

2

O encontro terapêutico e a centralidade do afecto na clínica com toxicodependentes

PATRÍCIA JOÃO ANTÓNIO

RESUMO

Este artigo é um contributo para a reflexão sobre as questões do afecto na relação terapêutica com toxicodependentes. Com base na perspectiva psicodinâmica e nas contribuições das investigações recentes ao nível das neurociências e da interacção precoce mãe-bebé, defende-se que o afecto, como força motriz do comportamento de ligação, é central à compreensão do *self* e do objecto. É a expressão dos afectos recíprocos que vai determinar a relação terapêutica e pode envolver paciente e terapeuta num percurso comum específico ou não. A compreensão do terapeuta em relação aos movimentos contratransferenciais revela-se fundamental com estes pacientes. A finalidade última será auxiliar cada paciente na tarefa que o seu próprio nível de desenvolvimento exige, quer seja o florescimento completo da sua criatividade ou simplesmente o alcançar de uma consciência de que existe, deseja viver, amar e ser feliz.

Palavras-chave: Relação terapêutica; Afecto; Contratrtransferência; Toxicodependentes; Perspectiva psicodinâmica.

RÉSUMÉ

Cet article est un apport à la reflexion menée sur les questions de l'affect dans la relation thérapeutique avec des toxicodépendants. Ce fondant sur la perspective psychodynamique et les contributions des recherches au niveau des neurosciences et de l'interaction précoce mère-enfant, il est défendu que l'affect, en tant que force motrice du comportement de lien, est central dans la compréhension du sujet et de l'objet. C'est l'expression des affects réciproques qui va déterminer la relation thérapeutique et qui peut inclure patient et thérapeute dans un parcours commun spécifique ou pas. La compréhension du thérapeute vis-à-vis des mouvements de contre-transfert se révèle fondamentale avec ces patients. Le but ultime sera d'aider chaque patient dans le travail que son propre niveau de développement exige, que ce soit l'épanouissement complet de sa créativité ou simplement l'atteinte d'une conscience de ce qui existe, le souhait de vivre, aimer et être heureux.

Mots-clé: Relation thérapeutique; Affect; Contre-transfert; Toxicodépendants; Perspective psychodynamique.

ABSTRACT

This paper outlines the importance of affect (emotional engagement) in the therapeutic relation with drug addicts. Based on a psychodynamic perspective, and recent contributions from neurosciences and precocious interaction mother-baby, we argue that the affect, as an important driving force of bonding behaviour, is central to the understanding of the self and the other. It is the reciprocal expression of affects that will determine the therapeutic relationship between patient and therapist into a specific (or not) common pathway. The therapist's understanding about countertransference is a key issue to work with drug addicts. Ultimately, the final goal will be to help each patient on tasks achievable according to their personal level of development. These can be related to the complete development of their creativity or to the awareness of their existence, will to live, to love and to be happy.

Key Words: Therapeutic relation; Affect; Countertransference; Drug addicts; Psychodynamic approach.

1 – INTRODUÇÃO

"No princípio foi o amor (e não o verbo), com a sua radiação de encantamento, desejo, entusiasmo e esperança – aposta no futuro do sujeito a criar/desenvolver."

António Coimbra de Matos (2004, p.28)

A afectividade é absolutamente central em toda a experiência humana. Trata-se de um conhecimento de nível visceral, veiculado por memórias processuais profundamente implantadas no corpo e na personalidade de cada indivíduo, que vão influenciar determinante-mente a sua experiência relacional com o mundo. Os afectos são os elos de ligação entre a função biológica e a psicológica, entre as exigências da amígdala e o pensamento neocortical, entre o interior e o exterior, entre a acção e a reflexão – ou seja, são os afectos que permitem a ligação, no duplo sentido, entre o indivíduo e o seu meio, pela vida fora. Por isso, deverão ser sempre avaliados a partir dos muitos níveis de comunicação que servem e das muitas etiologias de que podem derivar.

Para Bowlby, autor fundamental no estudo da vinculação humana, 'atribuir um sentimento é, geralmente, fazer um prognóstico a respeito do comportamento subsequente... descrever uma pessoa (ou animal) como carinhosa, irritada ou assustada é como que prever que... um certo comportamento será mais provável que qualquer outro' (citado por Brockman, 2001, p.32). Porém, atribuir um sentimento não é tarefa fácil, uma vez que nem sempre é possível estar-se consciente dos afectos que se têm ou sentem. Damásio (2001) defende que durante o processo evolutivo a emoção surgiu provavelmente antes do despertar da consciência e por isso, aparece em cada indivíduo como resultado de indutores que nem sempre são reconhecidos conscientemente. Daí, ser frequente um indivíduo apercebe-se de que está ansioso ou preocupado, sem que o sentimento ou a emoção que a este estado o conduziu ter estado na sua consciência. No entanto, já estavam a desenrolar-se enquanto processos biológicos.

No fundo, é no teatro da mente consciente que os sentimentos produzem os seus efeitos mais importantes e duradouros. Deste modo, no trabalho psicoterapêutico

é necessário respeitar a complexidade da natureza humana para não fazer uma classificação demasiado rígida e precipitada dos afectos e motivos subjacentes ao pedido de ajuda, que tende rapidamente a conduzir a uma situação de fechamento ou isolamento afectivo. Há que avançar lentamente, investigar a partir de todas as fontes possíveis, tendo uma ideia do passado, presente e futuro antes de devolver à pessoa que se tem diante: 'Conheço agora o seu motivo' (Brockman, 2001, p.33). Segundo Coimbra de Matos (2002a) são os estados corpóreos e anímicos, psicossomáticos, totais e integrados do terapeuta, que (quando o terapeuta bem os sente) lhe permitem perceber quem é o outro, o que ele quer de si e o que o dele deseja. Na sua perspectiva, é a expressão dos afectos recíprocos que vai determinar a relação terapêutica e pode envolver, paciente e terapeuta, num percurso comum específico ou não. Isto significa que na relação terapêutica, o afecto não é apenas uma avaliação interna, é também uma comunicação que liga o estado interno de quem gera a experiência ao estado interno de quem a recebe e regista. Como força motriz do comportamento de ligação, o afecto é central à compreensão do *self* e do objecto.

2 – REFERENCIAL HISTÓRICO E DEFINIÇÕES ACTUAIS

Darwin (citado por Brockman, 2001) foi dos primeiros investigadores a propor e a estudar a complexa importância bio-sociológica dos afectos e da sua expressão. Em 1872, ao observar o comportamento do filho recém-nascido que sorria e parecia sentir prazer ao receber um outro sorriso respondendo de volta, Darwin postulou que os afectos existiam desde a nascença e serviam um objectivo virado para o exterior e comunicativo. Assim, comportamentos ou expressões afectivas mais eficientes seriam biologicamente favorecidos, i.e., herdados pelas gerações futuras. Para Freud (citado por Brockman, 2001, p.238), o afecto era algo altamente complexo no sentido dinâmico, que incluiria certas enervações ou descargas motoras e certas sensações de dois tipos: 'percepções das acções motoras que ocorreram e sensações directas de prazer e desprazer que, por assim dizer, dão

ao afecto a sua tónica dominante'. No entanto, e influenciado pelos trabalhos de Darwin, Freud defendia ser possível reconhecer no caso de alguns afectos, uma impressão muito antiga de natureza mais geral, associada a uma memória da pré-história da espécie e não tanto do indivíduo.

Investigações recentes ao nível das neurociências e da interacção precoce mãe-bebé (e.g. Schwartz, 1987, Emde, 1991, Amini et al., 1996, citados por Brockman, 2001; Murphy, Mintzer & Lipsitt, 1989; Shapiro & Stern, 1989; Stern, et al., 1998; Brazelton & Cramer, 2001; Tronick, 2001), corroboram as observações de Darwin e mostram que a activação dos geradores neurobiológicos de afecto desencadeiam no recém-nascido estereotipias motrizes (e.g. a expressão facial, a postura corporal, o tom de voz) que transmitem os dados físicos subjacentes à empatia e à comunicação emocional. Ou seja, o afecto parece ser a primeira comunicação e como tal, a primeira palavra do comportamento de ligação, a linguagem inata e universal com que se nasce e que liga o *eu* ao seu primeiro objecto. Também para Bion (citado por Symington & Symington, 1999), a base de sustentação de toda a experiência emocional é a relação humana, através dos vínculos de ligação *amor* (L), *ódio* (H) e *conhecimento* (K), que se estabelecem entre dois seres. Para este autor, o vínculo é uma actividade emocional crucial na qual tem lugar a experiência emocional de aprendizagem. Dentro de cada indivíduo e na sociedade em geral, existem forças que se opõem à compreensão desta experiência emocional e quando expressas na relação são representadas como o negativo dos vínculos, i.e., -L, -H e -K. Se um destes vínculos negativos domina, é parado e invertido todo o processo de compreensão que ocorre na relação. Assim, apesar das múltiplas capacidades emocionais já formadas nos primeiros meses de vida, o recém-nascido precisa, não só de ser alimentado e protegido, mas também de saber que os seus sentimentos são compreendidos e que alguém dá um sentido à sua experiência. Para Bion, é a capacidade continente da mãe que lhe permite compreender os conteúdos emocionais do filho (elementos β) e transformá-los,

de modo a serem assimilados e integrados pelo bebé. A mãe fá-lo através da sua própria *função α* , que depende da sua própria capacidade para manter dentro da sua mente a experiência emocional do bebé, até então intolerável, tolerá-la, descodificá-la, processá-la, dando-lhe para si própria um sentido, uma nomeação e depois, devolvê-la finalmente ao bebé, devidamente desintoxicada, para que este possa então tolerá-la. Esta atitude mental é denominada por Bion de *rêverie* e foi aplicada pelo autor também à relação psicoterapêutica, como a capacidade que o terapeuta tem de dispor de uma rede de elementos α que lhe permite elaborar e interpretar os conteúdos marcados de identificação projectiva que o paciente projecta, descodificando-os e desintoxicando-os da agressividade e só depois os devolver de volta ao paciente (Symington & Symington, 1999; Zimerman, 1999).

As definições actuais do afecto incluem esta complexa mistura de biologia, hereditariedade, expressão neuromuscular e relações de objecto. Numa aproximação recente da psicanálise à perspectiva das neurociências, Brockman (2001) salienta que a forma como o afecto será lido e o pensamento, comportamento ou acção que mais provavelmente lhe seguirá, dependem não tanto da quantidade do afecto, mas sim de que áreas do cérebro contribuem para a experiência desse afecto. Segundo este ponto de vista, os afectos mais do que emoções, são os acompanhamentos perceptíveis e sensíveis da activação neurofisiológica de partes do cérebro anatomicamente identificáveis. Deste modo, *inputs* provenientes de certas células podem imbuir determinado afecto de sentido verbal, enquanto outros têm mais tendência a conduzirem à acção imediata ou a um aumento da temperatura corporal e outros ainda, a um medo paralisante, ao evitamento ou à aproximação. Ao observar determinado afecto e fazendo uma ideia do nível da integração psicológica e neurofisiológica deste, é então possível criar hipóteses quanto ao que é mais provável ocorrer sob condições específicas e em resposta a intervenções específicas. Por exemplo, quando determinado paciente se concede a si próprio um grau maior de liberdade e maleabilidade afectiva (e.g. pacientes de nível neurótico), os seus afectos

estão próximos de um funcionamento neocortical. Por outro lado, afectos próximos de um funcionamento sub-neocortical ou afectos amigdalinos, revelam um automatismo de resposta muito intenso. Neste caso, encontram-se os pacientes dependentes (e.g. pacientes de nível psicótico e do espectro *borderline*) que mostram um funcionamento rígido na sua expressão afectiva. Assim, aspectos como *a passagem ao acto, as reacções terapêuticas negativas* ou *as compulsões de repetição*, muito característicos do seu funcionamento mental, mostram ser funcionamentos primitivos amigdalinos.

3 – O AFECTO E A LIGAÇÃO TERAPÊUTICA INAUGURAL

“É o envolvimento amoroso do sujeito pelo objecto que cria e recria o verdadeiro sujeito: o sujeito livre, espontâneo, expansivo e feliz.”

António Coimbra de Matos (2004, p.28)

A unidade psicológica é o par e a função de todo o par ou díade terapêutica, é o acesso à realidade psíquica autêntica do paciente, à sua verdade psicológica que nunca é última, nem única, mas sempre parcelar e provisória, como todo o conhecimento acerca do mundo interpessoal desconhecido (Coimbra de Matos, 2002b). Este acesso só é possível através de uma forte compreensão emocional vivida a dois, numa relação terapêutica assimétrica mas de desenvolvimento e crescimento mental, que à medida que se desenrola, se torna mais íntima, complementar e criativa. O primeiro tempo do processo psíquico evolutivo é a organização da constância do sujeito na mente do objecto. Ou seja, o homem – animal narcísico que é, cresce na passagem do narcisismo ao amor e ao interesse pelos outros (Coimbra de Matos, 1997). Precisa do olhar valorizante do outro para se auto-reconhecer, para se auto-valorizar porque só se tiver sido primariamente investido pelo objecto é que poderá amar, é que poderá saber apreciar a beleza do mundo. Daqui se depreende que o investimento do paciente pelo seu psicoterapeuta é a condição essencial da ligação terapêutica inaugural.

Os dados respeitantes a uma pessoa vêm sempre de

múltiplas fontes dentro dessa mesma pessoa e cabe ao terapeuta antever e esperar tensão no interior dos próprios dados. São precisamente estes primeiros movimentos contratransferenciais presentes no encontro inaugural que assinalam os pontos nodais de toda a encruzilhada conflitual do paciente (e.g. emoções, atitudes, impulsos, perspectivas, memórias, antecipações do futuro), da textura da sua personalidade e do estilo da sua relação de objecto. Só assim é possível encontrar uma narrativa plausível do paciente, pois apesar do desejo de encontrar consistência, o seu sentido é sempre complexo, não consistente, não íntegro e não unitário. Na realidade, qualquer paciente só se “confessa” a quem se revela no seu querer e no interesse por ele; a quem for receptivo, acolhedor, benevolente, entendido e adequadamente responsivo; a quem também se deixa revelar pelos afectos e estados mentais que o invadem e o constroem como ser humano que é em relação (Coimbra de Matos, 2002e).

Na corrente psicanalítica, foram os trabalhos na década de 50 de Racker e Heimann sobre o valor da contratransferência que abriram o caminho à exploração terapêutica da afectividade do analista em contexto terapêutico. Em 1978, Coimbra de Matos (2002c) apresentou a ideia da contratransferência enquanto material da cura analítica, quando é a ressonância interior do psicoterapeuta ao sofrimento do seu paciente. Neste caso, o terapeuta ao ser capaz de se identificar com as dificuldades do seu paciente obtém preciosos dados para a compreensão do paciente e de todo o seu sistema relacional. Por isso, Coimbra de Matos fala da contratransferência enquanto um precioso, senão “o melhor instrumento do analista” (2002c, p. 46). Deste modo, qualquer terapeuta, em qualquer encontro terapêutico, deve estar munido de duas características essenciais: ter o desejo de “ser o objecto-sujeito de uma relação humana – i.e., ter a *capacidade de amar*” (Coimbra de Matos, 2002b, p.186) e estar bem e suficientemente analisado, para que carências ou crises ao nível da sua saúde mental não interfiram no processo de captação e análise da contratransferência. Numa perspectiva contemporânea baseada nos recentes estudos da interacção mãe-bebé

e dos sistemas dinâmicos não-lineares e a sua relação com as teorias da mente (e.g. *The Process of Change Study Group – Boston*), acentua-se que, para além da interpretação, o que vai ser transformador na relação terapêutica é a complexa afinação emocional existente entre terapeuta e paciente, pontuada por movimentos e momentos de forte conjugação afectiva, denominados de *new moments* ou *moments of meeting* (Stern, et al., 1998; Sander, 2002). Os *moments of meeting* são momentos de encontro entre paciente e terapeuta, que ocorrem no aqui e agora da relação, onde o que acontece é algo de pessoal, partilhado e subjectivamente percebido pelos dois como algo de novo na relação habitual. Estes momentos são capazes de criar novas formas relacionais ou de reorganizar, não só a relação entre os dois intervenientes, mas fundamentalmente o conhecimento relacional implícito do paciente e a sua forma de estar e se relacionar com o mundo (Stern, et al., 1998; Tronick, 2001; Mitchell, 2002; Sander, 2002). Este novo encontro emocional da díade terapêutica, que não existia anteriormente e que abre uma forma diferente de estar e de se ligarem na relação, passa-se ao nível da relação de intimidade implícita partilhada e corresponde a um *conhecimento relacional implícito*. Este conhecimento pode vir ou não a tornar-se consciente no curso da terapia (Tronick, 2001).

3.1 – A centralidade do afecto na prática clínica com toxicodependentes

Como temos vindo a destacar, a relação terapêutica é um encontro humano emocionalmente profundo entre duas pessoas, na qual o terapeuta vai ter dois papéis fundamentais: observar e participar na vida do seu paciente. Como observador, deve ser suficientemente objectivo e capaz de fornecer um caminho seguro, escutando, compreendendo, analisando e interpretando os dados vindos do paciente. Como participante, o terapeuta entra na vida do paciente. É agente transformador e ele próprio se modifica, torna-se mais humano, mais compreensivo – “é objecto transformacional: transformador e transformativo, que transforma o outro e se transforma” (Coimbra de Matos, 2004a, p.30). Cria-se assim uma ligação, um afecto. Este

percurso conjunto é possível porque o terapeuta se liga às partes sadias da personalidade do paciente. É a detecção dessas partes e a aposta na criação do meio adequado ao seu desenvolvimento que determinam o início e a continuação de todo o processo psicoterapêutico. Este vínculo inicial supõe também um compromisso de parte a parte: ao terapeuta cabe suportar os ataques e as imperfeições deste vínculo e as suas rupturas; ao paciente cabe implicar-se num processo de mudança que simultaneamente deseja e receia.

Na clínica com toxicodependentes o encontro inaugural, é marcado muitas vezes por dores psíquicas indefiníveis e inexprimíveis, silenciadas pelo efeito anestésico das substâncias, que as mascaram sob a capa de uma total negação de qualquer sofrimento psíquico (e.g. “Senti que era aquilo que me faltava... alívio total, não pensar em mais nada!”). A “droga” surge como objecto parcial que confere ao indivíduo um sentimento ilusório de ser todo-poderoso, uma crença onipotente de invulnerabilidade, de estar para além da dor mental (Morel, Hervé & Fontaine, 1998; Pagès-Berthier, 2002; Fleming, 2005). O afecto é sistematicamente trocado pelo produto (*a droga*), e por isso, deixam de ter a capacidade de modular e inserir numa verdadeira relação humana a intensidade dos seus movimentos instintivos. Ou seja, acabam por viver numa sistemática inautenticidade de sentimentos, que os impede de contactos afectivos verdadeiros e profundos. Os compromissos que possam assumir acabam por estar dependentes da condição de que, através da droga, possam recuperar a vivência ilusória de funcionar normalmente. O uso regular das substâncias acabou por desorganizar progressivamente a sua existência social, psíquica e corporal em redor do consumo. A obsessão quotidiana, logo desde o acordar, transforma-se na privação: não é apenas uma dor física insuportável, é também uma perda da sensação de ser, uma prova radical na sua relação consigo e com os outros. A experiência psicotrópica acaba por ser simultaneamente uma *sensação psíquica de prazer* e uma *experiência de distorção das relações* com o outro, com o tempo, com o espaço e com o seu corpo, uma vez que ao intervir na génese biológica das

emoções e dos afectos ligados aos contactos sociais pela desrealização (a experiência alucinogénica), pela anestesia (a experiência opiácea) ou pela euforização (a experiência de psicoestimulação), provoca um desligar passageiro entre a realidade e a sua vivência subjectiva (Morel, Hervé & Fontaine, 1998). Para Pagès-Berthier (2002), esta espécie de retiro auto-erótico que é concretizado pela "*solução adictiva*" curto-circuita a dádiva recíproca humana e o uso mútuo da linguagem, como estratégia que o indivíduo leva a cabo para se manter resguardado das reacções imprevisíveis do objecto, na medida em que este for também um sujeito. No fundo, trata-se de estabelecer uma relação passional com uma "coisa" que é desprovida de afecto e consciência, em vez de arriscar sofrer a rejeição de uma pessoa amada. A substância desempenha o papel de "*não sujeito*", reduzida a um mero objecto que supre uma necessidade e é desprovida da sua alteridade, naquilo a que Jeammet (citado por Pagès-Berthier, 2002) chamou de "*neo-relação objectal adictiva*", na qual a função substitui o objecto. Nesta perspectiva, o trabalho psicoterapêutico com estes pacientes deve visar não exclusivamente o sintoma (o consumo de drogas), mas o ajudar a transformar este modo particular de apreensão do mundo sob todos os prismas: a relação com o outro e com a substância, a relação com o tempo e a relação com o corpo. É a restauração de vínculos satisfatórios que se deve ter em vista.

A teoria e a prática clínica na área das toxicodependências remetem-nos para a presença de uma estrutura *borderline* de personalidade na maioria dos pacientes (e.g. Morel, Hervé & Fontaine, 1998; Angel, Richard & Valleur, 2002; Câmara, 2005; Fleming, 2005). Uma das características mais notáveis das pessoas com uma organização *borderline* da personalidade é que se estribam fortemente em defesas primitivas e sofrem de uma falha básica na percepção do *self*. As capacidades para observar a sua própria patologia, pelo menos nos aspectos que impressionam qualquer observador externo, revelam-se por vezes bastante limitadas. Como refere McWilliams (2005), não tendo tido outro tipo de carácter, não têm um conceito emocional de como seria ter integração de identidade, defesas maduras,

capacidade para adiar a gratificação, tolerância em relação à ambivalência e à ambiguidade. Querem apenas parar de sofrer, muitas vezes a um nível que só reconhecem como físico (sintomas de privação) ou livrar-se da crítica que recai sobre si (dos familiares, dos amigos, dos técnicos, da comunidade). Ao terapeuta cabe ser capaz de se oferecer como contentor fiável e confiável, que não quebra, nem é destruído pelas as emoções não toleradas e investidas destrutivas, muitas vezes maciças e violentas destes pacientes assegurando uma relação de continuidade, sem se deixar paralisar pelo desespero ou pelo sentimento de impotência. É a chamada capacidade de *reverie* de Bion já referida. Por outro lado, a compreensão do terapeuta em relação à contratransferência revela-se fundamental pois são pacientes que comunicam através duma transmissão poderosa e não verbal do afecto. Assim, a primeira tarefa do terapeuta será precisamente resistir às inúmeras tempestades que parecem acontecer com a pessoa em causa e tentar comportar-se de uma forma que seja vivenciada pelo paciente como diferente das influências que criaram e deram suporte a um ser tão perturbado e, ao mesmo tempo, tão resistente à ajuda. No fundo, são indivíduos que parecem estar constantemente presos a um dilema: quando próximos entram em pânico devido a medos de aniquilamento e controlo total; quando separados, sentem-se traumáticamente abandonados. Com estes pacientes, este *conflito de separação-indivuação*, que é central da vivência emocional, resulta num avançar e retroceder nas relações e aí está também incluída a relação terapêutica, na qual num primeiro momento, nem a proximidade nem a distância resultam confortáveis (McWilliams, 2005). Quando se vive com um tal conflito básico, é esgotante para os pacientes, para a família, para os amigos e para os próprios terapeutas. Para estes indivíduos há sempre uma enorme necessidade de encontrar algo que preencha o que lhes falta e que não sabem o que é. Esse algo é normalmente qualquer coisa idealizada, sob a forma de uma relação afectiva fusional e na base está quase sempre esta dor mental da separação radical entre o eu e o outro, comum a todo o ser humano e insuportável para quem tem um

narcisismo particularmente frágil como parece ser o caso da maioria dos pacientes dependentes (Jeammet, no prelo; Magalhães, 2000; Pagès-Berthier, 2002; Ramos, 2004; Fleming, 2005). Na sua génese está uma insuficiente relação primária na qual o indivíduo terá ficado fixado ao nível da subfase de reaproximação do processo de separação-indivuação, aquém da constância objectal descrita por Mahler (1982), na qual a criança alcançou um grau de autonomia mas, contudo, precisa ainda de reafirmação de que o progenitor (geralmente a mãe) se mantém disponível e poderoso. Este "drama" ocorre por volta dos 2 anos, quando as crianças tipicamente alternam entre rejeitar a ajuda da mãe e desfazer-se em lágrimas ao seu colo. Nas respectivas histórias familiares, encontramos frequentemente mães (objecto de amor primário) que, ou desencorajaram a separação ou recusaram a sua disponibilidade quando eles necessitavam de regredir, após alcançarem alguma independência. Revelam-se normalmente figuras intrusivas, abafantes ou projectoras, incapazes de ter sido um objecto continente e bom entendedor das suas necessidades enquanto indivíduos com direitos próprios, dificuldades e vontade em ser autónomos (Coimbra de Matos, 1994; Brown, 1987; Giovacchini, 1987; Pagès-Berthier, 2002; McWilliams, 2005). O trabalho clínico e a escuta atenta revelam com frequência o terror de reviver sentimentos traumáticos que ocorreram nesta fase pré-verbal. Apresentam histórias de vida marcadas por inibições, medos e inseguranças de se voltarem a repetir as separações, os abandonos, as perdas e as rejeições de que muitas vezes foram alvo, por parte das figuras significativas e/ou objectos transitivos; falam das zangas, das dores e das mágoas por não terem sido desejados, por terem sido rejeitados e eles próprios terem rejeitado, por mal terem sido pegados ao colo e das poucas carícias, beijos e abraços recebidos; evidenciam e expressam sentimentos de ansiedade, irritação e tristeza ao reviverem memórias de uma infância e adolescência conturbadas e dominadas pelo desconforto e medo de ameaças constantes de abandono e desprotecção. De um modo geral, para estes indivíduos a posse do objecto é indispensável

à manutenção da estrutura do Eu, logo sentem em relação ao outro uma profunda necessidade da sua presença, que na realidade se trata de um movimento de dependência pura que se situa no campo utilitário e não no do desejo. Consequentemente verifica-se uma certa incapacidade em estabelecer relações emocionalmente fortes com os outros, contra os quais tendem a erguer uma barreira narcísica defensiva, uma vez que o prazer na relação com o outro lhes é insuportável, demasiado perigoso e ameaçador, na medida em que no encontro com o outro se assinala o reconhecimento mútuo de dois sujeitos falantes e pensantes. Assim, o sobreinvestimento compulsivo corporal através da manutenção de sensações extremas substitui-se à relação objectal e a experiência de intensidade necessária para obter prazer está afastada do domínio inter-relacional e é deslocada para a droga, para os comportamentos de risco, para o jogo com a privação (Charles-Nicholas, 1991; Pagès-Berthier, 2002).

A permanente oscilação entre um objecto interno clivado, bom ou mau, é uma defesa contra este sentimento intolerável de se sentir rejeitado pelo seu objecto de apoio (C. Matos, 1994; Kernberg, 1986). Esta relação clivada e alternante vai conduzir ao desenrolar de um perfil de vida caracterizado pela instabilidade: do humor, dos gostos ou ideais, das relações, da profissão, de residência, dos processos defensivos e da própria consciência de si mesmo e do seu destino. A instabilidade é a única característica estável deste "estado-limite" e tem uma expressão clara na identidade dos nossos pacientes. São pessoas que, na impossibilidade de alcançarem uma representação interna dos objectos, dada esta sua insuficiente relação primária, ficaram entregues ao seu próprio mundo interno, à presença de um Eu desorganizado com uma fraca capacidade de discriminação e de integração e a um Super-Eu fraco que as conduz a uma fraca adaptabilidade ao meio circundante. Na prática clínica verificamos que são incapazes de tolerar tensões, esperas ou frustrações; manifestam uma grande dependência do objecto e da própria realidade externa. Há uma falta de individualidade nas suas reacções; têm falta de relações estáveis e de identificações compatíveis (L. Grinberg &

R. Grinberg, 1988). A alternância compulsiva entre a plenitude e o vazio parece ser assim condição *sine qua non* da sua sobrevivência psíquica.

Com base nesta instabilidade psíquica, com frequência o terapeuta é percebido como todo bom ou todo mau e, inevitavelmente, as reacções contratransferenciais tendem a ser fortes e perturbadoras, tal o desajustamento emocional vivido na relação terapêutica ou a interferência da repetição transferencial na nova relação. Mesmo quando não são negativas, as reacções contratransferenciais com estes pacientes podem ter uma qualidade inquietante e esgotante, oscilando entre atitudes que tendem a ser ultra-solícitas – *fascínio e cegueira* (considerando-os como indivíduos com privações, frágeis, que necessitam de amor para crescer) ou desnecessariamente punitivas – *rejeição e rigidez* (considerando-os pessoas exigentes e de carácter manipulador que precisam de limites rígidos e apertados) [Morel et al., 1998; Coimbra de Matos, 2004a; McWilliams, 2005]. Esta oscilação interna do terapeuta acaba por espelhar cada um dos lados do eterno conflito do paciente – *o dilema da separação e individuação*. Não é invulgar para o terapeuta a certa altura sentir-se como “a mãe exasperada” de uma criança de 2 anos que teima em não aceitar ajuda, ainda que sem ela caia em frustração. Na perspectiva de Morel e colaboradores (1998), em ambos os casos (rigidez/rejeição ou fascínio/cegueira), a fonte e as consequências destas contra-atitudes são a negação da toxicodpendência, por um lado e a incapacidade de negociar, por outro. Ou seja, negar todo o funcionamento toxicómano que se caracteriza pela sua alienação e a sua relação com o mundo.

Neste sentido, são muitas vezes as respostas intuitivas, afectivas e imaginativas do terapeuta aquando o encontro terapêutico que propiciam amiúde melhor informação sobre a essência do que se poderá estar a passar entre os dois, do que a reflexão cognitiva sobre o conteúdo das comunicações do paciente ou o recurso à teoria e à técnica (McWilliams, 2005). Esta área do valor informativo da contratransferência revela-se delicada e complexa e deve ser abordada correctamente, pois não é qualquer pensamento passageiro, nem emoção

vivenciada com um paciente que corresponde ao que este colocou dentro de nós. Nunca será demais defender que nós terapeutas devemos ser capazes de *insight* sobre as nossas próprias dinâmicas e assumir a responsabilidade emocional pelas nossas reacções, mesmo quando é o paciente que as está a activar. Para isso contribui, a análise pessoal, a supervisão cuidada da prática clínica quotidiana e “a assumida convicção que só se é sendo para o outro” (Coimbra de Matos, 2004a, p.32). Para Fonagy (citado por Câmara, 2005), autor contemporâneo que se tem dedicado ao trabalho com pacientes *borderline*, o terapeuta deve pôr em acção a sua função reflexiva ou mentalização, que ao lhe permitir pensar sobre o estado mental de si próprio e do outro (o paciente), vai possibilitar reter numa parte da sua mente uma representação do estado mental do paciente, aceitando e reconhecendo o seu caos, para depois representar isto ao paciente com a suficiente clareza que fornece a base duma representação do self mental do paciente. Neste caminho percorrido sessão a sessão, o paciente passa a ser capaz de se encontrar na mente do terapeuta como um ser pensante e que sente, e assim, consegue retomar o seu processo de crescimento e maturação psíquica que terá ficado fixado, lá atrás, na primeira infância. Assim, *a dor por sofrer* pode vir a ser transformada num sofrimento psíquico tolerável, com forma e conteúdo. Surge o nome e, conseqüentemente, surgem as palavras capazes de restabelecer a comunicação do sujeito consigo mesmo e com o Outro (Câmara, 2005; Fleming, 2005).

4 – CONCLUSÃO

Em suma, no trabalho psicoterapêutico em geral e na prática clínica com toxicodpendentes em particular, a finalidade última será auxiliar sempre cada paciente na tarefa que o seu próprio nível de desenvolvimento exige, quer seja o florescimento completo da sua criatividade ou simplesmente o alcançar de uma consciência mínima de que existe, deseja viver, amar e ser feliz. Este trabalho supõe tempo(s), continuidade, espaços diferenciados e flexíveis e elos, vínculos, ligações, afectos – relações humanas.

CONTACTOS:**PATRÍCIA JOÃO ANTÓNIO**

Psicóloga Clínica. Mestre em Psicologia.
CRI Bragança, IDT, I.P.
Rua Alexandre Herculano, 205, 5300-075 Bragança
pj_antonio@sapo.pt
918 858 567 | 273 332 031 (CRI Bragança)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angel, P., Richard, D., & Valleur, M. (2002). *Toxicomanias* (M. C. Correia, trad.). Lisboa: Climepsi Editores (obra original publicada em 2000).
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (2001). *A relação mais precoce. Os pais, os bebés e a interacção precoce* (F. Duarte, trad.). Lisboa: Terramar (obra original publicada em 1989).
- Brockman, R. (2001). *Um Mapa da Mente. Para uma ciência da psicoterapia* (J.G. Brasil, trad.). Lisboa: Fim de Século (obra original publicada em 1998).
- Brown, L. J. (1987). Borderline personality: organization and the transition to the depressive position. In Grotstein, J. S., Solomon, M. F. & Lang, J. A. (Eds.), *The borderline patient. Emerging concepts in diagnosis, psychodynamics and treatment Vol. 1*, (pp. 147-179). New Jersey: The Analytic Press Hillsdale.
- Câmara, J. (2005). Relação pais-filhos na sociedade contemporânea a propósito da vinculação. In Patrício, L., Guitart, M. (Orgs.), *Textos das Taipas, 14* (pp. 19-25). Lisboa: CAT das Taipas DRLVT – IDT.
- Charles-Nicolas, A. (1991). Toxicomanias e patologia do narcisismo. In Bergeret, J., Reid, W. (org.), *Narcisismo e estados-limite* (pp.163-182). Lisboa: Escher.
- Coimbra de Matos, A. (1994). Estados-limite: etiopatogenia, patologia e tratamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 7-25.
- Coimbra de Matos, A. (1997). Narcisismo e depressão. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 16, 19-25.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2002a). Da emoção ao pensamento: o afecto no conhecer do outro. In *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica* (p. 199-211). Lisboa: Climepsi Editores (artigo original publicado em 1996).
- Coimbra de Matos, A. (2002b). A função analisante. In *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica* (p. 185-196). Lisboa: Climepsi Editores (artigo original publicado em 1992).
- Coimbra de Matos, A. (2002c). A contratransferência como resistência do analista e como material do processo analítico. In *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica* (p. 29-48). Lisboa: Climepsi Editores (artigo original publicado em 1985).
- Coimbra de Matos, A. (2002d). Manipulação e liberdade na terapia psicanalítica. In *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica* (p. 237-245). Lisboa: Climepsi Editores (artigo original publicado em 1999).
- Coimbra de Matos, A. (2002e). Do tempo da primeira entrevista. In *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica* (p. 151-152). Lisboa: Climepsi Editores (artigo original publicado em 1986).
- Coimbra de Matos, A. (2004). *Saúde Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2004a). Vinculação e ligação na prática clínica. In *Saúde Mental* (p. 27-37). Lisboa: Climepsi Editores.
- Damásio, A. (2001). *O sentimento de si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência* (12ª ed.). Lisboa: Publicações Europa-América.
- Fleming, M. (2005). Dor mental e toxicodpendência. *Toxicodpendências*, 11 (1), 3-13.
- Giovacchini, P. L. (1987). The borderline state, the transitional object and the psychoanalytic paradox. In Grotstein, J. S., Solomon, M. F. & Lang, J. A. (Eds.), *The borderline patient. Emerging concepts in diagnosis, psychodynamics and treatment Vol. 1* (pp. 181-203). New Jersey: The Analytic Press Hillsdale.
- Grinberg, L. & Grinberg, R. (1988). *Identidade e mudança*, trad. do castelhano. Lisboa: Climepsi Editores (obra original publicada em 1976).
- Jeammet, P. (no prelo). *Dépendance et relation d'emprise* (texto cedido pelo autor).
- Kernberg, O. (1986). Borderline personality organization. In Stone, M. H. (Ed.), *Essential papers on borderline disorders* (pp. 279-319). New York: University Press.
- Magalhães, L. (2000). A doença é a dor de existir. *Toxicodpendências*, 6 (1), 9-14.
- Mahler, M. (1982). *O processo de separação-indivuação* (P. F. Ledur, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas (obra original publicada em 1979).
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico psicanalítico. Compreender a estrutura de personalidade no processo clínico* (F. Andersen, trad.). Lisboa: Climepsi Editores (obra original publicada em 1994).
- Mitchell, S.A. (2002). The texture of fields. Commentary on the Contributions of Louis Sander. *Psychoanalytic Dialogues*, 12 (1), 65-71.
- Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodpendente* (B. de Sousa, trad.). Lisboa: Climepsi Editores (obra original publicada em 1997).
- Murphy, L. B., Mintzer, D., & Lipsitt, L.P. (1989). Psychoanalytic views of infancy. In Greenspan, S.I. & Pollock, G.H. (Eds.), *The Course of Life:*

infancy (p. 561-641). Madison, Connecticut: International Universities Press, Inc.

Pagès-Berthier, J. (2002). Personalidade e toxicomania: abordagem psicanalítica. In Angel, P., Richard, D., & Valleur, M. (Eds.), *Toxicomanias* (pp. 179-185). Lisboa: Climepsi Editores (obra original publicada em 2000).

Ramos, S. (2004). What can we learn from psychoanalysis and prospective studies about chemically dependent patients? *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 467-488.

Ribeiro, J. (1998). Dependência psicológica versus dependência física? *Toxicodependências*, 4 (2), 45-53.

Sander, L.W. (2002). Thinking differently. Principles of process in living systems and the specificity of being known. *Psychoanalytic Dialogues*, 12 (1), 11-42.

Shapiro, T., & Stern, D. (1989). Psychoanalytic perspectives on the first year of life: the establishment of the object in an affective field. In Greenspan, S.I. & Pollock, G.H. (Eds.), *The Course of life: infancy* (p. 271-292). Madison, Connecticut: International Universities Press, Inc.

Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Bruschweiler-Stern, N., & Tronick, E. (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 903-921.

Symington, J., & Symington, N. (1999). *O pensamento clínico de Wilfred Bion* (D. Dantas, trad.). Lisboa: Climepsi (obra original publicada em 1997).

Tronick, E. Z. (2001). Emotional connections and dyadic consciousness in infant-mother and patient-therapist interactions. Commentary on paper by Franck M. Lachmann. *Psychoanalytic Dialogues*, 11 (2), 187-194.

Zimerman, D.E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos. Teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.