicção, a preferência pelo uso da expressão *funcionamentos limites* também tem por base aspectos próprios dessa dinâmica. Um levantamento bibliográfico sobre a evolução histórica do quadro e a especificação das várias correntes pode ser encontrada na obra de diversos autores (Bergeret, 1974, 2006; Chagnon, 2009; Figueiredo, 2000; Green, 1990).

André (1999) define bastante bem a dificuldade de fechamento do campo, afirmando ser mais fácil dizer que os estados limites não se deixam conduzir nem à neurose, nem à psicose, do que circunscrevê-los positivamente. Para o autor, a instabilidade do quadro desafia a definição com muito mais razão que a pretensão estrutural. Ele entende que a própria amplitude dos fenômenos *borderline* – a tonalidade depressiva; as soluções adictivas e somáticas; a clivagem, mais que o recalque; o ato, mais que o fantasma; a primazia pré-genital; o ataque contra o pensamento, mais que a evitação dos pensamentos; o *insight* do funcionamento, mais que a revelação do sentido etc. – justifica a falta de consenso.

André (1999) destaca que não somente estes são pacientes de fronteira, mas o próprio conceito o é. Isso fica claro naquilo que o autor afirma, mas também na própria utilização de diferentes termos – *borderline*, estados limites, casos limites, pacientes fronteiriços – em referência ao assunto.

Neste trabalho, optou-se pelo termo *funcionamentos limites* em concordância com o posicionamento de Chabert (1999) para quem o termo “estados” parece estar relacionado a algo eventualmente pontual ou transitório. Já os *funcionamentos limites* constituem um modo de organização psicopatológica extremamente determinado, dizendo respeito a uma grande complexidade no plano clínico, que revela uma vasta diversidade de manifestações (Chabert, 1999).

Ela critica a formulação por não se tratar de quadros neuróticos, nem psicóticos, pois isso situaria a problemática em um lugar intermediário entre neurose e psicose, no seio de um sistema hierárquico. No contexto da prática clínica, a autora acredita não ser oportuno buscar as partes neuróticas e psicóticas dos pacientes, mas sim as problemáticas essenciais, constitutivas desses funcionamentos psíquicos, assim como os arranjos defensivos que permitem sua expressão.

3. Entre as adicções e os funcionamentos limites

Muitos autores identificam as condutas verdadeiramente adictivas como tributárias de falhas precoces no ambiente primitivo, no período da constituição do eu. Um estágio do desenvolvimento anterior, portanto, ao da problemática edípica (Blondel, 2004; Brusset, 2004; Chauvet, 2004; Freire, 2006; McDougall, 2004; Miel, 2002).

Não há consenso com relação à reunião dos pacientes dependentes químicos em uma estrutura especificamente adictiva (Kallas, 2007, 2012), mas o que se percebe é que, apesar de haver casos com funcionamentos diversos, naqueles em que as drogas assumem *status* de único caminho possível para aliviar o sofrimento interno, a dinâmica psíquica aproxima-se daquela exibida nos funcionamentos limites da personalidade (Brusset, 2004; Chauvet, 2004; Fernandez e Sztulman, 1999; Kallas, 2012; Souza, 2010).

Salomone (2009) reúne menções ao tema *borderline* na obra de Winnicott e afirma, a partir delas, que, para o autor, esses casos caracterizam-se, essencialmente, como doenças ambientais que se apresentam como organizações defensivas de tipo falso *self* para lidar com a angústia de aniquilação advinda de falhas no estágio de dependência absoluta. Como a mãe não consegue se adaptar às exigências do bebê, ele se adapta e se submete, tornando-se, deste modo, a sua própria mãe, ou seja, cuidando de si mesmo.

Também parece ser precisamente nessa passagem que ocorrem as falhas no desenvolvimento dos indivíduos drogadictos (Kallas, 2007). Suas vivências iniciais não são inteiramente desastrosas, de maneira que o potencial intelectual, bem como os vínculos com a realidade estão preservados. Mas por não vivenciarem a experiência de uma maternagem suficientemente boa, tornam-se um acumulado de reações à violação. Dessa maneira, o *self* verdadeiro não consegue se formar, ou permanece oculto por trás de um falso *self*, quando o caos não é total. O falso *self* está organizado para defender o verdadeiro *self* contra as angústias iniciais (Winnicott, 1960/1997). Pequenas falhas ocorrem a todo momento, mas sua correção a tempo traz confiança ao bebê, dando-lhe uma sensação de segurança e de ser amado. São as inúmeras falhas, seguidas pelo tipo de cuidados que as corrigem,

que acabam por constituir a comunicação do amor, fundada na presença de alguém que se preocupa (Winnicott, 1968/2002).

Em sua primeira versão do artigo *Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais*, Winnicott (1951/2000, p. 331) afirma que “a adicção pode ser descrita como uma regressão a um estágio em que os fenômenos transicionais não eram questionados”. Anos mais tarde, quando publica novamente o artigo acima citado no livro *O Brincar e a Realidade* (Winnicott, 1971/1975), o autor subtrai essa afirmação e adiciona uma ilustração clínica que indica, entretanto, que a premissa permanece a mesma. Trata-se do caso de um menino de sete anos que apresentava uma psicopatologia na área dos fenômenos transicionais: ele demonstrava uma preocupação excessiva com cordões e os utilizava para negar a separação da mãe, depressiva. Quando adolescente, o rapaz continuou com outros vícios – palavra utilizada pelo autor – em especial o vício em drogas. A partir dessa ilustração, Winnicott (1971/1975, p. 37) faz o seguinte questionamento: “A pergunta é: um investigador que efetuasse um estudo desse caso de vício em drogas daria a devida consideração à psicopatologia manifesta na área dos fenômenos transicionais?”.

Alguns autores (Chauvet, 2004; Freire, 2006; McDougall, 2004; Miel, 2002), estudiosos das condutas adictivas, não mencionam literalmente os funcionamentos limites, mas suas descrições dos quadros de adicção, por um ou outro caminho, aproximam-nos desse tipo de dinâmica.

De acordo com Miel (2002), uma vez que a qualidade da área transicional depende, também, do comportamento adequado do objeto externo, o estatuto do objeto transicional tornou-se, desde então, falho, notadamente, em sua função de defesa contra a angústia de tipo depressiva. Dessa maneira, não é possível a introjeção da função maternal e a elaboração de um sistema de para-excitação. O recurso ao produto firma, portanto, o fracasso da fantasmática e da internalização do objeto. Este recurso substitui, muito frequentemente, a utilização prolongada do objeto transicional – pedaços de pano, etiquetas de roupas, pata de coelho, porta-chaves com objeto macio etc. – recobrimo uma recusa da crença que esse objeto perde sua significação. O autor ilustra seu posicionamento com a menção a casos em que a significação transicional da droga permanece, por exemplo, em pacientes que não mais precisam do produto, mas sim do ritual que o envolve. Fazem uma *mise en scène* interminável, como na continuação do uso da seringa, que tem a particularidade de fazer aparecer e desaparecer o sangue, símbolo da vida, mesmo depois que os efeitos do produto já se tornaram indiferentes. A falha observada na significação do objeto transicional testemunha uma elaboração insuficiente do objeto interno. O objeto não foi constituído em um objeto de desejo e os objetos foram sempre apreendidos na qualidade de objetos narcísicos no momento das experiências percepto-

sensoriais e emocionais. O funcionamento relacional objetal do toxicômano, ancorado por outro lado no registro utilitário, decorre do fato de que as pulsões não satisfeitas na origem engendraram frustrações que ele não aprendeu a conter e que o levaram a elaborar um Superego ameaçador. A criança tentou suprir as insuficiências maternas, os seus cuidados desordenados, a fim de preencher suas angústias primitivas provenientes de necessidades instintuais não atendidas. Ela aprendeu a se satisfazer graças à mãe e a inaugurar um modo de relação em que, em lugar de ser amada, ela é utilizada.

McDougall (2004), ao examinar a etiologia dos quadros de adicção, constrói a hipótese de que, em razão de suas angústias e de seus medos e desejos inconscientes, uma mãe é potencialmente capaz de criar em seu bebê uma relação adictiva tanto com sua presença quanto com seus cuidados. Daí pode sobrevir o risco de que a criança não chegue a adquirir uma representação de uma mãe interna cuidadora, a qual, normalmente, poderia lhe oferecer a capacidade de se identificar com este objeto interno para suportar os estados de sofrimento psíquico. A criança que não chega a uma tal representação permanecerá incapaz de suportar os momentos de tensão de origem interna ou externa, de forma a buscar sempre soluções paliativas, assim como o fazia em pequena, no mundo externo. Dessa forma, a alimentação, as drogas, o tabaco, o álcool, ou outros podem temporariamente servir como esses paliativos do *stress* psíquico e preencher uma função maternal que a pessoa adicta é incapaz de fazer por si própria. Esses objetos adictivos ocupam o lugar dos objetos transicionais da infância – cujo propósito é de incorporar o ambiente maternal – e que, ao mesmo tempo, deveriam libertar a criança de seu vínculo de dependência com sua mãe. Observa-se, portanto, o acento em uma relação de extrema dependência dos objetos externos.

Chauvet (2004) afirma que a busca desmedida de um objeto a ser consumido, reflexo de um apetite sem investimento, é uma verdadeira batalha cotidiana a que se entregam os adictos para tentar manter um equilíbrio econômico sempre ameaçado pela oscilação permanente entre a necessidade do objeto e a salvaguarda narcísica. Configura-se, dessa forma, uma problemática da separação do objeto, cuja perda é impossível em razão de sua função narcísica fundamental.

Freire (2006) discrimina o uso de drogas em diferentes níveis de organização mental. Entende que uma conduta especificamente adictiva pressupõe um nível mais primitivo, no qual uma estrutura egóica diferenciada, com seus mecanismos de defesa e a formação de sintomas, não pôde se desenvolver completamente. Enfatiza que nem todos os pacientes com a mesma manifestação do comportamento apresentam, necessariamente, a mesma estrutura psíquica. Assim, nem sempre uma compulsão à droga diz respeito a uma toxicomania. Uma manifestação compulsiva pode sim ter uma

função adictiva de um transtorno narcísico, mas pode, por outro lado, ter o valor simbólico de um sintoma. Por isso, em cada caso, é necessário indagar qual é o objeto, o nível simbólico e a angústia em jogo. Na toxicomania, a problemática encontra-se no período da constituição do eu, em um estágio do desenvolvimento libidinal anterior ao da problemática edípica. Predomina o processo primário do funcionamento psíquico, em que a satisfação tem que ser direta e a energia, na maioria das vezes, precisa descarregar-se imediatamente, sem a mediação do processo secundário do pensamento, ligado ao princípio da realidade, e sem a capacidade de controle ou adiamento de uma satisfação. “Na toxicomania, o *acting out* domina a situação, a ação substitui o pensamento e o processo de simbolização está, muitas vezes, impossibilitado.” (Freire, 2006, p. 225). A autora, por meio de uma ilustração clínica, demonstra que, para o toxicômano, o uso compulsivo da droga aparece como algo que o constitui e o estrutura. Para o neurótico, pelo contrário, aparece como algo que se contrapõe ao *ego*.

De acordo com o estudo de outros autores (Fernandez e Sztulman, 1999; Sztulman 1997; Brusset, 2004), no entanto, a aproximação entre as adicções e os funcionamentos limites é dada explicitamente.

Sztulman (1997) não identifica uma personalidade especificamente toxicomaniaca, mas observa que os mecanismos de defesa, a natureza da angústia e, de maneira mais geral, a economia dos sujeitos toxicômanos remete, com frequência, ao que os especialistas observam nos estados-limites de personalidade. Fernandes e Sztulman (1999) destacam ainda o fato de a economia psíquica dos adictos aparecer muito próxima da linha depressiva central dos estados-limites, além do exercício da angústia de abandono, de perda e de afastamento, do conflito entre o Eu e o Ideal de Eu, da relação de objeto inscrita em um registro anaclítico e dos mecanismos de defesa prevalentes serem a clivagem do objeto, a denegação, a identificação projetiva, a idealização e a desvalorização.

Brusset (2004) também afirma que é por extensão do quadro da clínica dos estados-limites que a adicção é explicada pelos problemas de identidade, pelo *falso-self* adaptativo, pelas dificuldades de relação afetiva, pela depressividade², pela angústia, pelo vazio e, do ponto de vista metapsicológico, pelo polimorfismo e pela ineficácia dos mecanismos de defesa, que não impedem a

² Gutton (1986) distingue o afeto depressivo da depressividade, enquanto disponibilidade de sentir o afeto depressivo e em referência à atividade psíquica, com relação ao objeto ausente, considerado como perdido. Essa noção de depressividade designaria, antes, o estado psíquico da aurora da toxicomania. A depressividade, desprovida de toda atividade de representação, inscreve-se em uma lacuna narcísica que não pode se satisfazer com um objeto substituto do objeto idealizado, cuja experiência da perda não é experimentada. O depressivo se apoia em seus objetos internos, enquanto a pessoa em estado de depressividade recorre à projeção sobre o outro ou sobre seu próprio corpo, como na toxicomania.

angústia, a aflição, ou mesmo o desespero. Acrescenta-se a isso a ausência aparente de ancoragem na organização edipiana, a importância dos mecanismos de clivagem e de projeção, a destrutividade, a fragilidade narcísica no relacionamento com os objetos que estão sempre longe demais ou perto demais, entre o abandono e a intrusão. Diante das dependências afetivas, a adicção aparece como revanche, vingança de decepções e frustrações, busca de libertação, porém, mais fundamentalmente, negação que persiste de diversas maneiras. Muitas vezes, a dependência adictiva não pode ser abandonada senão por esta ou aquela forma de dependência afetiva encontrada ou reencontrada no relacionamento com os objetos ou no analista. As adições ilustram clinicamente a ancoragem somática do pulsional como força em busca de sentido e de vínculo com as representações que só podem se constituir pela mediação da experiência do corpo e das relações com os objetos. Daí a importância da problemática da perda do objeto, do luto imaginário, da dimensão melancólica ou, em outros termos, da depressividade.

4. Estratégias de Intervenção

A importância desse tipo de discussão e do psicodiagnóstico está exatamente em que sirvam a pensar sobre as estratégias de intervenção mais adequadas a cada caso.

Em termos winnicottianos (1960/1997), a classificação do ambiente, dos tipos de anormalidades ambientais e do momento em que elas operam é fundamental para a escolha de técnicas e estratégias adequadas.

Winnicott (1955/1978), em seu artigo a respeito das *Variedades clínicas da transferência* desenvolve principalmente suas ideias acerca da necessidade de uma adequação no *setting* terapêutico para pacientes fragilizados em termos egóicos – aqueles cujas descrições evidenciam tratar-se dos funcionamentos limites, ou *borderline*, assim como da maior parte dos casos de drogadicção.

A princípio, Winnicott faz uma digressão temporal e nota que nos trabalhos de Freud desenvolvidos entre 1905 e 1914 a teoria psicanalítica só era aplicada no tratamento de casos neuróticos cuidadosamente escolhidos. Pensando *a posteriori*, com o intervalo de alguns anos, infere que os casos eram selecionados como adequados para análise se, na história inicial do paciente, tivesse havido um cuidado materno suficientemente bom. Ele propõe uma ampliação do conceito de transferência a casos em que o *ego* não pode ser considerado como uma entidade estabelecida e, dessa forma, não pode haver neurose de transferência, que pressupõe a existência de um *ego* intacto, capaz de manter defesas contra a ansiedade provocada pela pulsão e de assumir a responsabilidade por elas.

O bebê, inicialmente, segundo Winnicott (1955/1978), encontra-se em um estado de dependência absoluta que pode ter dois desfechos. Em um deles, a adaptação ambiental à necessidade é suficientemente boa, fazendo surgir um *ego* que, a seu tempo, pode experimentar impulsos do *id*. No segundo, a adaptação ambiental não é suficientemente boa, não havendo então um verdadeiro estabelecimento do *ego*. Em vez disso, desenvolve-se um *falso-self*, que é uma coleção de reações a uma sucessão de fracassos à adaptação. Nestes casos, haveria um verdadeiro *self* oculto, protegido por um falso *self*, que é um aspecto do *self* verdadeiro. Ele o oculta e protege, reagindo aos fracassos da adaptação. Por um lado, o verdadeiro *self* não se envolve no processo de reação e consegue, assim, preservar-se, mas por outro, sofre um empobrecimento, derivado da falta de experiência. Nos casos em que há um *ego* intacto, Winnicott (1955/1978) entende que o analista pode deixar de se preocupar com os detalhes mais antigos do cuidado materno e o *setting* da análise não é importante em comparação com o trabalho interpretativo. Já nos outros casos, o *setting* é mais importante do que a interpretação. O que ocorre é que o comportamento do analista, representado por esse *setting*,

[...] por ser suficientemente bom no que diz respeito à adaptação à necessidade, vai sendo gradualmente percebido pelo paciente como algo que faz nascer a esperança de que o *self* verdadeiro possa finalmente ser capaz de assumir os riscos que o início da experiência de viver implica. (Winnicott, 1955/1978, p. 486)

Uma das características da transferência nesse estágio, de acordo com Winnicott (1955/1978), é permitir que o passado do paciente seja o presente. A análise nesses termos leva a um estado profundamente regredido e doloroso, porque o paciente, ao contrário do bebê na situação original, tem consciência dos riscos que a situação acarreta. Com isso, o paciente adquire a possibilidade de começar a recordar os fracassos originais, que foram todos registrados. No entanto, leva muito tempo para que ele possa tomar um exemplo de fracasso e ter raiva dele. Mas somente quando atinge esse ponto, para o autor, pode ter início o teste de realidade.

Nesse momento, o autor começa a tecer considerações a respeito da importância das falhas do analista no processo com esses pacientes. Não se deve tentar oferecer uma adaptação perfeita. O fracasso do analista, nessa altura, deve ser utilizado e tratado como um fracasso passado, que o paciente pode perceber e abranger e com o qual ele pode se zangar agora. O analista deve ser capaz de utilizar esses fracassos, responsabilizando-se por eles. A resistência só persiste até que o analista perceba que cometeu algum erro e o assuma. Se, de outra forma, ele se defender, não é dada ao paciente a oportunidade de se zangar com um fracasso passado, exatamente quando a raiva estava, pela primeira vez, tornando-se possível. E é aí que se encontra um dos principais contrastes entre esse

trabalho e a análise de pacientes neuróticos. Somente quando esse processo especial se completa, pode haver uma condução natural ao trabalho analítico comum, a análise da posição depressiva, das defesas neuróticas de um paciente que possui um *ego* intacto, capaz de experimentar os impulsos do *id* e de sofrer as consequências disso.

Clinicamente, podemos pensar nos pacientes que sistematicamente chegam faltando cinco minutos para o final da sessão, para verificar se de fato estamos ali ou aqueles que nos pedem para mudarmos o horário da sessão, a serviço de comprovarem o “nosso amor” por eles. Há psicólogos que entendem que alguma flexibilidade deva ser atendida para indicar nossa disponibilidade. Por outro lado, nessa possibilidade de reedição de um vínculo poderoso, pode-se aproveitar, quando já há essa relação mais fortemente estabelecida, para que o paciente perceba que é outra coisa que está em jogo quando faz esse tipo de pedido. Ainda nessa perspectiva, ocorreu-me o caso de um rapaz de 45 anos, que perdeu a mãe aos 6 anos e que, apesar de usar cocaína quando bebia, era adicto a álcool. Um dia, quando ele me relatava algumas situações que evidenciavam o quanto ele usava como termômetro de amor das pessoas o fato de elas corresponderem às expectativas dele e atenderem suas vontades, lembrei-me de um dia em que ele me contou que sua mãe sempre batia o leite com achocolatado no liquidificador, deixava ele tirar o miolo do pão, sabia como ele gostava e fazia sempre igual e que ele era muito pequeno nessa época e deve ter entendido que esse era o modelo de amor. Para minha surpresa, o que importou para ele não foi a analogia que eu estava tentando fazer, mas a descoberta que a mãe o amou, já que por tê-la perdido muito cedo, nunca tinha conseguido vislumbrar essa possibilidade. Ele passou bastante tempo em silêncio, deliciando-se com a descoberta de que tinha sido amado por ela. Esse assunto retornou em várias sessões e significou um importante movimento para ele.

Winnicott (1961/1995) afirma que a existência de variedades de psicoterapia deve depender da necessidade do paciente e não dos pontos de vista do terapeuta. Entende que, sempre que possível, deve ser usada a psicanálise. Mas quando ela for inviável ou quando houver argumentos contra, deve ser criada uma modificação apropriada. Admite ainda que uma porcentagem muito pequena dos pacientes que o procuram obtém tratamento psicanalítico. Divide os pacientes, didaticamente, em três categorias. A primeira delas envolve as psiconeuroses, distúrbios em que os indivíduos foram suficientemente bem cuidados nos estágios iniciais da vida para terem condições de enfrentar as dificuldades inerentes ao viver, mas não conseguem, em alguma medida. A segunda envolve os casos de psicose, em que ocorre uma perturbação grave na estrutura da personalidade do indivíduo. Por fim, a terceira categoria refere-se aos casos explorados no presente estudo. São pacientes

intermediários, que começaram suas vidas suficientemente bem, mas cujo ambiente não os ajudou em algum ponto, ou repetidas vezes, ou durante um longo período.

Para todos os casos em que a maternagem não foi suficientemente boa, Winnicott (1960/1997) sugere que, na terapia, deve-se tentar “imitar” o processo natural que caracteriza o comportamento de qualquer mãe em relação à sua criança. Ele acredita que, quando o paciente encontra um novo ambiente favorável e confiável, pode reiniciar-se o processo de desenvolvimento, por meio de um novo *holding* ambiental adequado, capaz de permitir a regressão do paciente à dependência absoluta.

Para esses pacientes (Winnicott, 1954/1978), quando regredidos, o analista não é sentido como uma pessoa separada, mas como parte do *setting* que vai propiciar o ambiente para retomada do desenvolvimento emocional. A vantagem da regressão, segundo o autor, é que ela traz consigo a oportunidade da correção de uma adaptação à necessidade inadequada, presente na história passada do paciente, isto é, no manejo do paciente quando bebê.

Winnicott (1969/1975) adverte que o aspecto essencial dos ataques é que o analista possa sobreviver a eles. As modificações que podem advir dessa atitude não dependem do trabalho interpretativo, mas da sobrevivência do analista e da ausência de retaliação.

As intervenções no âmbito das adições carregam muitos fatores que tornam esses casos especialmente desafiadores. O primeiro deles é identificar aquilo que motivou a busca por atendimento. Quando a busca é espontânea, percebe-se que a relação com a droga ou com as condutas adictivas não é mais capaz de preencher as funções desempenhadas antes ou que os prejuízos são mais intensos e, eles próprios, tornaram-se insuportáveis. Nesses casos, já há um importante canal aberto para que um vínculo terapêutico possa ser instituído – lembrando que, se são indivíduos que se lançaram a buscar algo que os preenchesse é porque sempre esteve subjacente uma esperança que pode ser dirigida à relação terapêutica.

Entretanto, especificamente nos casos de drogadicção, temos um segundo fator de bastante impacto: o aprisionamento na relação neuroquímica estabelecida com a droga. Mesmo havendo desejo de cessar o uso, quando a relação com ela ainda é muito presente e imperativa, pode ser muito frustrante tanto para o terapeuta quanto para o paciente tentar iniciar um atendimento psicoterapêutico, sem contar com respaldo de alguma outra estrutura que permita a recuperação dos laços sociais mínimos. Nesse sentido, pode-se contar com o auxílio da família, de outros profissionais, de instituições especializadas. Caso contrário, é possível que o paciente não consiga chegar às sessões abstinente, respeitar ou lembrar-se dos horários e se desmotive achando não ser capaz de sair da situação.

Por outro lado, quando as mínimas condições iniciais são atendidas, são pacientes que, por meio da construção de um vínculo confiável, a partir de um legítimo interesse e aposta do terapeuta, mostram-se bastante capazes de resgatar a esperança no ambiente e de se entregarem à sustentação existencial proporcionada pelo analista.

Referências

- Adicto (2001). In *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (p. 84). Rio de Janeiro: Objetiva.
- André, J. (1999). Introduction. L'unique objet. In J. André (org), *Les états limites: nouveau paradigme pour la psychanalyse?* (pp. 1-21). Paris: Presses Universitaires de France.
- Blondel, M-P. (2004). Objet transitionnel et autres objets d'addiction. *Revue Française de Psychanalyse*, 68 (2), 459-467.
- Bergeret, J. (1974). *A Personalidade Normal e Patológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bergeret, J. (2006). Os estados-limítrofes e seus arranjos. In J. BERGERET (org.), *Psicopatologia: teoria e clínica* (pp. 185-199). Porto Alegre: Artmed.
- Brusset, B. (2004). Dépendance addictive et dépendance affective. *Revue Française de Psychanalyse*, 68 (2), 405-420.
- Chabert, C. (1999). Les fontionnements limites: quelles limites? In J. André (org), *Les états limites: nouveau paradigme pour la psychanalyse?* (pp. 93-121). Paris: Presses Universitaires de France.
- Chagnon, J. Y. (2009). Os estados-limite nos trabalhos psicanalíticos franceses. *Psicologia USP*, 20 (2), 173-192.
- Chauvet, E. (2004). L'addiction à l'objet: une dépendance passionelle. *Revue Française de Psychanalyse*, 68 (2), 609-622.
- Fernandez, L. e Sztulman, H. (1999). La dépendance sous le regard du psychologue. In D. Richard e J. L. Senon (org), *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances* (pp. 137-141). Paris: Larousse-Bordas.
- Freire, C. M. R. C. (2006). O diagnóstico e suas diferentes aplicações no manejo clínico – uma ressalva. In D. Xavier Silveira e F. Gonçalves Moreira (org), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp.222-227). São Paulo: Editora Atheneu.
- Figueiredo, L. C. (2000). O Caso-Limite e as sabotagens do prazer. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3 (2), 61-87.

- Green, A. (1990). *Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kallas, R. G. M. (2007). *Do psicodiagnóstico à intervenção em adictos: contribuições do Rorschach e do atendimento clínico*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Kallas, R. G. M. (2012). *Adicção a drogas e Funcionamentos Limites: suas expressões e convergências no Rorschach*. Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- McDougall. (2004). L'économie psychique de l'addiction. *Revue Française de Psychanalyse*, 68 (2), 511-527.
- Miel, C. (2002). La toxicomanie ou la quête impossible de l'objet. *Psychotropes*, 8 (1).
- Olievenstein, C. (1985). *O destino do toxicômano*. São Paulo: Almed.
- Salomone, V. P. D. (2009). *Contribuições de D. W. Winnicott para o estudo do distúrbio borderline e suas implicações clínicas*. Dissertação de Mestrado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Souza, M. A. de (2010). *Adicção a drogas e o Método de Rorschach: Teoria, Pesquisa e Contribuições a Intervenções Psicoterápicas*. Aula ministrada como parte do Concurso para Prof. Titular do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Sztulman, H. (1997). Entre addiction et ordalie, les toxicomanes. *Adolescence*, 15 (2), 57-65.
- Valleur, M. e Matysiak, J-C. (2002). *Les addictions – dépendances, toxicomanies: repenser la souffrance psychique*. Paris: Armand Colin.
- Winnicott, D. W. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott, *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 316-331). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1954). Retraimento e regressão. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 427-435). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- Winnicott, D. W. (1955). Variedades clínicas da transferência. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 483-489). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- Winnicott, D. W. (1960). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In D. W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 21-28). São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- Winnicott, D. W. (1961). Variedades de psicoterapia. In D. W. Winnicott, *Privação e delinquência* (pp. 237-245). São Paulo: Martins Fontes, 1995.

- Winnicott, D. W. (1968). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 79-92). São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- Winnicott, D. W. (1969). O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 121-131). Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.
- Winnicott, D. W. (1971). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Imago, 1975.