UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LYGIA VAMPRÉ HUMBERG

RELACIONAMENTOS ADICTIVOS

Um Estudo Psicanalítico

(Versão original)

São Paulo

2014

LYGIA VAMPRÉ HUMBERG

RELACIONAMENTOS ADICTIVOS

Um Estudo Psicanalítico

(Versão original)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo, como parte
dos requisitos para obtenção do grau de
Doutora em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Yvette Piha
Lehman

São Paulo

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Humberg, Lygia Vampre.

Relacionamentos adictivos, um estudo psicanalítico / Lygia Vampre Humberg; orientadora Yvette Piha Lehman. -- São Paulo, 2014.

302 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Adicção 2. Relacionamentos adictivos 2. Angústias impensáveis 3. Transicionalidade 4. Deprivação I. Título.

RC504

Nome: Humberg, Lygia Vampré

Título: *Relacionamentos Adictivos*, um estudo psicanalítico

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutora em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Esta tese é dedicada, com todo meu amor,

ao meu marido Leopoldo, pois sem seu suporte, incentivo e carinho teria sido impossível concluir este trabalho;

aos meus filhos,

Nina Flor, nossa linda e amada guerreira, que nasceu enquanto eu desenvolvia a pesquisa, virando nossa vida de ponta cabeça e nos mostrando uma inacreditável força de luta para poder desabrochar,

E Tom, meu primeiro filho, que ao nascer encheu minha vida de alegria e amor, e que, com a luz dos seus lindos olhos, seu sorriso e amor, sempre iluminou minha vida, mesmo nos momentos mais difíceis;

aos meus muito queridos enteados

João e André, cujo afeto e presença são tão importantes.

Agradecimentos

À minha orientadora Yvette Piha Lehman, que soube compreender e acompanhar com sabedoria todos os percalços para concluir esta tese.

Ao José Gonçalves Moura, pelo suporte em todas as fases do trabalho, pela presença, inclusive na banca e pelas fundamentais sugestões.

Ao Décio Gurfinkel, que me acompanha desde o início de meu interesse pelo trabalho com as adicções, e que me abriu inúmeras portas do conhecimento para poder entendê-las, por vir na minha banca e por todas as sugestões.

Ao Daniel Kupperman, pelo constante apoio, pela possibilidade de fazer o PAE na sua disciplina e por participar da minha banca.

Ao Flávio Ferraz, pela disponibilidade de me acompanhar nas bancas de mestrado e doutorado, sempre com fundamental participação.

À Nalva e a toda equipe da Psicologia Social, pela imprescindível ajuda e pelo enorme carinho e torcida.

Ao Luiz Meyer, que foi a primeira pessoa que me ajudou a entender o que era um relacionamento adictivo.

A todos os colegas do Espaço Potencial, pelo conhecimento compartilhado e por tanto afeto e cuidado quando muito precisei.

Ao Bernardo Tanis, com quem muito aprendo nas supervisões.

À Magda Khouri, pelo *holding* constante.

Ao Mauro Hegenberg, pela sua disponibilidade em ajudar.

Ao Ricardo Trinca, a Silvia Brasiliano e a todo grupo do PROMUD, pela possibilidade de lá estagiar.

A todos os meus pacientes que me ensinaram a reconhecer seus sofrimentos e o que necessitavam para seguir com uma vida melhor.

Ao meu irmão Fabio pela ajuda na revisão.

Ao André, Andrea, Vi e Ale, por todo cuidado com o Tom, a Lucia, Luciana, Fernanda, Sérgio, Leusa, Leandro, Taco, Rose, Esdra, Evaldo, Duca, Pedro, a Medi, Afranio, Bel e família, e a todos os queridos amigos que estiveram ao nosso lado e nos deram muito suporte afetivo.

A toda família, agregados, e amigos da família que sempre torceram pela gente.

A minhas ajudantes Maris e Marlene, pelos cuidado e dedicação com meus filhos, enteados, cachorros e com minha casa para que eu pudesse trabalhar.

A finalmente, a todos os profissionais que cuidaram da minha menina, que salvaram sua vida, minha eterna gratidão, a incansável Dra. Chang e toda equipe do Hospital São Luiz, a Denise, Dr. Humberto, Dr. Alfredo, e obrigada também por cuidarem de mim, sempre me ajudando a não cair e seguir em frente.

Com um agradecimento muito especial ao Dr. Leonardo da Silva, que depois de muito procurarmos sem encontrar, entendeu e solucionou o problema de saúde da Nina, e muito mais do que isto, pôde estar ao nosso lado sempre, se tornando um amigo querido, respondendo minhas dúvidas e angústias, com muita delicadeza e paciência, me ajudando a sempre acreditar na força da Nina e do cuidado conjunto.

E a minha mãe que me ajudou demais, meu pai, minha prima Ana, meus irmãos Mario e Fabio, às minhas cunhadas, Flávia e Tania, e meus sobrinhos Pedro, Mariana, Laura e Rodrigo, a Ana Maria e família, a todos os Vamprés, primos, primas, agregados, tias e tios, que sempre estiveram ao nosso lado, torcendo, acreditando, cada um a seu modo, no meio de toda nossa luta, pela sobrevivência de nossa filha, pela nossa sobrevivência em meio a tudo isto, e para conseguir forças para poder cuidar dos outros, de nós mesmos, e inclusive, da confecção desta tese!

Obrigada a todos vocês!

Relacionamentos Adictivos, um estudo psicanalítico

Resumo: Este trabalho tem como objetivo compreender as características das *relações adictivas*, analisando casos em que a relação conjugal é vivida como se fosse um tipo de adicção. Proponho apresentar uma compreensão das adicções com base na perspectiva proposta por Donald Winnicott, para quem a adicção é um tipo de problema cuja gênese está relacionada com falhas que ocorreram na fase da transicionalidade; bem como, nos desenvolvimentos dessa perspectiva, feita por Joyce McDougall, que ampliou o ponto de vista indicado por Winnicott, e chamou a atenção para o fenômeno que denominou como sendo os *relacionamentos adictivos*. Nesta direção, procurei mostrar que os relacionamentos adictivos correspondem a modos de defesa contra três tipos de angústia, a saber: as angústias impensáveis, as que derivam de falhas na vivência dos fenômenos transicionais e, por fim, à privação num momento em que os indivíduos já têm uma certa organização psíquica que torna possível a distinção Eu-Nãoeu.

PALAVRAS-CHAVE: Adicção; relações adictivas; angústias impensáveis, transicionalidade, privação.

Addictive relations, a psychoanalytical study

Abstract : The purpose of this study is to understand the characteristics of *addictive relations* through the analysis of cases showing the conjugal relationship experience as a sort of addiction. I will show an understanding of addictions based on Donald Winnicott's perspective who considered addiction as a problem whose origin is connected with failures occurred during the transitional phase as well as based on the unfolding of this perspective by Joyce McDougall who broadened Winnicott's point of view and draw our attention to the phenomenon she called addictive relations. Consequently, I try to show that addictive relations correspond to defense modes against three types of anxiety, namely: unthinkable anxieties, those resulting from failures in experiencing transitional phenomena and, at last, deprivation when individuals already have a certain psychic organization enabling the differentiation between Me and Not-me.

Keywords: addiction, addictive relations, unthinkable anxieties, transitional, deprivation

Relations addictives, une étude psychanalytique

Résumé : Ce travail a pour objectif de comprendre les caractéristiques des *relations addictives* à partir de l'analyse de cas où la relation conjugale est vécue comme si c'était un type d'addiction. Je propose de présenter une compréhension des addictions en me fondant, d'une part, sur la perspective proposée par Donald Winnicott, qui voit l'addiction comme un type de problème dont la genèse a un lien avec les failles produites dans la phase de transitionnalité, d'autre part, sur les développements de cette perspective, chez Joyce McDougall, qui a élargi le point de vue fourni par Winnicott et a attiré l'attention sur le phénomène qu'elle a appelé *relations addictives*. Dans ce sens, j'ai cherché à montrer que les relations addictives correspondent à des modes de défense contre trois types d'angoisse, à savoir : les angoisses impensables, celles qui résultent des failles dans l'expérience des phénomènes transitionnels et, enfin, la déprivation à un moment où les individus ont déjà une certaine organisation psychique rendant possible la distinction Moi–NonMoi.

Mots-clés : addiction, relations addictives, angoisses impensables, transitionnalité, déprivation

***As pessoas usam drogas e álcool
não somente para escapar,
mas para encontrar a si mesmas.***

(Eigen, 2011, p. 17)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1. ASPECTOS GERAIS DA COMPREENSÃO PSICANALÍTICA DAS ADICÇÕES E DOS RELACIONAMENTOS ADICTIVOS DO PONTO DE VISTA DE FREUD E KLEIN	49
1. Aspectos gerais da compreensão de Freud sobre as adicções	
2. Alguns desenvolvimentos da perspectiva estabelecida por Freud para a compreensão das adicções	
3. Aspectos gerais da teoria de Klein para a compreensão das adicções	
4. Alguns desenvolvimentos da perspectiva kleiniana para a compreensão das adicções	
CAPÍTULO 2. ASPECTOS GERAIS DA COMPREENSÃO PSICANALÍTICA DAS ADICÇÕES E DOS RELACIONAMENTOS ADICTIVOS DO PPONTO DE VISTA DE WINNICOTT E MCDOUGALL	78
1. A compreensão de Winnicott sobre as adicções	
2. A compreensão de McDougall sobre as adicções e os relacionamentos adictivos	
3. A adicção e os relacionamentos adictivos como <i>busca de si mesmo</i>	
4. A adicção como uma atitude antissocial	
CAPÍTULO 3. ALGUNS ASPÉTOS TEÓRICOS DA PRÁTICA CLÍNICA	111
1. Aspectos gerais do método de tratamento psicanalítico	
2. O método de atendimento psicanalítico focado na questão das relações de objeto	
3. A perspectiva de Winnicott: o método focado nas relações de dependência com o ambiente	
4. Algumas características específicas do atendimento de casais, definidos e delimitados em função do objeto de estudo	
5. Aspectos clínicos da constituição do casal e de seu tratamento	

CAPÍTULO 4. ANÁLISE DOS CASOS CLÍNICOS FOCADOS NA QUESTÃO DOS RELACIONAMENTOS ADITIVOS

229

1. Considerações gerais sobre o que é um caso clínico em psicanálise
2. Análise dos casos clínicos
 - 2.1 Casal 1. Doce Veneno
 - 2.2 Exemplos de relacionamentos adictivos: aspectos patológicos e saudáveis desse tipo de procura de solução existencial
 - a) Casais adictos à vida conjugal centrada em brigas
 - Exemplo 1 (briga). Luta desencontrada
 - Exemplo 2 (Briga). Triste sorriso nas fotos
 - Exemplo 3 (Briga). Intenso desamparo
 - b) O casal que tem nos filhos a sua droga
 - c) O indivíduo adicto à conquista
 - d) O indivíduo que precisa estar casado (mesmo não estando)
 - e) O indivíduo que não pode estar casado (não consegue se relacionar), mesmo precisando (“ninguém é suficiente para mim”)
 - f) O casal que procura ajuda, mas não consegue chegar até ao tratamento
 - g) Quando o relacionamento adictivo tem resultados saudáveis

CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	216
1. As adicções	
2. Os relacionamentos adictivos	
3. O tratamento do ponto de vista psicanalítico na perspectiva de Winnicott	
4. A profilaxia do ponto de vista psicanalítico na perspectiva de Winnicott	
ANEXO 1. TRANSCRIÇÃO DO ATENDIMENTO DO CASAL	228
FEITO NA CLÍNICA DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP	
DOCUMENTO: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	292
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	293

INTRODUÇÃO

As adicções correspondem a um problema complexo em suas dimensões sócio-político-econômicas e psicológicas, o que tem sido apontado por diversos estudiosos deste problema, dentro e fora do campo psicanalítico. Limentani, por exemplo, afirma: “As causas da dependência a drogas são multiformes e extremamente complexas. [...] É difícil manter uma atitude imparcial e equilibrada em relação a este problema que inevitavelmente atrai a atenção da imprensa por causa das suas trágicas consequências” (Limentani, 1989, p. 215).

A compreensão desse problema e a busca por soluções exigem não só esforços multidisciplinares como também o desmembramento de suas diversas gêneses e determinantes, seja na história passada dos adictos, seja na sua história atual. A literatura dedicada ao problema das adicções é ampla, variada e aborda o tema de diversas perspectivas teóricas. Temos alguns textos de revisão bibliográfica (Bento, 2007; Birman, 2007; Ferros, 2003; Guimarães, Hochgraf, Brasiliano, & Ingberman, 2009; Pratta & Santos, 2006; Schenker & Minayo, 2004; Schenker & Minayo, 2003) que procuram mostrar a atualidade do problema, mostrando como este é avaliado psiquiatricamente e sociologicamente, especialmente pelo DSM e pela OMS (Organização Mundial da Saúde), bem como tratam de listar de forma crítica os tipos de procedimentos de tratamento. Dentre o material que pode traçar um quadro geral dos problemas das adicções tanto em termos históricos como atuais, quero destacar três artigos: Pratta & Santos (2006), Schenker & Minayo (2004) e Birman (2007).

Pratta & Santos, no artigo “Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico” (2006), dedicaram-se a uma revisão bibliográfica que pudesse sistematizar alguns dados importantes sobre o consumo de drogas na atualidade, especialmente

na adolescência, e a relação entre os adictos e suas famílias, revelando uma relação de determinação direta entre o funcionamento familiar e o envolvimento dos adolescentes com substâncias psicoativas (Pratta & Santos, 2006, p. 315). Nessa revisão, algumas referências me parecem de interesse específico para minha pesquisa, a saber: para Laranjeira (2004), as adicções correspondem a um dos fenômenos mais custosos em termos dos gastos do Estado com saúde, justiça, policiamento e com campanhas publicitárias para combate; para Seibel & Toscano Jr. (2001), as adicções são um problema da modernidade que, cujas análises de Mendes (1999), Facundo & Castillo (2005) as reconhecem como uma questão de saúde pública e um dos problemas mais sérios da atualidade; o uso de drogas não atinge uma classe ou parte da população, mas está disseminado em todas as classes sociais (Silveira Filho, 1995); o que leva Kalina e alguns outros, a afirmarem que “a drogadição não é mais do que uma das consequências da alienação histórico-social, política e econômica, através da qual se manifesta a dramática dissociação em que vivemos (Kalina, Kovadloff, Roig, Serram, & Cesarman, 1999, p. 88); para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adicção é uma doença que pode e deve ser tratada e controlada, devendo ser encarada, ao mesmo tempo, como uma doença médica crônica e um problema social, ainda que exista certa resistência por parte dos usuários e dos familiares de aceitá-la como uma doença (Drumond & Drumond Filho, 1998); do ponto de vista do DSM-IV (American Psychiatric Association), a adicção corresponde a uma doença com a presença de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que evidencia que o indivíduo continua a utilizar determinada substância apesar de saber dos efeitos maléficos que tal uso gera; considera-se, ainda, que essa é uma doença fatal tanto para o indivíduo quanto para o meio social mais próximo do adicto (Drumond & Drumond Filho, 1998); no aprofundamento da compreensão desse problema, é necessário diferenciar os diversos padrões de consumo de drogas, diferenciando os usos recreativos dos usos patológicos (Silveira Filho, 1995), sendo que, no uso patológico, o indivíduo dependente toma a droga como o objetivo de sua vida, acima de qualquer outra coisa individual ou social (Drumond & Drumond Filho, 1998); para uma grande parte dos estudiosos, o adicto procura, inicialmente, a droga como

fonte de prazer, de satisfação momentânea, ou ainda, como uma forma de esquecer as dificuldades da vida (por exemplo, Cursino, 1999; Silveira Filho, 1995), mas que, como uso continuado gerando mal-estar, a droga passa a ser usada como meio para evitar este mal-estar que ela mesma gera (Drumond & Drumond Filho, 1998); na adolescência, o uso de droga tem objetivos múltiplos, desde a experimentação que caracteriza a própria adolescência, a outros fatores de inserção grupal, além dos fatores mais propriamente psicogênicos que podem caracterizar uma tendência patológica, mas de qualquer maneira seu uso tem crescido significativamente (Carranza & Pedrão, 2005; Cursino, 1999; Galduróz, Noto, & Carlini, 1997; Nicastrí & Ramos, 2001; Toscano Jr., 2001, dentre outros); ao analisar a influência da família, considerando a história de adictos, e uma constatação feita por diversos pesquisadores, de que as experiências familiares durante a infância e a adolescência são uma influência significativa na contribuição para o surgimento de atitudes antissociais (Nurco & Lerner, 1996) e para o uso abusivo de drogas, tanto em adolescentes como em adultos (Antón, 2000; Bronfenbrenner, 1996; Recio, 1999; Sáiz et al., 1999; Schenker & Minayo, 2003; Toscano Jr., 2001), o que nos leva diretamente a questão das atitudes dos pais tanto para compreender a gênese quanto para combater as adicções (Caldana, 1998; Drumond & Drumond Filho, 1998; Recio, 1999); nessa direção, alguns estudiosos deste problema desenvolveram a compreensão dos “modelos de estilos parentais”, procurando mostrar modos como os pais e a família agem (por exemplo, Baumrind (1966), diferenciando os estilos *autoritários*, *permissivos* e *autorizantes*), o que, nesta mesma direção foi reformulado, por exemplo, por Maccoby & Martin (1983), propondo, então, os estilos *autoritativos*, *negligentes*, *autoritários*, *indulgentes*¹. Ao final do artigo, Pratta & Santos, concluem:

A revisão da literatura aqui apresentada colocou em questão temas importantes, os quais necessitam de maior atenção. Dentre estes, podem-se pontuar três: (a) o aumento do consumo de drogas tanto

¹ Não creio ser necessário para o objetivo e o objeto de minha pesquisa apresentar um detalhamento crítico diferenciado de cada um desses estilos de cuidados parentais, dado que não utilizarei esse instrumental teórico e prático, apenas indicarei que essas propostas fazem parte do cenário mais amplo que procura tratar desse problema.

lícitas quanto ilícitas entre adolescentes; (b) o papel que a família exerce na constituição dos adolescentes; e (c) a importância da qualidade de vida familiar como forma de evitar o envolvimento de adolescentes com substâncias psicoativas (2006, p. 321).

Numa perspectiva diversa desta acima indicada, centrada numa análise mais foucaultiana da situação da família e dos agrupamentos afetivos na atualidade, temos o artigo de Joel Birman, “Laços e desenlaces na contemporaneidade” (2007), que faz uma análise crítica das novas formas de organização da família e dos laços conjugais, enfatizando seus efeitos sobre as formas de subjetivação na contemporaneidade. Apoiado na teoria psicanalítica, focada na questão do mal-estar na contemporaneidade, ele mostra, apoiado também em Foucault, como há, na atualidade, uma determinada busca de identidade, por vezes centrada nos aspectos e/ou características biológicas das pessoas (a biopolítica, que identifica como grupos identitários os homossexuais; as mulheres; os adictos etc.) (Birman, 2007, p. 47). Ainda que esta não seja uma perspectiva que servirá de instrumento para abordar o problema das adicções, nessa pesquisa, tal horizonte mostra como este problema tem ramificações em diversos aspectos do mundo atual.

O artigo de Schenker & Minayo, “A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura” (2004), se propõe a fazer uma revisão bibliográfica sobre o tratamento dos adictos, abrangendo o período de 1995 a 2002 e colocando como tema de descrição e análise os diversos métodos para a obtenção do engajamento do adicto no tratamento; a expor a diversidade dos tratamentos propostos, com ênfase nos que abrangem a família e a rede social mais próxima do adicto; aspectos que mostram o impacto dos tratamentos nos meios em questão utilizados; e a apontar as repercussões do tratamento das adicções nas instituições (2004, p. 649). Dentre estes, vou apenas listar os diferentes métodos de engajamento e os de tratamento, tendo em vista a compreensão geral das propostas utilizadas, social e clinicamente, para abordar este problema.

No que se refere aos métodos para engajamento do adicto, os autores listam: 1) a *Intervenção*, o entorno do adicto dá um ultimato, pressionando-o a tratar-se; 2) a *Abordagem de Reforço da Comunidade*, que é uma intervenção comportamental compreensiva, ou seja, encorajamento social para um novo modo de vida; 3) o *Treinamento de Reforço da Comunidade*, com uma intervenção, de pessoa especializada, na orientação do comportamento específico do adicto; 4) o *Treinamento de Família e o Reforço da Comunidade*, desenvolvido para ajudar alcoólatras resistentes ao tratamento, busca uma persuasão do adicto com apoio das famílias nesta pressão persuasiva; 5) *utiliza o familiar mais motivado*, próximo ao adicto, para fazê-lo inserir-se num grupo do tipo Alcolatras Anônimos (AA); 6) a *Terapia de Família Unilateral*, combinado com o método de *Abordagem de Reforço da Comunidade* e a *Intervenção*, começando o tratamento com o conjugue do adicto, até que este último possa vir para o tratamento; 7) o *Aconselhamento Co-operativo*, procura chegar nas famílias, via campanha midiática, afim de convencê-las a levar o adicto para tratamento; 8) o *Método de Engajamento Sistêmico Estrutural-Estratégico*, que procura engajar tanto o adicto como a família no tratamento; 9) o método *Uma Sequência de Intervenção Relacional para o Engajamento*: criada para adictos muito ambivalentes em relação ao tratamento, configura-se como uma forma de *Intervenção* mais flexível. Ao fim da apresentação desses métodos de engajamento, Schenker & Minayo afirmam que a quase totalidade dos métodos “caracterizam-se como intervenções que envolvem a família, pois partem da premissa de que os familiares podem auxiliar o adicto a se engajar no tratamento de formas variáveis. Porém, nenhum deles considera a família como diretamente implicada na formação da adicção” (2004, p. 651).

No que se refere aos métodos de tratamento das adicções, os autores listam: 1) a *Terapia Comportamental*; 2) a *Terapia Comportamental Cognitiva*; 3) a *Terapia Motivacional*; 4) as *Intervenções Farmacológicas*; 5) a *Terapia dos 12 Passos* (como as aplicáveis nos grupos Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos); 6) a *Abordagem da Comunidade Terapêutica*, que procura instituir programas residenciais de longa duração; 7) as *Intervenções Multi-Sistêmicas*, procurando contextualizar o adicto na

sua família e na sociedade (seus pares, sua escola, comunidade etc.), partindo do princípio de que as relações interpessoais podem ser saudáveis ou adoecidas, facilitando umas e procurando interromper outras. Neste quadro geral, eles ainda colocam em destaque quais são as principais abordagens utilizadas para o tratamento das famílias dos adictos, a saber: 1) o *Modelo da Doença Familiar*, que parte do princípio de que o adicto e a família compartilham a doença; 2) a *Terapia de Família Comportamental-Cognitiva*, que considera a adicção como um comportamento condicionado; 3) as *Terapias Integrativas*, também chamadas de ecológicas, como a *Terapia de Família Multidimensional* e a *Terapia Multissistêmica da Família*, consideram a família como sistemas complexos e interconectados, procurando agir nestes sistemas e suas dinâmicas. Ao final da apresentação dessas perspectivas teóricas e práticas para o tratamento de adictos, eles afirmam:

As intervenções, cuja base é a família, podem ter maior sucesso no engajamento, na retenção e no resultado com os adictos do que as intervenções focadas no indivíduo. Em geral, os profissionais de saúde ainda não incorporam, na sua prática, o conhecimento advindo dessas intervenções, talvez pelo pouco acesso às investigações realizadas. Isso mostra que ainda há um fosso entre o mundo da pesquisa e o da prática clínica. (Schenker & Minayo, 2004, p. 654)

Não é difícil notar nessa parte da revisão bibliográfica sobre as adicções que a psicanálise, como teoria e como método de tratamento, não foi citada. No entanto, há uma longa literatura e uma diversidade de propostas de entendimento e de tratamento das adicções baseadas na teoria psicanalítica. Minha pesquisa tem como objetivo, contribuir para um dos aspectos do entendimento e do tratamento das adicções do ponto de vista da psicanálise. Como primeiro modo de aproximação, neste sentido, quero retomar o artigo de Victor Eduardo Silva Bento, que não só retoma um Freud pré-psicanalítico debruçando-se sobre as adicções, mas também se refere ao fato de Freud ter considerado a existência de *paixões tóxicas*, o que, evidentemente, faz apelo e tem eco com o tema dos relacionamentos adictivos, objeto de minha pesquisa. Ao caracterizar qual é o sentido das

contribuições de Freud, para o entendimento e solução do problema das adicções ele diz:

Caberia desde já esclarecer que Freud não propôs nenhuma teoria das toxicomanias, tampouco das “adicções”, e muito menos das “paixões tóxicas”. No entanto, podem-se encontrar neste autor algumas referências ao alcoolismo, às toxicomanias e, sobretudo, ao termo alemão “*sucht*”, traduzido para o francês por “*addiction*”, e para o português por “adicção”, remetendo ao sentido de “dependência”, em sentido amplo. (Bento, 2007, p. 91)

Bento dedicou-se ao estudo das contribuições de Freud anteriores a 1900, procurando demonstrar que:

[...] desde os primeiros escritos de Freud, no período pré-psicanalítico mesmo, já se pode extrair uma concepção de “toxicomania em sentido amplo”, isto é, uma toxicomania com e sem droga, um sentido “tóxico” das paixões em geral, e uma referência indireta à noção da “paixão amorosa tóxica”, mais precisamente, àquilo que talvez se possa compreender como sendo uma comparação entre a “paixão amorosa tóxica” e a “adicção à hipnose”. (Bento, 2007, pp. 92-93)

Umas das coisas percebidas, na análise do texto de Freud, é que ele usa uma linguagem (*hábito, dependência*) que parece ultrapassar a questão específica da adicção química, colocando, assim, o problema de uma forma mais ampla:

Mais precisamente, ao importar os termos “hábito” e “dependência”, especificamente utilizados para se referir à substância química, para o campo das relações humanas, associando-os, então, respectivamente, à hipnose e ao médico hipnotizador, Freud estará utilizando-os num sentido mais amplo e, assim, propondo uma noção de “toxicomania sem substância química”, uma “toxicomania sem droga”. Freud (1905 [1890], “Tratamento Psíquico”) escreve efetivamente: “hábito da hipnose e da dependência em relação ao médico”. (Bento, 2007, pp. 99-100)

Aprofundando essa perspectiva, Bento aproxima-se da análise da paixão como um modo de estar do indivíduo *submetido a alguém ou a algo*, a paixão como uma escravidão, tal como o adicto também pode ser dito um escravo, considerando, pois, que há uma analogia funcional (7) entre a “paixão” e a “adicação” (Bento, 2007, pp. 101-102). Na conclusão de seu artigo, Bento afirma: “Acredita-se que os principais sentidos atribuídos por Freud às toxicomanias e às paixões tóxicas em geral já estavam presentes no período pré-psicanalítico” (Bento, 2007, p. 121).

Neste quadro geral de compreensão do problema das adicções, acima indicado, temos uma diversidade de abordagens teóricas, partindo e afirmando perspectivas teóricas e clínicas díspares, cada uma delas focando o problema à sua maneira e nem sempre passíveis de comunicação entre si. Certamente, há prós e contras e possibilidades e limitações em todas elas, as perspectivas, e parece ilusório considerar que haveria um ponto de vista que agregasse todas as teorias, mostrando-se eficaz na resolução clínica desse problema. Trata-se, pois, como sempre, de escolher um ponto de vista, justificar essa escolha, e procurar mostrar até onde se pode ir nessa direção escolhida, tendo como critério a possibilidade de descrever adequadamente os fenômenos, bem como agir sobre eles, procurando a sua solução. Nesta delimitação, coloco-me teórica e praticamente do ponto de vista da compreensão psicanalítica dos sintomas e das organizações psíquicas, sejam elas patológicas ou não. Aqui também, a literatura dedicada ao tema é extensa, tendo já uma história e desenvolvimentos significativos, merecendo destaque alguns textos considerados clássicos (Freud, 1930a; Glover, 1932; Knight, 1937; Radó, 1933; Simmel, 1929), outros que já fazem parte dos primeiros desenvolvimentos e aprofundamentos dessas perspectivas iniciais (Jacobs, 1986; Krystal, 1929; Rosenthal, 1987; Wurmser, 1974; Zinberg, 1929), e, por fim, uma literatura mais atual que ampliou essas perspectivas (Gurfinkel, 1995, 2001, 2011; Kalina et al., 1999; Loas & Corcos, 2006; Marinov et al., 2001; McDougall, 1991, 1992, 1995a, 1995b, 2001).

No aprofundamento da análise desta literatura, considerando que o ponto de vista psicanalítico corresponde à minha referência teórica, haveria

um percurso amplo e multifacetado, histórico e conceitual, a ser feito, caso fosse meu objetivo a apresentar uma análise histórico-crítica das teorias psicanalíticas sobre as adicções, mas não é este meu objetivo. Considerando o quadro geral acima traçado, vou selecionar alguns textos e alguns autores psicanalítico, para analisar uma das concepções psicanalíticas sobre o que são as adicções, delimitando, assim, uma campo que parece ser difícil de ser abarcado como um todo. Dentre a literatura psicanalítica sobre as adicções, que será parcialmente analisada nesta pesquisa, é importante também ressaltar o recente trabalho de Pirlot, *Psicanálise das adicções*(2013), que não só faz uma ampla revisão da literatura psicanalítica dedicada às adicções, como procura propor uma certa síntese destas perspectivas. Mais à frente comentarei algumas diferenças entre a perspectiva na qual ele se coloca, em relação às posições de Winnicott e McDougall, e a maneira como considere estes autores para a compreensão das relações adictivas.

Grosso modo, colocar-se, para abordar as adicções, do ponto de vista da psicanálise, significa reconhecer a existência determinante dos processos psíquicos inconscientes, a importância da sexualidade e do complexo de Édipo, a presença estrutural dos impulsos amorosos e destrutivos, a compulsão à repetição, os fatos da transferência e a resistência tanto nas relações afetivas como no tratamento psicoterápico. Mais ainda, não basta, para especificar quais são as minhas teorias de referência, indicar o campo da psicanálise, em geral, dado que há diversas perspectivas teóricas díspares neste campo. A delimitação de meu quadro teórico implica em especificar, pois, qual e porque uma determinada perspectiva psicanalítica foi escolhida como adequada para abordar o problema das adicções. Escolhi trabalhar com a perspectiva estabelecida por Winnicott e aprofundada por Joyce McDougall, pois estes apresentam uma teoria do desenvolvimento emocional focada no tema da dependência, na procura de si mesmo e na importância do ambiente, assim as adicções podem ser pensadas como busca de si mesmo, para além do princípio do prazer e sem que seja necessário um impulso destrutivo inato constituinte do ser humano. A compreensão de Winnicott e McDougall não se apoia num incerto e especulativo impulso inato para a destruição ou descarga, mas na procura de

algo bom, o que corresponde a uma perspectiva que me pareceu mais frutífera, tanto para o entendimento quanto para o tratamento destes pacientes, dado que dá um sentido mais positivo e objetivo para a sua procura, um objetivo que poderia ser alcançado por outros meios (o que não ocorreria caso o impulso básico fosse apenas a destrutividade da pulsão de morte). Diz McDougall, neste sentido: “para o “adicto” (quer sua adicção seja bulímica, tabágica, medicamentosa, alcoólica ou a dos opiácios), seu objeto não é vivenciado como mau; pelo contrário, ele é procurado como significando tudo aquilo que é “bom”, tudo aquilo que em casos extremos dá sentido à vida” (McDougall, 1992, p. 55).

Para caracterizar a terminologia usada nesta pesquisa, resalto a opção pelo termo *adicto* em detrimento de outros como *viciado*, *toxicômano* ou *dependente químico*. Mesmo bastante usual, o termo *viciado*² apresenta uma carga pejorativa; o termo *toxicomania* tem como tradução possível o ato de se envenenar, algo que, como defendido aqui, o adicto não busca fazer, já que ele apenas procura ilusoriamente por intermédio das drogas algo que não encontra em si mesmo. Nas classificações psiquiátricas, são usados os termos *toxicômano* ou *dependente químico*³. O primeiro termo também apresenta um sentido pejorativo e está ligado a uma mania ou um vício que obscurece a dinâmica relacional e emocional em jogo; já o segundo termo poderia levar a confusões terminológicas nesta pesquisa, dado que o termo *dependência* será utilizado para referência a um tipo específico de relação com o outro.

No *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*, encontramos os termos *adicção* (1.consumo persistente de drogas, de medicamentos ou de substâncias psicoativas, de origem psíquica ou física; 2. Propensão a ter

² Segundo o *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*, *viciado* é: 1. aquele que é ou se tornou moralmente degradado, depravado, corrupto; 2. que tem ou adquiriu vício; 3. que não é autêntico, falsificado, adulterado; 4. Que sofre ou sofreu desfiguração, deformado, deturpado; 5. Indivíduo que se viciou em alguma coisa.

³ Este trabalho defende a ideia de que, apesar dos prejuízos que geram, o indivíduo não consegue simplesmente parar de usar drogas. Ele permanece impulsionado por algo além de sua vontade consciente. Assim, não detalharei a caracterização que a psiquiatria faz das adicções, mas indicarei sua definição geral. De acordo com o DSM-4, a “característica essencial da Dependência de Substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela”.

hábitos compulsivos, a comportar-se de maneira singular e invariável qualquer que seja a situação; ETIM ing. *Addiction* “fato de sentir compulsão por certa coisa”) e *adicto* (1. que se apega ou se afeiçoa a, dedicado, devotado; 2. dependente de, submisso; 3. Indivíduo que tem dependência química de determinada substância; ETIM lat. *Addictus*, a, um “adjudicado ao seu credor, como devedor insolvável, p. ext. submisso, escravizado”). No que se refere a diferença de grafia entre o termo *adição* e *adicção*, deve-se observar que o termo *adicção* tem sido usado com uma frequência maior entre os pesquisadores, especialmente os psicanalistas.

Joyce McDougall (1992, 2001) se refere ao *adicto* explicitando o sentido etimológico desse termo, associado à *escravidão*. Ou seja, o *adicto* é aquele que perdeu a possibilidade de escolher, é escravo de uma única solução para lidar com seus conflitos e suas angústias. Winnicott, por sua vez, não usa o termo *adicto*, mas vale-se da expressão mais descritiva *vício em drogas* (1953c)⁴. Kalina (1999), um dos autores de referência no trato desse tipo de problema, comenta que o *addictu* era aquele que se assumia como marginal, alguém que não soube ou não pôde preservar o que lhe foi conferido como identidade. Gurfinkel (2011) também opta pelo termo *adicto*, dizendo que *a adicção é uma forma de escravização*: “o viciado perdeu sua capacidade de escolha, pois é incapaz de escolher entre usar e não usar o objeto” (Gurfinkel, 2011, p. 50).

Ao caracterizar como surgiu e como foi adotado o termo *adicto*, Pirlot comenta:

O termo “adicção” teve sua primeira aparição oficial em 1932, num artigo de Glover [“On the Aetiology of Drug-Addiction”], que apresentava a adicção como pertencente aos estados limites, empregando-o, pois, em um sentido estritamente limitativo: uma toxicomania é habituar-se a um produto. O termo foi retomado em

⁴ A obra de Winnicott será citada a partir da classificação estabelecida por Hjulmand (1999, 2007), dado que essa classificação é a usada na publicação das obras completas de Winnicott, tal como informou Abram (2008).

1945 por outros psicanalistas, como Fenichel [“Perversões e neuroses impulsivas”]. O termo “adicação”, em sua atual acepção, floresceu nos países anglo-saxões segundo o modelo de Peele [1975, *Love and Adicction*], que, no entanto, não se refere nem à psicanálise nem à hipótese de um inconsciente. [...] Na França, o termo “adicação” começou a ser adotado pela psicanalista J. McDougall, que o usou pela primeira vez em 1978 para se referir a “adicto de sexualidade” [*Plaidoyer pour une certaine anormalité*], e depois por J. Bergeret. Com J. McDougall, pode-se falar em uma “economia psíquica da adição” (2001). Entre esses indivíduos “escravos da quantidade”, a resolução de conflitos não se faz de maneira simbólica ou psíquica, mas pela economia pulsional e/ou na excitação do corpo. (Pirlot, 2013, pp. 16-17)

Assim, usarei o termo *adicto* para me referir aos indivíduos que *perderam a capacidade de escolha* no que se refere ao uso de qualquer tipo de objeto que funcione de maneira semelhante às drogas.

Também é necessário distinguir entre usuários eventuais de drogas ou objetos similares e adictos propriamente ditos, bem como entre os diferentes tipos de adictos, caracterizando aspectos que, tais como a quantidade ou o tipo de adição, a frequência, o modo de utilização, o fato da pessoa conseguir ou não manter seu trabalho e suas atividades-responsabilidades cotidianas, o nível de perturbação que produz na sua família e noutras relações interpessoais, as reações corporais ao uso dessas substâncias, a presença ou não de comorbidades, etc.

O problema dos *relacionamentos adictivos*

Há relações interpessoais (entre casais, pais e filhos, amigos etc.) que funcionam de maneira análoga à que caracteriza as adições, o que já foi apontado e nomeado por McDougall como *relacionamentos adictivos* (1992, p. 61).

Este tipo de relacionamento, que observei muitas vezes em minha prática clínica como psicanalista tratando de familiares de adictos, que estabeleciam relações patológicas com estes, me colocou questões tais como: o que uma pessoa busca ao estabelecer um relacionamento patológico deste tipo? Será a mesma coisa que procura o adicto a drogas? Qual a relação deste tipo de sintoma com a adicção a drogas? Qual a origem deste tipo de necessidade? Um relacionamento assim procura suprir que tipo de necessidade? Como cuidar dessa situação, tanto individualmente quanto em relação a um casal, ou ainda, uma família, no qual está presente este modo de relacionamento?

Nessa pesquisa, analiso algumas situações clínicas, apoiada na minha prática clínica privada e em um caso de tratamento psicoterápico de um casal, todos realizados com base na teoria psicanalítica, para esclarecer como são os relacionamentos adictivos. Trata-se de um estudo que procura entender a dinâmica dos indivíduos envolvidos em relacionamentos adictivos, indicar que tipo de cuidados psicoterápicos poderiam ser úteis para tratar dessas pessoas, e que cuidados poderiam ser dispensados para evitar o aparecimento deste tipo de sintoma.

Para explicitar o que são os relacionamentos adictivos, numa abordagem psicanalítica winnicottiana, é necessário retomar a compreensão do que são as adicções para essa perspectiva. Para isso, apresento não somente as propostas de Winnicott e McDougall, mas algumas das compreensões estabelecidas por Freud e outros psicanalistas (por exemplo, Klein, Fairbairn etc.) que tornam mais claras as posições dos meus autores de referência. Além disso, procurando bem caracterizar meus atendimentos clínicos, apresento qual a perspectiva de trabalho psicoterapêutico praticada, o que implica fazer algumas considerações sobre o tratamento psicanalítico de casais e de famílias, bem como alguns esclarecimentos sobre o que é um caso clínico em psicanálise. Todos os desenvolvimentos teóricos propostos estão em função da compreensão da dinâmica dos indivíduos que desenvolvem relacionamentos adictivos e da ampliação da eficácia de seu tratamento psicoterápico.

Se, por um lado, retomo parte da história de desenvolvimento das teorias psicanalíticas sobre as adicções – tendo em vista a compreensão mais rigorosa de Winnicott e McDougall –, por outro, busco explicitar como são as dinâmicas individuais, conjugais e familiares dos casais e indivíduos com relacionamentos adictivos, dado que uma das características significativas do problema das adicções corresponde à influência do ambiente familiar.

A influência do ambiente familiar dos adictos tem sido reconhecida tanto como origem quanto como suporte fundamental para o tratamento das adicções. A família tem papel determinante na solução ou reiteração deste problema e/ou sintoma. Como diz Kalina (1999):

A família, ou seus equivalentes, é cogeradora do fenômeno adictivo. Onde existem adictos, encontramos famílias nas quais, qualquer que seja a configuração que tenham, estão presentes a droga ou os modelos adictivos de conduta, como técnica de sobrevivência por um ou mais membros desse grupo humano. O modelo adictivo é oferecido, assim, ao ser em desenvolvimento, com ou sem drogas, já que o trabalho, a comida, o jogo, podem ser equivalentes delas, pelas modalidades adictivas que apresentam esse contexto. (1999, pp. 182-183)

Quando uso o termo “família”, o faço tanto num sentido amplo, considerando o ambiente de origem de cada paciente (pai, mãe, irmãos etc.), quanto em um sentido mais restrito, referindo-se ao núcleo conjugal estabelecido pelo paciente e seu cônjuge (com ou sem filhos). Meu foco de pesquisa está colocado na procura da explicitação do que ocorre nesse núcleo familiar conjugal, ainda que a referência à história de vida familiar de cada um dos membros dos casais atendidos seja necessária para a compreensão dos determinantes psicoafetivos dessas relações conjugais.

Há muitos aspectos da estrutura familiar que têm sido elencados como determinantes na gênese e na manutenção das adicções, desde a história infantil da relação dos adictos com seus pais e irmãos até os acontecimentos e conjunturas atuais que se referem ao contexto familiar. Schenker & Minayo

(2003, pp. 299-306) escreveram um artigo apresentando uma revisão crítica da literatura sobre a relação entre a adolescência, a família e o uso abusivo de drogas, concluindo que a família tem um papel importante na criação de condições relacionadas tanto ao uso abusivo de drogas pelo adolescente quanto aos fatores de proteção, que funcionam igualmente como antídoto quando o uso de drogas já estiver instalado. Elas afirmam ainda que as abordagens terapêuticas que envolvem a família no tratamento por uso abusivo de drogas são consideradas mais efetivas do que as abordagens que trabalham só com o indivíduo adicto (Schenker & Minayo, 2003, p. 301).

Ainda no sentido do reconhecimento da importância da família, Gurfinkel afirma:

A contribuição do meio familiar na etiologia das adicções é inegável, e com uma nitidez que se sobressai. A saída adictiva como resposta à dor e aos desafios da realidade é de fato muito disseminada nessas famílias, assim como as perturbações significativas em sua estruturação – seja devido a acidentes e rupturas na história familiar, seja devido à própria fragilidade psíquica das figuras parentais – são frequentemente observáveis. (2011, p. 428)

A meu ver, é nesse núcleo familiar mais restrito do casal que parecem ser reeditadas, de forma condensada, outras situações familiares pregressas de cada um dos membros do casal, situações e modos de relacionamento que são, por assim dizer, costurados aos afetos e afazeres cotidianos da situação conjugal.

Comecei a observar as relações dos adictos e seus familiares quando trabalhei como psicóloga no Centro de Saúde Estadual de Santo Amaro, onde atendia adolescentes. Ali, observei que os jovens que procuravam atendimento psicológico eram, na maioria, filhos de adictos, e percebi como muitos deles, mesmo com intenso sofrimento, repetiam os sintomas familiares. E entendi que para compreendê-los melhor precisava me aprofundar mais no estudo dos fenômenos adictivos. Com esse intuito, fui trabalhar no Grupo de Estudos de Álcool e Drogas (GREA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Para melhor atender e compreender os familiares de adictos, formei, como dispositivo clínico de assistência e tratamento, um grupo para atender somente os familiares dos dependentes. Nesses atendimentos notei que, além da repetição que via em alguns filhos de adictos, em outros casos os familiares apresentavam comportamentos e atitudes que contribuíam para a manutenção da adicção de um dos membros do grupo familiar. E observei isso mais profundamente nas relações conjugais: por exemplo, podia observar na fala de uma esposa de adicto que dizia: eu sei que se eu comprar bebida para meu marido, ele vai beber, mas eu não consigo não comprar.

Notei também que alguns casais se separavam justamente quando a adicção havia sido superada, e que outros se separavam de um(a) adicto(a) para casar-se com outro(a). Para os próprios pacientes isso parecia estranho. Uma paciente me dizia: meu pai é alcoólatra, como fui casar com outro, será que não bastou o que sofri com meu pai? Ou, ainda outra, que já havia perdido vários empregos, atribuindo o fato ao comportamento do marido ciumento (que ia ao seu trabalho fazer escândalos) e às faltas em decorrência dos problemas dele; a sua vida parecia girar muito mais em torno das questões e problemas do marido do que dela mesma.

Essas observações me intrigaram, pois mesmo ficando evidente que esses cônjuges e/ou familiares de adictos precisavam de auxílio, eles não percebiam que eram parte integrante do sintoma e que, por isso mesmo, também precisavam ser tratados. Muitos chegavam reclamando exclusivamente do adicto, como se esse fosse o responsável por suas desgraças, apresentando-se, então, como vítimas da situação, sem perceber sua participação na produção ou manutenção do sintoma, ou o lugar que ocupavam no cenário da família.

Ao pesquisar o tema das adicções e das relações familiares com pacientes adictos, encontrei outros pesquisadores se referindo ao fenômeno da *co-dependência*, que tomei como objeto de pesquisa de minha dissertação de mestrado (*Dependência do vínculo, uma releitura do conceito de co-dependência*), defendida em 2004, e na qual fiz uma revisão

bibliográfica do que era compreendido como sendo a *co-dependência*. Pude, então, notar que esse termo, ainda que parecesse contribuir para compreender melhor algumas das dinâmicas das famílias de dependentes químicos, não tinha uma definição clara e distinta, compartilhada por estudiosos tanto das adicções quanto de suas famílias. Essa imprecisão ou diversidade de sentidos dada ao fenômeno da co-dependência me levou à necessidade de aprofundar seu entendimento, procurando um ponto de vista que pudesse considerar as determinações inconscientes advindas das relações familiares aí presentes.

Optando por me colocar do ponto de vista da psicanálise, pude verificar que esse termo (*co-dependência*) não era utilizado pelos psicanalistas, mas o fenômeno pelo qual eu me interessava (os relacionamentos adictivos) já eram tratados por estes. Considerei, então, que um estudo clínico no qual fosse possível observar, do ponto de vista da teoria e da prática de tratamento psicanalítico (ou de base psicanalítica), o funcionamento de indivíduos casados ou não com adictos poderia ajudar a esclarecer algumas características e determinantes desses relacionamentos.

O estudo sobre a abordagem psicanalítica das adicções me mostrou que os psicanalistas vinham se ocupando desse tema desde 1930⁵, e que alguns autores pareciam também reconhecer um tipo de sofrimento específico associado aos cônjuges de dependentes químicos, tal como aparece no trabalho de Joyce McDougall (1992, 1995a, 2001) e de Gurfinkel (2011). Esses autores afirmam que a maneira como o cônjuge lida com o adicto corresponde também a um relacionamento adictivo: “Uma maneira patológica que tem sido reconhecida como sendo um relacionamento adictivo, dado que há pessoas que apresentam regularmente uma espécie de dependência patológica em relação a outra, em geral um parceiro amoroso” (2011, p. 384).

⁵ Para um estudo detalhado sobre a recuperação da história dos estudos psicanalíticos das adicções, ver Gurfinkel (2011).

Na minha experiência clínica também já ouvira de alguns pacientes uma formulação análoga a essa de Gurfinkel. Note-se, por exemplo, as falas de esposas de adictos:

Nunca questionei se o amava, apenas se ele me amava. Nunca pensei em ser feliz, só em mantê-lo ali. Nunca pensei em minhas necessidades, apenas se podia atender as dele. Sentia que valia cada vez menos porque nada do que eu fazia era suficiente. Pensava que havia algo de errado comigo porque não podia satisfazê-lo. Eu me odiava por ser “fraca”, não ter orgulho e aceitar um tratamento abusivo. Pensava que a melhor solução seria ele morrer, depois desejei a minha morte. Não tinha interesses além do nosso relacionamento. Sentia-me capaz de fazer qualquer coisa para tê-lo de volta. E sempre sofria. Via a diferença extrema entre o que eu pretendia ser e o que eu era na realidade. (Relato de esposa de adicto em sessão de grupo de autoajuda, retirado da conferência de Natércia Picanço, no Hospital das Clínicas, no Grupo de Estudos de Álcool e Drogas – GREA, em 1997.)

Eu não caso com homens que param para beber algumas cervejas depois do trabalho. Eu caso com homens que não trabalham. (Ellen, membro do Al-Anon). (Beattie, 1992, p. 21)

O que acontece comigo? – ela pergunta. – Eu preciso de um corpo morto deitado na minha cama para me sentir bem comigo mesma? (Alice B., que já foi casada com dois alcoólicos.) (Beattie, 1992, p. 96)

São falas que mostram claramente que há um problema clínico do cônjuge do adicto, associado às adicções, um problema também já nomeado como sendo o dos *relacionamentos adictivos*, ou ainda, das *personalidades dependentes*, tal como afirmam Loas & Corcos (2006). Para eles, esse quadro psicopatológico – abordado por diversas correntes teóricas (psiquiatria-biologia, psicanálise, cognitivismo-comportamentalismo e fenomenologia psiquiátrica) e cuja síntese procuram fazer em seu livro–

admite diversos níveis de definição, cada um deles abordando um aspecto do problema e devendo ser estudado também de diversos pontos de vista, a saber: o *categorial* (tal como realizado no DSM, em suas diversas versões); o *dimensional* (buscando descrever as relações entre a dependência e outras dimensões ou quadro psicopatológicos, buscando uma maior precisão na descrição categorial); e o *psicanalítico*, que aborda esse fenômeno (esse quadro ou categoria psicopatológica a partir das dimensões econômicas e dinâmicas ligadas à estruturação psicológica do sujeito em ressonância com a história infantil e o impacto dos fatores ambientais(2006, p. 27).

Considerando esses diversos pontos de vista teóricos, possíveis para abordar esse problema, optei por manter-me, teoricamente falando, no quadro da psicanálise do ponto de vista das propostas de Winnicott e os desenvolvimentos feitos por McDougall, mas também centrada na análise de casos clínicos. A escolha deste ponto de vista se deu em função de alguns aspectos centrais colocados por esses psicanalistas: em Winnicott, há a importância dada ao ambiente e a indicação de que as adicções estariam relacionadas à atividade de busca de si mesmo (um dos aspectos centrais dos fenômenos transicionais); e, em McDougall, que aprofundou a perspectiva de Winnicott, há a referência direta aos relacionamentos adictivos.

Assim, considere que uma pesquisa apoiada em estudos de caso e sua compreensão teórica, com base nesses autores, poderia aprofundar e exemplificar o entendimento dessas dinâmicas patológicas. A observação clínica, possibilitada pelo atendimento psicoterápico (de base psicanalítica) poderia fornecer um material adequado para aprofundar a apreensão desse problema.

No decorrer do trabalho trarei vinhetas clínicas de atendimentos de pessoas que têm relacionamentos adictivos, sejam estes relacionados a outras adicções, como álcool ou drogas ou não. Aqui indicarei apenas um exemplo ilustrativo, sem me aprofundar nos aspectos gerais do caso.

O exemplo corresponde ao de um casal no qual nenhum dos membros abusa de álcool, remédio ou de outras drogas. Atendi individualmente à

moça, que não podia fazer nada sozinha – não trabalhava, só ficava em casa – e o marido a controlava com aqueles celulares que indicam onde a pessoa está. Se eles saem juntos, não podem olhar para ninguém, ficando olhando para o chão, para a parede, com o intuito de evitar brigas, para que o outro nem possa pensar que estão olhando para alguém. Se um precisa ir ao toalete o outro vai junto, e espera na porta. Só podem se relacionar com pessoas casadas, não podem ter outros amigos. Durante o namoro, antes de ter este celular que ajuda na vigilância constante, ela chegava a ficar, diversas vezes, esperando-o na porta da casa dele, por vezes até altas horas da noite, mesmo sendo perigoso, sozinha no carro, para ter certeza de que ele voltava para casa. Como um não pode perder o outro de vista (tal como uma criança pequena com sua mãe), um não pode aceitar que o outro seja algo que seja diferente do que se espera, ocorrem, necessariamente, conflitos entre eles, gerando brigas imensas que chegam à agressão física (se um quer passear com o cachorro e o outro não, isto já pode ser motivo para que o outro *queira* passear com o cachorro; se um dos dois não atende o celular, idem), tamanho o desespero de perder o controle do outro. Em casos assim, ambos adoecem com facilidade, se machucam, e infelizmente, até se matam, tentando colocar fim a este sofrimento ou até mesmo como forma de punição ao outro. Esta descrição indica o tipo de patologia que considero ser um problema de grandes dimensões na atualidade.

Propus-me, então, como tarefa e caminho para o desenvolvimento desta pesquisa, me apoiar no atendimento de alguns indivíduos e/ou casais com as características já citadas, certamente procurando me manter atenta para ver o que surgiria dessa observação, para descrever, associar e organizar os fatos clínicos pondo-os em relação com o que já havia sido estudado, desenvolvendo a compreensão desses fenômenos desde essa perspectiva assim estabelecida. Nesta direção, realizei um atendimento de casal, proposto para fins de pesquisa (no Instituto de Psicologia da USP), procurando especificamente abordar este tema.

OBJETIVOS

Nesta pesquisa procuro, a partir do estudo de casos clínicos, analisar as relações de dependência, almejando explicitar as determinações psicoafetivas que podem estar presentes nessas relações, bem como em que sentido o *relacionamento adictivo* pode ser compreendido em termos de um modo de lidar com as angústias, e que pode se repetir transgeracionalmente. Este entendimento pode também ampliar a compreensão de relacionamentos adictivos nos quais não há adicção química em jogo. Como objetivo secundário, que deriva necessariamente desse primeiro, pretende-se esclarecer que tipo de cuidado psicoterapêutico caberia ser realizado para contribuir para cuidar deste tipo específico de psicopatologia relacional.

JUSTIFICATIVA

Não há, atualmente, um consenso sobre qual é a gênese e a dinâmica das adicções nem sobre qual é a maneira adequada para resolver esse problema, cujas dimensões têm aumentado em todo o mundo. Também não há consenso na compreensão da gênese das adicções, nem no seu tratamento, prevenção, nem na relação entre as adicções e as dependências patológicas. Tudo isso aponta para a necessidade de mais estudos na área.

E com relação especificamente aos *relacionamentos adictivos*, podemos justificar a importância de mais pesquisas nesta área, pois é ainda um fenômeno desconhecido, apesar de tanta gente sofrer por isto. A maioria dos estudos sobre adicções ainda é focado nas drogas, mas apesar de não haver dados quantitativos de quantas pessoas sofrem devido a relacionamentos adictivos, podemos ver nos consultórios, clínicas, e na vida cotidiana, o sofrimento que isto trás e quantas pessoas padecem por este tipo de adicção, que aparentemente não leva a prejuízos físicos como a droga, mas se nos aprofundarmos vemos que mesmo os prejuízos físicos são imensos, e que algumas brigas levam os casais inclusive à morte.

A necessidade de agregar conhecimento tanto teórico como clínico, parece ser um fato que pode contribuir para as ações psicoterapêuticas,

individuais e grupais, seja no âmbito dos tratamentos seja no de outras ações de cuidado (psiquiatria, serviço social, educação) desse problema.

Além do interesse social e clínico, que me parece ser evidente, há também o interesse no desenvolvimento da teoria psicanalítica sobre as adicções e os relacionamentos adictivos. Neste sentido, optando por abordar estes problemas de um determinado ponto de vista teórico (a compreensão psicanalítica proposta por Winnicott e desenvolvida por McDougall), pretendemos fornecer um estudo que se dedica a mostrar, teórica e praticamente, como explicar e agir sobre estes tipos de fenômenos psicopatológicos.

PERSPECTIVA TEÓRICA

Trata-se, aqui, de fornecer uma precisão maior sobre o que significa abordar esses fenômenos do ponto de vista da psicanálise e, em seguida, aprofundar, para ser mais precisa, a compreensão psicanalítica proposta por Winnicott e McDougall.

Por um lado, retomarei as teses fundamentais propostas por Freud e, por outro, especificarei alguns desenvolvimentos pós-Freud, delimitando-me a escolher e delimitar essas apresentações em função da caracterização do entendimento psicanalítico proposto para a compreensão das adicções e dos relacionamentos adictivos. Não pretendo, nem acho necessário para meus objetivos, fazer uma retomada da história do desenvolvimento da compreensão das teorias psicanalíticas sobre as adicções – cf., por exemplo, Gurfinkel (2011), para ter uma apresentação teórica deste tipo –, mas sim traçando um quadro de referência teórica e estabelecer o quadro de referência teórico-prática do ponto de vista de Winnicott e McDougall, que me servirão como diretores da minhas análises e da minhas intervenções clínicas. Para isto, certamente, também me apoiarei na história da compreensão psicanalítica das adicções, especialmente no que se refere às posições clássicas de Freud e Klein, fundamentos necessários para a compreensão de Winnicott e de McDougall. Cabe ressaltar, nesse sentido,

que as contribuições de outros psicanalistas que abordaram esse campo de fenômenos, desenvolvendo o poder teórico e prático da psicanálise neste campo, também serão parcialmente consideradas, mas apenas com a finalidade de contribuir para a compreensão de meu quadro de referência.

Em primeiro lugar e de um modo muito geral, mas determinante, trata-se de caracterizar a psicanálise como sendo a perspectiva que coloca como fundamento do funcionamento da vida psíquica as determinações advindas dos processos psíquicos inconscientes e a importância dada à sexualidade infantil e ao complexo de Édipo na história e atualidade da organização psíquica do ser humano (seja essa organização patológica ou não).⁶

No entanto, apenas dizer que me coloco do ponto de vista da psicanálise, mesmo que muito já seja dito ao marcar esse ponto de vista inicial, não é, ainda, suficiente para bem delimitar a perspectiva de análise dos problemas que tentarei abordar, dado que ainda é necessário especificar qual tipo de perspectiva psicanalítica sobre as adicções adotarei.

Nesse sentido, procurando fornecer uma delimitação mais rigorosa, trata-se de marcar que será na perspectiva específica desenvolvida por Winnicott (1953c, 1953c [1951])⁷ e aprofundada por Joyce McDougall (1992, 1995b, 2001) que teremos a referência básica para a compreensão teórica e a prática clínica que propomos aqui analisar.

De uma maneira geral – nesta introdução apresentada apenas de forma indicativa (dado que abordarei os detalhes dessa perspectiva teórica no primeiro capítulo da tese) –, para Freud, as adicções e as relações

⁶ Tal como diz Freud, se referindo aos pilares da teoria psicanalítica: "A hipótese de processos anímicos inconscientes, o reconhecimento da doutrina da resistência e do recalçamento, o valor dado à sexualidade e ao complexo de Édipo são os conteúdos principais da psicanálise e os fundamentos de sua teoria, e quem não está à altura de subscrever a todos não deveria se contar entre os psicanalistas" (Freud, 1923a, p. 300). Para citar a obra de Freud, usarei a classificação estabelecida por Tyson-Strachey (1956), tal como publicada na *Standard Edition*. Nessa classificação, cada texto de Freud tem um código específico, estabelecido em função da data de sua publicação e da ordem, no ano, em que foi publicado. Por exemplo, o artigo "As pulsões e seus destinos" será referido como 1915c.

⁷ Há duas versões desse texto de Winnicott, uma publicada em 1951 (1953c [1951]) e outra em 1953 (1953c). Nas duas, ainda que de forma diferente, ele vai associar o sintoma da adicção a falhas na fase da transicionalidade.

adictivas são pensadas em termos dos modos de relação objetal, tal como ele descreve em termos das fases do desenvolvimento da sexualidade, especialmente focadas no seu texto referindo-se ao narcisismo (1914c) e no seu texto “Luto e melancolia” (1917e), colocando o objeto sempre como aquilo que atenderia ou frustraria o indivíduo em termos da sua vida pulsional. Melanie Klein, aprofundando essa perspectiva centrada nas relações de objeto impulsionadas pela vida sexual, redescreve as dinâmicas de relacionamento objetal em termos da sua teoria das posições, especialmente no que se refere ao modo de viver o amor e o ódio, na posição esquizoparanoide, vividos em separado, e na depressiva, juntos, como comentam Greenberg & Mitchell (Greenberg & Mitchell, 1983). As adicções e os relacionamentos adictivos também ficam pensados em termos do que ocorre com as relações objetais, impulsionadas pela vida pulsional.

Com Winnicott, temos ao menos duas mudanças significativas, que introduzem a descrição de relações que não são redutíveis à administração da vida instintual (às vezes denominada necessidades do id), mas se referem às necessidades de ser e continuar sendo (às vezes denominadas necessidades do ego) e à necessidade de agir a partir de si mesmo (por exemplo, a ação de brincar). Elas modificam a compreensão da teoria do desenvolvimento afetivo e das relações de objeto (Fulgencio, 2014) e, no caso que me interessa nessa tese, na compreensão da gênese dos relacionamentos adictivos e das adicções, dado que, centrando, agora, nesse último fenômeno, ele considere que os sintomas relacionados à drogadicção dizem respeito a falhas na fase da transicionalidade (1953c). Essa perspectiva foi aprofundada por Joyce McDougall (1992, 1995b, 2001) ampliando a posição de Winnicott, ao afirmar que as adicções *também* podem ter sua origem tanto em fases anteriores como posteriores à da transicionalidade; mais ainda, ela reconhece, considerando essas modificações que Winnicott propôs (ampliando a compreensão da teoria do desenvolvimento para além das determinações que adviriam das pressões instintuais da existência), que há determinadas relações interhumanas que funcionam como se fossem adicções.

Procura-se explicitar esse ponto de partida e seu desenvolvimento, retomando o que esses autores afirmaram e desenvolveram considerando a importância que eles dão para o ambiente real nas fases mais primitivas do desenvolvimento, bem como a ênfase dada às relações de dependência (seja a do bebê, a da criança ou no mundo adulto).

O detalhamento dessa perspectiva teórica implicará uma apresentação mais longa da maneira como Winnicott propõe considerar o processo de desenvolvimento afetivo, sem desconsiderar, evidentemente, os avanços que Freud e Klein fizeram nesse sentido. No primeiro capítulo desta tese, depois de retomar as posições clássicas de Freud e Klein, retomarei uma das maneiras como Winnicott pensa a teoria do desenvolvimento, apresentando-a a partir dos modos de relação de dependência do indivíduo com o ambiente (1960c). Winnicott se refere à teoria do desenvolvimento emocional de diversas maneiras, usando diversas chaves de classificação (dependência-independência, não integrado-integrado, incompadecido-compadecido, os que tiveram bons cuidados no início e os que não tiveram etc.), sem deixar, às vezes de se referir as fases que Freud descreveu, bem como as que Klein chamou de posições). No esclarecimento mais detalhado da perspectiva teórica da minha pesquisa, estarei selecionando uma dessas chaves, a que coloca em foco a questão da dependência, dado que ela foca justamente o problema que quero tratar. Cabe, aqui, fazer uma distinção entre a maneira como Pirlot entende as adicções, bem como sua maneira de compreender as propostas de Winnicott e McDougall sobre as adicções, e a maneira como abordarei estes autores e o tema das adicções e dos relacionamentos adictivos. Para Pirlot, toda a compreensão psicanalítica das adicções é feita a partir da metapsicologia freudiana (2013, p. 37). Nesse sentido, se, de um ponto de vista descritivo, ele afirma que as adicções estão impulsionadas pela questão do prazer⁸, do ponto de vista teórico ele defende e desenvolve a metapsicologia freudiana, ou seja, reconhece nas pulsões e em suas

⁸ Para Pirlot, “a necessidade de uma recompensa rápida e de um prazer imediato é um componente importante do perfil do dependente ou adicto” (2013, p. 19). Ele considera que as adicções estão associadas a fenômenos tais como a *dessimbolização do pensamento*, a *violência não integrada*, a *carência ou fragilidade narcísica*, a *depressividade*, a *angústia na relação de objeto*, um *pensamento operatório* ou de uma *alexitimia* [escassez de fantasmas, de pensamento onírico e dirigido para o factual, para o prático] (2013, p. 30).

vicissitudes o fundamento dos impulsos e a procura do homem e, por conseguinte, dos adictos.⁹ Esta adesão à metapsicologia freudiana acaba, a meu ver, também deixando de lado a compreensão de Winnicott como um autor que introduziu novos aspectos na metapsicologia psicanalítica, especialmente os que dizem respeito à consideração de impulsos que não são propriamente pulsionais ou instintuais, referidos à necessidade de ser e de continuar sendo, e eles não são redutíveis ou explicados em função do princípio do prazer, nem do princípio da descarga (presente na ideia da pulsão de morte). Assim, minha perspectiva de entendimento das adicções, considerando esse tipo de compreensão de Winnicott, recolocaria a procura do adicto mais em sintonia com os problemas e traumas que perturbaram a possibilidade de ser a partir de si mesmo do que com a procura do prazer e/ou da descarga.

Dadas as linhas gerais de minha perspectiva teórica, procuro, agora, focar o outro pilar de minha tese, que diz respeito ao problema metodológico para a abordagem e a interpretação do material empírico que caracteriza o atendimento clínico e o estudo de caso.

Metodologia

Traçada a perspectiva teórica, que também mostra, num certo sentido, como foi construído o referencial teórico que serve de base para a observação e a ação clínica, trata-se de especificar como serão feitos os atendimentos clínicos, como serão apreendidos os dados, sistematizados, organizados e interpretados, para que outros pesquisadores possam, seguindo este caminho (ou este método, por assim dizer) possam chegar a resultados semelhantes ou análogos aos meus. Em termos bem objetivos, tem-se aqui um *caminho* para a construção do referencial teórico da pesquisa (*metodologia da parte teórica da pesquisa*), bem como um outro caminho

⁹ Para Pirlot, “[a] conduta inerente à adicção parece ter em vista a reanimação e uma ‘revivescência’ de fundo pulsional/passional” (2013, p. 16); ou ainda, nessa mesma direção, ele afirma: “fica evidente que essas condutas de adicção alteram os mecanismos de regulação dos circuitos cerebrais que gerenciam o prazer/desprazer ou mesmo os envolvidos na gestão das emoções” (2013, p. 38).

para a apreensão e interpretação dos dados empíricos desta pesquisa (*metodologia da parte empírica da pesquisa*).¹⁰

Os casos clínicos aqui estudados foram selecionados por apresentarem características parciais ou mais diretamente focadas em relacionamentos adictivos. Já havia me deparado com indivíduos ou casais com esse tipo de problema em meu consultório. Considerei que essa experiência pregressa e o atendimento de um casal proposto para servir como mais uma base empírica para explicitar esse fenômeno, poderiam servir como fundamento para o desenvolvimento de minha pesquisa de doutorado.

Nesse tipo de pesquisa, no qual temos estudos de caso, o analista faz um tratamento, registra as sessões e retoma esse material, para uma elaboração mais geral, procurando teorizar o problema clínico, seja em termos da compreensão da dinâmica psicoafetiva do paciente, seja ainda em termos do manejo clínico para o tratamento. Numa análise do que é o estudo de caso, procurando descrever qual é a perspectiva geral e o objetivo dos estudos de casos clínicos na ciência, em geral e não só na psicanálise, Fulgencio (2013) afirma:

Para apresentação e análise de um quadro clínico, como objeto de pesquisa, é sempre necessário considerar: a) a teoria geral a partir do qual o desenvolvimento e suas falhas estarão sendo lidos; b) o quadro nosográfico estabelecido por esta teoria; c) a noção de saúde e os objetivos do tratamento clínico realizado; d) a história pessoal colocando em relevo as variáveis consideradas mais significativas na teoria geral guia utilizada; e) a demanda inicial apresentada no início do tratamento; f) o desenvolvimento da relação entre o analista e o paciente; g) acontecimentos significativos no *setting* analítico e na vida do paciente durante o tratamento; h) fim de análise e modificações dinâmico-afetivas do paciente. Todos estes elementos devem contribuir e dar fundamento para que um determinado

¹⁰ No livro de Scorsolini-Comin & Serralha, *Psicanálise e universidade: um encontro na pesquisa* (2013), temos um conjunto de análises dedicadas às questões metodológicas da pesquisa em psicanálise na universidade.

problema possa ser enunciado e sua solução analisada, tal como a formulação e resolução de um quebra-cabeça. (2013, pp. 33-34)

Sabemos que o trabalho clínico é sempre guiado por teorias prévias, ou seja, por um conjunto de ideias, conceitos e valores que guiam o atendimento, ainda que isso não signifique que toda a compreensão já esteja dada antes da observação dos fenômenos. Trata-se de uma orientação específica que dá uma direção para a observação, a interpretação, a formulação e a resolução dos problemas empíricos. Aliás, tal postura, ou um princípio epistemológico, já foi comentada pelo próprio Freud referindo-se às ideias abstratas que orientam e determinam a observação, quando se referiu, por exemplo, às pulsões no início de seu texto “As pulsões e seus destinos”.¹¹

Fulgencio (2013) reitera que, para um estudo de caso se caracterizar como tal em psicanálise, é necessário que os métodos de pesquisa e de tratamento clínicos sejam estabelecidos por essa teoria e suas especificidades (busca das motivações inconscientes, associação livre, análise da transferência, regularidade dos encontros analíticos, neutralidade etc.), marcadas e estabelecidas as diferenças que caracterizam as diferentes linhas teóricas da própria psicanálise, referidas às obras de Freud, Klein, Bion e Winnicott (2013, pp. 33-34).

Trata-se, pois, sempre necessário explicitar quais são os parâmetros que guiam os atendimentos clínicos, bem como de que maneira um estudo de caso é feito, de que maneira os dados são delimitados, sistematizados e interpretados, com quais objetivos tudo isso é feito numa determinada pesquisa ou num determinado estudo de caso. Para isso, no quadro desta pesquisa, deve-se especificar, em primeiro lugar, quais são os aspectos teóricos que estabelecem o *setting* para esses atendimentos para, então, me

¹¹ Esse princípio também faz parte das posições clássicas dos epistemólogos das ciências, tal como Popper (1957) e Kuhn (1970). Diz Popper, por exemplo: “a observação é sempre seletiva: exige um objeto, uma tarefa definida, um ponto de vista, um interesse especial, um problema. Para descrevê-la, é preciso empregar uma linguagem apropriada, implicando similaridade e classificação – que, por sua vez, implica interesses, pontos de vista e problemas” (1957, p. 76).

dedicar à descrição dos aspectos práticos que dizem respeito às pré-condições e às condições para que esses atendimentos sejam feitos e usados para a pesquisa. Isso foi parcialmente feito no item anterior, dedicado à perspectiva teórica, e será retomado posteriormente procurando dar maior precisão ao aspecto metodológico teórico desta pesquisa.

Aspectos teóricos que enquadram os atendimentos clínicos

Uma parte do material clínico utilizado aqui adveio de minha experiência clínica em meu consultório privado, outra, que configura o estudo de caso mais detalhado a ser apresentado, adveio do atendimento de um casal no IP-USP.

De um modo geral, estou me baseando para os atendimentos nos fundamentos do método psicanalítico, retomados aqui de maneira sintética: o reconhecimento de que a vida emocional é fruto de uma série de determinações advindas de processos psíquicos inconscientes cuja base encontra-se na infância dos indivíduos. Nessa infância, as relações de dependência do outro e as pressões da vida instintual no cenário edípico e antes deles têm importância fundadora. Essa importância também existe na consideração dos fatos da transferência e da resistência como elementos fundamentais dos tratamentos psicoterapêuticos de base psicanalítica. Os desenvolvimentos feitos por Klein, Fairbairn, Bion, Winnicott, etc., a meu comungam de todos esses princípios, ainda que possam usá-los e interpretá-los de maneiras diferentes.

Talvez, o fato básico que deva ser aqui considerado é o fato de que os pacientes transferem seus afetos (infantis ou da infância) para suas relações maduras, e está justamente aí o que pretendemos esclarecer. A frase de Freud – que caracteriza a transferência e a resistência como os elementos que diferenciam o psicanalista – pode servir de ponto de apoio. Diz Freud, nesse sentido: “A teoria psicanalítica é uma tentativa de tornar compreensíveis duas experiências que sobrevêm, de maneira contundente e inesperada, quando se experimenta levar os sintomas mórbidos de uma

neurose às fontes de onde eles derivam naquilo que foi vivido [na história de sua vida]: o fato da transferência e o fato da resistência” (Freud, 1914d, p. 26).

No capítulo 1, retomarei alguns aspectos centrais da história da compreensão psicanalítica das adicções e dos relacionamentos adictivos. No entanto, agora, farei um salto procurando dar as linhas gerais da compreensão proposta por Winnicott e por McDougall, visando fornecer o quadro que orientará o leitor desta pesquisa, mostrando o caminho percorrido (ou seja, o método para chegar os resultados de minhas análises desses fenômenos aqui colocados em foco).

De Winnicott, utilizaremos a concepção de desenvolvimento emocional primitivo, pensada em termos das relações de dependência-independência que o indivíduo tem em relação a seu ambiente, sua consideração das diversas formas de ação e da importância da sustentação ambiental e sua noção de transicionalidade e do encontro de si mesmo na ação de brincar, para citar aqui os principais elementos teóricos que me parecem mais importantes para indicar o *setting* de tratamento e a perspectiva da qual farei minhas observações clínicas.

Cabe ainda lembrar, nesse sentido, que Winnicott (1986f) considera que o tratamento corresponde a criar as condições para que o amadurecimento possa ocorrer: “Num contexto profissional, dado o comportamento profissional apropriado, pode ser que o doente encontre uma solução pessoal para problemas complexos da vida emocional e das relações interpessoais; o que fizemos não foi aplicar um tratamento, mas facilitar o crescimento” (Winnicott, 1986f, pp. 113-114).

No desenvolvimento do trabalho, deter-me-ei com mais detalhes na caracterização dessas diversas referências teórico-clínicas que aqui apenas indiquei.

Meu objetivo de compreender as relações adictivas levou-me, pois, a propor um atendimento psicoterápico (de base psicanalítica) com o objetivo de atender uma demanda de tratamento, de atender a um determinado

sofrimento psíquico, ao mesmo tempo em que esse atendimento também poderá oferecer dados para esclarecer essas relações.

Aqui, talvez seja possível me apoiar, para justificar minha posição tanto clínica como teórica, numa afirmação de Winnicott, quando diz “que ele sempre se adapta, inicialmente, às necessidades do paciente, e que ele faz psicanálise quando pode, fazendo outra coisa quando isso não é possível” (1965d, p. 152). Ao procurar explicitar o que Winnicott faz, Fulgencio ressalta que “fazer outra coisa não é fazer qualquer coisa” (2011), procurou apresentar uma ética do cuidado psicoterapêutico, do ponto de vista de Winnicott; o que também me serviu como um tipo de comentário esclarecedor da proposta de psicoterapia psicanalítica proposta por Winnicott e, a meu ver, passível de ser aplicada ao meu *setting* de atendimento psicoterápico desenvolvido nesta pesquisa.

Aspectos práticos que enquadram os atendimentos clínicos

Esboçado, ainda que em grossas linhas, o quadro teórico dos atendimentos feitos, procuro agora especificar como obterei, em termos práticos (objetivos), o acesso aos dados empíricos desta pesquisa, os quais também serão interpretados no quadro teórico que acabo de descrever.

O atendimento do casal, na clínica psicológica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP) têm algumas características de *setting* que preciso indicar:

- O casal foi atendido uma vez por semana.
- A duração de cada sessão foi de uma 1h15.
- O tempo do tratamento foi estabelecido de acordo com a necessidade do casal, não havendo duração predeterminada (ainda que, para fins de pesquisa, o material analisado foi delimitado em função do prazo acadêmico para a conclusão da pesquisa).

Sobre o *setting* dos casos atendidos no consultório:

- Os atendimentos individuais foram realizados de uma a três vezes por semana (dependendo do caso), e os casais foram atendidos uma vez por semana.
- A duração da sessão foi de 50 minutos para os atendimentos individuais e de 1h a 1h30 para os atendimentos dos casais.
- O tempo de tratamento foi estabelecido de acordo com a necessidade do indivíduo ou do casal, não havendo duração predeterminada (ainda que, para fins de pesquisa, o material analisado tenha sido delimitado em função do prazo acadêmico para a conclusão da pesquisa).

DESENVOLVIMENTO

Procurando aqui esboçar o caminho que será percorrido no desenvolvimento desta pesquisa, indicarei agora a estrutura e os conteúdos gerais que serão apresentados em cada uma de suas partes, estabelecendo assim um tipo de “roteiro de viagem” que fornece os marcos centrais de minha pesquisa e seu desenvolvimento, bem como expõe as linhas gerais de minha reflexão e raciocínio.

Nos capítulos 1 e 2, explicitarei com mais detalhes a perspectiva teórica que me servirá de referência para a compreensão geral desses fenômenos e a orientação teórica e prática dos atendimentos clínicos em questão. No capítulo 1, “Aspectos gerais da compreensão psicanalítica das adicções e dos relacionamentos adictivos do ponto de vista de Freud e Klein”, retomarei, inicialmente, algumas referências a Freud e a Klein e como eles compreendem o fenômeno da adicção. No capítulo 2, “Aspectos gerais da compreensão psicanalítica das adicções e dos relacionamentos adictivos do ponto de vista de Winnicott e McDougall”, farei o mesmo, me dedicando às propostas de Winnicott e McDougall, especialmente no que se refere à compreensão da teoria do desenvolvimento afetivo, descrita em termos das relações de dependência, bem como na análise de sua afirmação de que o

vício em drogas advém de falhas na fase da transicionalidade. Em seguida, apoiada também em alguns desenvolvimentos das posições de Freud e Klein sobre as adicções, bem como em alguns comentadores tais como Kalina (1999) e Gurfinkel (1995, 2001, 2011), me dedico a mostrar alguns dos desenvolvimentos que McDougall fez das propostas de Winnicott para a compreensão das adicções, bem como a sua caracterização dos relacionamentos adictivos. Assim, espero colocar em evidência tanto uma teoria geral das adicções, quanto alguns aspectos importantes das relações adictivas como relacionamentos de dependência patológicos, delimitada a meus objetivos de atendimento clínico e de estudo destes casos.

No capítulo 3, “Aspectos gerais da compreensão do tratamento psicoterapêutico psicanalítico de casais”, considerando o material clínico já referido, também retomarei os aspectos gerais, práticos e teóricos dos atendimentos clínicos. Nesse sentido, me ocuparei em analisar: 1) os aspectos gerais do *setting* e dos objetos de tratamento psicanalítico para Freud e Klein; 2) os aspectos gerais do *setting* e dos objetos de tratamento psicanalítico para Winnicott; 3) Os aspectos gerais do *setting* e dos objetos de tratamento psicanalítico para o tratamento de casais do ponto de vista da teoria das relações objetais aplicada à psicoterapia de casal psicanalítica, usando os autores acima citados, Greenberg, Mitchell e Dicks e também Hegenberg, Gomes e Porchat, que fizeram estudos brasileiros sobre atendimentos de casais.

No capítulo 4, “Análises dos casos clínicos focados na questão dos relacionamentos adictivos”, farei a análise do caso do casal atendido no IP-USP e os casos que tenho atendido ao longo dos anos em meu consultório. Em primeiro lugar, apresentarei uma caracterização do que são os casos clínicos em psicanálise, sua natureza, seus objetivos e sua maneira de serem apresentados e interpretados. Em seguida, dedico-me ao caso do casal atendido, apresentando-o em termos da caracterização inicial do sintoma, da retomada das queixas que levaram à procura de ajuda psicoterápica, e da história dessas pessoas, bem como da história de suas relações conjugais, descrevendo as dinâmicas relacionais psicoafetivas, sempre delimitando e selecionando o material clínico, procurando fornecer um entendimento geral

do lugar que a adicção e a dependência têm nessas pessoas. Trata-se, pois, de apresentar o material clínico organizado em função dos temas e problemas que estou querendo abordar. Ao final deste capítulo, agrupando os casos atendidos em minha clínica privada, apresentarei alguns modos de realizar as relações adictivas, caracterizando-os como tipos de relacionamentos adictivos.

Ao final, retomando os resultados obtidos, comentarei o tipo de situação que encontramos nesses relacionamentos e em que sentido eles estão associados ao problema das adicções, especificando em que sentido e quando há relações afetivas que podem ser ditas adictivas, bem como que tipo de cuidado psicoterapêutico seria necessário para o tratamento dessas pessoas.

CAPITULO 1

ASPECTOS GERAIS DA COMPREENSÃO PSICANALÍTICA DAS ADICÇÕES E DOS RELACIONAMENTOS ADICTIVOS DO PONTO DE VISTA DE FREUD E KLEIN

A compreensão dos relacionamentos adictivos depende do entendimento do que são as adicções, sua gênese e sua dinâmica. Isso implica na necessidade de retomarmos um pouco da história do estudo desse fenômeno desde Freud, seguindo alguns desenvolvimentos dessa perspectiva inicial com o objetivo de explicitar com clareza as propostas de Winnicott (ligando as adicções aos fenômenos transicionais) e as de McDougall, ampliando as concepções de Winnicott e caracterizando aquilo que é o tema central dessa tese, os relacionamentos adictivos.

No quadro da teoria freudiana do desenvolvimento da sexualidade, as adicções são consideradas tanto como um tipo específico de relação com o objeto libidinal quanto associada à masturbação. Para Freud as adicções dizem respeito à fixação da libido numa determinada fase do desenvolvimento, ou do retorno à relação objetal primitiva (relação do bebê com a mãe).

Neste caminho e como seu desenvolvimento, é necessário analisar e compreender como Freud e outros psicanalistas desenvolveram a compreensão da gênese e da dinâmica das adicções, com uma ênfase histórica nas concepções de Klein, em função da sua influência sobre Winnicott. Com tal desenvolvimento, será mais claro analisar a compreensão winnicottiana do processo de desenvolvimento emocional, bem como a sua

teoria sobre o brincar e dos objetos transicionais, tendo como objetivo analisar a sua afirmação de que o vício em drogas advém de falhas na fase da transicionalidade. Isso, por sua vez, torna também possível uma apreensão e análise mais objetiva dos desenvolvimentos propostos por McDougall, para mostrar como e porque a autora pode apreender os relacionamentos interpessoais como tendo a mesma dinâmica que encontramos nas relações de adictos com as drogas.

Esse conjunto de aportes teóricos serve como pano de fundo que orienta e enquadra os atendimentos clínicos e a interpretação dos dados utilizados nesta pesquisa, o que não significa, no entanto, que a observação clínica esteja apenas cumprindo o papel de reiterar a teoria. Sabemos que, sem uma referência teórica, é impossível observar, organizar e interpretar os fenômenos, ainda que essa teoria não forneça *a priori* tudo o que pode ser observado e entendido. Esse quadro teórico serve como referência deixando em aberto o que pode ser encontrado pela observação – resultando este às vezes até mesmo discrepante em relação à teoria.

1. Aspectos gerais da compreensão de Freud sobre as adicções

A teoria do desenvolvimento da sexualidade é, para Freud, uma teoria do desenvolvimento dos tipos (autoerótico, narcísico, homossexual e heterossexual, nessa ordem de amadurecimento) e dos modos (dinâmica) como essas relações são realizadas (oral, anal, fálica, genital adulta) de relação com os objetos (do desejo). Os objetos são, para Freud, aquilo que torna possível a eliminação de uma excitação pulsional, constituindo um dos quatro componentes das pulsões, ao lado da *fonte* (pressão corporal), da *finalidade* (eliminar a excitação) e da *pressão* (intensidade). É nesse quadro geral que Freud pensa todas as relações humanas, sejam as do início sejam todas as outras organizações psíquicas tanto saudáveis como patológicas. É nesse quadro que ele pensa as relações mais primitivas (especialmente, para o que nos interessa, as relações narcísicas, nas quais o indivíduo toma a si mesmo como objeto de amor) e as relações com as drogas (que são um tipo

específico de objeto e um tipo específico de dinâmica relacional, mais próxima das relações de objeto autoeróticas).

Freud faz da relação inicial da criança com a mãe, centrada na relação com o seio, o protótipo das relações de objeto, protótipo das relações amorosas. Para ele, é a partir dessa relação inicial com o seio (ou a mãe) que serão construídas as outras relações de objeto mais maduras, bem como o desenvolvimento da organização psíquica e corporal do indivíduo. Na saúde, o desenvolvimento adequado dessa relação inicial levará à possibilidade de amar outros objetos e amá-los de diversas maneiras; mas, na doença, ocorrerão diversos tipos de fixação e o indivíduo procurará, com maior ou menor desespero, encontrar o objeto primeiro e tudo o que ele pode fornecer, vivendo, nos casos mais graves, uma insegurança constante (em estado de alerta ao menor sinal de separação ou perda dos objetos que considera próximos ou análogos ao que procura encontrar).

As adições são consideradas por Freud como um tipo de relação autoerótica, em proximidade com o *narcisismo* e a *melancolia*. É uma relação associada à fase *oral*. Ao procurar explicar o fenômeno das adições, Freud se refere a três tipos de relação: autoerótica, narcísica e melancólica.

Na relação autoerótica, a criança toma uma parte de si mesma como sendo o objeto “sempre à mão” para satisfazer sua excitação ou dar-lhe o prazer procurado (ou o alívio da “dor” que uma excitação pode significar). Não se trata, propriamente, como observam Laplanche & Pontalis, de uma relação sem objeto, mas corresponde, mais propriamente, à substituição do primeiro objeto (o seio como protótipo de todos os objetos) por outro mais imediato e sempre disponível. Por um lado, já associando esse tipo de relação à dinâmica que caracteriza a fase oral, trata-se da boca que beija a si mesma, lembrando que a boca substitui o seio (primeiro objeto experimentado) por ela mesma.

No artigo “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914c), Freud se refere ao fato de que uma ação ocorreu, fazendo a passagem da situação do autoerotismo – na qual não há, ainda, um sujeito integrado – para a situação do narcisismo, na qual encontramos uma primeira unidade do indivíduo.

Nesse momento, o indivíduo toma a si mesmo com objeto de amor, o que é, por um lado, uma fase normal do desenvolvimento das relações de objeto (pensada em termos do desenvolvimento da sexualidade, ou seja, das relações de objeto marcadas e dirigidas pelas pressões pulsionais); nas situações patológicas, o indivíduo teria ficado fixado nessa situação, ou seja, teria ficado fixado nos casos em que o indivíduo não pode aceitar objetos externos a si mesmo para satisfazer suas excitações ou angústias (evidentemente, trata-se de algum tipo de falha ambiental que não pôde fornecer objetos adequados à satisfação das exigências pulsionais). Nas situações narcísicas patológicas, o indivíduo procura bastar-se a si mesmo, buscando a independência das relações de objeto e a independência em relação à realidade, certamente em função das falhas do objeto primário, que não tornou possível à criança viver esse período inicial no qual ela tem a experiência de encontrar no mundo os objetos de que precisa para atender às suas necessidades.

No artigo “Luto e melancolia” (1917e), Freud descreve outro tipo de relação de objeto. Ele caracteriza uma situação “natural” e saudável, que ocorre no processo do luto, quando o indivíduo precisa aceitar vagarosamente a perda definitiva de uma pessoa amada, e a relaciona com uma situação patológica (a melancolia), procurando mostrar que as duas situações não são de naturezas diferentes, mas tão somente de intensidade e duração diferentes. O melancólico ou deprimido não aceita a perda do objeto, procurando manter o objeto vivo dentro de si mesmo, ou seja, o indivíduo mantém uma relação mórbida com esse objeto perdido, interiorizando-o e identificando-se com o objeto perdido – como diz Freud na conhecida formulação “a sombra do objeto recai sobre o eu” –, levando, assim, o indivíduo não só a desinvestir todos os objetos externos (para recolher-se em si mesmo) como também a dirigir depreciações e desqualificações de si mesmo (na verdade, dirigida ao objeto perdido interiorizado). Essa é como uma forma de condenar o objeto por sua ausência. Loas & Corcos (2006), pensando nas *personalidades dependentes*, consideram que esse modo de relação melancólica com o objeto estará presente noutros fenômenos clínicos abordados por Freud: “Esta disposição

melancólica do sujeito, e sua dependência do objeto, será encontrada nos trabalhos posteriores de Freud, seja aqueles que se referem ao masoquismo, a pulsão de morte, a relação terapêutica negativa, seja os que se referem à psicologia das massas e aos trabalhos, tão úteis para todos os clínicos, que são confrontados na clínica cotidiana com pacientes que não estabelecem ligações, adoecidos em ligações passionais [...] e em relação aos quais é necessário acompanhar frequentemente por longo tempo a cicatrização das angústias de separação arcaicas” (Loas & Corcos, 2006, p. 31).

Quando Freud procura pensar qual é a gênese e a dinâmica das adicções, é justamente esse quadro referido a relações autoeróticas, narcísicas ou melancólicas, que ele tem em mente, caracterizando as adicções, ora num, ora noutro aspecto dessas relações.

Apesar de Freud não ter desenvolvido uma teoria sistemática sobre as adicções, temos várias referências a esse tipo de sintoma, além de ele mesmo se envolver na questão como pesquisador e usuário de cocaína, sem falar nos charutos que fumava e que acabaram por produzir um câncer no palato, causa mais direta de sua morte. Ao escrever sobre a cocaína (“Observações sobre a adicção e sobre o medo da cocaína”(1887), Freud lançou a ideia fundamental de que o problema da droga não estaria na própria droga, mas no uso que se faz dela; ele não ressaltou nem aprofundou esse ponto, mas deixou-nos uma teoria e um método de tratamento que tornou possível o aprofundamento da compreensão desse fenômeno, levando em conta o desenvolvimento das relações objetais associadas à administração da vida sexual e dos determinantes inconscientes dessas relações.

Em 1890, Freud faz um primeiro agrupamento do que ele intitula como sendo “hábitos mórbidos”, aos quais ele associa o vício em morfina e no álcool. Numa carta de 22 de dezembro de 1897, endereçada a Fliess (Freud & Fliess, 1986), Freud se refere à hipótese de que a dipsomania (impulso ininterrupto e irresistível de ingerir bebidas alcoólicas) e a adicção patológica ao jogo correspondem a substituições de pulsões sexuais não expressas e não controladas. Essa é a primeira das poucas menções que Freud fez às

adicções, associando-as ao autoerotismo e estabelecendo, assim, um ponto de partida psicanalítico para compreensão da gênese e da dinâmica desse fenômeno. Diz Freud:

Despontou em mim a descoberta intuitiva de que a masturbação é o grande hábito, o “vício primário”, e de que é apenas como substitutos e sucedâneos dela que os outros vícios – o álcool, a morfina, o fumo e coisas parecidas – passam a existir. O papel desempenhado por esse vício na histeria é imenso, e talvez seja aí que se encontra, no todo ou em parte, meu grande obstáculo ainda por superar. E nesse ponto, é claro, surge a dúvida entre saber se um vício dessa espécie é curável ou se a análise e a terapia devem deter-se nesse ponto e contentar-se em transformar a histeria em neurastenia. (Freud & Fliess, 1986, p. 288)

Chama a atenção não só a associação que Freud faz entre as adicções e a masturbação, mas também as suas dúvidas quanto à possibilidade de tratamento das adicções; problema que tem sido, desde então, desenvolvido no quadro do desenvolvimento da eficiência do método de tratamento psicanalítico desses casos, que também é, de certo modo, um dos objetivos desta pesquisa.

As adicções seriam, nesse sentido acima comentado por Freud, uma procura do prazer pela utilização das próprias excitações corporais, ainda que intermediadas pela droga.

De modo geral, Freud relaciona a neurose com uma situação na qual um determinado conflito (carregado de afeto, ou excitação) não encontra solução adequada, ou seja, uma excitação que não encontra uma descarga adequada (em geral, um conflito ligado às excitações eróticas, ao desejo e aos impeditivos para sua realização, com o indivíduo precisando pôr em andamento mecanismos de defesa contra a angústia que tal situação gera no interior de seu aparelho psíquico). Assim, a neurose aparece como uma solução de compromisso entre o desejo e as ideias (ou outros desejos) incompatíveis com o eu do indivíduo, uma solução de compromisso que procura lidar (utilizando-se mecanismos de defesa) com a angústia que o

conflito gera. No caso das adicções como sintoma ou modo de se defender contra um conflito e/ou uma angústia, elas também são pensadas sob a mesma dinâmica geral que caracteriza a produção de sintomas na neurose (Yalisove, 1997, p. 15), ou seja, são um tipo de solução externa para uma situação de conflito interno.

Com base no que Freud apresenta nos *Três ensaios sobre a sexualidade infantil* (1905d), pode-se também afirmar que, para ele, as adicções estariam associadas a um tipo de fixação em torno das zonas erógenas orais:

Nem todas as crianças praticam este chuchar. É de se supor que cheguem a fazê-lo aquelas em quem a significação erógena da zona labial for constitucionalmente reforçada. Persistindo esta significação, tais crianças, uma vez adultas, serão ávidas apreciadoras do beijo, tenderão a beijos perversos, ou se forem homens, terão um poderoso motivo para beber e fumar. (1905d, p. 170)

Nesse sentido, é o princípio do prazer – pensado no quadro da teoria do desenvolvimento da sexualidade com suas fases genitais e pré-genitais e com a consideração do momento estruturante do complexo de Édipo e do complexo de castração – que constitui o fundamento e o horizonte que parece levar Freud a associar as adicções a um tipo de solução em busca do prazer ou em busca de evitar o desprazer, associado, pois, à administração da vida instintual (sexual) nas relações com os objetos.

Freud, no seu artigo “O papel da sexualidade na etiologia das neuroses” (1898a), se referiu à origem das adicções como um tipo de busca de objeto que realiza o desejo sexual (falando explicitamente de si mesmo e de sua intoxicação com a cocaína):

Nem todos os que têm oportunidade de tomar morfina, cocaína ou hidrato de cloral etc. por algum tempo adquirem dessa forma um “vício”. A pesquisa mais minuciosa geralmente mostra que esses narcóticos visam servir – direta ou indiretamente – de substitutos da falta de satisfação sexual; e sempre que a vida sexual normal não

pode mais ser restabelecida, podemos contar, com certeza, com uma recaída do paciente. (Freud, 1898a, p. 246)

No seu artigo sobre Dostoiévski(1928b), Freud também associa o vício no jogo com a masturbação:

O “vício” da masturbação é substituído pela inclinação ao jogo e a ênfase dada à atividade apaixonada das mãos revela essa derivação. Na verdade, a paixão pelo jogo constitui uma equivalente da antiga compulsão a se masturbar; “brincar” é a palavra real utilizada no quarto das crianças para descrever a atividade das mãos sobre os órgãos genitais. A natureza irresistível da tentação, as resoluções solenes que, não obstante, são invariavelmente rompidas de nunca fazê-lo denovo, o prazer entorpecedor e consciência má [a culpa, na figura da má consciência] que diz ao indivíduo que ele está se arruinando (cometendo suicídio) – todos esses elementos permanecem inalterados no processo de substituição. (1928b, p. 222)

Nesta análise de Dostoiévski, Freud liga, pois, as adicções não só à atividade masturbatória, mas também a um processo de autopunição:

Se a inclinação ao jogo, com suas lutas malsucedidas para romper o hábito e com as oportunidades que proporciona para autopunição, constitui uma repetição da compulsão a se masturbar, não nos surpreendemos em descobrir que ela tenha ocupado um espaço tão grande na vida de Dostoiévski. Afinal de contas, não encontramos casos de neurose grave em que a satisfação autoerótica da primeira infância e da puberdade não tenha desempenhado um papel, e a relação entre os esforços para suprimi-la e o temor do pai são por demais conhecidos para precisarem mais do que uma menção. (1928b, p. 223)

Analisando as adicções do ponto de vista da teoria freudiana, Gurfinkel comenta que Freud, antecedendo a reviravolta ocorrida em 1920, supôs a noção de narcisismo e a articulou com a toxicomania e as neuroses narcísicas. A toxicomania poderia então estar relacionada no interior da teoria freudiana à posição narcisista da libido. O prazer narcisista qualificado por Freud e também apontado em relação à toxicomania se distancia, no sentido

analisado por Gurfinkel, das formulações organicistas que concebiam o autoerotismo enquanto fenômeno psíquico vinculado ao biológico (as fontes orgânicas da pulsão). Diz Gurfinkel:

[...] na dependência do toxicômano, o essencial não são as propriedades químicas do objeto nem o prazer suposto no seu consumo, mas o autoerotismo subjacente enquanto ideal narcisista de independência e cuja função não é outra que a de repudiar a ausência estrutural de um objeto real e adequado ao desejo. (1995, p. 149)

Com a transformação causada na metapsicologia freudiana e a inserção do segundo dualismo pulsional (vida e morte) como expressão dos impulsos fundamentais que colocam o aparelho psíquico em ação, pode-se afirmar que há uma transformação do lugar dado ao princípio do prazer, o que leva, portanto, à necessidade de repensar as adicções não mais unicamente em função do princípio do prazer. É necessário acrescentar outro impulso e movimento que poderiam estar presentes na procura que o adicto faz, não somente como procura do prazer ou de evitar a dor, mas como algo que diz respeito à necessidade de responder ao impulso básico de eliminar uma excitação.

Talvez possamos afirmar, pensando nesse quadro, que é, inicialmente, no embate entre princípio do prazer e o princípio de realidade que Freud situou as adicções (Gianesi, 2002, p. 29), mas que a essa proposta inicial outra explicação deverá ser associada. Por um lado, por meio da intoxicação o indivíduo se distancia do que lhe traz desprazer, ficando mais próximo da satisfação pulsional e proporcionando um afastamento relativo de seu sofrimento ou, até mesmo, para isso, levando o indivíduo a realizar alguma renúncia ao princípio da realidade. Nesse sentido, os adictos buscariam não apenas experiências de intensos sentimentos de prazer, mas também a absoluta ausência de sofrimento e de desprazer, propiciando um refúgio num mundo próprio (Gianesi, 2002, p. 29). Esse movimento em busca da eliminação do sofrimento também se articula com a hipótese freudiana da existência da pulsão de morte, considerada como um movimento em direção à eliminação final de toda tensão. Desse modo, talvez seja possível afirmar

que Freud supõe que a escolha adictiva entrelaça a satisfação sem moderação (relativa ao princípio do prazer) à finalidade silenciadora da pulsão de morte, uma vez que o princípio de prazer parece, na realidade, servir à pulsão de morte. É nesse sentido que Giansesi, enfatizando a posição de Freud, afirma que se torna “possível unificar a satisfação sem moderação e o silêncio da pulsão de morte no processo de intoxicação” (2002, p. 30).

Mas será no seu texto o “O mal-estar na civilização” (1930a) que Freud organizará suas concepções teóricas sobre as adicções, referindo-se ao princípio do prazer e colocando em foco os efeitos químicos exógenos além dos endógenos conhecidos. Diz Freud:

O mais grosseiro, embora também o mais eficaz desses métodos de influência é o químico: a intoxicação. Não creio que alguém compreenda inteiramente o seu mecanismo; é fato, porém, que existem substâncias estranhas, as quais, quando presentes no sangue ou nos tecidos, provocam em nós, diretamente, sensações prazerosas, alterando, também, tanto as condições que dirigem nossa sensibilidade que nos tornamos incapazes de receber impulsos desagradáveis. Os dois efeitos não só ocorrem de modo simultâneo como parecem estar íntima e mutuamente ligados. No entanto, é possível que haja substâncias na química de nossos próprios corpos que apresentem efeitos semelhantes, pois as conhecemos por um estado patológico, a mania, no qual uma condição semelhante à intoxicação surge sem administração de qualquer droga intoxicante. (1930a, pp. 96-97)

Nesse texto, Freud define o uso de drogas como uma tentativa de suspensão da existência frente à dor de existir (p. 93). A cada desequilíbrio, as substâncias tóxicas agiriam como uma proteção contra a perturbação do existir. A intoxicação seria uma forma de suportar o mal-estar imposto ao ser humano, mal-estar este derivado do simples fato de viver numa determinada civilização que exige a repressão da sexualidade. É interessante notar que Freud considere, de uma forma vaga, que, para suportar a vida e seus inevitáveis sofrimentos, faz-se necessário o uso de certas medidas, dentre elas o uso de drogas (1930a, p. 93).

Talvez seja possível afirmar que, para Freud, na primeira tópica, as adicções estão associadas à busca pelo prazer e a evitar o desprazer, mas, na segunda tópica, elas estão associadas à descarga, à compulsão e à repetição, impulsionada pela pulsão de morte. Por um lado, as adicções devem ser pensadas em função da busca de um objeto que elimina a excitação pulsional (seja com algo análogo à masturbação, seja como defesa contra a angústia vivida pela perda do objeto, tal como descrita em “Luto e melancolia”), tanto no quadro da primeira como da segunda tópica; mas, por outro, a referência ao narcisismo, especialmente no seu sentido patológico, diz respeito a uma relação de objeto que exclui o reconhecimento do outro, aproximando esse tipo de dinâmica relacional à do adicto.

Esses pontos gerais assim considerados e a relação das adicções com a masturbação como uma procura de solução para um conflito inconsciente que cause desprazer ou como uma tendência para a descarga de uma excitação que não encontra outra maneira de expressão (com a hipótese da pulsão de morte) forneceram um ponto de partida importante, e esse ponto serviu de referência para uma série de estudos pós-freudianos que procuraram aprofundar essa perspectiva de entendimento, como espero, a seguir, colocar em evidência.

2. Alguns desenvolvimentos da perspectiva estabelecida por Freud para a compreensão das adicções

Meu objetivo neste item é, recolhendo algumas referências pós-Freud dedicadas à compreensão das adicções, mostrar um caminho de desenvolvimento do pensamento que leve à compreensão do que são os *relacionamentos adictivos*. Nesse sentido, a apresentação que farei, em seguida, pinçará, dessa história de desenvolvimento do pensamento psicanalítico sobre as adicções apenas os aspectos que me parecem contribuir diretamente para minha linha argumentativa.

Em primeiro lugar, quero retomar, apenas de forma indicativa, uma posição de Ferenczi, no seu artigo “O papel da homossexualidade na

patogênese da paranoia” (1911b), e outra de Abraham, no seu artigo “A influência do erotismo oral na formação do caráter” (1924a). O primeiro parece incluir a questão dos traumas reais nas relações de objeto mais primitivas e o segundo amplia a descrição do que ocorre nas fases mais primitivas (oral e anal) do desenvolvimento.

Ferenczi, aprofundando a compreensão das situações mais primitivas do desenvolvimento, especialmente referindo-se aos traumas reais nas fases iniciais do desenvolvimento, agrupou um conjunto de sintomas (toxicomanias, cleptomanias, piromanias) como estando referidas à dimensão perversa sadomasoquista, bem como considerou o alcoolismo (Ferenczi, 1911a) como estando associado a uma inclinação homossexual inconsciente.

Abraham, por sua vez, no seu artigo “Influência do Erotismo Oral na formação do Caráter” (1924b) tendo expandido a descrição das fases (oral e anal) mais primitivas do desenvolvimento da sexualidade (Abraham, 1924a), observa que quando o período oral é marcado por insatisfações libidinais, os indivíduos ficariam fixados nesse período e modo dessas relações de objeto, gerando os seguintes traços de comportamento: passividade, avidez afetiva (eles colam aos outros como sanguessugas), intolerância à solidão, impaciência, necessidade de comunicação com os outros e tendências às perversões orais.

O desenvolvimento destas perspectivas aqui indicadas por estas referências a Ferenczi e a Abraham certamente tem em Klein¹ uma convergência e uma expansão significativas. No entanto, antes de me referir à obra de Klein, quero fazer alguns apontamentos trazendo algumas das posições de outros psicanalistas – tais como Fenichel (1945), Glover (1932) e Radó (1933) – que desenvolveram estes aspectos anteriormente citados da obra de Abraham e de Ferenczi, associando as adições a problemas na fase oral do desenvolvimento da libido. Esse conjunto de referências agrega

¹Sabemos o quanto Melanie Klein foi influenciada por Ferenczi e Abraham. Sua obra é reconhecida por ela mesma, como um desenvolvimento das posições de Abraham. Vamos retomar, mais à frente, com mais detalhes, alguns aspectos importantes de sua obra, para a compreensão do tipo de relação de objeto (e seus conflitos subjacentes) que estariam associadas às adições. Destacaremos nesse momento, mais à frente, as suas contribuições, destacando-a como um item específico, em função da magnitude de suas contribuições para a psicanálise e também em função de sua influência na obra de Winnicott.

aprofundamentos teóricos e clínicos às propostas de Freud, servindo aqui, para mim, para ampliar a compreensão freudiana, bem como começar a introduzir alguns aspectos da compreensão das adicções que parecem não só se distanciar das adicções como sendo impulsionadas apenas pelo princípio do prazer (fornecendo outra direção ou objetivo para o uso das drogas), como também alguns entendimentos que nos levam na direção da compreensão dos relacionamentos adictivos.

Fenichel, no seu livro *A teoria psicanalítica das neuroses* (1945), considerará que há uma *toxicomania sem drogas* em simetria com os toxicômanos clássicos, referindo-se às neuroses impulsivas. Dentre essas neuroses impulsivas, ele distinguirá dois tipos: um que se refere às toxicomanias (*drugs addictions*), que representam os tipos mais impulsivos; e outro que se refere às toxicomanias sem drogas (*addictions without drugs*), categoria nas quais ele coloca a bulimia, a mania, o vício patológico em jogo, a piromania e a cleptomania. Para Fenichel (1945), os processos inconscientes colocados em jogo nessas condutas (nos dois tipos) são determinados por uma fixação num estado precoce do desenvolvimento onde o esforço para a satisfação sexual e a luta pela segurança não estão ainda diferenciados, o que implicaria em fazer uma distinção entre os *impulsos mórbidos* que são um sintoma do eu que procura satisfação e as compulsões que são um sintoma do eu que procura alívio. Aqui, nessa posição de Fenichel, aparece um tipo de relação de objeto que não é redutível à procura de satisfação pulsional.² Fenichel ainda se refere aos adictos do amor (*love addicts*), para caracterizar aquelas pessoas “para as quais a afeição ou a confirmação que recebem dos objetos externos desempenha o mesmo papel que o alimento no caso dos adictos da comida” (1945, p. 355). Ele comenta que essas pessoas, ainda que tenham a necessidade absoluta de um objeto que as ame, não conseguem retribuir esse amor, tendo até mesmo na relação sexual muito mais uma maneira de obter uma gratificação oral condensada do que um encontro de troca com o outro. Retomo o exemplo clínico que ele apresenta, nesse momento, dado que, ao elaborar o caso

² Posteriormente, retomarei essa posição de Fenichel como um dos aspectos da compreensão que Winnicott faz das necessidades do ego, distinta das necessidades instintuais (ou do id).

clínico de referência nesta tese, encontrei comportamentos parecidos aos por ele descritos:

Uma mulher, por força de certas experiências infantis, sofria de severa angústia de ser abandonada. Tal qual a criança amedrontada não dorme sem a mãe à cabeceira, esta paciente, adulta, tinha de sentir uma união protetora com outras pessoas. A sua principal resistência, na análise, consistiu em que ela só se interessava por certificar-se de que o analista estava tomando o seu lado, razão por que não conseguia dizer *não* a homem algum; sempre que se via só, tinha de ir à procura de um homem sem mais tardar. Ao que parecia, tinha atividade sexual adulta. Na realidade, a vida sexual era para ela a mesma coisa que a mão protetora da mãe para a criança com medo. O comportamento era um meio de reprimir os seus impulsos sexuais plenos, os quais, certamente, tinham índole sádico-oral. (1945, pp. 355-356)

Glover (1932), dedicando-se ao estudo das adicções ao álcool e às outras drogas, não considera suficiente, para entender o sentido e os objetivos do que buscam esses pacientes, considerar que eles regridem a pontos de fixação do processo de desenvolvimento da libido. Ele supõe que também está presente nesses casos um *desejo de reparação de si e da situação traumática inicial*, numa perspectiva próxima daquilo que os psicóticos fazem quando deliram. Loas & Corcos, ao comentarem qual é a posição de Glover, fazem a seguinte observação:

Assim como foi sugerido a propósito do alcoolismo, um aporte sistemático da adicção à droga baseado unicamente nos fundamentos da formação dos sintomas neuróticos não permite explicar as dificuldades sexuais concomitantes, sejam elas da ordem da inibição ou da perversão, nem de localizar a falta no sentido da realidade que é recoberta pelo uso da droga.

Esta falta permite ligar a adicção à droga, por um lado, às psicoses, e por outro, às psicopatias, num sentido mais amplo. Quanto ao conteúdo mental inconsciente específico que, diga-se de passagem, varia em função do tipo clínico e da profundidade etiológica da afecção, é provável que ele não dependa simplesmente da regressão

patógena aos diversos pontos de fixação, mas de uma “atividade de reparação” comparável aos “produtos de restituição” das psicoses (delírio). O alcoolismo e as adicções a drogas estão, todavia, mais afinados com as neuroses do que com as psicoses, e ainda que eles comprometam, às vezes gravemente, as funções sociais, podem, de uma maneira geral, ser considerados como sendo tendências mais autoplásticas do que aloplásticas. Trata-se de situá-los em relação às depressões, [e, para isso,] seria necessário designá-los como “neuroses narcísicas limites”. (Loas & Corcos, 2006, p. 36)

No texto de Glover (1932) vemos que ele considera a adicção como sendo um sintoma associado ao sadismo, bem como à consideração de que elas são um tipo de estimulante, associado ao princípio do prazer:

O primeiro passo desta investigação é comparar as propriedades reais de drogas “nocivas” com aquelas de drogas “benignas”. É evidente que as drogas nocivas possuem certas propriedades prejudiciais e destrutivas. Embora muitos alimentos não nocivos sejam ingeridos independentemente das suas consequências, estes produzem efeitos que também podem ser [como as substâncias nocivas] desintegrativos (como no caso de um paciente que se recusa a seguir uma dieta que lhe foi prescrita). A distinção parece ter alguma validade geral. Isso sugere que, na escolha de um hábito nocivo, a característica [de um comportamento do tipo] sádico, é um elemento decisivo. A droga seria, então, uma substância (objeto parcial) com propriedades sádicas que podem existir tanto no mundo exterior como dentro do corpo, mas que exerce os seus poderes sádicos apenas quando está dentro [do corpo]. A situação representaria uma transição de um sadismo-ameaçador-exteriorizado, de um sistema paranoico, para um sadismo-internalizado-real de um sistema melancólico. (Glover, 1932, pp. 42-43)

O que me importa ressaltar, na posição de Glover, é que ele parece reconhecer, como um dos objetivos das adicções, a necessidade de reparar (ou cuidar) do ambiente e do objeto primário, o que tem proximidade com o

que estarei abordando mais à frente, quando afirmar que nos relacionamentos adictivos há uma necessidade de ter um ambiente de sustentação para o outro, como se fosse uma atividade reparatória da própria falha ambiental sofrida por aquele que se comporta dessa maneira adicta ao outro.

Radó (1933) também parece introduzir um elemento novo, referindo-se às adicções tanto como sendo uma tentativa de evitar certas angústias quanto como uma tentativa de organizar a personalidade, o que poderíamos dizer, noutros termos, uma tentativa de integração do conjunto de sua personalidade. Radó parece defender a ideia de que haveria uma “depressão ansiosa” subjacente às adicções, considerando que as drogas (produtos tóxicos) seriam um tipo de segunda linha de defesa contra a angústia, tendo, além da função de para-excitação, um lugar de organizador do conjunto da personalidade. O ponto a ser destacado nessa referência a Radó é o fato de que ele se refere à compreensão das adicções como sendo uma tentativa de organização da personalidade (na linguagem que mais tarde usarei, referindo-me a Winnicott, uma *tentativa de integração*), ainda que seus efeitos externos possam mostrar uma direção totalmente contrária a esse objetivo.

Retomando, de maneira sintética, estas indicações, pode-se dizer que com Fenichel somos levados a pensar as adicções para além das relações com as drogas propriamente ditas, relacionando tantos as adicções como os *adictos do amor* (como ele denomina) a problemas e/ou fixações nas fases mais precoces do desenvolvimento da sexualidade; com Glover, também estamos referidos às relações mais primitivas deste processo, mas temos a referência à necessidade de reparação de si mesmo, do ambiente e dos objetos primários; e, com Radó, a consideração de que as adicções também têm como objetivo certa tentativa de organização da personalidade.

Em todas estas referências há, por um lado, a necessidade de retomarmos a compreensão de como são as primeiras relações de objeto, como são as dinâmicas que levam às primeiras organizações da personalidade, bem como, a preocupação não só com o mundo interno dos

indivíduos, mas também com as ações do ambiente neste campo inicial das relações de objeto mais primitivas. Laos & Corcos consideram que todos estes autores se apoiam e explicam a teoria do desenvolvimento do ponto de vista da psicanálise, considerando que as adicções têm origem na fase oral, enquanto um tipo de reação pessimista face às suas frustrações neste período: “Se pensarmos nas fases do desenvolvimento, de acordo com todos esses autores [Fenichel, Glover, Radó], os indivíduos [adictos] têm fixações orais secundárias referidas a frustrações durante o período oral do desenvolvimento libidinal, apresentando tendências pessimistas, enquanto indivíduos com fixações orais secundárias excessivamente gratificantes têm tendências otimistas” (Loas & Corcos, 2006, p. 37).

É neste sentido, procurando explicitar um dos aspectos do desenvolvimento da psicanálise em relação à compreensão da gênese das adicções e dos relacionamentos adictivos – focando minha atenção na teoria do desenvolvimento e na questão da sustentação ambiental necessária às primeiras fases deste desenvolvimento –, que retomarei as contribuições de Klein para explicitar os aprofundamentos que sua teoria das posições pôde realizar na compreensão das relações de objeto mais primitivas, bem como algumas das contribuições de Fairbairn que, com sua proposta de que a libido (os indivíduos) tem um impulso ontológico que os leva à procura de objetos (à procura do outro) mais do que à procura do prazer (dado que este seria um princípio darwiniano, visando àquilo que é melhor para a sobrevivência da espécie, mais importante do que o princípio do prazer), parece introduzir a questão das reais ações de sustentação ambiental presentes nas relações mais primitivas, momento que, ao que parece, todos concordam estar referido à origem das adicções.

3. Aspectos gerais da teoria de Klein para a compreensão das adicções

Com um aprofundamento significativo da teoria psicanalítica sobre o desenvolvido do ser humano proposto por Melanie Klein, é possível afirmar que ela redescreveu a teoria do desenvolvimento da sexualidade em termos de posições que se sucedem, mas que permanecem como modos de

funcionamento do indivíduo, como dinâmicas psicoafetivas que regem as relações de objeto também na vida adulta, patológica ou não. Nesse novo quadro, teríamos também um novo passo para dar em relação à descrição das dinâmicas que caracterizam os adictos, em termos da compreensão das relações de objeto, dado que o conflito entre o amor e o ódio, os aspectos construtivos e destrutivos do indivíduo (e do objeto), apresentam um novo cenário de conflitos a serem administrados, conflitos que, nos estágios ou dinâmicas mais primitivas colocam em foco o problema das angústias de aniquilamento.

Retomando sucintamente a perspectiva proposta por Melanie Klein, temos que as fases do desenvolvimento da sexualidade, tal como Freud as descreveu, não correspondem, em termos da sua observação clínica, a momentos díspares e separados do processo de desenvolvimento, mas que elas se mostram muito mais misturadas do que Freud supôs Klein (1928, 1945). Ela propôs, então, substituir o termo “estágio” ou “fase” pelo termo “posição”, sugerindo configurações e agrupamentos de ansiedades e de mecanismos de defesas específicos. Para ela, como sabemos, há duas posições ou dinâmicas básicas que regem os modos de relação com os objetos: a posição esquizoparanoide e a posição depressiva. Ambas expressam diferentes modos de organização da experiência, diferentes dinâmicas e diferentes relações do indivíduo com ele mesmo e com os outros: na posição esquizoparanoide, o amor e o ódio são vividos separadamente, enquanto, na posição depressiva, são vividos conjuntamente, seja no indivíduo, seja nos objetos (Greenberg & Mitchell, 1983, p. 105). Diz Klein caracterizando a posição esquizoparanoide:

Na posição esquizoparanoide, que dura mais ou menos até o sexto mês de idade, a primeira forma de ansiedade (que surge das relações objetais, relação inicial primordial com a mãe ou o seio) é de natureza persecutória; o trabalho interno da pulsão de morte – que, de acordo com Freud, é dirigido contra o organismo – dá origem ao medo de aniquilamento e essa é a causa primordial da ansiedade persecutória. Além disso, desde o início da vida pós-natal (não considerando aqui os processos pré-natais), os impulsos destrutivos dirigidos contra o

objeto incitam o medo da retaliação. Esses sentimentos persecutórios a partir de fontes internas são intensificados por experiências externas dolorosas, pois, desde seus primeiros dias, a frustração e o desconforto despertam no bebê o sentimento de que está sendo atacado por forças hostis (Klein, 1952, pp. 71-72).

Dessa forma, na posição esquizoparanoide, as sensações vivenciadas pelo bebê por ocasião do nascimento e as dificuldades de se adaptar a condições inteiramente novas dão origem à ansiedade persecutória. O conforto e os cuidados dispensados após o nascimento, particularmente as primeiras experiências de alimentação, são sentidos como provenientes de forças boas. Ao falar de “forças”, ela diz estar empregando uma palavra um tanto adulta para aquilo que o bebê concebe vagamente como objetos, sejam eles bons ou maus. O bebê dirige seus sentimentos de gratificação e amor para o seio “bom” e seus impulsos destrutivos e sentimentos de perseguição para aquilo que sente como frustrador, isto é, o seio “mau” (Klein, 1952, pp. 71-72).

Nesse estágio, os processos de cisão estão em seu ponto mais alto, e o amor e o ódio, bem como os aspectos bons e maus do seio, são mantidos amplamente separados um do outro. A relativa segurança do bebê baseia-se em transformar o objeto bom em ideal, como uma proteção contra o objeto perigoso e persecutório. Esses processos – isto é, a cisão, a negação, a onipotência e a idealização – são predominantes durante os três ou quatro primeiros meses de vida (Klein, 1946). Dessa forma, em um estágio muito inicial, a ansiedade persecutória e seu corolário, a idealização, influenciam fundamentalmente as relações de objeto.

Na posição depressiva – que sucede a esquizoparanoide –, a criança apreende que é o mesmo objeto que é bom e mau, ou seja, que é o mesmo objeto (a mesma mãe ou o mesmo seio) que ora a satisfaz e ora não a satisfaz, mais ainda, que ela própria tem impulsos amorosos e destrutivos, o que a leva a perceber-se como causadora de possíveis danos aos objetos que ama, gerando, assim, ansiedade. Ou seja, a ansiedade depressiva é intensificada, pois o bebê sente que destruiu ou que está destruindo um objeto amado com sua voracidade e agressão incontroláveis. Além do mais,

devido à síntese crescente de suas emoções, o bebê ou a criança, agora, sente que esses impulsos destrutivos são dirigidos contra uma pessoa amada. Processos semelhantes se dão em relação ao pai e a outros membros da família. Essas ansiedades e seus correspondentes modos de defesas do indivíduo constituem alguns dos aspectos centrais do que Klein caracterizou como posição depressiva.

É importante ressaltar que, da mesma maneira que Freud, que pensa a teoria do desenvolvimento da sexualidade em termos dos tipos e dos modos de relação com os objetos, Klein também pensa as posições em termos de modos de relação com objetos. Ela mesma afirma sobre esse seu ponto de partida: “O uso que faço do termo “relações de objeto” baseia-se na minha asserção de que o bebê, desde o início da vida pós-natal, tem com a mãe uma relação (se bem que centrada primariamente em seu seio) imbuída dos elementos fundamentais de uma relação objetal, isto é, amor, ódio, fantasias, ansiedades e defesas” (Klein, 1952, p. 72).

As adicções seriam, pois, necessariamente também pensadas em termos dos modos e tipos de relação de objeto, agora focadas nas questões relativas ao conflito entre o amor e o ódio, entre os impulsos libidinais e os destrutivos, especialmente, ao que parece, mais associadas à posição esquizoparanoide do que à posição depressiva.

Melanie Klein não publicou estudos específicos sobre as adicções, mas a história do desenvolvimento dos aportes psicanalíticos sobre esse tema mostra que sua compreensão da teoria do desenvolvimento da sexualidade possibilitou avanços significativos para a abordagem desse assunto. Nessa direção de entendimento, há um conjunto de autores que se apoiam no pensamento de Klein para abordar a questão das adicções, dentre os quais retomarei alguns, especialmente as posições de Kalina(1999) e Rosenfeld (1968), tendo como objetivo ampliar a compreensão desse modo de ver as adicções.

Com um quadro assim traçado, creio que poderemos entender melhor a especificidade das concepções de Winnicott sobre as adicções e os desenvolvimentos feitos por McDougall, estabelecendo, assim, a base da

perspectiva teórica que adotarei para fazer os atendimentos clínicos e as elaborações desta pesquisa.

4. Alguns desenvolvimentos da perspectiva kleiniana para a compreensão das adicções

Pensando a partir da teoria das posições, Herbert Rosenfeld, um expressivo autor de orientação kleiniana, viu nas adicções uma defesa maníaca contra ansiedades primitivas (1968, pp. 149-150). Para ele, a adicção seria um tipo de fixação na posição esquizoparanoide e a droga seria uma maneira de manter o “bom” e o “mau” separados (seja no indivíduo, seja nos objetos). Desse modo, com o uso das drogas, o indivíduo produziria em si uma situação e uma vivência nas quais ele procuraria tanto livrar-se da angústia nas relações com os objetos quanto evitar (caso essa união do bom e do mal ocorresse) o surgimento de sentimentos depressivos (necessários ao amadurecimento e à chegada à posição depressiva).

Rosenfeld diz que a toxicomania está intimamente ligada à doença maníaca, mas difere desta, pois os mecanismos de defesa maníaco-depressivos são reforçados pelas drogas e modificados pela intoxicação (1968, p. 149). Para ele, o ego do adicto é fraco (para lidar com as angústias que derivam das relações com os objetos), e não disporia de forças para suportar a depressão (que advém com a integração do amor e do ódio dirigidos e vividos em relação aos mesmos objetos), e é justamente por isso que o adicto recorre às drogas. Elas o auxiliariam a manter o bem e o mal separados.

Para Rosenfeld (1968, p. 150), as defesas maníacas se originam na infância, na posição esquizoparanoide. Assim, as defesas maníacas se relacionam tanto com ansiedades paranoides e depressivas quanto com mecanismos maníacos. Os mecanismos de defesa maníacos a que o adicto recorre para controlar suas ansiedades paranoides são a idealização, a identificação com o objeto ideal e o controle onipotente dos objetos, que podem ser parciais ou totais. Ele continua dizendo que, quando esses

mecanismos de defesa predominam, ocorre a negação da frustração da ansiedade (principalmente a persecutória), e a parte agressiva e má do eu é expulsa (Rosenfeld, 1968, p. 150). A droga representa o objeto ideal que se pode incorporar, e o efeito tóxico é utilizado como reforço da onipotência dos mecanismos de negação e divisão. A droga é utilizada para o aniquilamento de qualquer situação frustrante ou persecutória. Rosenfeld acredita, no entanto, que não parece uma regressão ao estado de satisfação do bebê ao seio, mas a fase da infância em que a criança utiliza suas fantasias de satisfação alucinatória de desejos para lidar com sua ansiedade (Rosenfeld, 1968, p. 150).

Rosenfeld faz ainda a ligação da adicção com a depressão, dizendo que para ele o fator essencial de ligação com a depressão seria a identificação com o objeto doente ou morto. A droga entraria no lugar desse objeto, e a intoxicação seria sua incorporação (1968, p. 152).

Esse autor faz ainda uma observação sobre a divisão do eu, dizendo que o adicto não consegue lutar contra o sofrimento e a frustração não só pela regressão oral, mas pela divisão de seu ego frágil. Assim o adicto divide os objetos em idealizados e denegridos, projetando as partes boas e más de seu eu. A parte má de seu eu constantemente se identifica e é projetada nos outros, o que os leva a controlar excessivamente aqueles sobre os quais projeta seu eu, bem como a ser muito dependente e sensível a essas pessoas. Aqui aparece a fixação na posição esquizoparanoide, apesar de, em certos aspectos, alguns adictos parecem já ter atingido a posição depressiva.

Segundo Kalina, que também considera a gênese das adicções relacionadas a fixações na posição esquizoparanoide, essa fixação viria de uma separação exageradamente hostil da criança em relação ao seio materno. Para ele, o adicto não suporta entrar na posição depressiva e, com a droga, ele evita essa entrada. A posição depressiva é vivida pelo adicto como uma incorporação perigosa de seus aspectos dissociados que poderiam implicar a desintegração total de seu ego, ou seja, a psicose (Kalina et al., 1999, p. 39).

A posição de Kalina também está apoiada na ideia de que o indivíduo pode ter um ego frágil para lidar com as angústias que advêm das relações com os objetos (seio e mãe). Nesse sentido uma das motivações para o uso de drogas seria o de encontrar, na droga, um objeto para proteger o ego (como se a sua fragilidade implicasse, metaforicamente falando, em fendas no ego), funcionando como um dique que evitaria a invasão da angústia. Segundo sua visão, a droga não é o que é, mas o que representa, tendo assim um valor mágico. Por isso, o uso de drogas teria um aspecto psicótico na relação do indivíduo com a realidade.

Segundo Bleger (1978), existem partes psicóticas na personalidade, e, baseado em sua teoria, Kalina (1999) diz que o adicto é uma pessoa que não consegue separar-se da mãe, em função tanto do caráter patológico da sua simbiose quanto pela irrupção, insuportável, das angústias que derivam dessa separação, angústias típicas da posição esquizoparanoide ou, dizendo de outra maneira, o indivíduo teme a irrupção de suas partes psicóticas (Kalina et al., 1999, pp. 32-33). Bleger (1978, p. 50) define a simbiose como defesa frente à confusão e aniquilação. Mahler (1960) estudou as psicoses simbióticas que se caracterizam por um vínculo de dependência muito estreito com o objeto externo. Para Bleger, a sintomatologia aparece, muito claramente, quando se rompe a simbiose, sob a forma de crises de pânico ou catastróficas. São projeções maciças sobre um objeto, de tal maneira que no objeto fica uma boa parte do eu do sujeito (Bleger, 1978, pp. 16-17); tal como, diz Kalina, acontece com a droga (1999, pp. 32-33). Assim, a psicose simbiótica apareceria quando se rompe a simbiose, e assim a simbiose ou a procura pela simbiose pode surgir como uma defesa contra as ansiedades psicóticas.³

Para Kalina (1999), a mãe que sabe dosar o processo de separação permite ao filho reconhecer o outro como outro e a se autorreconhecer sem que esse processo seja intolerável. Quando o indivíduo tem um ego fraco, isso pode ocasionar, nessa separação, que ele sofra danos primários que

³ É importante ressaltar que a existência de ansiedades psicóticas não significa, necessariamente, a irrupção de uma psicose, pois uma pessoa com funcionamento neurótico pode ter partes psicóticas em seu funcionamento psicoafetivo. (Bleger, 1978, pp. 16-17)

não permitam que ele se estruture, o que equivaleria a levá-lo a uma impossibilidade de discriminar-se e discriminar os outros, dado que isso seria sentido como uma ameaça de aniquilação e/ou desintegração. Alguns adictos sentem-se à beira da desintegração, assim a droga aparece como um instrumento de preservação. Mas, na verdade, a desintegração é também produzida, justamente, pela ingestão sistemática da droga.

Isso se relaciona com o que estávamos dizendo sobre a fase esquizoparanoide, pois ela finda no momento fundamental em que a criança é capaz de começar a reconhecer o outro como pessoa separada dela mesma. Essa capacidade de reconhecer o outro é produto da consolidação do ego e implica também a conquista da capacidade, pela criança, de entrar no mundo simbólico e de poder substituir o objeto primário por outros objetos, realizando a equação simbólica de que fala Klein (1930), levando a criança para a vida simbólica e cultural (Kalina et al., 1999, p. 34).

No caso da criança que não consegue suportar a separação da mãe e que sucumbe às angústias derivadas da posição esquizoparanoide, ocorre tanto uma grande dificuldade no processo de simbolização como a colocação em marcha de outros mecanismos de defesa, tais como a inibição, a cisão, mas também, ao que tudo indica, pode ocorrer a procura posterior de drogas para defesa contra essa situação de fracasso do ego na administração das angústias esquizoparanoides.

Todos os conflitos derivados dessa dificuldade em lidar com as angústias na posição esquizoparanoide podem constituir, posteriormente, muitas das causas fundamentais que induzem um indivíduo a procurar na droga um meio para suprimir a angústia, o medo e as frustrações nascidas da incapacidade de adaptação madura à realidade. Trata-se, nessa perspectiva, de superar a fraqueza do ego por meio do consumo de drogas. (Kalina et al., 1999, p. 34).

Kalina considera que o que faz do efeito farmacogênico uma experiência prazerosa é o aumento da autoestima e do ânimo (1999, pp. 34-35). Para ele, o adicto procura atingir essa meta mesmo que negue que esse seja o seu objetivo. A ingestão da droga daria ao adicto a ilusão de conter as

descargas psicóticas que bombardeiam o ego, mas, quando o efeito tóxico acaba, advém a depressão; a melancolia, relativa ao conflito inicial, volta a manifestar-se, mas agora acrescida de novos fatores: o ego se contrai, e a realidade parece exagerada em suas dimensões. Assim é criada a cadeia que une, num círculo vicioso, o uso da droga, procurando defender-se de uma angústia, à depressão e à desvalorização do ego quando o efeito da droga acaba e o indivíduo volta à mesma solução (cada vez menos satisfatória), procurando na droga a eliminação da sua angústia e o fortalecimento do seu ego (Kalina et al., 1999, pp. 34-35).

Com Fairbairn, encontramos uma modificação importante na compreensão do processo de desenvolvimento das relações objetais, impulsionada pela sexualidade, e na própria constituição do eu. Ele ficou célebre pela afirmação de que *a libido procura objetos e não o prazer*. Greenberg & Mitchell dizem, nessa direção: “um princípio fundamental na compreensão de Fairbairn da psicopatologia é que todas as porções do ego estão ligadas a objetos” (Greenberg & Mitchell, 1983, p. 112). O que Fairbairn procurou fazer foi uma modificação no que ele considera ser o princípio do funcionamento psíquico. Se, em Freud, o ser humano é pensado por analogia a um sistema termodinâmico que tem excitações que procuram descarga (o que implicaria em ter a descarga ou o princípio do prazer como seu fundamento), em Fairbairn temos um ser humano que nasce com um impulso para o relacionamento com o outro (característico da espécie, como derivado do princípio de que todo ser vivo procura, em primeiro lugar, os meios para a sua sobrevivência), dado que esse relacionamento o coloca em condições melhores para manter-se na existência. Fairbairn pensa todo o processo de desenvolvimento em termos do desenvolvimento das relações de objeto não mais como fundamentalmente procurando o prazer, mas sim procurando o outro como objetivo e base para a sua sobrevivência. Greenberger & Mitchell comentam esta concepção de Fairbairn:

As proles de outros animais estão em contato físico direto com as mães enquanto seu desamparo e dependência requerem. Com os humanos, devido a numerosas outras reivindicações domésticas, econômicas e sociais sobre a mãe, este contato intenso e duradouro

é raramente possível. A consequência do que Fairbairn considera ser uma separação não natural é que as primeiras relações com objetos tornam-se “más” ou privam. Torna-se demasiado doloroso ansiar por e depender de um objeto que está física ou emocionalmente ausente uma grande parte do tempo. Assim, a criança estabelece objetos internos dentro de si que agem como substitutos e soluções para relacionamentos não satisfatórios com objetos externos reais. Estes objetos são completamente compensatórios, não ditados pela natureza de busca de objeto e biológica da libido (Fairbairn, 1941, p. 40). Quanto maior o grau de interferência e privação nas relações com seus objetos “naturais”, pessoas reais, maior a necessidade do ego em estabelecer relações com objetos internos. Assim, para Fairbairn, enquanto a psicologia é o “estudo dos relacionamentos do indivíduo com seus objetos”, a psicopatologia é o “estudo dos relacionamentos do ego com seus objetos internalizados” (Fairbairn, 1943, p. 60). (Greenberg & Mitchell, 1983, p. 117)

Fairbairn pensa a sequência do processo de desenvolvimento, em termos da qualidade e da complexidade do relacionamento com o outro, considerando que esse processo ocorre em três fases: um primeiro período de dependência infantil; seguido de uma fase de transição; e um terceiro estado de maturidade, no qual o indivíduo chega ao que ele denomina de uma “dependência madura” (1941, p. 34). Para ele, é a passagem gradual de uma maneira infantil de relacionamento com o outro (dependência infantil) para um modo mais maduro no qual há uma capacidade para a mutualidade adulta. Greenberg & Mitchell comentam que o elemento e fator central que regula e determina essa passagem, para Fairbairn, é o processo de separação do indivíduo em relação aos objetos mais primitivos (1983, p. 118). Para os objetivos de compreensão de minha tese, isso demarca uma ponte importante entre o problema das adicções e o dos relacionamentos adictivos, ambos consideráveis, então, como problemas que advêm das relações de objetos nas fases mais primitivas do desenvolvimento, em termos das necessidades desses objetos para ao indivíduo (ou seja, as necessidades desses objetos, como fundamento da sobrevivência e como satisfação das pressões instintuais).

Nesse contexto, a psicopatologia também é pensada em termos do desenvolvimento das relações de objeto, como um tipo de perturbação no desenvolvimento das relações com o outro, o que implicaria uma proliferação de relações com objetos internos compensatórios e uma consequente fragmentação interna.

Mas, o que isso significa para a compreensão das adicções? Retomando a concepção de Fairbairn sobre o funcionamento do eu, ele afirma que há um *eu unitário* (diferenciando-se de Freud, para quem o eu advém, num processo de diferenciação, do id) com energia libidinal própria, que busca de relações com objetos externos reais. No início, esse eu é inexperiente e, por isso mesmo, não organizado. Se essas relações do eu com os objetos forem satisfatórias, o eu se mantém coeso e inteiro, criando objetos internos identificados com os objetos externos e aumentando sua integração e organização; mas, se essas relações não forem satisfatórias, objetos internos compensatórios são estabelecidos. Nos casos patológicos, há uma proliferação desses objetos internos compensatórios e o eu se fragmenta: “a cisão do eu é uma consequência (*sic*) desta proliferação de objetos internos, uma vez que porções diferentes do eu permanecem relacionadas a diferentes objetos internos” (Greenberg & Mitchell, 1983, p. 120). O processo de desenvolvimento do eu corresponde, para ele, a uma sequência de relações com os objetos (com os outros), de maneira tal que o eu se identifica com esses objetos tanto na saúde como nos casos patológicos, de maneira que o eu e o objeto são inseparáveis: “um objeto sem qualquer porção correspondente do eu é emocionalmente irrelevante” (p.121), levando-o, então a afirmar que o eu “cresce através de relações com objetos” (*idem*). Nesse sentido, é a fragmentação do eu e o tipo de relação como os objetos internos que dão origem às psicopatologias.⁴ No caso das adicções, pode-se supor que o indivíduo procura nos objetos externos a integração que sente faltar em si mesmo. Trata-se de um problema narcísico,

⁴ O indivíduo com características obsessivas retém ambos os objetos (bom e mau) internamente e procura dominá-los. O fóbico trata esses objetos como externos, procura fugir do objeto mau e se refugia no objeto bom. O movimento de externalizar o objeto mau, para poder odiá-lo, é característico da dinâmica paranoide. Por fim, no quadro das neuroses, o indivíduo com característica histérica faz o oposto do paranoide, isto é, externaliza o objeto bom e se liga com toda força a ele, em seu mundo externo, ao mesmo tempo em que internaliza e rechaça seu objeto mau em seu mundo interno.

por assim dizer, mas um problema narcísico que é pensado não propriamente tomando o eu como objeto de amor, mas tomando a droga como um objeto interno, projetado no exterior, que poderia dar ao indivíduo a coesão que ele sente faltar, uma coesão produzida por sensações corporais. Tal coesão não seria alcançada, pois a coesão de que fala Fairbairn advém da identificação com objetos externos satisfatórios e não pode ser fornecida, por assim dizer, “de fora para dentro”.

*

Seja na perspectiva de Klein seja na de Fairbairn, temos um ego inicial que é frágil ou inexperiente, um ego que não está ainda coeso, à procura de objetos que possam dar alívio às suas tensões e necessidades, um ego que se defende da angústia e procura reparações para o que ocorre consigo e com os objetos com os quais se relaciona.

Assim, podemos dizer que todos esses autores concordariam com o fato de que, no caso dos adictos, há um problema de relacionamento do indivíduo com seu meio, e esse problema não se refere apenas à busca do prazer ou à fuga do desprazer, mas à necessidade de integração e sustentação do eu. Diversos dos autores citados dizem que o adicto busca nas drogas a fuga das angústias aniquiladoras, angústia que se referem à aniquilação do eu, remetendo o problema do adicto a um problema relacionado a uma angústia narcísica.

Nessa formulação do problema central do adicto, também deparamos com a questão: quando surge o narcisismo, quando surge a unidade do sujeito psicológico? Freud parece deixar tal problema em aberto, ora se referindo à situação do autoerotismo e, depois, se referindo ao narcisismo primário e secundário; Klein parece supor um eu primário, desde o início da vida pós-natal, a partir do qual as relações de objeto são vividas; Fairbairn, também parece considerar a existência de um eu inicial que se desenvolve na relações e identificações com os objetos. Talvez esteja aqui um dos pontos centrais que diferencia a posição de Winnicott da de Klein e de Fairbairn. Na sua crítica ao livro de Fairbairn, Winnicott refere-se ao fato de que ele parte do princípio de que, no início, já temos um indivíduo maduro

para estabelecer relações com objetos reconhecidos como externos: “Fairbairn começa por um bebê que é um ser humano total, um ser que experiencia a relação com o seio como um objeto separado, um objeto que experienciou e a respeito do qual tem ideias complicadas. É esta maneira de trabalhar que faz o autor teorizar categoricamente que a ‘libido busca objetos’ etc.”(1953i, p. 318).

Considerando, então, que essa suposição, que me parece também ser possível de ser dirigida criticamente a Klein, acaba por obscurecer o que ocorre nas relações iniciais do bebê com a mãe, especialmente no que se refere à relação de dependência, diz Winnicott:

Parecia que, enquanto Fairbairn esteve se desenvolvendo pessoalmente em acordo com o trabalho psicanalítico honesto, sua teoria foi adversamente afetada pelo fato de ele não haver estado em contato clínico com bebês e casais a criá-los. Em consequência, ele deixa de notar as tremendas diferenças que existem entre as necessidades de bebês “totais” (por jovens que sejam) que experienciam relacionamentos objetais de qualidade oral e aqueles bebês situados no início teórico, que estão emergindo de um estado caracterizado pela identificação primária por haverem experimentado a maternagem. Por causa disso, ele jogou fora seu valioso estudo de dependência na primeira infância. Em qualquer debate do desenvolvimento emocional do bebê, não se deve primeiro decidir se a criança realmente tornou-se ou não (por ser tratada como uma pessoa por seu próprio direito, com necessidades e tensões individuais) um ser separado com respeito à questão da identificação primária? (1953i, p. 321)

CAPITULO 2

ASPECTOS GERAIS DA COMPREENSÃO PSICANALÍTICA DAS ADICÇÕES E DOS RELACIONAMENTOS ADICTIVOS DO PONTO DE VISTA DE WINNICOTT E MCDOUGALL

No que se segue, ao comentar as posições de Winnicott, procurarei mostrar que o que temos no início, para ele, é um bebê imaturo que nada sabe de si nem de suas necessidades, muito menos do que poderia existir fora de uma realidade não-*self*, temos, na verdade, um amálgama mãe-bebê (situação que ele denomina de narcisismo primário), um amálgama que pouco a pouco se diferencia na direção da constituição de um Eu Sou distinto do mundo (a meio caminho, temos os objetos e fenômenos transicionais, caracterizando o momento em que o indivíduo é e não é o objeto ao mesmo tempo).

Na perspectiva desenvolvida por Winnicott e McDougall, construída, por sua vez, na consideração dos autores já citados anteriormente, é possível afirmar que os sintomas da *adicação* e dos *relacionamentos adictivos* estão relacionados à busca pela integração do eu, a busca de si mesmo e de ter um lugar a partir do qual viver (a partir de si mesmo). A meu ver, esses sintomas dizem respeito a angústias que foram geradas por falhas de sustentação ambiental, em fases mais primitivas do desenvolvimento emocional. As complicações que podem advir das dificuldades de administração da vida instintiva ou pulsional, a meu ver, seriam complicadores da situação patológica inicial gerada pelas falhas ambientais, e não propriamente os fatores mais importantes para a compreensão da gênese das adições e dos relacionamentos adictivos.

Retomo, então, primeiramente, com mais detalhes, a posição de Winnicott no que se refere tanto ao processo de desenvolvimento afetivo quanto à sua proposta sobre a origem e a dinâmica das adicções.

1. A compreensão de Winnicott sobre as adicções

Quando Winnicott apresenta sua proposta de que as adicções estão relacionadas aos fenômenos e aos objetos transicionais, talvez pudéssemos dizer que ele está aprofundando as posições freudiana e kleiniana, desenvolvendo outros aspectos das relações objetais, mostrando as características de outro tipo de objeto, de outro modo de relacionar-se com os objetos que não seriam redutíveis nem à dinâmica que foi descrita por Melanie Klein (como as que caracterizam as posições esquizoparanoide e depressiva), nem à freudiana, e certamente esse parece ser um caminho de aprofundamento. No entanto, Winnicott considera que, na fase da transicionalidade há um fenômeno, a ação ou atividade do brincar, que não deve ser confundido ou mesmo pensado como redutível à administração da vida instintual. Ele diz isso de diversas maneiras, uma delas diferenciando-a da atividade da masturbação:

Há algo que desejo afastar do caminho. Nos trabalhos e estudos psicanalíticos, o tema do brincar já foi intimamente e em demasia vinculado à masturbação e às variadas experiências sensuais. É verdade que, quando nos defrontamos com a masturbação, sempre pensamos: o que é a fantasia? E é também verdade que, observando o brincar, tendemos a ficar imaginando qual é a excitação física que está vinculada ao tipo de brincadeira a que assistimos. Mas o brincar precisa ser estudado como um tema em si mesmo, suplementar ao conceito de sublimação do instinto. (1968i, p. 60)

Então, parece que há, na sua posição, algo diferente do que propusera Freud na compreensão das adicções, dado que estas não seriam referidas à masturbação (ou ainda, a uma questão de relação de objeto que seria pensada em termos do princípio do prazer, na administração da vida instintual), mas referidas aos fenômenos transicionais e à atividade do brincar

(díspar em sua natureza e essência da atividade que impulsiona a vida instintual). A ação de brincar é considerada como uma ação associada a um tipo de vivência (transicional) que deve ser pensada em si mesma, uma ação espontânea do indivíduo que, por sua vez, não é redutível à busca do prazer, mas a outro tipo de busca. Talvez Winnicott esteja acrescentando algo à compreensão das adicções que não esteja associado nem à procura pelo prazer nem à procura pela descarga de excitações, ou seja, há a consideração de outro objetivo para o ato de usar drogas.

Essa perspectiva me parece muito mais próximo das formulações que compreendem que o indivíduo procura um alívio (sustentação) no ambiente, procura reparar o ambiente no qual pode existir, procura integrar-se etc.; ou seja, uma posição que, a meu ver, parece integrar as perspectivas de entendimento que apresentei até agora, aumentando, assim, a capacidade de descrição desses fenômenos, respeitando-se a sua complexidade.

Em seu artigo sobre os objetos e fenômenos transicionais, Winnicott pergunta: “um investigador que efetuasse um estudo desse caso de vício em drogas daria a devida consideração à psicopatologia manifestada na área dos fenômenos transicionais?” (1953c, p. 37). Essa questão nos leva a pensar que a gênese do comportamento do adicto está na ocorrência de falhas ou traumas na fase da transicionalidade. Essa fase corresponde, para Winnicott, a um momento em que começa a ocorrer a distinção entre o fora e o dentro, o eu e o mundo, não tendo, ainda, sido alcançado o estágio em que há um indivíduo separado do mundo; ou seja, não há ainda um indivíduo se relacionando com objetos externos reconhecidos como tais. Os objetos e os fenômenos transicionais correspondem, ao mesmo tempo, a uma união e separação do dentro e do fora, à separação e à união do indivíduo com o mundo, num processo que leva ao processo de amadurecimento em direção à constituição de uma pessoa inteira distinta do mundo externo.

Retomaremos a maneira como Winnicott caracteriza os objetos e fenômenos transicionais, para depois mostrar que a adicção, como sintoma, corresponde à procura paradoxal, pelo indivíduo, tanto da sua integração

quanto da sua separação do mundo, o que também corresponde à busca e ao encontro de si mesmo.

Antes disso, no entanto, é necessário que possamos visualizar a linha geral e as fases que Winnicott considera haver na sua compreensão do processo de desenvolvimento emocional humano do ponto de vista da psicanálise, dado que ela não só explicita que tipo de relação há entre o indivíduo e o ambiente e o indivíduo e os objetos desse ambiente como também mostra como se constitui e se integra o eu também na relação do indivíduo com o ambiente.

Winnicott se refere ao processo de desenvolvimento emocional de diversas maneiras: às vezes, comenta as fases de desenvolvimento da libido, tal como Freud propôs nos três ensaios (fase oral, anal etc.); noutras, tem as posições esquizoparanoide e depressiva como quadro para seus comentários; e noutras, ainda, se refere ao processo que vai da não integração à integração, do ser para o fazer, do incompadecimento ao compadecimento, da relação com a realidade subjetiva para a objetivamente percebida (passando pela realidade transicional), e, foco que será a opção aqui escolhida para apresentar sua maneira de ver esse processo, a linha do desenvolvimento, que vai da situação de dependência absoluta do início à de independência relativa da maturidade.¹

Para Winnicott, seguindo uma de suas chaves de classificação (1960c, pp. 45-46), há três grandes fases, todas pensadas em termos da relação de dependência que o indivíduo tem com seu ambiente,² a saber: a fase da dependência absoluta (da origem aos três ou quatro primeiros meses); a fase da dependência relativa (aproximadamente até um ano e meio), que congrega um período inicial denominado desmame ou desilusão, seguido da fase da transicionalidade e, depois, pela fase do uso do objeto; e o terceiro momento, a fase rumo à independência, que também é denominada de fase

¹ Esta teoria do desenvolvimento é apresentada em diversos de seus textos (1945h, 1958j, 1965r, 1965t, 1988). Ainda que ele mesmo não tenha sistematizado sua proposta, alguns comentadores de Winnicott têm tentado fazer uma apresentação sistemática de sua obra (Abram, 2008; Dias, 2003; Fulgencio, 2015; Spelman, 2013a, 2013b).

² Winnicott apresenta, em termos gerais, a sua compreensão do processo de desenvolvimento, por exemplo, no seu livro *Natureza humana*.

do *concern*, que corresponde também a outro nome dado ao que Melanie Klein denominou de posição depressiva.

Apresentando-as resumidamente, para termos uma visão geral desse processo, pode-se dizer que, em termos gerais, Winnicott considera que o indivíduo nasce não integrado, numa fase inicial que denomina de dependência absoluta; segue, integrando-se com a ajuda do ambiente, numa fase denominável de dependência relativa, até o momento em que conquista a possibilidade de distinguir entre o eu e o não-eu; prosseguindo, então, pela fase do *concern*, termo que foi traduzido como *concernimento* (apesar de essa palavra não existir na língua portuguesa) ou preocupação, cujo desenvolvimento o leva a conquistar, na saúde, a possibilidade de sentir-se como uma pessoa inteira que se relaciona com os outros (também reconhecidos como pessoas inteiras) num cenário edípico em que o indivíduo tem que administrar sua instintualidade nas relações interpessoais. A transicionalidade corresponde a um dos fenômenos que tem origem na fase da dependência relativa, quando a diferenciação entre interno e externo, entre o eu e o não-eu, ainda não ocorreu de forma mais marcante. Vou, então, retomar, com mais detalhes a descrição das dinâmicas psicoafetivas, as tarefas e conquistas que ocorrem nessas fases, procurando ressaltar alguns aspectos gerais dessas fases em função da compreensão do problema das adicções e não com o objetivo de fazer uma exposição completa do que ocorre nesse processo.

No início, na fase que Winnicott chamou de dependência absoluta, o bebê não é integrado e é totalmente dependente da mãe ou de quem faz esse papel, sem ter nenhuma ideia ou percepção dessa dependência (Winnicott, 1955c, p. 371). Nessa fase, os objetos com os quais ele se relaciona (o seio da mãe, por exemplo) são, do seu ponto de vista, derivados de suas necessidades e criados por ele, tendo, assim, um modo de relação com a realidade que ele denomina de subjetivo.³ É nesse sentido que ele

³ Como afirma Fulgencio: “A noção de objeto subjetivo corresponde a uma das grandes novidades propostas por Winnicott. Não se trata de um objeto alucinado, nem imaginado, mas criado num mundo em que não existe propriamente o bebê e os objetos que são não-bebês, mas num mundo em que os objetos são também o bebê (por tratar-se de um tema ainda pouco explorado, faço uma indicação mais extensa de algumas referências

afirma que o bebê não existe (1958d, p. 165), ou seja, não existe sozinho, só por ele, sem que haja sempre um ambiente que o sustente.

Na continuidade do processo de desenvolvimento, ocorre uma diferenciação gradual que levará o indivíduo ao reconhecimento do mundo externo (objetivamente dado) e do mundo interno como distintos, com a constituição e o reconhecimento de si mesmo como uma unidade separada do mundo. Nesse caminho, ocorrerá o processo gradativo de separação entre ele e a mãe. Esse momento de dependência relativa corresponde ao início do processo de separação da criança em relação à situação de “amalgama” (termo usado por Winnicott) inicial com a mãe, e é nessa passagem em direção ao reconhecimento da realidade externa que surgem os objetos e fenômenos transicionais, objetos que não estão nem no mundo interno nem no mundo externo da criança. Entre o modo subjetivo de relação com a realidade, que caracteriza a situação de amalgama inicial, e o modo de relação objetivo, no qual há um indivíduo que se relaciona efetivamente com objetos externos, há uma fase intermediária na qual surgem os objetos e fenômenos transicionais (1953c, p. 14).

Ao explicitar sua concepção sobre o que são os fenômenos transicionais – como um modo de relação com a realidade e seus objetos –, Winnicott afirma: “Introduzi os termos “objetos transicionais” e “fenômenos transicionais” para designar a área intermediária de experiência, entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a atividade criativa primária e a projeção do que já foi introjetado, entre o desconhecimento primário de dívida e o reconhecimento desta (Diga: ‘bigado’).” (1953c, p. 14)

importantes de Winnicott a este tema (1965j, pp. 168-172; 1965n, p. 56; 1971b, p. 12; 1971l, p. 177; 1971va, p. 140; 1988, pp. 121-135 e p. 147-151). Poder-se-ia fazer uma crítica aos que consideram Winnicott um teórico das relações de objeto – especialmente Greenberg e Mitchell (1983) –, dado que o objeto subjetivo não seria *mais um objeto* (não há, no caso dos objetos subjetivos, um sujeito que se relaciona com um objeto, como dois aspectos ou elementos distintos da realidade: A se relacionando com B). Nesse sentido, Winnicott não seria propriamente um teórico das relações com os objetos, no sentido que foi dado a essa expressão na história clássica da psicanálise (cf., por exemplo, Laplanche & Pontalis, no vocabulário de psicanálise), mas [...] um teórico das relações com o ambiente” (Fulgencio, 2015, texto em fase de publicação e citado com a permissão do autor).

Ao explicitar sua concepção sobre o que são os fenômenos transicionais, como um modo de relação com a realidade e seus objetos, Winnicott comenta que o objeto transicional é usado tal como se fosse a mãe, no lugar da mãe, fazendo as vezes da mãe, desde que a mãe seja efetivamente uma presença para a criança (1955c, p. 19). Essa presença quer dizer tanto uma presença física como uma certeza de que a mãe não desapareceu (ou seja, ela pode estar ausente fisicamente, mas por um período de tempo x, no qual a criança pode manter a presença da mãe mesmo na sua ausência física; para além desse tempo, a mãe morreu). O objeto transicional é símbolo da mãe, substitui a mãe, mas num sentido específico no qual o faz na presença da mãe. Diz Fulgencio:

No entanto, se a mãe morre (quer dizer, desaparece por um tempo maior do que o suportável para mantê-la viva, ou presente), então a importância do objeto transicional é inflacionada até a morte afetiva do objeto (indiferença pelo objeto), ele deixa de ser a mãe criada/encontrada/materializada num objeto, passando a ser algo externo e sem valor para a criança (Winnicott, 1953c, p. 24); ou então, num sentido oposto, numa tentativa de negar a morte da mãe, ele se transforma num objeto-fetice, ou num objeto que vem substituir a mãe morta, supervalorizando o objeto como sendo a mãe, ou melhor, na tentativa de reencontrar a mãe que desapareceu (na sua perspectiva para sempre), ou seja, para além de sua dimensão de tempo subjetivo que pode considerar presente aquilo que está ausente, para além desse tempo não há tempo e tudo é para sempre. (Fulgencio, 2015, texto em fase de publicação e citado com a permissão do autor)

Os objetos e fenômenos transicionais correspondem à percepção de que há um modo de ser do indivíduo em que ele está a meio caminho de reconhecer-se como separado do mundo. Trata-se tanto de um momento em que o indivíduo está separado quanto unido ao mundo, tanto ao mundo externo quanto ao interno. Para Winnicott, parece haver uma busca, pelo adicto, daquilo que se vive com os objetos transicionais, estar unido e separado com os objetos, e talvez seja justamente isso o objetivo do adicto, tanto encontrar-se separado como unido ao mundo. Diz Winnicott: “A adicção

pode ser descrita como uma regressão a um estágio em que os fenômenos transicionais não eram questionados” (Winnicott, 1953c [1951], p. 331).

É nesse sentido que os fenômenos adictivos aparecem substituindo os fenômenos transicionais. A droga ou outro tipo de objeto-droga, como diz Gurfinkel (2011), vem substituir a mãe ausente. Nessa direção, parece que Winnicott abre um novo campo de investigação com base no estudo dos objetos e fenômenos transicionais.

Ao descrever a área intermediária entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, Winnicott nos brinda com um pensamento que permite compreender como se dá a gênese da construção do eu e do objeto significativo para determinado sujeito, e de como nessa etapa decisiva do desenvolvimento se assentam as bases para a saúde e para a capacidade de simbolização que a caracteriza. A adicção pode ser compreendida então como parte da psicopatologia manifestada nas áreas dos fenômenos transicionais, já que a droga, no caso, é um objeto-fetice que expressa o fracasso na passagem do estágio de dependência absoluta para a dependência relativa. A função de objeto-fetice é modificada de elemento de comunicação para negação da separação, e aqui encontramos uma falha simbólica que marca profundamente a vida do sujeito. (Gurfinkel, 2001, p. 226)

O padrão de relacionamento da criança com o mundo, caracterizado por Winnicott como o dos fenômenos transicionais, começa a surgir, para ele, por volta dos seis meses de idade. Ele afirma que existe, para todo indivíduo que chegou a uma unidade, um interior e um exterior, mas que isso não é suficiente para descrever os modos de relação dos indivíduos (crianças ou adultos) com o mundo. Há, pois, a necessidade de considerar uma área intermediária de experimentação, para qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa, uma área intermediária entre o subjetivo e aquilo é objetivamente percebido. Essa área é, ao mesmo tempo, uma área de ilusão (1953c, p. 15) – a de criar o mundo – e de realidade, que vai ao encontro do mundo externo “real” (por oposição à “ilusão”). Winnicott considera que os objetos transicionais são criados e encontrados, o que caracteriza determinado tipo de fenômeno.

Mais ainda, não são apenas os objetos que são criados e encontrados, o próprio indivíduo (seu *self*) é criado e encontrado nessa dinâmica. A possibilidade de relacionar-se com objetos, em termos da transicionalidade, corresponde também ao início da possibilidade de brincar e de simbolizar (1953c, p. 19), um tipo de atividade na qual o indivíduo encontra a si mesmo e o outro, um tipo de atividade em que o indivíduo é criativo e se relaciona com o mundo.

O destino do objeto transicional é que ele deixe de ser investido afetivamente, ou seja, descategorizado, perdendo o significado. Isso acontece porque os fenômenos transicionais se tornam difusos e se espalham pela vida cultural e relacional, levando o indivíduo, na saúde, à vida grupal e cultural, sem perda de si mesmo. Para Winnicott, a compreensão da dinâmica que caracteriza os fenômenos transicionais leva à compreensão do que é o brincar, da criatividade, da produção artística, do sentimento religioso, do sonhar, como também do fetichismo, do mentir, do furtar, da origem e da perda do sentimento afetivo, e, como foco de análise dessa compreensão que Winnicott tem das adições, além de outros fenômenos associados ao uso de objetos, tais como o talismã dos rituais obsessivos etc. Diz Winnicott:

Trata-se, em nosso ponto de vista, de associar os objetos e fenômenos transicionais a um conjunto de fenômenos que integram, unem e separam o indivíduo do mundo. Nesse sentido, a adição seria uma tentativa de integração, de procura de si mesmo, paradoxalmente realizada com o uso das substâncias que alteram a percepção de si mesmo (as adições químicas) e com a ação de intensos processos identificatórios, nos quais um indivíduo se perde e se mistura no outro. A nosso ver, a droga não é a busca do prazer, nem a de um objeto perdido, nem a rejeição da lei ou da castração, mas o instrumento para sentir a si mesmo. (1953c, p. 19)

Dado o foco da compreensão de Winnicott sobre as adições, isso nos leva a considerar que o problema das adições é o da união e da diferenciação entre o dentro e o fora, entre o mundo subjetivo e o objetivo, ou ainda, noutros termos, um problema que diz respeito à diferenciação e

encontro entre o indivíduo e o mundo exterior, num momento em que, paradoxalmente, eles estão juntos e separados.

Quando ocorrem falhas nesse momento da experimentação inicial da transicionalidade, o indivíduo reage de diversas maneiras, seja regredindo ao modo de funcionamento anterior (criando um mundo próprio), seja procurando um substituto para os objetos transicionais ou um substituto que torne possível a vivência dos fenômenos transicionais. Quando ocorre esse segundo tipo de reação, temos tanto a origem de objetos-fetiche quanto a origem de modos de relação com objetos que possam fornecer a sensação de união e distinção com o mundo. Creio que as adições, do ponto de vista de Winnicott, dizem respeito a esses dois modos de reagir: a droga como objeto-fetiche e a droga como modo de gerar um tipo de sensação. Assim, o indivíduo que vive ou viveu falhas nesse período da transicionalidade retomará o estado de tensão que caracteriza esse momento do passado, procurando uma solução num modo de relação que retome a vivência da transicionalidade via o uso de drogas ou de relações de dependência. Assim, a comida, as drogas, o álcool, o tabaco ou a relação com os outros podem, temporariamente, encobrir a falha na constituição de si e, em outras palavras, preencher uma função ambiental, materna. O uso de substâncias ou mesmo a atuação na efetivação de relacionamentos de dependência patológica são uma tentativa de retomar o que o indivíduo tinha na relação com os objetos transicionais da infância, ou seja, a união e a distinção de si mesmo e do mundo.

No entanto, essa solução, ainda que pareça inicialmente cobrir uma lacuna, corrigindo uma experiência passada (Winnicott, 1945h, p. 36), fracassa na sua estabilidade pelo fato de ser uma tentativa de solução externa para problemas internos, fornecendo somente um alívio temporário ao sofrimento psíquico, seja em termos de sentir-se a si mesmo como real, seja em termos de constituir-se na relação com os outros.

Caberia, então, na continuidade desse tipo de análise, explicitar um pouco mais quais seriam algumas das condições ambientais que tornam possível à criança integrar-se num eu. Ou seja, temos que referir e descrever

um pouco mais o que está ocorrendo nos estágios iniciais anteriores à fase da transicionalidade para que possamos ter uma compreensão mais plena, e talvez mais operativa, do ambiente necessário para que um indivíduo se integre e não precise— no quadro desse tipo de compreensão —usar qualquer tipo de droga (das químicas até às relações com os outros quando estas são adictivas) para encontrar-se a si mesmo. Isso é fundamental não só para a compreensão da transicionalidade, mas porque talvez indique e evidencie outro fenômeno que pode estar relacionado com a questão da adicção em termos dos tipos de acontecimentos e de sensações corporais que parecem ser uma das características principais buscadas pelo uso da droga.

Winnicott (1954a, p. 335) descreve o conceito de mãe suficientemente boa como aquela que teria a capacidade de entender e atender às necessidades da criança, ou seja, a mãe que pode fazer um *holding* adequado para o bebê: o *holding* inicial atende a um bebê que é totalmente dependente da mãe, um bebê que nem mesmo tem a capacidade maturacional de reconhecer que existe um ambiente do qual depende. Winnicott diz que, no início, não existe para o bebê uma realidade que não seja ele mesmo, não existe uma realidade *à parte* (1988, parte IV, cap. IV e V). Afirma Winnicott: “em sua terminologia, a mãe suficientemente boa é aquela que é capaz de satisfazer as necessidades do bebê no início e satisfazê-las tão bem que a criança, em sua saída da matriz do relacionamento mãe-filho, é capaz de ter uma breve ilusão de onipotência” (1965n, p. 56).

A criança tem a ilusão de que o mundo aparece e desaparece de acordo com as suas necessidades, como se das suas necessidades é que adviesse o mundo.

A mãe pode fazer isso porque ela se dispôs temporariamente a uma tarefa única, que é a de cuidar de seu bebê. Sua tarefa se torna possível porque o bebê tem a capacidade – quando a função do ego auxiliar da mãe está em operação – de se relacionar com objetos subjetivos (ou seja, aqueles objetos que, do ponto de vista do bebê, são criados por ele a partir de suas necessidades, mas que, do ponto de vista do observador, são oferecidos ao

bebê). Certamente isso não ocorre o tempo todo e a realidade externa acaba por se impor em maior ou menor intensidade. Nesse aspecto, o bebê pode chegar de vez em quando ao princípio da realidade, mas nunca em toda a parte de uma só vez; isto é, o bebê mantém áreas de objetos subjetivos juntamente com outras em que há algum relacionamento com objetos percebidos objetivamente, ou de objetos não (Winnicott, 1965n, p. 565).

Para Winnicott, nesse estágio que está sendo discutido aqui é necessário não pensar o bebê como uma pessoa que sente fome e cujos impulsos instintivos podem ser satisfeitos ou frustrados, e sim como um ser imaturo que está continuamente a ponto de sofrer uma falta de sustentação ambiental que, para ele, pode significar seu aniquilamento. Essa angústia de aniquilamento da existência é caracterizada por Winnicott como uma ansiedade inimaginável (1989vi, pp. 99-100). Nesse momento, em seu estado de imaturidade, o bebê não só não tem como se defender desse tipo de falha ambiental como também não tem, ainda, uma capacidade para imaginar ou pensar esse tipo de falha. O bebê (ou a criança) pode ser protegido desse tipo de ansiedade em função da sustentação ambiental (que, ao se adaptar a suas necessidades, evita que tais angústias surjam). Essa angústia pode então ser evitada pela função vitalmente importante da mãe nesse estágio: a da capacidade de se pôr no lugar do bebê e saber o que ele necessita no cuidado geral de seu corpo e, por consequência, de sua pessoa.

Esse tipo de adaptação possibilitará que a criança tenha uma série de experiências corporais e afetivas, possibilitará que ela “crie” ou “encontre” um tempo e um espaço próprios e subjetivos que serão a base de sua integração como pessoa. É nesse período que surge, em função da adaptação ambiental, aquilo que Winnicott denominou de a capacidade de ter “fé em...” (cf. Winnicott, 1963d, 1986k), ou seja, de ter a sensação de que há algo no mundo que pode interessar ao indivíduo. É também nesse período inicial que Winnicott afirma que ocorre, de forma mais significativa, o que ele chama de personalização ou alojamento da psique no corpo. Esses acontecimentos ou conquistas do desenvolvimento correspondem a processos de integração do indivíduo que o impulsionam para a fase da transicionalidade, mais tarde, para a fase do concernimento (ou da posição depressiva), com a constituição

de um eu que se relaciona com outros eus, tanto em termos de processos identificatórios quanto relacionais.

Winnicott (1958g, p. 34) diz, como um dado do processo de integração do indivíduo, que a capacidade de ficar só surge de um paradoxo: somente se sentindo acompanhado, pela presença da mãe, é que a criança pode ficar só. A capacidade de estar só depende da existência de objetos bons para o indivíduo (utilizando uma linguagem que se origina dos conceitos de Klein). Mas o que é um objeto bom? Parece que, nessa perspectiva, um objeto bom é aquele que está de acordo com as necessidades do bebê ou da criança:

Um objeto interno bom, junto com a confiança em relações internas, lhe dá autossuficiência para viver, de modo que ele ou ela pode descansar contente mesmo na ausência de objetos e estímulos externos. Maturidade e capacidade de estar só significam que o indivíduo teve oportunidade, através da maternidade suficientemente boa, de construir uma crença num ambiente benigno. Essa crença se constrói através da repetição de gratificações instintivas satisfatórias. (Winnicott, 1958g, p. 34)

Partindo da situação inicial de não integração, mas sustentado pelo ambiente (mundo subjetivo), ocorrerão diversos processos integrativos, levando ao momento em que o eu e o mundo estão unidos e separados (mundo transicional) e à conquista do “eu sou separado do mundo”, do “eu sou uma pessoa inteira que se relaciona com os outros como pessoas inteiras”.

Um indivíduo só poderá atingir o estágio do “eu sou” se existir um meio protetor; o meio protetor é de fato a mãe preocupada com sua criança e orientada para as necessidades dela por meio de sua identificação com a própria criança.

Somente aqueles que puderam ter esse tipo de cuidado inicial é que terão a possibilidade de estarem sós. Estar só é uma decorrência do “eu

sou”. É aceitando a importância da capacidade de estar só que a criança pode descobrir sua vida pessoal própria.⁴

Ao desenvolver o que são os objetos e fenômenos transicionais, Winnicott também introduz a questão do brincar como um modo de ação do indivíduo que está associado a esse tipo de relação objetal. Ele considera, assim, que na atividade do brincar o indivíduo cria e encontra o mundo, mais ainda, que nessa atividade ele expressa e encontra a si mesmo: “É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral; e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*self*)” (1971r, p. 80).

Mas, o brincar, para Winnicott, não tem como fundamento a procura do prazer, mas a procura da expressão do si mesmo, uma expressão que é, ao mesmo tempo, o encontro com o si mesmo. É nesse sentido que Winnicott procura separar do brincar a questão da masturbação, diferenciando uma ação da outra. Diz Winnicott:

É possível que tenhamos perdido algo pela vinculação demasiadamente estreita que temos feito em nossas mentes desses dois fenômenos (brincar e atividade masturbatória). Tenho procurado demonstrar que o elemento masturbatório está essencialmente ausente no momento em que uma criança brinca; ou, em outras palavras, quando uma criança está brincando, se a excitação física do

⁴Para salientar esse aspecto do problema das adicções, é interessante notar que Kalina (1999) comente o fato de que os adictos têm grande dificuldade de ficar sós: “O dependente não suporta a solidão justamente porque, nela, fica sem apoio, ou melhor, porque na solidão volta a experimentar a insuficiência do apoio recebido quando era criança. Esse reencontro com o ausente (os afetos) tem para o dependente o efeito de uma catástrofe. O fato de a solidão equivaler à vivência de morte deve-se, precisamente, a isto: a solidão adquire o caráter de uma experiência na qual o dependente se percebe vazio, isto é, sua inconsistência. Trata-se de um sentimento de impotência irreversível, na medida em que, dominado por ele, o dependente não tem a quem recorrer para suportá-lo e, muito menos ainda para superá-lo. Assim o ato drogadicativo pode ser visto como uma prevenção: o dependente o realiza para evitar que se manifeste, com toda sua contundência, a experiência desintegradora da solidão-morte. Paradoxalmente, consumando este ato de maneira sistemática (isto é, claramente adictiva), vê-se favorecida a irrupção da definitiva aniquilação”. (Kalina et al., 1999, p. 34).

envolvimento instintual se torna evidente, então o brincar se interrompe ou, pelo mesmo, se estraga. (1971r, p. 60)

Para Winnicott, esse brincar será a base do processo que leva ao encontro e à comunicação com o outro na vida do homem em cultura (cf. Winnicott, 1967b, 1971q) e que leva, assim, também ao encontro de si mesmo e ao encontro do outro.

Podemos, então, afirmar que ele considera que as adicções são também, ou essencialmente, um modo de procura do *self*, uma maneira de buscar e encontrar uma identidade unida e separada do mundo, uma busca desesperada do indivíduo que, por meio do uso das drogas e seus efeitos corporais, parece fornecer, paradoxalmente, o sentimento de estar unido e separado do mundo.

Joyce McDougall aprofundou essa perspectiva apresentada por Winnicott ao formular uma perspectiva própria sobre a gênese e a dinâmica das adicções, reconhecendo que estas, além de poderem ter sua origem em falhas na fase inicial de experimentação dos fenômenos transicionais, também podem ser geradas em função das angústias vividas tanto no período anterior ao da transicionalidade (angústias de aniquilamento, angústias denominadas por Winnicott como impensáveis e surgidas antes da constituição de um eu distinto do mundo externo) como em momentos posteriores (angústias que derivam das relações objetais propriamente ditas, quando os objetos são reconhecidos como externos e a relação com eles já está colocada no quadro do cenário edípico, no qual as angústias de castração podem ser intensas). Além disso, ela também reconhece outro tipo de fenômeno patológico, ao qual denominou *relacionamentos adictivos*; a meu ver, um fenômeno próximo do que Federn já havia nomeado de “adictos do amor” e do que Glover denominou de “adictos sem drogas”. No que se segue, procuro, então, explicitar qual é a sua perspectiva de entendimento tanto das *adicções* quanto dos relacionamentos *adictivos*.

2. A compreensão de McDougall sobre as adicções e os relacionamentos adictivos

Joyce McDougall dedicou-se ao estudo e tratamento das adicções, dentre outros interesses, dentre ao longo de quase toda a sua vida. Seus textos mostram suas referências psicanalíticas e a influência que Winnicott teve na sua vida e no seu pensamento. Ela elaborou uma concepção própria do que é a dinâmica psíquica das adicções, bem como mostrou como essa dinâmica está presente em muitos tipos de relações nas quais não há uma droga como objeto específico, mas cuja dinâmica se assemelha à que caracteriza as adicções. Nesse item procuro retomar o essencial de suas propostas de entendimento das adicções, tendo em vista focar alguns pontos que me servem de referência para a compreensão do que são os relacionamentos adictivos.

Dentre seus textos, o que me parece ser uma versão mais madura e elaborada das concepções de McDougall é seu artigo “L'économie psychique de l'addiction”(2001), ainda que seu entendimento dependa da compreensão de seus trabalhos anteriores (especialmente 1991,1992). Nesse sentido, vou apresentar sua concepção sobre a origem e dinâmica das soluções adictivas, apoiando-me, como um trilha para exposição, nesse artigo, acrescentado um ou outro ponto quando considerar que eles contribuem para a compreensão de meu problema.

O modo como Freud e Klein explicam o fato de alguém se tornar um dependente químico diz respeito à maneira como a pessoa administra suas pulsões nas relações interpessoais e interfamiliares ou como essa pessoa administra suas relações de objeto. Para McDougall (2001), trata-se de compreender a drogadicção, principalmente, como associada à relação inicial com a mãe, perspectiva na qual a relação de dependência com o ambiente é posta em evidência, e a relação com o objeto transicional precisa ser distinguida das relações de objeto no seu sentido clássico, dado que ele não é um objeto externo. Nesse sentido, a dependência nos casos de drogadicção será pensada tanto em termos da procura de um objeto (tal como deriva da compreensão clássica das relações de objeto) quanto em

termos das relações de dependência do ambiente (incluindo aqui a compreensão dos fenômenos transicionais).

Para McDougall a procura por adictivos corresponde, na verdade, a um mecanismo presente na vida cotidiana saudável, mas que, em alguns casos, torna-se um tipo de vício. No caso da dependência química, o que ocorre é que o adicto usa a droga como a única alternativa que ele encontra para aliviar ou mesmo procurar suprimir seus sofrimentos; o adicto é, na verdade, um tipo de escravo da droga, como sua “única solução para escapar da dor mental” (2001, p. 11). De modo geral, todo dependente químico é alguém que procura uma descarga de suas tensões psíquicas internas – seja essa tensão prazerosa ou dolorosa, tanto produzida a partir de seu interior quanto gerada por fatores externos (2001, p. 12) – via uma solução “externa”, física, levando-o a um tipo de compulsão. Diz McDougall nesse sentido:

Nós podemos propor, então, que a dimensão mais urgente da economia psíquica que subentende a conduta adictiva é a necessidade de se livrar tão rapidamente quanto possível de todo sentimento de angústia, de cólera, de culpabilidade ou de tristeza que fazem sofrer, até mesmo sentimentos aparentemente agradáveis ou excitantes, mas são vividos inconscientemente como a serem evitados ou perigosos. A partir da descoberta da solução adictiva, torna-se compulsivo a reencontrar ante a todo sofrimento psíquico. Em resumo, a dependência implica sempre uma mistura de dor e prazer. (2001, p. 15)

Para ela, essa afecção patológica é um sintoma que tem origem nos estágios mais primitivos do desenvolvimento afetivo e está ligado à relação do bebê ou à criança com a mãe e os cuidados (falhos) que ela fornece, relação marcada tanto pela procura da união com a mãe quanto pelo pavor de ser devorado por ela (2001, p. 18). A observação clínica descrita por McDougall descreve que a mãe representada por pacientes que recorrem à adicção é composta por dois tipos: uma que cuida e outra que é incapaz de cuidar da situação de dependência do bebê:

Procurando resumir as representações maternas de meus pacientes que sofrem de compulsões alimentares, eu observei que eles

atribuem frequentemente duas características contrárias a suas mães: por um lado, a mãe é descrita como alguém que recusa o menor contato corporal [o que pode ser interpretado como um terror da mãe de ser devorada, absorvida e esvaziada por seu bebê] e, por outro lado, as crianças a vêem como superprotetora e dependente deles. Num certo sentido, essas mães são apresentadas como muito preocupadas pelos sofrimentos físicos de suas crianças, mas mantendo-se incapazes de entender e compreender suas dores psíquicas. (2001, p. 18)

Num certo sentido, talvez retomando algumas das contribuições feitas por Melanie Klein, ela considera que nestes pacientes convivem uma representação interna de uma mãe “boa” e de uma mãe “má” que o paciente luta para controlar, encontrando na droga um meio (externo) que parece oferecer uma solução pra seu conflito. Diz McDougall: “O objeto externo privilegiado desses analisandos é um substituto da mãe primitiva, sentida sucessivamente como excessivamente ‘boa’ e excessivamente ‘má’: ao mesmo tempo, é um objeto-coisa a ser controlado a seu bel-prazer” (1992, p. 62).

McDougall diz, ainda, na procura de descrever uma situação específica que daria origem ao sintoma de adicção, que cada criança, inicialmente em relação simbiótica com a mãe, precisa encontrar uma solução para o problema da separação desta, dado que a permanência nessa situação impossibilitaria sua própria existência (2001, p. 18). Apoiando-se na compreensão que Winnicott tem dos estágios iniciais do desenvolvimento, ela procura, então, esclarecer os fenômenos em jogo na situação mãe-bebê que caracteriza as relações mais primitivas. Retomando a fórmula de Winnicott – “um bebê, isso não existe!” –, ela comenta o fato de que nunca encontramos um bebê sozinho, que sempre há alguém que se ocupa dele, para salientar que o bebê tem uma relação simbiótica com a mãe (2001, p. 21). Para McDougall, no mesmo sentido em que Winnicott fala da “dupla amamentante” (1958d, p. 165), ela se refere ao fato de que, no início, o que temos é uma “constelação mãe-bebê”; isso quer dizer que o bebê é completamente dependente da provisão da mãe, tanto em seu útero como no começo de sua

vida como lactente. No início, é a mãe quem faz um ambiente favorável para o bebê, ela é o ambiente, por assim dizer, precisando naturalmente do apoio do pai da criança e de todo o entorno familiar. Quando o bebê nasce, a mãe, por determinações fisiológicas e psicológicas, fica em um estado regredido próprio e adequado para a compreensão (interpretação adequada) do que o bebê necessita – o estado de preocupação materna primária, tal como caracterizado por Winnicott (1958n), dizendo que, no fim da gravidez e nas primeiras semanas depois do nascimento, a mãe está devotada ao cuidado do bebê, que parece ser parte dela mesma. Para isso, a mãe usa as próprias histórias e experiências, especialmente as que teve quando foi cuidada como bebê, mas também o conjunto de experiências posteriores do mesmo tipo (1965r, p. 81). Nos primeiros meses, com a mãe nesse estado de “preocupação materna primária” e o bebê sem saber nada de si e do ambiente, ocorre uma experiência profunda de dependência que Winnicott denomina de dependência absoluta – o termo “absoluta” refere-se ao fato de que o bebê depende do ambiente (mãe) sem ter a mínima noção de que depende, e que, para o bebê, não há um ambiente separado dele mesmo (1965r, p. 81). A mãe sustenta o bebê no tempo, quer dizer, ela atende às necessidades físicas e emocionais do bebê de uma maneira que ele não se desilude, não se desespera, e tem o sentimento de que é sustentado, ou seja, atendido. Diz McDougall sobre essa experiência: “Uma mãe ‘suficientemente boa’ – no sentido winnicotiano do termo – experimenta os sentimentos de se fundir com seu bebê ao longo das primeiras semanas de vida” (2001, p. 21). Somente se a mãe estiver nesse estado é que ela poderá sentir-se no lugar do bebê e atenderá suficientemente a suas necessidades – sem a quebra dessa linha de ser do bebê⁵ –, essas necessidades são tanto as que se referem ao corpo (à vida instintual) quanto as que se referem às necessidades de ser ou às necessidades do ego (como ser sustentado, ter

⁵Ao caracterizar a linha da continuidade de ser como fundamento da existência, Winnicott afirma: “A base de todas as teorias sobre o desenvolvimento da personalidade humana é a continuidade, a linha da vida, que provavelmente tem início antes do nascimento efetivo do bebê” (1987a, p. 79).

seu gesto atendido, não ser invadido etc.). As falhas da mãe nessa fase são sentidas como ameaças à existência pessoal do eu do bebê.⁶

Uma das origens das adicções, para McDougall, corresponde, pois, a falhas nesse período de sustentação inicial. Uma das falhas descritas diz respeito à permanência dessa “simbiose”, permanência excessiva da adaptação materna, não dando espaço para que a criança possa sentir que ela não é apenas formada a partir de fora. McDougall considera que a fusão inicial com a mãe pode persistir para além das fases mais primitivas do desenvolvimento e, se isso ocorrer, pode se tornar uma relação persecutória e patológica para a criança. As adicções seriam, nesse sentido, tentativas de retomar essa relação fusionada.

Por um lado, é sustentada pela adaptação materna na saúde que uma criança pode desenvolver sua vivacidade emocional, sua inteligência e sua eroticidade corporal. A criança depende da mãe real, como um objeto (no sentido psicanalítico do termo) externo real, para sentir-se integrada em si mesma. No entanto, nos casos em que a mãe não dá espaço para a criança, nos casos em que a mãe vive os cuidados com a criança de forma ambígua, ela pode, diz McDougall, “*inibir* o valor narcísico desses aspectos em seu bebê, sobretudo se o bebê servir para atender a necessidades frustradas de seu próprio mundo interno” (2001, p. 21).

Podemos caracterizar esse período inicial ao distinguir dois conjuntos de acontecimentos (ou de adaptação ambiental): no primeiro, a criança está numa relação de dependência absoluta da mãe, no segundo, estando a

⁶ Em termos gerais, pode-se afirmar que, para Winnicott, o desenvolvimento corresponde a uma linha que vai da indiferenciação entre bebê e ambiente, segue como uma homeopática e gradual diferenciação até que o indivíduo se integre em um “eu sou” (separando mundo interno e mundo externo), e prossegue até a possibilidade de estabelecer relações a três corpos no quadro do cenário edípico (dito de outra forma: o amadurecimento é o caminho que vai da dependência absoluta à dependência relativa (Winnicott, 1971d, p. 210). Para ele, o bebê apresenta, em sua constituição, uma tendência inata para a integração (1965m, p. 65). A mãe que pode desenvolver a preocupação materna primária fornece um contexto em que essa tendência pode efetivar-se a fim de que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida. Se a mãe proporciona uma adaptação suficientemente boa à necessidade do bebê, à linha de vida, àquilo que Winnicott define como o ser e a capacidade de ser da criança, há muito pouca perturbação em razão de reações à intrusão, que interromperiam o continuar a ser do bebê (1987a, p. 79).

criança num processo de homeopática diferenciação entre ela e o que advém do mundo exterior, ou seja, já tendo amadurecido a ponto de criar-encontrar os objetos de que necessita, ela vive a fase da transicionalidade (o modo de relação transicional, a relação com os objetos transicionais) que, por sua vez, também depende da sustentação ambiental (ou, de maneira mais sintética, da mãe). Por um lado, considerando o primeiro conjunto de acontecimentos, quando ocorrem falhas, a criança é levada a sentir as denominadas “angústias impensáveis” (quebrar em pedaços, cair para sempre, não ter conexão alguma com o corpo, carecer de orientação), tal como descrevera Winnicott (1965n, p. 57). Quando a falha de sustentação diz respeito à fase da transicionalidade, as angústias são de outro tipo, talvez referidas à falta de integridade que diferencia e une o eu e o mundo. Numa maneira mais ampla, ainda, considerando que há outras angústias (referidas a fases posteriores à da transicionalidade, mais próximas às angústias neuróticas), McDougall afirma sobre as angústias de seus pacientes adictos:

Resulta que a análise de pacientes severamente adictos mostra frequentemente a existência de angústias por sua vez neuróticas e psicóticas. Como todos sabem, as crenças neuróticas entravam o acesso ao prazer sexual e narcísico, enquanto as angústias psicóticas ameaçam o senso de identidade, de integridade corporal e da vida ela mesma. Em consequência, para além do reino das metas libidinais e pré-genitais com suas angústias concomitantes, nós encontramos o erotismo arcaico e mortalmente perigoso expresso por meio de fobias tais como medo de água ou de espaços fechados ou vazios, as crenças de que se vai dissolver ou explodir ou ainda de ser invadido por implosão ou inflação. No curso da análise, outras angústias podem surgir, ligadas à expectativa angustiante de ser esvaziado, vampirizado, cair aos pedaços ou, na relação com o outro, de ser submetido por forças contra as quais é impossível lutar. (2001, p. 19)

Focando, agora, minha atenção na maneira como McDougall compreende a fase da transicionalidade, procuro mostrar como ela descreve este tipo de origem dos sintomas adictivos:

O objeto transicional, quando consegue realizar sua missão, é um pequeno objeto inanimado que encarna o postulado da autocriação, pois é a própria criança que cria o sentido dele – mas o segredo de seu sucesso reside no fato de que encarna para a criança a imagem da mãe ou, mais exatamente, do ambiente maternante, portanto, de uma imagem *em vias de introjeção*, mas que está sempre longe de ser uma identificação simbólica. A criança ainda não está em condições de assegurar para si mesma essa função maternal. O objeto ou a atividade transicionais representam para a criança a união com a mãe e a ajudam a suportar afetivamente sua ausência, assim como, num segundo tempo, a palavra “mamãe” lhe permite pensar nela durante sua ausência. (1992, p. 60)

No entanto, quando ocorrem falhas, seja no período anterior seja especificamente nesta situação, a criança vive um tipo de fracasso na sustentação ambiental, um fracasso que coloca sua existência emocional em risco, surgindo uma angústia que diz respeito à vivência da integração que tornará possível diferenciar dentro e fora, da passagem do mundo subjetivo para o mundo objetivamente reconhecido como tal. Neste momento de fracasso da sustentação ambiental, a criança não pode contar nem com os cuidados da mãe nem com a possibilidade de uso dos objetos transicionais (nesse caso, substitutos da mãe). Quando isso ocorre, diz McDougall:

[...] a criança corre o risco de ter apenas um recurso: clivar-se em dois, uma parte se fecha sobre o mundo subjetivo interno e outra se vira em direção ao mundo exterior sobre a base de uma adaptação complacente àquilo que é solicitado pelos outros, completamente afastada da realidade psíquica íntima. O indivíduo corre o risco de viver daqui em diante como “absolutamente não real”, como não compreendendo nada desse mundo, como nada podendo reter– em suma, como “vazio”. (1992, pp. 60-61)

De modo que, para McDougall e para Winnicott, quando ocorrem falhas tais como as indicadas anteriormente, o indivíduo poderá, retomando o estado de tensão que caracteriza esse momento do passado, procurar uma solução em objetos externos como a droga. Desse modo, a comida, as

drogas, o álcool, o tabaco, ou a relação com os outros podem temporariamente encobrir o estresse psíquico e, em outras palavras, preencher uma função maternal que a pessoa adicta é incapaz de fazer por ela mesma. As drogas parecem reproduzir, ainda que momentaneamente e de maneira fugaz, a sensação de união-separação com o mundo, a de ter um corpo que está ligado ao mundo, mas é diferente dele (um fenômeno com características próximas às das vivências com os objetos transicionais). Esses objetos adictivos procuram substituir os objetos transicionais da infância (que incorporaram o ambiente maternal) e, ao mesmo tempo, deveriam ter liberado a criança de sua relação de dependência com a mãe.

No entanto, contrariamente aos objetos transicionais (e mesmo considerando-se que esses objetos substitutos tentam cumprir a função dos objetos transicionais), os objetos adictivos fracassam pelo fato de que eles não podem substituir uma pessoa, uma relação de comunicação, uma relação que gera um fenômeno transicional que se sustenta no tempo. Poder-se-ia dizer, então, que o uso de drogas corresponde muito mais a uma tentativa de ordem somática do que de ordem psicológica, na busca de uma solução relacional consigo mesmo e com o outro. Talvez seja essa a razão pela qual McDougall denominou os objetos adictivos de “objetos transitórios” – tendo sempre que ser recriados por estarem sempre do lado de fora (1992, p. 55) –; como também propôs o termo “neonecessidade” para descrever a problemática da adicção (McDougall, 1995, p. 188). Ela diz que as necessidades são criadas por frágeis pacientes fronteiriços como uma tentativa ilusória de encontrar soluções para conflitos esmagadores (1995, p. 188).

Do ponto de vista de McDougall, o problema dos adictos diz respeito às suas dificuldades de separação e individuação. O objeto-droga, como procurando substituir a sustentação ambiental dada de modo falho pela mãe (seja na fase da transicionalidade, seja antes dela), está no lugar marcado pela ambiguidade, dado que esta mãe é sentida como ora boa, ora má. Para McDougall, a droga vem a ser um objeto-coisa, associado a essa relação ambígua com a mãe, mas um objeto sobre o qual o adicto procura ter todo o controle (1992, p. 62). O objeto-droga é visto como bom, como a solução

para o indivíduo se livrar de suas dores e de seus conflitos. McDougall entende essa situação considerando que o objetivo do adicto, dado que ele não pode mais confiar na sustentação ambiental ao mesmo tempo em que depende dela, é substituir as falhas e a dependência do ambiente pela droga, na ilusão de que agora é ele que tem o poder sobre situação e do que ocorre consigo.

Esse modo de conceber as relações iniciais levou McDougall a dizer que, “por causa de suas próprias angústias ou temores e desejos inconscientes, uma mãe é capaz de instalar no seu lactente aquilo que pode ser conceituado como um relacionamento adictivo com a presença dela e suas funções de cuidados” (McDougall, 1995, p. 201).

Nessa situação, é importante sublinhar que é a mãe, ela mesma, que está num estado de dependência. Um risco pode então ocorrer, o de que a criança não consiga adquirir uma representação de uma mãe interna “cuidadora”, asseguradora, que normalmente lhe daria a capacidade de se identificar com ela a fim de suportar seus estados de sofrimento psíquico.

McDougall não considera que está apenas na mãe e na relação com ela o ponto de origem das adicções. Para ela, há uma série de questões relacionadas com o pai e até mesmo com o cenário edípico do neurótico que poderiam estar na origem desse tipo de sintoma. No que se refere à importância das falhas paternas para a compreensão das adicções, ela afirma: “É necessário igualmente notar que, em muitas pesquisas clínicas que foram feitas sobre a adicção, o pai, se não está morto, é frequentemente ausente ou, se ele está lá, é frequentemente apresentado como inconsistente, culpado ou incestuoso, e mesmo, em certos casos, é adicto [frequentemente alcoólatra]” (2001, p. 23).

Portanto, para McDougall, os sintomas relacionados às adicções dizem respeito a diferentes tipos de falhas ou fixações no processo de desenvolvimento: as falhas na fase inicial e na fase de dependência relativa (na qual estão presentes os fenômenos transicionais), bem como noutros momentos mais tardios, quando o indivíduo está integrado e tem problemas

em suas relações interpessoais no quadro do cenário edípico. Em cada adicto, há uma composição diferente de falhas que o levam à adicção.

Procurando, agora, apresentar de maneira sintética qual é a compreensão que McDougall tem da economia psíquica das adicções, pode-se afirmar que, para ela, o uso de drogas é uma tentativa de automedicação (ou autocura) para cuidar dos sofrimentos (angústias) internos. Essas angústias internas podem ser classificadas em três tipos: neuróticas, severas (associadas, frequentemente, a sentimentos de morte interna) e psicóticas (associadas a experiências e vivências presentes de fragmentação corporal, de vazio ou de falta de senso de identidade) (2001, pp. 33-34). Ela comenta, então, que a procura na droga de um objeto que poderia cobrir ou resolver as falhas ou angústias internas tende necessariamente ao fracasso, dado que nenhum objeto externo pode completar o que falta internamente. Diz McDougall: “Como nenhum elemento ou objeto pertencente ao mundo real pode reparar as faltas do mundo psíquico interno, o comportamento adictivo tem necessariamente uma dimensão compulsiva” (2001, p. 34).

Para ela, a procura pela droga é uma tentativa não só de “corrigir” uma imagem de si – mesmo “estragada” –, mas de também lidar com as falhas maternas e paternas: “Além da necessidade desesperada de se livrar do fardo de suas pressões afetivas, todas as formas de adicção têm por objetivo não só reparar a imagem estragada de si mesmo, mas também acertar as contas com as figuras parentais” (2001, p. 34).

Há, nos adictos, uma desconfiança em relação aos pais, uma desconfiança em relação à sustentação e à confiabilidade dos pais, e a droga vem como uma maneira de se autocurar, uma maneira de não mais depender dos pais. Diz McDougall:

Há, então, em primeiro lugar, uma desconfiança em relação ao objeto maternal interno (ressentido como ausente ou incapaz de consolar a criança perturbada que se esconde no seu interior [do adicto]). Os substitutos adictivos estão sempre presentes [ou sendo procurados] para compensar as funções maternas que falharam; e a mensagem de base é: “você não pode mais me abandonar, agora sou eu que

estou no comando”. Além disso, uma segunda desconfiança, a que se sente em relação ao pai interno que falhou nas suas funções paternas e que, por conseguinte, causou decepção. (2001, p. 34)

Nessa direção, como fator fundamental para pensar as adicções, McDougall coloca em relevo e destaque a questão da relação de dependência que todo ser humano vive, mas, no caso do adicto, como uma relação que ele teme; que ele teme porque não pôde viver, no passado, uma relação de confiança na sustentação parental. Diz McDougall: “As vítimas de adicção são todas engajadas numa luta contra as dependências universais próprias ao ser humano, incluindo aí a ilusão de redescobrir o paraíso perdido da infância, a da liberdade, a da ausência de toda responsabilidade e a da noção de tempo” (2001, p. 35).

A questão que talvez possa ser proposta, que é a questão do adicto, nesse sentido, é: como é possível livrar-se da dependência? No entanto, a dependência parece ser uma característica do próprio ser humano, e não há remédio para isso! Só aqueles que puderam depender e terem sido não invadidos, sustentados, tendo suas necessidades de ser atendidas, só estes puderam chegar a um estado em que têm uma independência relativa e não vivem temendo uma nova situação de dependência.

Talvez seja justamente esse o paradoxo do adicto: ele procura livrar-se da dependência dependendo da droga ou de uma relação de dependência que funciona como uma droga. Só o encontro de um ambiente confiável é que talvez possa “corrigir”⁷ essa situação, tornando o amadurecimento possível.

Sua concepção sobre as adicções parece, pois, ultrapassar a posição de Winnicott, que refere esse sintoma apenas às falhas na fase da

⁷ Sobre o trabalho psicoterapêutico como uma maneira de corrigir experiências passadas, diz Winnicott: “No exemplo mais simples possível, uma pessoa que está sendo analisada consegue corrigir uma experiência passada, ou uma experiência imaginária, ao revivê-la em condições simplificadas nas quais a dor pode ser tolerada porque está sendo distribuída ao longo do período de tempo; tomada, por assim dizer, em pequenas doses, em um meio ambiente emocional controlado. Como vocês bem podem imaginar, na prática concreta raramente existe algo tão descomplicado como isso, mas o contexto principal pode legitimamente ser descrito dessa maneira” (1945h, p. 36).

transicionalidade, dando-lhe uma compreensão mais ampla. Além disso, ressaltando a questão da dependência, sua concepção também contribui para pensarmos o papel central que as relações conjugais e familiares dos adictos também têm na questão da dependência. Ao apresentar uma síntese no que se refere à descrição das diversas origens das adicções, McDougall considera que existem três tipos de origem das angústias que podem levar às adicções, as quais ela apresenta como três tipos de tentativas de livrar-se do sofrimento:

1. uma tentativa de evitar as angústias neuróticas;
2. uma tentativa de combater os estados de angústia severa – às vezes com uma tendência paranoide – ou ainda a depressão, que são acompanhados frequentemente de sentimentos de morte interna;
3. uma tentativa de escapar às angústias psicóticas como o medo de uma fragmentação corporal ou psíquica, ou mesmo ao terror de se encontrar ante ao vazio, ali onde o senso de identidade subjetiva é sentida como comprometida.

(McDougall, 2001, pp. 33-34)

Essas tentativas também dizem respeito a falhas na dependência inicial do bebê (ou da criança) em relação ao ambiente de sustentação inicial.

Assim, o estudo que fiz inicialmente na minha dissertação de mestrado (Humberg, 2004), colocando em foco o fenômeno ou o conceito de co-dependência, poderia encontrar na questão da dependência aquilo que se teme e se procura em muitas relações afetivas que funcionam na mesma dinâmica das adicções. Creio, pois, que esse tipo de compreensão possa fornecer uma direção para que a relação conjugal de adictos seja pesquisada clinicamente, dando uma base e uma direção para os atendimentos clínicos que analisarei mais à frente.

McDougall percebe que, em muitos casos, o objeto-droga não é uma droga-química, mas a própria relação com o outro: o outro como objeto-droga. Ao se referir às falhas na fase da transicionalidade e à tentativa de substituir o objeto transicional (e suas funções) pelo objeto-droga, diz:

[...] tal clivagem cria uma potencialidade adictiva; em lugar do objeto transicional que falta, o eu pode se ligar a um objeto transitório: uma droga ou um Outro, utilizado como uma droga. Este será chamado a preencher a função “transicional” e será destinado a proporcionar ao indivíduo o sentimento de ser “real”, vivo, válido: destinado, enfim, a preencher as lacunas no eu, lacunas de sentido no que diz respeito à sua própria identidade e à sua maneira de pensar o mundo. (McDougall, 1992, p. 61)

Ocorre, então, que esse outro fica sendo o depósito e o responsável por tudo o que ocorre, por tudo o que deveria ocorrer:

Assim, no imaginário do indivíduo que se equilibra através de relações transicionais, o outro será considerado inteiramente responsável por tudo o que lhe ocorrer; o indivíduo espera que o outro lhe traga a felicidade e não se trata de uma esperança, mas de um dever; quando, mais cedo ou mais tarde, o objeto se revela estar aquém dessa expectativa, o indivíduo o acusa de ter sido pouco preocupado com sua felicidade e de ter demonstrado muito pouca intuição a respeito do que estava acontecendo, de ser, enfim, responsável por todas as suas desgraças. (McDougall, 1992, p. 61)

É, pois, nesse sentido que McDougall cunha a expressão *relação adictiva*: “A fragilidade de um equilíbrio psíquico que depende tanto dos outros – chamemos de *relação adictiva* – é evidente, a ponto de o indivíduo ignorar o que lhe deve essa criação, que é sua. Essa cena psíquica está efetivamente sob o domínio do desejo infantil e de ser o autor de tudo o que existe” (1992, p. 61).

3. A adicção e os relacionamentos adictivos como *busca de si mesmo*

Winnicott chama a atenção, com base na compreensão dos fenômenos transicionais, que a atividade de criar-encontrar esses objetos, presente também na ação de brincar corresponde a uma ação que leva ao encontro de si mesmo como uma unidade do sujeito psicológico, portanto, como um tipo de integração do indivíduo. Emergindo da situação em que a criança é um amálgama junto com a mãe-ambiente, a criança vive a situação paradoxal na qual ela está e não está amalgamada como seu objeto. O paradoxo do criar-encontrar, que caracteriza o objeto transicional, também corresponde ao paradoxo de ser unido e separado do mundo (do objeto).

Winnicott caracteriza essa ação do brincar como algo que não pode ser redutível à questão da administração da vida instintual. Ele acentua essa perspectiva de compreensão da atividade do brincar, dissociando-a da questão da masturbação (1971r, p. 60). Para ele, a atividade de brincar e, portanto, também a vivência dos fenômenos transicionais, tem uma dimensão que deve ser pensada nela mesma, sem que seja redutível à questão da administração das tensões instintuais (sejam elas agradáveis ou desagradáveis) (1971r, p. 60).

A ação de brincar, como gesto espontâneo e expressão de si mesmo, leva à integração. Para Winnicott, essa ação constitui, tanto para a criança quanto para o adulto, a ação existencial que leva à descoberta e à afirmação de si mesmo e também do outro (1971r, p. 80).

Desenvolvendo esse aspecto das compreensões que Winnicott e McDougall têm das adicções, como sintomas advindos de falhas na fase da transicionalidade, que coloca a atividade do brincar como sendo uma atividade que leva ao si mesmo, um fenômeno díspar do que se refere à vida instintual, podemos considerar que os objetos adictivos (seja a droga seja o outro) também buscam esse resultado da ação de brincar, a saber: integração/encontro de si mesmo. É neste sentido que podemos também afirmar que o adicto procura integrar-se via o uso da droga (seja esta uma droga química, seja o outro). É interessante, nesse contexto, que Winnicott considere que a integração possa ocorrer advinda *de fora* (suporte externo,

ambiental) ou *de dentro* (excitações corporais de prazer ou de dor): “A tendência a integrar-se é ajudada por dois conjuntos de experiências: a técnica pela qual alguém mantém a criança aquecida, segura-a e lhe dá banho, balança-a e a chama pelo nome, e também as agudas experiências instintivas que tendem a aglutinar a personalidade a partir de dentro”(Winnicott, 1945d, p. 224).

A droga ou o outro, nesses casos de adicção, parecem exercer diversas funções ao mesmo tempo: procuram aliviar as dores psíquicas da maneira mais rápida possível (sejam as angústias neuróticas sejam as psicóticas); procuram sustentar a criança nas suas necessidades de sustentação ambiental; procuram fornecer uma integração de si mesmo, seja reproduzindo o criar-encontrar que anima o brincar e a relação com os objetos transicionais, seja, ainda, pela excitação corporal, levar à integração a partir de dentro.

Nessa direção winnicottiana de compreensão das adicções, encontrei, quando já havia terminado de escrever esta tese, o livro de Michael Eigen, que me pareceu também considerar as adicções de uma maneira muito próxima à que estou aqui apresentando. No seu livro, *Contact with the Depths* (2011), ele remete as adicções a angústias relacionadas com o que Winnicott denominou de angústias impensáveis e à capacidade de ficar só. Na introdução do livro, ele apresenta sua hipótese sobre o tema:

Adictos tentam curar esta solidão ou chamar a atenção para essa ferida [solidão essencial, referida por Winnicott, mas também as angústias derivadas da falta de sustentação ambiental nas fases mais primitivas do desenvolvimento]. No Capítulo Dois, eu apresento algumas variações dessa ferida da solidão e sua relação com a adicção em alguns casos. [...] Os três vícios descritos aqui envolvem o alcoolismo, as drogas e os medicamentos. A fé ou a falta dela desempenham um papel de suma importância no paciente, e caberia ao terapeuta, conseguindo acompanhá-lo nas sessões, possibilitar que algo mais possa acontecer [a retomada da fé ou da esperança]. (Eigen, 2011, p. X)

4. A adicção como uma atitude antissocial

Joyce McDougall refere-se a casos nos quais a gênese do sintoma adicção ou relacionamento adictivo está associada a angústias experimentadas quando o indivíduo ainda não havia conquistado a integração que torna mais claramente diferenciável o eu do nãoeu (bem como o *status* de pessoa inteira que vive a si mesma e a outra como inteiras) e também a casos nos quais a angústia de referência (impulso para a procura da solução adictiva) está associada a problemas que advêm dos relacionamentos interpessoais, ou seja, quando o indivíduo já alcançou a diferenciação eu *versus* não eu e se vê às voltas com a tarefa de administrar a vida instintual no quadro de relações edípicas. Ainda que ela, às vezes, diferencie essas angústias (como neuróticas ou psicóticas), ela não se aprofunda na análise do terceiro tipo de angústia neurótica, que estaria na base de uma das origens das adicções.

De acordo com minha experiência clínica, quase sempre pude reconhecer a busca pela solução adicta como impulsionada por angústias associadas a experiências nas quais os indivíduos são remetidos a um vazio existencial ou a uma angústia de aniquilação. Via de regra, isso acaba por remeter a agonias impensáveis e a falhas na fase da transicionalidade, ou seja, a situações que dizem respeito a experiências traumáticas de quebra na continuidade de ser e a angústias que são vividas por indivíduos ainda não integrados.

Reconheço que somente um tipo de caso chegou ao *status* de integração: quando a adicção é uma atitude antissocial, ou seja, quando visa responder à situação traumática de falha ambiental. Quando o indivíduo está integrado e reconhece que a falha adveio do ambiente, ele age de maneira antissocial como um modo de solicitar ao ambiente que devolva a confiabilidade perdida.

Winnicott diz, sobre a psicopatia ou atitude antissocial na criança, como um sintoma derivado da situação de privação:

A tendência antissocial representa o SOS ou o *cri de coeur* da criança que, em um estágio ou outro foi privada da provisão ambiental que seria apropriada na idade em que lhe faltou. A privação alterou a vida da criança; causou-lhe aflição intolerável e a criança está com a razão de reclamar o reconhecimento do fato de que “as coisas estavam bem e, depois, não ficaram bem” e de que isto constitui um fator externo, fora do controle da criança. (1989vl, p. 54)

A meu ver, é o mesmo caso de adultos e/ou adolescentes que fazem do uso da droga uma atitude antissocial. Os relacionamentos adictivos, por sua vez, também podem ser uma atitude antissocial que visa reestabelecer a sustentação ambiental perdida, seja fornecida pelo outro (do qual se depende) seja porque a relação com o outro e/ou com a droga é uma agressão (SOS) dirigida ao ambiente no qual o paciente vive.

Creio que, nestes casos, que parecem, por vezes, casos de perversão, são, na verdade, casos de privação. Neles, quando o ganho secundário da atitude antissocial ainda não se instalou como vantajosa para o indivíduo, há, então, a possibilidade de tratamento via fornecimento de provisão ambiental.

No caso dos relacionamentos adictivos, temos ao menos duas situações, que poderíamos colocar como dois polos extremos. Numa, o relacionamento é, por si, uma agressão, seja ao outro, seja à família, seja ao meio em que o indivíduo habita. Nesse caso, o relacionamento visa à sobrevivência do ambiente, o acolhimento do ambiente; mas tal atitude agressiva pode tanto destruir o ambiente como o indivíduo, tal como ocorre na atitude antissocial (fruto da privação).

Noutro caso, pode ocorrer que a própria relação afetiva, o próprio núcleo (um pouco excluído do mundo) forneça a provisão ambiental esperada e, nesses casos, o casal, ainda que extremamente dependente um do outro, acaba por “curar-se” da privação.

Em resumo, creio que somente as angústias de aniquilação, as derivadas de falhas na experiência com os fenômenos transicionais e as relacionadas com o fenômeno da privação é que poderiam dar origem às adicções e/ou aos relacionamentos adictivos. As angústias neuróticas, fora a situação específica da privação, levariam os indivíduos a outros tipos de

solução do conflito existencial, menos custosas e menos destrutivas de si mesmos, dos outros e de seus ambientes.

CAPÍTULO 3

ALGUNS ASPECTOS TEÓRICOS DA PRÁTICA CLÍNICA

Dado o contexto teórico no qual estarei trabalhando (em termos dos atendimentos psicoterápicos), tendo em vista a compreensão das adições e dos relacionamentos adictivos, creio que é necessário, agora, especificar com um pouco mais de detalhe, qual é o *setting clínico* a partir no qual estarei observando comportamentos adictivos, seja no caso de atendimentos individuais seja no de casais ou mesmo de famílias. Cabe, pois, ressaltar que meu campo de observação e de trabalho clínico é o atendimento psicoterápico de base psicanalítica, no qual se incluem as especificidades técnicas próprias aos atendimentos individuais (de crianças, adolescentes e adultos; neuróticos, psicóticos e *borderlines* etc.) e aos atendimentos que englobam mais de um indivíduo (casal, família etc.). Meu objetivo é mostrar como os relacionamentos adictivos funcionam, considerando diversos contextos, sem que me pareça necessário fazer uma análise detalhada do conjunto das especificidades técnicas que caracterizam o atendimento psicanalítico, ou de base psicanalítica, de casais, famílias, grupos, adolescentes etc.; ainda que, no que se segue, me ocuparei de indicar algumas das características gerais e específicas de meu *setting* de trabalho clínico (que inclui adultos, adolescentes, atendimentos individuais, atendimento de casais e de famílias) que podem marcar e esclarecer como meus dados foram observados e selecionados.

De modo geral, temos como base para o atendimento psicoterápico os fundamentos do método psicanalítico, tal como Freud os fundou: a transferência, a resistência, a consideração de processos psíquicos inconscientes, o reconhecimento do infantilismo humano, o reconhecimento da importância e da determinação da sustentação ambiental no processo de desenvolvimento afeito, o reconhecimento da importância da sexualidade infantil e do complexo de Édipo e a ideia básica desenhada por Freud quando caracterizou o processo analítico como um “recordar, repetir e elaborar” no

tratamento, os modos de relacionar-se com o outro e consigo mesmo. Dessa base metodológica, fundada por Freud, foram desenvolvidas diversas modificações teóricas e técnicas que visaram expandir ou adequar o método psicanalítico ao tratamento de crianças, adolescentes, psicóticos, grupos, famílias, casais etc.

Considerando, então, que meus casos clínicos são todos realizados com base na teoria psicanalítica, procurarei explicitar algumas das características básicas do tratamento psicanalítico quando dedicado aos tratamentos individuais e quando aplicado a casais. Por um lado, minha concepção é a de que, quando atendemos um casal ou uma família, o que temos é a conjunção de pessoas com problemas e dinâmicas que se determinam entre si, mas cujo agrupamento não constitui um terceiro “sujeito” (o *casal* ou a *família* ou, ainda, o *grupo*), pensado como uma unidade específica. Ou seja, a minha preocupação (mesmo no caso do atendimento de casais e famílias) sempre foi a de compreender e intervir no que são as efetivas relações entre os parceiros, considerando que cada um “usa” o outro na sua maneira de ser, de depender, de amar, de odiar etc.

Neste capítulo, viso, pois, especificar com mais clareza qual é o *setting* amplo no qual fiz minhas observações, as quais servirão como fundamento empírico do meu estudo de caso, tendo em vista a compreensão dos relacionamentos adictivos.

1. Aspectos gerais do método de tratamento psicanalítico

Ao caracterizar o que é a psicanálise, Freud preocupou-se, em momentos decisivos, em caracterizá-la como um método de tratamento de algumas formas de doença psiquiátrica (Freud, 1913j), considerando que os sintomas correspondem à expressão de conflitos tornados inconscientes e que têm origem e fundamento na vida sexual infantil dos pacientes. Ao procurar caracterizar o que vê o psicanalista, de seu ponto de vista, ele, em primeiro lugar, salientou quais são as variáveis que um psicanalista deve considerar para enunciar e compreender a produção de sintomas de origem psicogênica, a saber, a existência de processos psíquicos inconscientes, a importância dada ao processo de recalçamento (dos conflitos e das tensões e/ou ideias que

causam sofrimento), a importância dada à sexualidade infantil e ao complexo de Édipo (Freud, 1923a); e, em segundo, o reconhecimento de dois fenômenos fundamentais quando se tenta levar o paciente (pelo método de associação livre no *setting* de atendimento psicanalítico) à origem da sua doença: os fatos da transferência e da resistência. Diz Freud nesse sentido:

Assim talvez se possa dizer que a teoria da psicanálise é uma tentativa de explicar dois fatos surpreendentes e inesperados que se observam sempre que se tenta remontar os sintomas de um neurótico a suas fontes no passado: a transferência e a resistência. Qualquer linha de investigação que reconheça esses dois fatos e os tome como ponto de partida de seu trabalho tem o direito de chamar-se psicanálise, mesmo que chegue a resultados diferentes dos meus. Mas quem quer que aborde outros aspectos do problema, evitando essas duas hipóteses, dificilmente poderá escapar à acusação de apropriação indébita por tentativa de imitação, se insistir em chamar-se a si próprio de psicanalista. (Freud, 1914d, p. 26)

A experiência clínica de Freud e o que ele descobriu com seu método de tratamento o levou a construir uma teoria do desenvolvimento afetivo, colocando em evidência como se dão e como se desenvolvem as relações que o ser humano tem com os objetos de seus desejos. Essa teoria corresponde a uma maneira de compreender como são e como se desenvolvem as *relações de objeto*, para usar uma expressão mais técnica. Laplanche & Pontalis comentam como a teoria do desenvolvimento da sexualidade, de Freud, é pensada em termos dos tipos de objeto (autoerótico, narcísico, homossexual e heterossexual) ou em termos do modo (dinâmica) de relação com o objeto (oral, anal, fálico e genital adulto).

Acentuo, na minha apresentação, muito mais esse aspecto das relações e objeto na teoria freudiana do que a dimensão que se ocupa do destino das pulsões e das excitações pulsionais – apoiando-me, aqui, na distinção que Greenberg & Mitchell (1983) fizeram, distinguindo o modelo pulsional e o modelo das relações de objeto como dois grandes eixos de desenvolvimento

da psicanálise pós-Freud. Focando, então, minha análise e minhas preocupações clínicas nos modos como se dão as relações interpessoais e as relações de objeto, podemos retomar tanto o quadro inicial no qual Freud constitui o seu método de tratamento quanto compreender os tipos de desenvolvimento que Melanie Klein fez nessa direção.

2. O método de atendimento psicanalítico focado na questão das relações de objeto

Historicamente, os teóricos das relações objetais se constituíram no início dos anos 1950 dentro da escola britânica de psicanálise, como um grupo independente ou intermediário, não se filiando nem aos freudianos nem aos klenianos. A teoria encampa diferentes modelos que desenvolvem conceitos próprios nem sempre compatíveis entre eles. Shutreland, Balint, Fairbairn, Winnicott e Guntrip foram os primeiros e consagrados expoentes dessa teoria. Mais tarde, Milner, Khan, Little e Bollas deram sua contribuição, todos influenciados pelas ideias de Klein (Greenberg & Mitchell, 1983; Kohon, 1994; Mitchell & Black, 1995; Porchat, 2006). As teorias de relações de objeto têm sua origem, de forma efetiva, em Melanie Klein e Willian Ronald D. Fairbairn, autores que se detiveram na concepção do objeto na sua relação com o sujeito (ou vice-versa), e também do objeto dito interno, isto é, o objeto representado, assimilado ou incorporado. De modo geral, a noção de um mundo interno de objetos associados pela identificação ao ego ou a suas partes cindidas compõe o fundamento de suas teorias, apesar de as concepções desses dois autores possuírem consideráveis diferenças (Mitchell, 1981), que não serão aqui pormenorizadas.

No modelo da teoria das relações objetais, o conceito de relação de objeto ou relação objetual diz respeito às modalidades de interação que ocorrem entre sujeitos e objetos, ambos influenciando-se reciprocamente. Diz Porchat: “Este conceito [das relações objetais] focalizava a relação com o objeto real, ou seja, a relação real com o outro, mas enfatizava a apreensão interna deste objeto pelo sujeito, a partir de suas necessidades inconscientes; isto é, toda relação encerraria um relacionamento inconsciente com o objeto. Neste

sentido, o objeto real percebido era também um objeto fantasiado, posto que alvo das projeções do sujeito. As relações se dariam então com objetos externos e objetos internos – objetos reais internalizados sob a forma de imagens, de representações mentais” (Porchat, 2006, p. 131). Essas relações poderiam ser sentidas e experienciadas como malignas ou benignas, persecutórias, vivas, mortas etc. Os teóricos das relações objetais, portanto, deram especial atenção à formação e à dinâmica dos objetos internalizados, sendo que as relações iniciais eram tomadas como protótipo para as relações posteriores. Assim, construíram um paradigma metapsicológico diferente do proposto por Freud. Os teóricos das relações objetais, foram influenciados por ideias de Melanie Klein, mas desenvolveram modelos próprios, assim, passaremos por conceitos desenvolvidos por ela para chegar a como os terapeutas de casal fundamentam sua compreensão da conjugalidade em seu trabalho clínico.

Melanie Klein construiu um modelo teórico de desenvolvimento psíquico e de relacionamento humano que é referência fundamental para os terapeutas de casal de orientação psicanalítica. Conceitos como o de mundo interno, objetos internos e externos, relações objetais parciais e totais, fantasia inconsciente, identificação projetiva etc. fazem parte da teoria utilizada pelos terapeutas na compreensão da conjugalidade. E ainda que outros modelos também sejam usados, alguns conceitos kleinianos sempre estão presentes (Porchat, 2006, p. 132).

Klein enfatizou a influência dos fatores constitucionais para o desenvolvimento e também ressaltou a tendência inata para a destrutividade e a inveja. Como contraponto a essas inclinações, ela mostra a capacidade humana para o amor, a gratificação e a reparação. Nas relações conjugais, podemos observar a inveja e a gratidão aparecendo em maior ou menor intensidade (Porchat, 2006, p. 132).

Ela priorizou a realidade interna com relação à externa, sem deixar de reconhecer que a mãe poderia ser um moderador de ansiedades no bebê e que os pais poderiam ser causadores de perturbação nos filhos. Na relação conjugal, as percepções, os comportamentos e as atitudes que um terá em

relação ao outro dependerá fundamentalmente do mundo interno de cada um deles (Porchat, 2006, p. 133).

Nesse cenário, cabe ainda retomar brevemente as contribuições dos Balint. Michel e Alice Balint estudaram o desenvolvimento do ego, priorizando a relação da criança com o meio que a cerca. Em seu estudo *A falha básica*, os Balint ressaltam que a falta de ajustamento entre as necessidades básicas da criança e as respostas da mãe acarretaria falhas no desenvolvimento. Os autores chegaram a esses conceitos a partir do estudo de pacientes regredidos que diziam sentir um vazio, como se algo faltasse dentro deles. A capacidade do indivíduo para relacionar-se com objetos dependeria da superação dessa falha. Em decorrência dela, dois tipos de relações poderiam ocorrer: indivíduos que se ligam intensamente aos objetos em busca de gratificação e segurança; e outros que, para evitar a dependência com relação a objetos que poderiam não corresponder a suas necessidades, fazem do mundo interno o alvo de investimento, o que, em última análise, constituiria uma defesa contra os efeitos da falha ambiental (Porchat, 2006, pp. 134-135).

Para apreender os fenômenos instituídos por essa nova clínica, com o desenvolvimento desses psicanalistas focados nas relações de objeto, algumas mudanças importantes ocorreram na compreensão do processo de desenvolvimento afetivo, o que resultou, dentre outras coisas, em relativizar o lugar da sexualidade e do princípio do prazer, colocando o ego, sua constituição e sua procura de integração como nem sempre redutíveis à procura do princípio do prazer ou à procura de um objeto que servisse para eliminar as tensões advindas das pulsões. Em termos gerais, podemos dizer que as teorias das relações de objeto, em suas diversidades (Ogden, 2002), têm o objetivo de apreender os mecanismos mais originais da constituição do ego, destacando a decisiva importância das relações primitivas de objeto nem sempre redutíveis às determinações advindas da influência dos impulsos libidinais.

Ao procurar caracterizar as diferenças clínicas que ocorreram no *setting* e nos modos de lidar com as transferências ao longo do processo analítico, comparando as propostas de Freud e de Klein, encontramos essa feliz síntese

apresentada no texto de Mitchell & Black:

Para Freud, o paciente e o analista têm papéis bem definidos e experiências claramente separadas. O paciente precisa lembrar, e a associação livre é a atividade pela qual ligações cruciais da memória são reveladas. O analista ouve as associações de uma distância bem-medida e fornece interpretações ligando as associações do paciente com as memórias a serem descobertas e reconstruídas. As interpretações fornecem informações, desenhadas para retirar as resistências do paciente a aceder a suas próprias memórias, para alterar a organização da experiência no interior da cabeça do paciente. A transferência emerge periodicamente como o último dique de resistência para o trabalho de rememoração. Os analistas kleinianos usam os mesmos termos para descrever a situação analítica, mas o sentido básico que se dá a ela é muito diferente. O paciente e o analista são mais fundamentalmente enredados que no ponto de vista de Freud. Não é como se o paciente simplesmente revelasse os conteúdos de sua mente para um observador neutro (exceto quando desviado pela contratransferência); os pacientes experimentam a situação analítica em termos de suas próprias relações de objeto primitivas. Às vezes, o analista é um bom seio, magicamente transformador; interpretações são um bom leite, protetor, carinhoso, restaurativo. Outras vezes, o analista é o seio mau, mortífero e destrutivo; interpretações são venenos, destruindo quando ingeridas. Nessa perspectiva, a transferência não é uma resistência ou desvio da linha básica da posição de observador do analista; o paciente inevitavelmente experiencia o analista e suas interpretações com intensas e profundas esperanças e, igualmente, pavores, ante as suas experiências de organização inconscientes. Para Freud, o analista experiencia, na relação analítica, um relativo distanciamento. O analista usa suas associações, conscientes e inconscientes, para entender as associações do paciente. No entanto, a não ser que o analista distorça o paciente em função de seus negócios não resolvidos (contratransferência) com seu próprio passado, sua relação afetiva com o paciente ocorre numa relativa calma. Klein descreve a experiência de analista com termos similares aos de Freud. Mas Bion, com a interpersonalização do conceito de identificação projetiva, olha para a

experiência afetiva do analista como muito mais centralmente envolvida com as lutas do paciente. O analista encontra nele mesmo ressonâncias abarcando intensas ansiedades depressivas e perturbadores estados da mente. As ansiedades depressivas e as necessidades de reparação do analista, que sem dúvida o levaram a uma profissão de cuidador, estão sempre em pauta. A sistemática inveja do paciente destruindo as interpretações do analista (esperança de reparação) é, inevitavelmente, um poderoso distúrbio para o analista. Para Freud, a psicanálise era a área na qual uma pessoa observava e interpretava a experiência afetiva do outro com certa distância. Na perspectiva kleiniana contemporânea, a psicanálise é uma área na qual duas pessoas lutam para organizar e dar sentido à vida afetiva do paciente, na qual o analista é inevitavelmente e utilitariamente desenhada. (Mitchell & Black, 1995, pp. 106-107)

Com Winnicott, ocorrem, ainda, outras mudanças clínicas, especialmente em sua caracterização da psicanálise como uma psicoterapia na qual duas pessoas brincam juntas, na intersecção da área do brincar de cada uma delas (1971r). O mais importante, para ele, não é tanto o fato do brincar ser a expressão de um mundo interior, mas o de o brincar corresponder a uma ação, por ela mesma, que leva ao encontro de si mesmo (como um efeito da ação de brincar) (1971r). É nesse sentido que Winnicott também considerará o processo terapêutico (psicanalítico ou de base psicanalítica) como um processo que fornece uma provisão ambiental para o desenvolvimento do indivíduo.

Procurarei, agora, retomar algumas características da clínica do ponto de vista de Winnicott, dado que essa perspectiva de trabalho me serve de apoio e base para a realização dos atendimentos.

3. A perspectiva de Winnicott: o método focado nas relações de dependência com o ambiente

Já comentei no capítulo anterior algumas das características das propostas de Winnicott, indicando como ele se ocupa e se preocupa com o ambiente de uma maneira que até então, na sua época, não era feito; mais

ainda, como ele reconhece determinações e problemas no processo de desenvolvimento afetivo que não são redutíveis aos problemas que advêm da administração da vida instintual ou pulsional. Antes de me dedicar a comentar algumas de suas propostas que derivam mudanças na prática psicoterápica psicanalítica ou de base psicanalítica (Fulgencio, 2011), gostaria de salientar o fato de que ele mesmo considera sua teoria como uma teoria do desenvolvimento construída em termos da análise da questão da dependência:

Possuímos a única formulação realmente útil que existe, da maneira pela qual o ser humano psicologicamente se desenvolve de um ser completamente dependente e imaturo para um estado maduro relativamente independente. A teoria é excepcionalmente complexa e difícil de ser enunciada de modo sucinto, e sabemos que existem grandes lacunas no nosso entendimento. Apesar disso, existe a teoria, e, desta maneira, a psicanálise efetuou uma contribuição que é de modo geral aceita, mas, usualmente, não reconhecida. (Winnicott, 1989vk, p. 94)

Ou ainda, nessa mesma direção:

A fim de examinar a teoria da esquizofrenia, é preciso que tenhamos uma eficiente teoria do crescimento emocional da personalidade [...] O que preciso fazer é assumir a teoria geral da continuidade, de uma tendência inata em direção ao crescimento e evolução pessoal, e a teoria da doença mental como uma interrupção do desenvolvimento. [...] Também posso dizer que o enunciado do desenvolvimento da primeira infância e da infância em termos de uma progressão de zonas erógenas, que nos serviu tão bem em nosso tratamento de neuróticos, não é tão útil no contexto da esquizofrenia como o é a ideia de uma progressão da dependência (de início, quase absoluta) para a independência. (1968c, p. 194)

Nessa mesma direção geral e procurando caracterizar o foco do trabalho clínico na perspectiva de Winnicott, é esclarecedora esta passagem de Adam Phillips:

Enquanto Freud se preocupava com as enredadas possibilidades de satisfação pessoal de cada indivíduo, para Winnicott, essa satisfação seria apenas parte do panorama mais amplo das possibilidades para a autenticidade pessoal do indivíduo, o que ele chamará de “sentir-se real”. Na escrita de Winnicott, a cultura pode facilitar o crescimento, assim como o pode a mãe; para Freud, o homem é dividido e compelido, pelas contradições de seu desejo, na direção de um envolvimento frustrante com os outros. Em Winnicott, o homem só pode encontrar a si mesmo em sua relação com os outros, e na independência conseguida através do reconhecimento da dependência. Para Freud, em resumo, o homem era o animal ambivalente; para Winnicott, ele seria o animal dependente, para quem o desenvolvimento – a única “certeza” de sua existência – era a tentativa de se tornar “separado sem estar isolado”. Anterior à sexualidade como inaceitável, havia o desamparo. Dependência era a primeira coisa, antes do bem e do mal. (Phillips, 1988, p. 29)

De acordo com Winnicott, a saúde corresponde a um tipo de adequação entre a idade cronológica e o modo de funcionamento afetivo do indivíduo ou, em outros termos, equivale à maturidade de acordo com a idade do indivíduo (1971f, p. 24). Nesse sentido, a doença corresponde a um tipo de imaturidade: “o distúrbio psicológico é imaturidade, imaturidade do crescimento emocional do indivíduo, e esse crescimento inclui a evolução da capacidade do indivíduo para relacionar-se com pessoas e com o meio ambiente de um modo geral” (1984i, pp. 265-266). Mais ainda, ele apresenta os aspectos do que seria um indivíduo saudável:

A vida de um indivíduo não se caracteriza mais por medos, sentimentos conflitantes, dúvidas, frustrações do que por seus aspectos positivos. O essencial é que o homem ou a mulher se sintam *vivendo sua própria vida*, responsabilizando-se por suas ações ou inações, sentindo-se capazes de atribuírem a si o mérito de um sucesso ou a responsabilidade de um fracasso. Pode-se dizer, em suma, que o indivíduo saiu da dependência para entrar na independência ou autonomia. (1971f, p. 30)

Para Winnicott, o tratamento psicoterápico psicanalítico corresponde a um tipo de sustentação ambiental para que o indivíduo possa, ele mesmo, se desenvolver em direção a uma maior autonomia, a uma possibilidade de viver com certa autonomia (independência relativa): “Em um contexto profissional, dado o comportamento profissional apropriado, pode ser que o doente encontre uma solução pessoal para problemas complexos da vida emocional e das relações interpessoais; o que fizemos não foi aplicar um tratamento, mas facilitar o crescimento” (1986f, pp. 113-114). Trata-se de fornecer, pois, um ambiente, o analista-ambiente, por assim dizer, que pode, considerando cada fase do desenvolvimento (e suas dinâmicas específicas), oferecer as relações de dependência e sustentação que levarão o paciente à autonomia relativa. Winnicott se refere a isso dizendo que a psicoterapia pode fornecer esse ambiente tal como a mãe forneceu o ambiente para a criança (1986f, p. 109), sustentando a situação no tempo tal como a suspensão hidráulica de um ônibus (Winnicott, 1965vc, p. 63).

Ao descrever as fases pelas quais passa um tratamento analítico, Winnicott diz que, na fase inicial do tratamento, as interpretações (verbalização e conscientização em termos de análise da transferência) são necessárias para criar as condições para que o paciente possa, então, em uma segunda fase, confiante na sustentação dada pela análise, fazer “todo tipo de experimentação, começando o paciente a ver como natural o sentimento de existir por si mesmo” (1965r, p. 80). Na terceira fase, estando com um ego mais integrado e independente, o paciente começa a se revelar e afirmar suas características individuais, tomando, agora, como natural o sentimento de existir por si mesmo. Não se trata apenas da análise do inconsciente reprimido (1969d, p. 154), mas de fornecer a sustentação ambiental, com confiabilidade e possibilidade de dependência, para que o desenvolvimento e a correção de experiências passadas possam ocorrer (1986f, p. 108).

Winnicott diz em seu texto *Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico* (1955d) que existem três tipos de pacientes. Primeiro, existem aqueles que funcionam como pessoas inteiras cujas dificuldades localizam-se nos relacionamentos interpessoais. A técnica para cuidar desses pacientes seria a desenvolvida por Freud, com a análise da transferência, considerando a sexualidade e o complexo de Édipo. Segundo, os

pacientes nos quais a personalidade começou a integrar-se e a tornar-se algo com o qual se pode contar são pacientes deprimidos ou com problemas de humor. A análise tem a ver com a junção dos problemas relativos à integração pessoal, à integração do amor e do ódio na personalidade, enfim, do que Melanie Klein denominou de posição depressiva e Winnicott, de estágio do concernimento. A técnica não difere do primeiro tipo de paciente, o que difere é o manejo da situação analítica dos ataques destrutivos, que o analista deve sustentar sem retaliar e sem desaparecer, pois o que importa é a sobrevivência do analista. No terceiro grupo, estão aqueles cuja análise deverá lidar com estágios iniciais do desenvolvimento, anteriores ao estabelecimento da personalidade como uma unidade integrada num eu. Nesses casos, o trabalho analítico normal deve ser deixado de lado por um longo tempo, com o manejo ocupando a maior parte do trabalho.

Esses aspectos gerais podem fornecer, a meu ver, o cenário e as características do ambiente terapêutico no qual realizei meus atendimentos, ambiente construído e pensado de uma maneira que pudesse fornecer as condições para que a própria experiência e os fenômenos referidos às relações de dependência ocorressem.

Vou me dedicar, agora, à questão clínica de outro ângulo, comentando alguns aspectos específicos do atendimento clínico, de base psicanalítica, de casais, dado que essa perspectiva corresponde a um tipo de especialidade e especialização do método psicanalítico de tratamento.

4. Algumas características específicas do atendimento de casais, definidos e delimitados em função do objeto de estudo

Na década de 1920, começaram as primeiras experiências de atendimento psicanalítico de crianças e as entrevistas com seus pais e familiares, o que, em alguns casos, se transformaram em processos terapêuticos que logo abriram caminho para que iniciassem os atendimentos de família e de casais. Os modelos de atendimento utilizados até então tiveram de ser revistos, pois se mostraram inconsistentes para dar conta da nova prática clínica. Um dos percursores dessas novas práticas foi o grupo da clínica

Tavistock, em Londres, que utilizava como referência os trabalhos de Melanie Klein e a teoria das relações objetais.

Movimentos paralelos ocorreram em outros locais: os lacanianos na França exigiam a participação dos pais nos atendimentos infantis; apareceram os estudiosos de grupos como Anzieu e Kaës; e havia estudiosos dos processos inconscientes dos conjuntos intersubjetivos seguidos por Ruffiot e Eiguer. Nos EUA, surgiram muitos estudos sobre a família e a abordagem sistêmica se fortaleceu. Já com os estudos de Sharf e Kenberg, vemos a influência inglesa. Na Argentina, Pichon Riviere e Bleger iniciaram estudos sobre grupos, o que foi seguido por Berestein e Puget, estudiosos de família e do casal (Gomes & Porchat, 2006).

Esse conjunto de alternativas acaba por mudar o foco do trabalho analítico, mais voltado agora para a vida interior do indivíduo, e passa a englobar, além da vida interior do indivíduo, seus pares, familiares, cônjuges etc. Já é um consenso que, em muitos casos, os padrões patológicos e viciados de vínculos familiares são, muitas vezes, determinantes em termos de fixação de sintomas e da impossibilidade de transformação.

A clínica das adicções é considerada por Gunfinkel como o *habitat* natural para a psicanálise do vínculo, em termos das estratégias terapêuticas que são colocadas em jogo. Ao reconhecer quão intrincado está o tratamento do adicto com sua situação familiar, Gurfinkel comenta:

Em primeiro lugar, na situação muito frequente de adictos que não apresentam a mínima demanda de tratamento, o trabalho com a família ou com o casal acaba sendo uma porta de entrada e um primeiro passo importante na tentativa de criar um espaço de sensibilização e mobilização. O próprio fato de o “eleito” perceber que as responsabilidades são redistribuídas no atendimento vincular pode fazer despertar alguma centelha de interesse em refletir sobre a própria condição. Esse atendimento pode ser feito em paralelo com as sessões individuais, com a participação de outro colega ou não, construindo com esse ir e vir um espaço de escuta para os processos adictivos. Em segundo lugar, é inegável que o recurso ao atendimento familiar e de casal possibilita, em algumas situações, um progresso terapêutico que seria muito difícil atingir apenas com o atendimento individual. Esse tipo

de atendimento, no entanto, nem sempre é possível. Com frequência, o cônjuge está tão comprometido com a dinâmica adictiva que apresenta enorme resistência a colocar em questão sua própria participação; a força dos ganhos secundários e o grau de “perversificação” e de deterioração de caráter são aqui determinantes. Em casos mais graves, o analista pode necessitar ajuda de um psiquiatra que possa construir, através de algum contato com a família, um pacto de trabalho mínimo que possibilite a continuidade do tratamento ou, até, reconhecer a inviabilidade do trabalho. (Gurfinkel, 2011, pp. 428- 429)

Em meu percurso de trabalho com familiares de adictos, fiz um grupo terapêutico com familiares que telefonavam para o Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREDA), do IPq-HC-FMUSP, onde eu trabalhava, dizendo que não sabiam o que fazer porque o adicto a álcool e/ou drogas não queria procurar ajuda. Eu dizia: “venha você, então!”. Foi um grupo que durou por volta de oito meses, só com familiares de adictos que não queriam buscar tratamento. Fizemos um grupo fechado e, desse grupo de familiares de oito famílias, todos os adictos a álcool e drogas foram buscar tratamento. Depois, infelizmente, não os acompanhei mais, e não sei quantos pararam ou seguiram com o tratamento, mas acho um dado muito importante a ser ressaltado: quando os familiares são cuidados, há uma mudança na dinâmica familiar, que abre espaço para a busca de novos lugares na família que pode gerar a procura pela terapia.

Em muitos casos, há a indicação da terapia de casal ou familiar, mas isso varia em função de uma série de fatores, como a gravidade do caso, a estrutura psíquica mais ou menos enrijecida, a faixa etária e a condição familiar. Às vezes, a família é a primeira a pedir ajuda, em outros casos, a família não quer ser tratada ou a demanda de tratamento não vem de imediato dos dois membros de casal. Em pacientes de organização neurótica mais evidente, a adicção, seja qual for, pode ser tratada no *setting* individual (Gurfinkel, 2011, p. 429). Em alguns casos, o tratamento de um dos membros da família pode levar outros a buscar ajuda, como no caso citado, e há ainda casos em que o tratamento ajuda a separar um casal com funcionamento adictivo (quando um dos dois para de beber ou usar drogas e começa a ficar

mais independente, é comum que o casal se separe, pois é possível que aquele que se modificou busque novas maneiras de se relacionar e o outro, que não se modificou, busque a repetição do modelo antigo). Assim, devemos ficar atentos à demanda e às possibilidades de cada família, casal ou indivíduo.

Alguns conceitos propostos por Winnicott, como o de objeto transicional, espaço potencial e *holding*, são importantes para alguns dos que se dedicam ao tratamento de casais. Nesse sentido, os objetos e fenômenos transicionais poderiam ser utilizados como modos de compreender um tipo de relação entre os cônjuges, visando explicar a percepção que os cônjuges têm um do outro, paradoxalmente, percebidos e fantasiados. Hegenberg, nessa mesma direção, se apoia em algumas das contribuições de Winnicott e salienta: “O relacionamento de um casal ocorre no espaço potencial criado pela díade e se desenvolve no entrecruzamento de suas realidades internas com o jogo de projeções e introjeções que acontece na interação de suas subjetividades. A relação dos dois é influenciada pela biografia e pela herança transgeracional de cada um e pelas diferentes circunstâncias da história do casal, aí incluído seu momento socioeconômico” (Hegenberg, 2010, citado com autorização do autor). Porchat comenta, por sua vez, que o conceito de *holding* é utilizado para falar de uma das funções básicas do cônjuge, que é a de dar sustentação para o parceiro (Porchat, 2006, pp. 135-136).

Assim, pode-se afirmar que, dedicar-se ao conhecimento do vínculo entre o casal inclui compreender suas escolhas objetais, sua história afetiva e sua família de origem, com o objetivo de poder compreender e mudar uma série de comportamentos que ocorrem sem reflexão, determinados pelo inconsciente e não ditos em palavras, e isso possibilitaria diminuir as projeções mútuas (Hegenberg, 2010, citado com autorização do autor).

Há uma concordância entre os terapeutas que trabalham com casais sob esta ótica que é da busca pela compreensão do vínculo, pensado como sendo a ligação com o outro, e que a relação conjugal pode ser um meio para a integração e o amadurecimento (Porchat, 2006, p. 137), considerando que o casamento é também uma tentativa original de cura ou a forma mais frequente de resolver a neurose, ou seja, na medida em que possam ser reeditadas, no casamento, as relações objetais precoces e posteriores, haveria a possibilidade de elas serem reelaboradas, resolvendo conflitos infantis.

5. Aspectos clínicos da constituição do casal e de seu tratamento

Freud diz que a escolha dos parceiros pode ser anaclítica ou por apoio, seguindo o modelo de apoio recebido pelos pais na infância, ou narcísica, no qual o outro representa o que se desejaria ser, o que se foi no passado ou o que se é; nesse tipo de escolha o parceiro seria uma extensão do outro. 1914c (Freud, 1914c, p. 94).

Porchat, seguindo esse pensamento freudiano, considera que quando um casal se forma, os dois podem enumerar diversos motivos para explicar suas escolhas. Sabem das motivações conscientes, mas não das inconscientes e não sabe por qual “sexto sentido” as pessoas captam no outro a possibilidade de trabalhar complexos e necessidades derivadas sobretudo da infância (Porchat, 2006, p. 146-147). Parece haver, assim, um pacto secreto entre os parceiros, um encaixe que modulará suas futuras formas de interação, o que poderá sustentá-los em direção ao crescimento emocional ou serem imaturas e destrutivas (p.146 e 147).

Porchat (2006) apresenta também o quadro de uma compreensão kleiniana, afirmando que “o conluio inconsciente apoia-se na identificação projetiva, mecanismo psicológico que possibilitará aos parceiros o compartilhamento de suas demandas inconscientes, demandas essas com frequências ambivalentes e contraditórias tal como havia no passado infantil” (Porchat, 2006, p. 147). Nesse tipo de escolha, as pessoas podem buscar parceiros que possam perpetuar necessidades emocionais infantis que foram satisfeitas e gratificadas na infância, ou buscar parceiros que possam satisfazer necessidades que não foram satisfeitas, visando reparar feridas emocionais e resolver antigos conflitos, o que pode levar à repetição compulsiva do conflito neurótico infantil, agora reencenado com o parceiro. Esse tipo de escolha conduz os cônjuges a formas de interação conjugal muito destrutivas, nas quais praticamente não há espaço para que o passado infantil seja reelaborado de modo mais positivo (Porchat, 2006, p. 147). Diz a autora: “Muitas das escolhas que buscam reparar o passado infantil determinam um vínculo conjugal que se configura como uma complementariedade assimétrica entre os parceiros. Um deles é o protetor, o mais forte do ponto de vista emocional, e o outro necessitando ser protegido e mantendo características infantis” (2006, p. 147). Esse tipo de conluio, que com o tempo pode tornar-se desgastante,

costuma ser muito difícil de romper, como pudemos ver através da nossa experiência com atendimentos de casais de dependentes químicos.

Assim, segundo Porchat, o encontro com o outro e o casamento, além de poderem ser encontros amorosos, de troca, companheirismo, possibilidade de comunicação física e psíquica, de compartilhamento e do si mesmo com o outro, são ainda tentativas de lidar com o passado e resolver conflitos. Ela diz ainda que, através da dinâmica marital, há a possibilidade de cada cônjuge reintegrar no eu partes que nega ou rejeita, desenvolvendo-se psiquicamente, ou também obstruir o desenvolvimento emocional dos parceiros (Porchat, 2006, p. 141). Diz a autora: “O casamento é então visto, em primeiro lugar, como um *locus* para o crescimento emocional dos cônjuges, um lugar onde o mundo interno de cada parceiro encontra, na interação com o outro, espaço para a reencenação das fantasias inconscientes e das angústias e defesas relacionadas a elas. O casamento oferece, em princípio, uma chance, uma segunda oportunidade para a reelaboração da vida emocional do passado sob formas mais criativas ou construtivas” (Porchat, 2006, p. 142). A autora, na continuidade da afirmação citada: “devido ao grau de intensidade e à proximidade física e emocional que cria, a relação conjugal é a relação adulta que mais se aproxima da relação diádica mãe-bebê, por isso sendo evocadora daquelas vivências primárias” (*idem*).

O desenvolvimento pessoal de um dos cônjuges por meio da terapia individual pode gerar um desequilíbrio na dinâmica do casamento, tornando-se necessário o atendimento do casal. Quando somente um dos cônjuges se submete à terapia pessoal, suas transformações e seus questionamentos existenciais tendem a desnivelar a relação, visto que o companheiro pode sentir-se alijado dos processos mutativos em andamento. Não é incomum que ocorram ciúmes e desconfiança por parte do cônjuge que não está em tratamento, chegando mesmo a produzirem-se ataques, denegrimientos e atuações dirigidas contra a terapia do parceiro ou contra a pessoa do terapeuta (Gomes, 2006, p. 13).

Uma terapia de casal receptiva e acolhedora poderá, então, abrir portas a posteriores investigações psíquicas individuais, uma vez que os pacientes

tenham conseguido elaborar seus temores relativos à suposta onipotência (poderes mágicos) do terapeuta, atribuída, via de regra, no início do processo de cura ou destruição do vínculo. Cabe, no entanto, ressaltar que o objetivo de uma terapia de casal não é o de levar a uma terapia individual. Nesse sentido, o esclarecimento da dinâmica psicoafetiva do casal, em que um dos membros é dependente químico, pode mostrar mais objetivamente de que forma a adicção pode ser estimulada ou não pela vida conjugal, colocando assim em evidência quais aspectos e de que modo poder-se-ia intervir no núcleo desse problema, tão individual quanto social.

Esse conjunto de referências e comentários sobre o *setting*, o modo de funcionamento e os objetivos das psicoterapias psicanalíticas ou de base psicanalítica (dedicado a indivíduos, casais, famílias etc.) apresentados anteriormente, estabelecem, a meu ver, um quadro de referência para compreender como construí o quadro para que pudesse observar os dados (fenômenos) que estão referidos ao problema dos relacionamentos adictivos. Certamente, nesta apresentação, uma série de temas que dizem respeito ao manejo e a todos os problemas que advêm desse modo de trabalho psicoterápico ficaram apenas indicados ou, até mesmo, excluídos. No entanto, esse não é um trabalho de análise da técnica ou do método psicanalítico propriamente dito, mas um trabalho que usa desse método para colocar em evidência alguns fenômenos que caracterizam certos tipos de patologias relacionais.

Agora, no que se segue, no início do próximo capítulo, tratarei de comentar de que maneira o caso clínico será pensado, seja no que se refere à explicitação da sua natureza, objetivo e delimitações, seja no que se refere à maneira como organizarei e analisarei os dados colhidos na minha clínica por meio desse método. Feitos tais esclarecimentos, me dedicarei, então, à apresentação, interpretação e sistematização do material clínico que possa ajudar a esclarecer o que são, como funcionam e qual é a gênese dos relacionamentos adictivos.

CAPÍTULO 4

ANÁLISE DOS CASOS CLÍNICOS FOCADOS NA QUESTÃO DOS RELACIONAMENTOS ADICTIVOS

Neste capítulo, me dedicarei à análise do material clínico que pode exemplificar e esclarecer a compreensão do que são os relacionamentos aditivos. Começo, em primeiro lugar, caracterizando o que é um estudo de caso clínico do ponto de vista da teoria psicanalítica, explicitando com quais objetivos, delimitações e de que maneira os dados clínicos foram selecionados, separados, reagrupados e interpretados. Em seguida, abordando mais diretamente a análise do material clínico e colocando em evidência o fenômeno dos relacionamentos adictivos, apresento um caso clínico descrito de forma mais ampla. Na parte final deste capítulo, me refiro a alguns tipos de relacionamentos adictivos, salientando que esse é um fenômeno que poder ter aspectos benéficos, dado que, mesmo que a dependência possa trazer sofrimento, quando ela é compreendida e quando o fato de depender de alguém pode ser aceito e vivido dentro de certos limites (ou seja, sem que implique em uma aniquilação do indivíduo), essa experiência ou vivência pode ter efeitos reparadores nos membros de um casal.

1. Considerações gerais sobre o que é um caso clínico em psicanálise

De modo geral, creio que o estudo de casos clínicos corresponde a uma maneira de o psicoterapeuta ou psicanalista comunicar a seus colegas como ele viu determinado problema e como encaminhou sua solução, apresentando um material que possa levar o leitor a compreender tanto teórica quanto empiricamente as propostas feitas. Freud, no início do caso

Dora, afirma: “Ora, eu penso que o médico não assume somente deveres em relação a cada um de seus pacientes, mas também em relação à ciência. Em relação à ciência, não quer dizer, no fundo, outra coisa senão em relação aos numerosos doentes que sofrem ou sofrerão um dia da mesma coisa” (1905e, p. 17).

A psicanálise se ocupa das pessoas e de suas histórias de vida, o que corresponde não só a um fundamento, mas a um procedimento metodológico. Por um lado, trata-se da pessoa e não do sintoma; por outro, a compreensão dessa pessoa depende, necessariamente, de uma história de vida, e é justamente por isso que os casos clínicos se assemelham a romances (Freud, 1905e, p. 17).

Dentre os diversos textos dedicados à análise do que é o caso clínico na psicanálise (Assoun, 1990; Fédida, 1990; Nasio, 2000; Roazen, 1995; Stroeken, 1987; Winnicott, 1971b), retomarei apenas um deles, o de Juan-David Nasio, dado que ele apresenta os aspectos gerais que me servirão para caracterizar minha maneira de conceber o que é o material clínico organizado para fins de análise teórica, sua natureza e sua função, ainda que minha compreensão geral também esteja baseada em outros autores.¹

Nasio se dedicou a um estudo aprofundado da natureza e da função do caso clínico na psicanálise. Ele afirma:

Assim, em psicanálise, definimos o caso como o relato de uma experiência singular, escrito por um terapeuta para atestar seu encontro com um paciente e respaldar um avanço teórico. Quer se trate do relato de uma sessão, do desenrolar de uma análise ou da exposição da vida e dos sintomas de um analisando, um caso é sempre um texto escrito para ser lido e discutido. Um texto que, através de seu estilo narrativo, põe em cena uma situação clínica que ilustra uma elaboração teórica. É por essa razão que podemos considerar o caso como a passagem de uma demonstração inteligível

¹, Este é um tema que certamente exigiria um estudo detalhado muito mais amplo do que o que apresento aqui, mas minha tese não é sobre o caso clínico em psicanálise. Para apresentar o material clínico, estou me apoiando, no entanto, em uma das compreensões sobre o que é o caso clínico em psicanálise, mais especificamente em um dos aspectos ou funções da apresentação do material clínico tal como analisado por Nasio.

a uma a mostra sensível, a imersão de uma ideia no fluxo móvel de um fragmento de vida, e podemos, finalmente, concebê-lo como a pintura viva de um pensamento abstrato. (Nasio, 2000, pp. 11-12)

Para ele, o caso clínico realiza três funções: uma *didática*, que procura transmitir a psicanálise dando exemplos, imagens, de situações clínicas que exemplificam conceitos (2000, p. 12); uma *metafórica*, fornecendo modelos gerais clínicos (Dora, Hanns, Schereber etc.) como se fossem “arquétipos da psicose, da histeria e da fobia” (Nasio, 2000, p. 16); e uma *heurística*, que visa servir de modelo para novas descobertas, para a solução de novos problemas que possam ser similares ao analisado no caso clínico (Nasio, 2000, p. 17). Do modo como usarei o material clínico, mantenho-me focada e delimitada principalmente à *função heurística* comentada por Nasio. Nela, o caso clínico tem a utilidade de servir para explicitar e explicar a descoberta e a solução dada para determinados fenômenos vividos na prática clínica.

De um modo geral, cabe dizer no entanto que, tanto para Freud quanto para Nasio, o caso clínico não corresponde à totalidade do que acontece na história de um paciente ou do que ocorre em um processo psicoterápico ou psicanalítico. O caso clínico é, por assim dizer, um recorte e uma simplificação de uma história verdadeira. O material clínico apresentado é um agrupamento de partes selecionadas da história do paciente e da história de seu tratamento, obtidas no quadro do tratamento psicoterápico com o objetivo de destacar um determinado problema e como ele foi entendido e tratado.

Procurando, então, me posicionar sinteticamente quanto ao que é o caso clínico e a como vou usar esse material clínico nesta pesquisa, faço alguns apontamentos que me parecem relevantes para fundamentar meus resultados:

1. O caso clínico não corresponde à totalidade do que acontece em um tratamento, mas é um recorte focado em um problema ou em um acontecimento; é uma simplificação da grande quantidade de coisas que acontecem tendo em vista o esclarecimento de um fenômeno, conceito ou problema;

2. Meu objetivo será o de descrever e compreender algumas dinâmicas relacionais e suas ligações com as histórias individuais;
3. Do imenso material clínico que advém de meus atendimentos, selecionei apenas os aspectos que podem esclarecer os relacionamentos adictivos, deixando de lado uma série enorme de dados clínicos que poderiam ser usados para esclarecer outros problemas;
4. Estou descrevendo minha experiência clínica e minhas observações cuidando para modificar os dados objetivos que poderiam, de alguma maneira, identificar meus pacientes;
5. Para selecionar o material clínico que serve a esta pesquisa, procurei identificar, em primeiro lugar, as situações que pudessem mostrar com mais proximidade e mais clareza o relacionamento adictivo; em seguida, procurei na história de vida da pessoa adicta a um relacionamento (na sua história infantil) os fatos e acontecimentos que estivessem referidos ou mais relacionados às fases mais primitivas de seu desenvolvimento.

Cabe, ainda, mais um esclarecimento sobre a maneira como serão apresentados e comentados os dados clínicos: não vou descrever os fatos e depois interpretá-los, mas mesclarei a descrição das situações clínicas (ou da história de vida dos pacientes) com comentários e/ou entendimentos teóricos sobre os fenômenos apresentados.

2. Análise dos casos clínicos

O material clínico que utilizo pode ser dividido em dois tipos: 1. os dados de um caso atendido na Clínica Psicológica do IP-USP; 2. um conjunto mais amplo de outros casos clínicos, com algumas passagens e vinhetas clínicas, pinçados de minha experiência em clínica privada, no qual destaco certos aspectos gerais (reunindo dados de diversos casos e compondo “casos fictícios”, ainda que a partir de dados advindos de casos reais, certamente com o cuidado para mudar todo tipo de dado que pudesse identificar os pacientes). Nesse segundo caso, trata-se da possibilidade de agrupar minha experiência clínica para pôr em evidência aquilo que, por vezes, se apresenta de maneira dispersa na prática clínica. Também nesse sentido e cuidando dos aspectos éticos no que se refere ao uso desse material, os casos apresentados não correspondem a pessoas reais, mas a personagens que têm como objetivo destacar um tipo de dinâmica específica.

Cabe ainda dizer, para esclarecer o que apresentarei no material clínico caracterizado como o de um “conjunto mais amplo de casos”, que estes são, na verdade, *casos fictícios* que foram construídos a partir de casos efetivamente acompanhados por mim: por um lado, são recortes de partes selecionadas de casos reais, tal como no primeiro tipo de material clínico, mas, por outro, são ficções, dado que agrupam, condensam, deslocam etc. (tal como nos sonhos) dados vividos, apresentando, pois, um material que é tão fictício como real, com o objetivo de fornecer outros exemplos de relacionamentos adictivos. Esse segundo tipo de material será apresentado com mais ou menos detalhes, com maior ou menor quantidade de material clínico, em função do caminho necessário para esclarecer o que são os relacionamentos adictivos e suas dinâmicas.

No caso atendido na Clínica Psicológica da USP, houve a assinatura de um termo de consentimento devidamente aprovado pelo Comitê de Ética. Nos casos atendidos em consultório, não considereei necessário tal procedimento, dado que não vou apresentar as falas e a história dos pacientes, mas tão somente vinhetas relativamente genéricas que dizem respeito muito mais à minha experiência analítica do que a um material que possa caracterizar ou identificar uma pessoa.

Assim, na análise do material clínico, pretendo:

1. com o primeiro caso, apresentar dados mais amplos da história de vida do casal que está em um relacionamento aditivo, procurando mostrar o tipo de sofrimento e de busca que realizam, tanto com o uso das drogas quanto no outro, bem como uma parte de sua história familiar, fundamento e gênese de sua busca aditiva;
2. No segundo tipo de material, tenho a intenção de dar exemplos sobre tipos possíveis de relacionamentos aditivos que fornecem um material empírico que pode servir como ponto de partida para compreensão de outros casos em outras situações, a saber:
 - a) a relação adictiva cujo sintoma principal é a briga;
 - b) o casal que tem nos filhos a sua droga;
 - c) o indivíduo adicto a conquistas;
 - d) o indivíduo que precisa estar casado, ainda que o casamento seja insatisfatório;
 - e) o indivíduo que não consegue manter ou até mesmo ter algum relacionamento afetivo, dado que todo relacionamento denuncia o vazio impossível de ser preenchido;
 - f) os casos em que o casal procura atendimento, mas não consegue fazer o movimento de chegar até o consultório;
 - g) o casal que, mesmo estabelecendo um relacionamento adictivo, pode usar a situação de dependência inicialmente patológica como modo de “consertar” as falhas ambientais de seus passados, caminhando em direção ao amadurecimento.

2.1 Casal 1. Doce Veneno

Nesse caso, pretendo pôr em evidência a relação conjugal entre duas pessoas que parecem muito doces, desprotegidas, cordatas e, ao mesmo tempo, capazes de falas e ações muito violentas, causando muita dor e ressentimento mútuos. Ao longo de minha exposição, espero também poder caracterizar qual é o lugar da droga nessa relação, associando-a ao tipo de relação de dependência que cada um dos membros do casal vive e de que têm necessidade.

Aspectos gerais da situação do casal no início do atendimento

Esse casal foi atendido na clínica psicológica Durval Marcondes, do IP-USP, a partir de encaminhamento para o Sefam (Serviço de Atendimento Psicológico a Famílias e Casais da USP). O encaminhamento veio da escola das filhas deles.

Ela, N., de 24 anos, ele, R., de 29 anos, são casados há quatro anos, desde que souberam que ela estava grávida da primeira filha. Na época, ela foi morar na república dele. Antes, eram amigos “coloridos” e não monogâmicos. Eles têm duas filhas, uma de 4 e outra de 3 anos. Hoje, o casal e as duas filhas vivem em uma casa que alugaram quando ela ficou grávida da segunda filha, pois ela não conseguia mais viver na república, que era extremamente mal-cuidada. Ele, antes, trabalhava vendendo cerveja na faculdade e, quando ela engravidou, parou de estudar e foi trabalhar fazendo produção de espetáculos; hoje, é contratado em uma casa de espetáculos e faz trabalhos como *freelancer*, trabalhando além do limite do saudável, sem folgas, sem tempo para descanso e sem cuidados consigo. Ela está terminando a faculdade de História e trabalha com um horário flexível como estagiária, ligada à faculdade, e cuida das filhas com a ajuda dos sogros. No momento, os dois são adictos de maconha, mas já fizeram uso intenso de álcool e outras drogas, como cocaína, crack, ecstasy e LSD, além de cigarro. Hoje em dia, usam álcool de forma esporádica, mas, quando começam a beber, não conseguem parar e caem no abuso.

Tipo de problema específico que os levou a solicitar ajuda psicoterápica

Chegaram ao Sefam encaminhados pela escola das filhas, por causa do comportamento da filha mais velha (na época com 3 anos), que sempre foi uma menina, segundo as palavras da mãe, “brava e que tinha episódios de surto diariamente, chegando a ficar dez dias chorando seguidamente”. A pedagoga da escola a encaminhou, ressaltando o grau de sofrimento da criança que se debate, se contrai toda, chora e chega a ficar roxa. Eles têm também outra filha (na época com 2 anos), que, no início, era um pouco mais calma, mas que começa a reagir como a irmã quando contrariada.

Eles são atendidos, inicialmente, pelo psicólogo do Sefam, realizando quatro sessões com a finalidade de triagem. Avaliados como tendo a necessidade de um tratamento psicoterápico mais intenso e regular e com um histórico de abuso de álcool e outras drogas, são encaminhados para mim.

No primeiro encontro comigo, logo que se sentam (distantes um do outro, quase virando as costas), já posso ver sinais de que algo não vai bem entre eles.

(Primeira impressão visual: ela é uma mocinha com feição simpática, magra e com estilo alternativo/hippie; ele também é mocinho, com uma feição doce, mas é extremamente descuidado consigo mesmo: está gordo, com cabelos e barba sem corte e sem pentear, não se atém à higiene e à limpeza própria ou de suas roupas.)

No decorrer da sessão, reparo na maneira como evitam (principalmente ele) se olhar e no modo como relatam os acontecimentos quando se percebe que estão ressentidos um com o outro. R. principalmente se mostra bem ressentido, como aparece, por exemplo, nesse diálogo da primeira sessão, quando estão contando como se conheceram:

N.: – Nesta época éramos só amigos. Não éramos, R.? Porque agora já não sei, é tanta raiva que ele tem de mim...

(R. mau responde.)

N. (fica chateada) – Acho que éramos amigos, que conversávamos, não éramos, R.?

R.: – Se você diz...

N.: – Éramos sim. Muitas vezes não saíamos com outros amigos para ficarmos só nós dois. Nós conversávamos muito. Ele era carinhoso comigo. Eu era carinhosa com você, né, R.?

R.: – Se você diz...

N.: – Espero que sim – (quase chora).

R.: – Era carinhosa sim, mas só ia em casa por causa dos amigos, não era por minha causa... Era uma turma... (Sessão 1)

Na conversa, o ressentimento fica mais claro. Ele mal quer falar; ela fala e tenta ter a opinião dele; ele evita se pronunciar, até que ela quase chora, então ele acode, revelando que a deixa vivenciar um pouco o desespero para depois a socorrer. No entanto, ele sofre por se sentir submetido, como podemos ver neste diálogo relacionado ao trato com as filhas:

R.: – Não é bem assim, você sempre muda. Você só quer tudo do seu jeito. Quando eu chegava do trabalho, correndo, ansioso para ver as meninas à noite, você já estava colocando-as para dormir, não deixava eu entrar no quarto.

N.: – É que elas estavam quase dormindo, e ele atrapalhava, daí elas não queriam mais ficar comigo, só com o pai, e eu gosto que tenham horários, e assim bagunça tudo.

R.: – No fim, mudei o trabalho para a noite, nem as coloco mais para dormir, de tão difícil que estava. Assim eu trabalho, ganho dinheiro, e ela faz tudo do jeito dela. E me sinto mal por ficar ausente. (Sessão 2)

Eles não conseguem conversar, chegar a um acordo, então brigam; ele fica sem falar com ela, e ela fica extremamente desamparada e sem

forças para cuidar das meninas, que, então, à sua maneira, dominam a situação. Eles sofrem, pensam em se separar, mas não o fazem, e isso vira mais um motivo para briga:

N.: — Antes eu pensava em me separar, depois pensei em tentar, mas o clima em casa é horrível; ele não me escuta, não conversa, não fala.

R.: — Ela quer tudo do jeito dela, só quer que eu esteja junto quando precisa que eu dirija. Ela quer se separar, assim eu dou o dinheiro, levo na escola, e ela faz tudo do jeito que quer. (Sessão 2)

N.: — Eu confio em você, quando elas estiverem com você estarei tranquila, mas os dois juntos não dá. Ele chega, as meninas me rejeitam, a mais velha quer tudo do jeito dela, faz escândalos, grita, chora, se joga no chão, e a menor agora quer imitar, é horrível. R. é uma pessoa boa, ele se esconde atrás dessa aparência desleixada, mas é uma pessoa doce, todo mundo fala. Eu confio em você, R.

R.: — Está horrível também porque antes podia tudo e agora não pode mais nada. (Sessão 5)

Ele é muito permissivo com as meninas. Ela quer rigor e não consegue. Um põe a culpa no outro por nenhum deles conseguir fazer do jeito que acha certo. Não conseguem conversar, chegar a um acordo sobre o que acham certo ou esperam, pois eles mesmos não sabem direito o que querem, precisam ou acham certo, então ficam esperando que o outro solucione a questão. Ela quer se separar, mas não quer; ele reclama dela violentamente, mas não consegue conversar nem pensar em se separar.

Assim já podemos ver que, apesar de o motivo do encaminhamento ter sido o sofrimento da filha, este é fruto das grandes dificuldades individuais e de relacionamento de N. e R., em que o ressentimento e a dependência têm um lugar central.

Eles contam que, desde o início, o relacionamento foi confuso. Conheceram-se nas baladas, onde bebiam muito. Saíam das festas após beber e usar drogas e iam para a república dele, onde ficavam. Relatam que

viram meu nome na internet e leram que eu trabalhava com problemas de álcool e drogas. Ela conta que se preocupa, pois bebeu muito durante a gravidez e a amamentação da primeira filha.

Os dois foram viver juntos devido à gravidez de N., que, a meu ver, foi mais uma atuação fruto de seu desespero, de uma busca para preencher o que ela sente como vazio, de sua depressão e de sua necessidade de apoio do que de ter se preparado e sentido madura para ter um filho.

R. é um homem muito inseguro, não se sente capaz ou interessante para conquistar uma mulher, é também exigente consigo e, como já mencionado, doce. N. diz que não gosta de preservativos, e ele nunca iria questionar isso, pois tê-la disponível para ele, como ele diz, estava maravilhoso. Como é exigente consigo e, por um lado, doce, ele nunca iria deixá-la grávida e sozinha. Acho que ela intuiu isso, sentiu isso nele.

Tinham relações sem camisinha ou qualquer outro contraceptivo, e N. não só engravidou uma vez, mas duas. Hoje em dia, eles quase não têm vida sexual, mas, muito raramente, se têm, é sem prevenção; então, correm o risco de terem mais filhos, sem preparo ou maturidade para isso e sem darem conta de cuidar de si mesmos e das filhas. Não conseguem pensar em ter esse tipo de cuidado. No meio de tudo isso, há questões profundas ligadas à sexualidade deles que são negadas e mascaradas.

*

No relato do psicólogo que os atendeu, N. conta que, na adolescência, não sabia o que fazer da vida; fumava maconha, bebia muito álcool e já havia experimentado quase todas as drogas. Hoje, continuava fumando maconha.

Nos atendimentos comigo, R. relata que começou a fumar cigarros aos 7 anos e fumou até a adolescência. Começou a beber aos 12 anos e parou com 17 devido à cirrose. Voltou a beber um ano depois. Hoje, bebe “socialmente”. A diminuição da bebida aconteceu na primeira gravidez, quando passaram a beber “só” seis latas de cerveja diariamente, hábito que suspenderam após a segunda gravidez.

N.: — Mesmo durante a gravidez e amamentação, bebíamos muito. Nós diminuímos nessa época, mas o que é pouco para a gente nem sempre é pouco para os outros, e não sei se isso também contribuiu para as dificuldades de nossa filha. Durante a gravidez e a amamentação da segunda filha, já havíamos parado. Quando diminuí, o que digo que era pouco para mim, eram seis garrafas de cerveja por dia. (Sessão 1)

R. conta que começou a fumar maconha também com 12 anos e que aumentou o uso na época da cirrose (quando tinha 17 anos), pois não podia beber. Fuma maconha até hoje, de manhã, na hora do almoço e à noite.

N. acrescenta que ele não consegue ficar sem a droga, pois, se não tiver maconha acessível no trabalho, ele vem para casa para usar. (Sessão 10)

Ele não vê problemas no uso; como já parou de beber quando teve cirrose, acha que para com a maconha quando quiser. Diz que, no trabalho, usa com os colegas, para “dar um gás”. Isso não atrapalha em nada, até ajuda, e que, quando os colegas não podem, ele vai para casa fumar, pois é muito pertinho. (Sessão 10)

N. diz que também começou a fumar maconha com 12 anos. Na época, bebia e fumava muitos cigarros, no mínimo um maço por dia. Assim, não fumava tanta maconha. No dia seguinte em que soube que estava grávida de F1, parou com o cigarro e então aumentou o uso da maconha. Daí em diante, não parou mais. No início, quando as meninas dormiam ou iam um pouco lá fora, fumar era um momento de os dois estarem juntos. Hoje, nem isso mais fazem juntos: cada um fuma sozinho. (Sessão 10)

N. conta que tem vontade de parar. No ano anterior, quando estavam melhores, ela parou um pouco, mas logo voltou. Hoje, também fuma três vezes por dia, de manhã, à tarde e à noite.

N. relata ainda que, quando bebe, não consegue parar, e isso só ocorre em situações sociais.

Os dois têm claramente um funcionamento adicto, utilizando a droga e o relacionamento para se preencherem; usando as palavras de McDougall (2001): é a função maternal que não conseguem fazer por si mesmos.

*

No trabalho com eles, é preciso ajudá-los a amadurecer, no sentido em que Winnicott considera a saúde como o amadurecimento adequado à idade do indivíduo: “Um dos postulados da psicanálise é o de que a saúde implica na continuidade desse progresso evolutivo da psique, e de que saúde significa maturidade do desenvolvimento emocional adequado à idade do indivíduo, sendo óbvio que tal maturidade refere-se a esse progresso evolutivo” (1955d, p. 377). Winnicott considera que a função da análise é fornecer as condições ambientais para que o próprio paciente possa encontrara as soluções para seus problemas, integrando-o de forma a não ser mais escravo de si mesmo. Nesse sentido, ele diz: “Em um contexto profissional, dado o comportamento profissional apropriado, pode ser que o doente encontre uma solução pessoal para problemas complexos da vida emocional e das relações interpessoais; o que fizemos não foi aplicar um tratamento, mas facilitar o crescimento” (1986f, pp. 113-114).

De acordo com Winnicott, a saúde corresponde a um tipo de adequação entre a idade cronológica e o modo de funcionamento afetivo do indivíduo ou, em outros termos, equivale à maturidade de acordo com a idade do indivíduo (1971f, p. 24). A doença corresponderia, então, a um tipo de imaturidade: “o distúrbio psicológico é imaturidade, imaturidade do crescimento emocional do indivíduo, e esse crescimento inclui a evolução da capacidade do indivíduo para relacionar-se com pessoas e com o meio ambiente de um modo geral” (1984i, pp. 265-266). Em outros momentos, ele se refere à saúde de uma maneira que caracteriza alguns comportamentos, reconhecendo que a existência do ser humano como os outros seres humanos é difícil:

A vida de um indivíduo são se caracteriza mais por medos, sentimentos conflitantes, dúvidas, frustrações do que por seus aspectos positivos. O essencial é que o homem ou a mulher se

sintam *vivendo sua própria vida*, responsabilizando-se por suas ações ou inações, sentindo-se capazes de atribuírem a si o mérito de um sucesso ou a responsabilidade de um fracasso. Pode-se dizer, em suma, que o indivíduo saiu da dependência para entrar na independência ou autonomia. (1971f, p. 10)

A saúde é caracterizada, pois, como um modo de ser que conjuga autonomia com relacionamento e dependência do outro, sem perda da espontaneidade.

A vida familiar de R.

R. é o filho caçula e tem um irmão 4 anos mais velho. O pai é lembrado como um homem carinhoso, mas sem pulso, sem jamais ter interferido para dar ordens, delimitar ou organizar as relações familiares. Os pais sempre trabalharam muito (agora trabalham menos, para cuidar das netas), e ele ficava com o irmão, diagnosticado como bipolar e que mandava e batia nele, sem ninguém contê-lo. A mãe também é carinhosa, mas, quando eram pequenos, era muito ausente, sempre voltada para o trabalho e a organização da casa, sem olhar o que passava com os filhos. Era e é permissiva: pode tudo, não há limites para nada e cada um faz o que bem entende. R. parece gostar dos pais e se relacionar razoavelmente bem com eles (socialmente, se relaciona bem, mas é fechado e não fala de nenhum sofrimento para eles), mas estes sempre foram ausentes e não colocam limites, nem mesmo para as netas. R. tem muita mágoa por não ter sido protegido e pelos pais terem deixado o irmão fazer tudo o que queria, até mesmo com ele, e por terem deixado ele se machucar na vida sem contê-lo, sem mostrar que precisa cuidar da saúde e de si mesmo.

Quando perguntei por que ele havia ido morar em uma república, ele me disse:

R.: — Por causa das dificuldades com meu irmão mais velho. Na minha família somos meu pai, minha mãe e meu irmão quatro anos mais velho. E meu irmão sempre me maltratou, me bateu, e meus pais

trabalhavam muito. Minha mãe e meu pai são professores de escola, muito dedicados, trabalhavam muito e não tinham tempo para cuidar da situação. Nós estudávamos na escola onde minha mãe trabalhava e íamos e voltávamos com ela, ficávamos, então, o tempo todo juntos. Mas ela ficava trabalhando e não via o que meu irmão fazia. Ele já me machucou algumas vezes, as mais graves sem a intenção direta, mas tive de levar pontos. Ele tem muitas dificuldades: foi diagnosticado como bipolar, toma remédios, e, com isso, meus pais sempre deixaram e ainda deixam ele fazer o que quer [lembrei-me do psicólogo do Sefam que os atendeu primeiro e associou a filha deles, que foi o motivo do encaminhamento, a esse irmão dele]. Na escola, pela revolta com minha mãe, eu me larguei e comecei a beber muito. Era vodca ou outro destilado, e mais cerveja, tudo em grande quantidade. Era muito mesmo.

N.: — Eu também.

R.: — Então com 17 anos tive cirrose.

L.: — Como você percebeu?

R.: — Comecei a me sentir muito mal, com muita dor, e fui ao médico. Seguindo a recomendação dele, fiquei um ano sem beber. Mas sentia muita dor, e o médico indicou que naquele ano eu não tomasse remédio. Depois daquele ano, ele liberou o remédio, e fiquei com raiva por ter passado tanta dor e ele não ter me deixado tomar o remédio, e nunca mais voltei nem nesse médico, nem em outro.

L.: — Como seus pais lidaram com isso?

R.: — Nunca mais perguntaram nada, nem cobraram. Eles pensam: se não quer, não vai. (Sessão 3)

A família de R. é amorosa, mas ausente no sentido de não observar o que acontecia com os filhos nem colocar limites, o que o fez sofrer muito, sentir-se submetido a um irmão mais velho, mais forte e perturbado. Como ele não tinha a quem recorrer, fechava-se e ia embora, padrão que se repete

até hoje. Também repete em seu relacionamento com N. a “liberdade” do “se não quer, não vai”. Se ela não faz algo, é porque não quis fazer, o que limita sua comunicação com ela e o deixa muito frustrado.

Ele se afastou da família, foi morar em uma república, estudava em uma faculdade pública e vendia cerveja para se sustentar. Quando N. engravidou, foi uma surpresa para ele e para a família. Diz ele:

R.: — Eles nunca esperavam, pois eu era um caso meio perdido que não estudava, só bebia, era bem largado. Mas depois ajudaram muito.
(Sessão 3)

A gravidez teve um enorme impacto na vida e deles e da família. Aparentemente, eles deixaram de ser os casos perdidos para serem pais responsáveis. Mas vemos ao longo das sessões que as dificuldades deles continuam sendo bem profundas, causando grande sofrimento também às filhas.

Os pais de R. assumiram muito os cuidados com as meninas; o pai dele busca as meninas todos os dias na escola, e a mãe fica com elas às terças, quintas e sextas depois da escola e também nos fins de semana (as meninas só vão para casa para dormir e tomar café da manhã, o que já é uma rotina bem difícil para N. e R.). A sensação que dá é que os avós também são um pouco pais das meninas.

A vida familiar de N.

N. é a mais nova de quatro irmãs. A mais próxima dela é cinco anos mais velha, e a mais velha das quatro é doze anos mais velha que ela. N. era a filhinha caçula, uma menina doce e cordata que ainda tomava mamadeira aos oito anos de idade. Isso até que, na adolescência, se rebelou, vivendo atrás de homens, tendo múltiplos parceiros, usando muitas drogas e bebendo, passando, inclusive, vários dias sem voltar para casa. A mãe é uma pessoa muito insegura, não se desenvolveu no trabalho e, a despeito das brigas constantes com o pai, não conseguia se separar. As filhas têm um

misto de proteção e desprezo por ela ser tão fraca (na concepção de N.) e não ter conseguido protegê-las daquele ambiente terrível, instável e tão cheio de brigas. O pai é alcoólatra, bebia muito e, quando chegava em casa, ele e a mãe brigavam. Alcoólatra funcional, trabalhava e sustentava a mãe e as filhas, o que tornava mais difícil para a mãe se separar. N. cobrava da mãe e não aceitava o que ela via como passividade e incapacidade de proteger as filhas do sofrimento que o casamento conflituoso gerava. Assim, o relacionamento dela com a mãe sempre foi muito difícil. Hoje, no entanto, está melhor. Com o pai, o relacionamento era muito bom; apesar de beber, ele sempre era carinhoso, sedutor e disponível, então, ela o idolatrava. Hoje, está mais distante dele e sofreu muito quando a idealização dele desmoronou (ao descobrir que ele via revistas de mulheres nuas, ou seja, que era um homem sexuado). Com as irmãs, tem um relacionamento bom, mas, na adolescência, brigaram muito. Gritavam de maneira descontrolada e batiam-se. Eram relacionamentos tumultuados, e ela, sendo a mais nova, ficava muito desprotegida. Ninguém vinha contê-las, o que também causava bastante sofrimento e contribuía para o clima de brigas e falta de limites que havia na casa.

N. conta, no relato para o psicólogo do Sefam, que:

Eles tinham muitos problemas particulares dentro das próprias famílias de origem. Na adolescência, ela, por exemplo, não sabia o que fazer com a vida, fumava maconha e bebia muito álcool. Ela já experimentou quase todas as drogas, mas hoje só continua fumando maconha. Durante a adolescência, muitas vezes ela chorava e ficava “depressiva”. Ela se apaixonava por homens e corria atrás deles. Sempre tinha muitos interesses, mas não conseguia fazer uma coisa por muito tempo. A adolescência foi uma época perdida para ela.

N. já procurou um psicólogo certa vez, mas sua mãe, que acredita na medicina alternativa, queria que ela procurasse outro psicólogo porque o terapeuta estava “muito do lado de N.”. Com isso, ela acabou parando.

Os pais dela brigavam muito. Ela diz que seu pai era alcoólatra e bebia bastante. Ela e as irmãs perguntavam sempre para a mãe por que ela não se separava de vez. Mas a mãe não se separava porque era financeiramente dependente do marido. Ela era uma pessoa muito ansiosa e descontrolada. (relato de N. nas primeiras sessões de N. e R. com o psicólogo do Sefam).

Nas sessões comigo, N. continua:

N.: — Somos quatro filhas. Eu sou a mais nova e tenho cinco anos de diferença com a mais próxima de mim e doze com a mais velha. Então eu era a protegida, minha mãe não queria que eu crescesse. Eu era a queridinha, a mais próxima da minha mãe. Até que cresci, comecei a beber muito, a não ficar em casa e a chegar de madrugada ou a não dormir a em casa. Comecei a ser vista como a largada, a ser criticada e a ficar distante de todos. R. — É preciso contar também que o pai dela é alcoólatra. (Sessão 4)

N.: — Quem cuidava de mim era meu pai. Eu era grudada nele, e ele fazia tudo que eu queria. Até a idade de oito anos, meu pai fazia mingau para mim toda manhã. Ele acordava mais cedo e fazia. Até por volta dessa idade, eu usava mamadeira e chupeta. Eu não queria parar e meus pais não insistiam. Até que minha mãe tirou. Minha mãe falava para meu pai parar de fazer mingau, mas ele não queria, e ela não fazia, mas deixava que ele se ocupasse de mim. E eu era a companheira dele, passeava com ele, estávamos muito juntos.

Pergunto como era a questão da bebida para o pai, se ele já bebia na época.

N.: — Sim, ele sempre bebeu, mas isso não atrapalhava que ele trabalhasse e cuidasse de mim. Ele nunca bebeu em casa, nem ficou em bar. Ele passava nos bares, bebia e ia embora. Ele tem muita resistência à bebida, então não ficava bêbado. Agora, está mais velho, menos resistente, então fica pior. Mas ele e minha mãe continuam trabalhando.

L.: — No que seus pais trabalham?

N.: — Meu pai trabalha com produção e minha mãe é atriz.
(Sessão 8)

N.: — Na adolescência, comecei a sair muito, fui me separando dele, e descobri uma coisa horrível, que depois descobri também em R.

Ela demora um pouco para contar, como se fosse algo realmente horrível.

N.: — Achei revistas pornográficas nas coisas do meu pai!

Ela toma isso como uma afronta e relata que, após o enorme afastamento da família na adolescência, hoje se relaciona com o pai, mas que nunca mais foi como antes. (Sessão 8).

Ao falar da família de mulheres dependentes químicas, Roig diz:

Enquanto na família do homem o afastamento do pai deixa o filho à mercê das exigências maternas, transformando-o na droga da mãe, na família da mulher encontramos fenômenos diferentes. O pai mantém-se no lugar da figura onipotente, envaidecido e forte, à medida que tem a filha para continuar sua função de doador universal. Há uma mudança de lugares, deslocando a mãe para uma posição secundária e vertendo a atenção do pai em relação à filha, na perpetuação do primeiro pacto ilusório, isto é, da manutenção da figura idealizada paterna. Este pai envolvente exerce um fascínio e comanda as realizações familiares. Ele, dentro do clã, exerce sua virilidade, e sua força permanece reassegurada, tendo a filha mulher a incumbência de vitalizá-lo, glorificá-lo. A figura idealizada está presente, facilitando as fantasias edípicas adolescentes. (1999, p. 71)

Além disso, devido ao fato de a figura materna ficar distante e esvaziada, acontece o que Roig diz sobre a falta da figura materna, que não consegue se significar, ficando denegrida e sem nenhum atributo que pudesse atrair identificações:

Na falta de uma identidade feminina, a menina procura uma saída através de atividades masculinas. Encontramos então uma exacerbação da sexualidade, relações afetivas indiscriminadas e inconsequentes, incluindo o uso de drogas como uma atuação de características masculinas. O fascínio pelo poder idealizado fálico se equivale à utilização do álcool – droga como uma forma de continuar o legado masculino. Há uma identificação maciça com o poder do pai idealizado. O beber ou drogar-se significa poder não ser castrada, havendo um manejo onipotente sem limites da vida. A questão do confronto com a castração é rejeitada por não existir o conceito que unifica o ser com o ter. Se você tem, é, se não tem, não é. A filha procura então magicamente obter a posição fálica aderindo ao pai, ou à droga, e empurra e compete com a mãe denegrada internamente. A carga de destrutividade dirigida agora contra as representações parentais internalizadas é feita com a adicção. (1999, p. 72)

N. diz que queria ser homem. Na época das festas, bebidas e drogas, ela bebia tanto quanto os homens, e todos gostavam dela por isso. Ela não tinha nenhuma “frescura” de mulher, não se arrumava, tomava todas, usava todo tipo de droga, dormia em qualquer lugar e era companheira dos rapazes. Quando começou a se afastar de casa já foi assim, ia para os bares, ficava dias sem aparecer, sem tomar banho, e realmente usava tanta droga que nem percebia quantos dias havia passado, estava fora do ar. Só voltou quando engravidou. Então se aproximou da família, da mãe e das irmãs. Com o pai, nunca mais foi igual. (Pensei numa busca por uma identidade feminina e, junto com isso, houve a desidealização do pai, que era um homem como os outros e via revistas pornográficas, mas ainda não abordei isso, pois não havia mais tempo).

L.: — E como foi quando você engravidou? Como sua família lidou com isso?

N.: — Eu acho que queria engravidar por causa da relação com minha família, porque minhas irmãs (as duas mais velhas) estavam tendo filhos, e eu estava muito desacreditada. Quando engravidei, foi minha redenção com a família.

L.: — Redenção?

N.: — Sim, eu me aproximei muito delas de novo, da minha mãe, das minhas irmãs. Eu diminuí a bebida. Eu brigava o tempo todo com minha mãe, com minhas irmãs, e hoje melhorou. (Sessão 4)

Como é o relacionamento atual do casal no que se refere à relação emocional que têm um com o outro, bem como a relação familiar no cuidado com os filhos e com as famílias de cada um dos cônjuges

N. e R. se conheceram nas festas. N. transava com vários rapazes, e R. era um deles. Ela transava até mesmo com outro rapaz da mesma república de R. Ela diz que passou a sair só com os dois (com R. e com esse outro rapaz da república) e, depois, uns dois meses antes de engravidar, só com R. Ele diz que não saía com outras porque não tinha oportunidade, e acha que só assumiram um compromisso quando foram buscar o exame de gravidez. Ali, enquanto esperavam, decidiram namorar e ser monogâmicos. Eles têm visões diferentes sobre esse início. Ele acha que o compromisso se deu só ali, e ela acha que foi antes. Percebi que ela sonha com algo mais romântico do que consegue ter na realidade. Se, por um lado, não percebe o quanto magoa R. com a necessidade de sair com outros, por outro, usa isso para atingi-lo e chamar sua atenção.

Minha hipótese é a de que N. buscava nesses tantos rapazes com quem transava o apoio e a proteção que não conseguia encontrar em si. Ela usava o sexo para conseguir isso; como não conseguia, continuava buscando outro e mais outro.

Após encontrar R. e engravidar, ela precisa encontrar esse apoio nele, mas, como não encontra, se sente muito desestabilizada.

N. diz que, quando briga com R., fica muito triste e deprimida. Às vezes, até quer morrer. Não consegue se controlar e fica sem saber o que fazer. Quando era criança, não era tão ansiosa como agora. Jurou que nunca ia ter um relacionamento com desrespeito, mas acha que parece até uma

maldição, pois acontece exatamente isso no relacionamento que tem com R. Ela diz que faria qualquer coisa para não ser do mesmo jeito que a mãe (relato das primeiras sessões de N. e R. com o psicólogo do Sefam).

Nas sessões comigo, ela completa:

N.: — (...) ontem a gente estava bem e fui trabalhar, e aconteceu algo que queria contar para ele, para dividir. Eu estava na Paulista, indo pegar o metrô, e liguei e ele não quis falar, desligou, e eu senti como se abrisse um buraco na minha frente, queria chorar, não queria mais pegar o metrô, nem trabalhar... (Sessão 5)

N. chora, diz que sente mesmo um vazio muito grande, que não consegue ser feliz. Diz que tem percebido que precisará de uma terapia individual, pois sofre muito. Se R. não fala com ela, é como se um buraco gigante se abrisse em sua frente. Antes, realmente usava a bebida, as drogas, para amortecer isso, mas é algo que não a deixa feliz. (Sessão 7)

N. diz que antes era pior, que ficava mais destruída, agora já conseguiu se controlar, seguir em frente. Mas ainda se sente muito mal, lutando para não ficar destruída. (Sessão 8)

N.: — Eu queria que ele me ajudasse, que entendesse melhor isso, que não ficasse bravo. Se eu reclamo da sujeira, que ele me acalmasse, falasse “tudo bem, nós vamos limpar, calma”. Que me abraçasse... Na outra casa em que a gente morava, era tudo sujo, e se eu reclamava, ele ia embora, saía do quarto sem falar nada. Ficava bravo e ia embora. Então acho que ele não me ajuda. (Sessão 7)

R.: — Acho que sim. Sinto que o que faço nunca é suficiente. (Sessão 7)

N.: — Mas eu já falei que retiro o que disse. Na hora, acontece aquilo que você falou [para mim], eu fico desesperada e falo coisas que não devia. Mas já pedi desculpas [para ele], já falei que quero resolver, quero que fiquemos bem. Eu também perguntei a você se

queria resolver, e você disse que sim. Eu faço esforço para pensar que não é contra mim quando ele fica calado, distante, mas sei que é porque eu fiz algo de que ele não gostou. Então já fico desesperada e quero conversar e acabamos brigando. Eu não sei como agir. Se pelo menos você me falasse: “espera, depois conversamos”... Mas é silêncio, silêncio. (Ela fala com muita tristeza, segurando o choro.) (Sessão 7)

R. — É porque ela quer mandar e parece que o que eu faço está errado. (R. fala de maneira bem ressentida.)

Quando fica muito desamparada na relação com R., apesar da promessa de monogamia, N. não aguenta e procura outros homens. Mas, curiosamente, ela deixa todos os *e-mails* que troca com outros para que R. leia, sempre “sem querer, sem saber como esqueceu”.

R. reage de modo diferente: assim como fazia em sua família de origem (em que apanhava e se calava), ele fica extremamente magoado, se cala, se fecha, vai embora e não consegue falar. Se N. chora, ele se desespera e reage com violência, pois não consegue comunicar a ela a dor que sente.

O que eles têm em comum é que, assim como N. busca em alguém o apoio que não encontra em si, R. também procura e “gruda” nas filhas, que o recebem sempre de braços abertos e rejeitam N., seguindo o que ele sente.

Esse é um padrão familiar que N. viveu em sua casa quando também “grudava” em seu pai, que lhe satisfazia as vontades à revelia da mãe.

Repetição dos padrões familiares

De um modo geral, parece que tanto R. quanto N. carecem de um solo familiar afetivo e seguro. Os modos como os pais cuidaram de suas crianças parece distante, como se houvessem outros problemas internos ou externos que chamassem mais sua atenção do que o cuidado com os filhos. É como se, vivendo essa falta de contato inicial, eles fossem jogados a uma falta

imensa, à falta de sustentação, procurando, de forma desesperada, alguém em quem se agarrar ao mesmo tempo em que não conseguiam ter uma relação de confiança com ninguém. Assim, sem se darem conta, N. e R. repetem alguns padrões familiares causadores de grande sofrimento. N. achava horrível os pais brigarem tanto e tem brigas terríveis com R. na frente das filhas. Ela achava sua mãe fraca por não se separar do pai e expor as filhas a tanto sofrimento e não consegue se separar de R., apesar de, às vezes, querer e criar situações que levam os dois a brigarem ainda mais. Sua insegurança aparece também no relacionamento com as filhas, pois se sente rejeitada. Não consegue se colocar na posição de adulta e ver que as filhas são crianças. Ela se sente rejeitada e, quando briga com o marido e deixa as filhas com ele, que também é muito inseguro, repete uma situação que já viveu, a de sedução por meio das filhas. Com ele, as meninas podem tudo e ele também sente que pode tudo. Ambos repetem a situação que já viveram de falta de limites, brigas e falta de sustentação efetiva.

No relato deles, é possível apreender esses aspectos e verificar a ligação de R. com as filhas, excluindo N.:

N.: — E assim as meninas me rejeitam como fazem em casa quando R. chega. Mas lá sinto que não posso fazer nada. (Sessão 3)

N.: — Hoje minha filha mais velha não queria que eu a vestisse. Queria que fosse o pai. Eu falei que o papai estava tomando banho e eu iria vesti-la. Então ela faz escândalos, fica gritando que não quer que eu a vista, e R. vem e a veste. (Sessão 4)

N.: — Se ele está, elas me rejeitam. Não querem que eu faça nada. Antes era só a mais velha, agora são as duas. E então ele vem e pega elas, e eu não faço nada, porque elas não deixam. (Sessão 4)

Roig (1999, p. 71) diz que, nas mulheres adictas há, em geral, “uma relação de dependência mútua pai-filha fortemente incestuosa em que a esposa fica descartada”. Podemos ver que essa relação de dependência mútua se repete na relação de N. com o pai e na de R. com as filhas, principalmente com a mais velha. Ele acrescenta que existe um contato

erotizado entre pai e filha e que, para a filha, esse contato é de tal ordem que a droga seria como um sedativo para essa estimulação excessiva. Para Roig, nesses casos, há homens que são aparentemente bem-sucedidos, mas também existe certo mistério em suas reais atividades. Do meu ponto de vista, isso se aplica ao caso do pai de N.: ele trabalha e sustenta a família, mas não fica claro o lugar que a bebida teria em suas vidas. Do mesmo como ocorre com R. Ele sustenta a família, mas está o tempo todo drogado, próximo e sedutor com as filhas e distante de N., não por uma escolha consciente, mas porque não consegue se apoiar em N. Com ela, não há a possibilidade de sustentação, assim, ele se apoia nas filhas, que estão sempre disponíveis para ele. Porém, a meu ver, sem a separação necessária ao desenvolvimento delas e devido à grande fragilidade dele, essa é uma aproximação sedutora e sem limites.

Roig (1999, p. 71) afirma que não existe o pai enquanto lei, porque ele desqualifica a mãe (mãe que, no caso de N., queria que ela parasse de usar chupeta, mamadeira e de tomar mingau, o que o pai ignora e faz do seu jeito; e como acontece com R. e as filhas, pois N. tenta, do seu jeito inseguro e frágil, colocar limites, enquanto R. quer sempre satisfazer as filhas, dizendo que isso acontece por ficar pouco com elas); assim, atribui-se à filha a posição fálica paterna e ela poderá transgredir através do uso de drogas e práticas marginais (como acontece com N. e também com R., que continua no mesmo padrão com as filhas). Diz Roig sobre esse tipo de fenômeno: “O pai é de certa forma um transgressor, e a filha fica sendo a droga do pai, assim como no homem a tentativa de resolução da melancolia da mãe é o filho” (1999, p. 72).

Podemos ver isso no relato de N. sobre R.: Na escola, o mal-estar se agravou, pois ele leva as duas no colo mais as duas mochilas. Ela diz que não precisa; as duas meninas sabem andar, a maior já tem quatro anos. Ele continua com as duas. A mais nova se solta dele e vai brincar. Com a mais velha é pior, pois mesmo se ela vai brincar, ele vai atrás e se despede de novo. Então pega no colo de novo, e ela vai embora e ele pega de novo. Eles já chegam atrasados, não há mais nenhum pai na

escola, e ele lá. Demora 20 minutos para se despedir. Nenhum pai faz isso. Eu fico envergonhada, mas, se falo, ele fica bravo e me trata mal ali mesmo, na frente das professoras. Ninguém nunca nos chamou para falar disso, mas eu não acho certo. Nem é bom para a filha.

Nesse dia (hoje), como tínhamos horário para a terapia, eu o chamei, peguei na mão dele e disse “vamos”. E ele tira a mão, se afasta, não responde e vai atrás da filha. Sempre faz isso. Ele me trata mal e vai atrás da filha. Principalmente com a mais velha, mas, às vezes, também com a mais nova. E ele não põe nenhum limite. Os pais dele também são assim, até piores. Outro dia a mãe dele estava machucada e as meninas pedindo para ir no colo, e ela, toda machucada, deixou.

Além disso, como já foi dito antes, N. relata que jurava que não iria ter um relacionamento com tantas brigas quanto sua mãe e seu pai tinham, e que até “parece uma maldição” que ela repita isso. Também há uma repetição no fato de sua mãe dizer que não se separava do pai por ele sustentar a família e hoje N. viver uma situação semelhante.

Dificuldade de separação eu/outro e o que atende e o que não atende às necessidades existenciais de cada um deles na relação

N. e R. também têm dificuldades de se ver como duas pessoas diferentes, e isso lhes gera muita dificuldade e sofrimento:

N.: — Não é assim, você não entende o que eu falo. Você é um superpai, faz tudo, me ajuda com tudo. Minha mãe fala que nosso problema é que não dividimos as tarefas, nós dois fazemos tudo. R. só não amamentou, o resto sempre fez tudo. Se um ia trocar a fralda, o outro segurava, sempre fizemos tudo juntos. Desde que elas eram nenês, que falávamos que só faltava R. amamentar.

L.: — Às vezes parece que é difícil ver que um é diferente do outro. E até que um é homem e a outra, mulher, o que já traz diferenças...

N.: — Eu li um livro, *Os homens são de Marte e as mulheres de Vênus*, e ficava pensando no jeito de R. No livro, era dito que os homens precisam às vezes ficar quietos ou ver televisão, jogo, não pensar em nada. Diferentemente das mulheres, que geralmente querem conversar. Então eu penso se não deveria deixar R. sozinho às vezes, esperar a brabeza passar...

Contam que tiveram muita dificuldade com a primeira filha.

N.: A primeira só dormia com a boca no peito, nós não dormíamos a noite toda, pois, se ela acordava, tinha que dar o peito de novo. Com a segunda já fizemos diferente. A deixávamos no berço, não ficava o tempo todo no colo ou no peito.

Creio que eles mesmos ainda não tinham (e não têm) bem clara a separação eu/outro, o que aparece na relação com a filha, que fica grudada no peito e segue crescendo muito exigente. Eles não puderam ajudá-la a separar-se, a dormir sozinha, a ficar tranquila sozinha, ainda que na presença dos pais. Deixavam-na sempre no colo, no peito, sem saber o que fazer para acalmá-la, sustentá-la, faziam o que sabiam, ou seja, o modelo do não dar limites. A situação fica pesada para os dois, que estão sempre exaustos e sentindo-se excessivamente exigidos – ele principalmente sente que faz e refaz e nunca é suficiente.

Acho que eles não tiveram, e não podem dar a suas filhas, aquilo que faltou no seu próprio processo de desenvolvimento: “o processo de maturação depende, para se tornar real na criança, e real nos momentos apropriados, de favorecimento ambiental suficientemente bom” (1963d, p. 91). Para Winnicott, quando a mãe é *suficientemente boa*, o desenvolvimento ocorre de forma adequada, e o bebê conquista a capacidade de estar só. Essa capacidade se baseia na experiência de estar só na presença de alguém e, sem essa experiência de sustentabilidade, a capacidade de ficar

só não pode se desenvolver. Estar só na presença de alguém pode ocorrer em um estágio bem precoce, quando a imaturidade da criança é naturalmente compensada pelos cuidados maternos. Winnicott (1958g) considera que a capacidade de estar só depende, pois, de uma sustentação ambiental adequada e na qual o indivíduo se sente seguro:

[...] a habilidade de estar realmente só tem sua base na experiência precoce de estar só na presença de alguém. Estar só na presença de alguém pode ocorrer em um estágio bem precoce, *quando a imaturidade do ego é naturalmente compensada pelo apoio do ego da mãe*. À medida que o tempo passa, o indivíduo introjeta o ego auxiliar da mãe e, dessa maneira, se torna capaz de ficar só sem o apoio frequente da mãe ou de um símbolo da mãe. (Winnicott, 1958g, p. 34)

À medida que o tempo passa, o indivíduo introjeta essa figura e, dessa maneira, torna-se capaz de ficar só sem o apoio da mãe ou de algum símbolo materno externo. Quando as coisas não vão bem, o bebê reage exigindo a presença física da mãe ou de alguém para se acalmar, ou então fica sem reação, perdendo as esperanças de que a mãe ou o seu substituto poderá vir atender a suas necessidades (Winnicott, 1958g, p. 34).

Pode-se dizer que o ambiente que sustenta o indivíduo é incorporado no sentimento de segurança e confiança que o indivíduo tem em si mesmo e no mundo. A relação do indivíduo com esse ambiente interiorizado (interno, por assim dizer), junto com a confiança em relação à não intrusão do mundo, asseguram-lhe o sentimento de segurança em si e no outro, necessária para um viver relativamente autônomo, de modo que ele fica temporariamente capaz de sentir-se seguro de si mesmo na ausência de objetos ou estímulos externos. Maturidade e capacidade de estar só significam que o indivíduo teve oportunidade, por meio da maternidade suficientemente boa, de construir uma crença em um ambiente *suficientemente bom*.

N. e R. não podem passar para a filha o que não têm, ou seja, a crença em um ambiente suficientemente bom, confiável, estável e calmo; os dois diminuíram o uso de álcool e drogas, mas não diminuíram a agitação interna: continuam procurando fora de si o que não encontram dentro, ou

seja, a calma proporcionada por um ambiente bom. Assim, brigam e se ocupam sem parar das filhas exigentes; assim, recriam no exterior a agitação interna. Como isso os deixa muito insatisfeitos, pois ambos estão sempre em busca de algo que não encontram, eles ficam muito bravos, pois esperavam que o companheiro lhes desse aquilo de que precisavam, o que, no entanto, não é possível.

A meu ver, nessa busca de apoio, eles desenvolvem o que McDougall e Gurfinkel chamaram de *relacionamento adictivo*:

No relacionamento adictivo, o outro, ao mesmo tempo em que é reconhecido como fora do controle mágico, precisa ser constantemente manipulado; fixa-se assim um estatuto intermediário entre ser uma criação própria do sujeito e ser dotado de uma existência independente. Ainda que aparentemente estejamos em um relacionamento “adulto”, os parceiros não atingiram uma identificação estabilizadora derivada da introjeção das figuras parentais; como este processo ficou truncado, o outro é convocado como um objeto para compensar tal lacuna. O drama maior deriva da ineficácia dessa tentativa de cura, pois, como o objeto é transitório, ele nunca é de fato introjetado, e só se mantém no mundo exterior. As “doses” de objeto precisam ser assim constantemente renovadas. (2011, pp. 399-400)

R. sente que só trabalha para sustentá-las e que faz tudo o que N. quer, mas ela sempre reclama. Ele se sente desvalorizado, desprezado e sem lugar, como se ela achasse que tudo o que ele faz está errado e é insuficiente. Os dois estão sempre dando o melhor de si e exaustos, mas a situação não tem fim, é como a boca exigente da filha que está sempre querendo mamar. N. também está sempre cansada, sem paciência, sem saber o que fazer, então ela arruma a casa, põe regras, revelando uma necessidade de ordem e organização que não consegue encontrar. Assim, cobra isso dele. Além disso, quando não encontra nele o que procura, busca em outros homens. Eles se sentem muito exigidos e exigem igualmente um do outro. Parece que é realmente muito trabalho para eles, é o resultado de uma mudança que ocorreu de forma abrupta, sem tempo de elaboração. Continua a aparecer neles as falhas da transicionalidade, pois não podem

ainda prescindir daquilo que McDougall chama de *objeto transitório*, ou seja, aquele que não é transicional, não faz a passagem; eles precisam controlar um ao outro, precisam da maconha e às vezes ainda abusam do álcool.

[...] em lugar do objeto transicional que falta, o Eu pode se ligar a um objeto transitório: uma droga ou um outro utilizado como droga. Este poderá ser chamado a preencher a função transicional e será destinado a proporcionar ao indivíduo o sentimento de ser real, vivo, válido: destinado, então, a preencher lacunas do eu, lacunas de sentido no que diz respeito à sua identidade e à sua maneira de pensar o mundo. (1992, p. 61)

Em decorrência desse tipo de dinâmica psicoafetiva, o indivíduo responsabiliza totalmente apenas o outro por tudo o que lhe ocorre. É nesse sentido que McDougall considerará esse outro, a quem o indivíduo responsabiliza dessa maneira, como um substituto do objeto transicional: “É por isso que chamo este outro de substituto de objeto transicional, objeto a meio caminho entre a percepção do outro como totalmente criado pelo indivíduo e o outro reconhecido como tendo existência independente, atributos e desejos próprios. O objeto está fora do controle mágico, mas pode ser manipulado” (1992, p. 61).

Gurfinkel lembra que, no trabalho de Abraham, surge uma chave interpretativa inicial dos fenômenos adictivos, associada à fase oral do desenvolvimento. Creio que apontamentos desse tipo podem colocar em evidência a voracidade primitiva das relações adictivas. Diz Gurfinkel referindo-se a Abraham:

Abraham parte do estudo de casos de compulsão à comida, e em seguida amplia suas conclusões para o alcoolismo e a toxicomania. O nível oral da libido tem como característica uma particular intolerância à frustração; como no caso de uma “criança mimada”, “o comportamento dos pacientes desta espécie, que anseiam por comida em curtos intervalos de tempo, é extraordinariamente similar ao dos morfinômanos e de uma boa quantidade dos dipsomaníacos” (p. 66). Algumas características específicas da organização oral são

exploradas por Abraham, e a relação delas com a adicção são pelo menos indicadas: a preponderância do autoerotismo e o apoio da sexualidade nas funções autoconservativas de nutrição, além da erogeneidade da zona oral. Ao lermos seu artigo sobre o caráter oral (Abraham, 1924), reconhecemos em sua descrição deste tipo de caráter certos traços típicos dos adictos: “Essas pessoas sempre parecem estar solicitando algo, seja sob a forma de um pedido modesto ou de uma exigência agressiva [...]. Quase que se poderia dizer que se “aferram como sanguessugas” às outras pessoas. Detestam particularmente ficar sozinhas, mesmo por pouco tempo. A impaciência é neles uma característica acentuada” (Abraham, 1924, p. 168). [...]. (Gurfinkel, 2007, pp. 15-16)

Essa necessidade do outro aparece mais claramente em N., que tem uma grande necessidade do apoio de R. Se ele por algum motivo não o pode dar, ela se sente caindo em um buraco profundo, sem conseguir ver como ele a apoia (do jeito dele e com as dificuldades que tem, ele faz o que acha que ajuda): ele assumiu as duas meninas, parou de estudar, foi trabalhar para sustentá-las, mudou de casa, ajuda em todos os cuidados etc. Ele reclama, mas apoia muito N., que, no entanto, sente esse apoio como algo tênue, precisando sempre de mais e mais. O que ela não encontra nele vai buscar em outros homens, o que acaba magoando profundamente R., que não consegue dar limites e se sente explorado e submetido.

Toda essa situação é muito difícil para os dois. Ela precisa de apoio incondicional e, se não o tem, sofre. Ele quer dar o apoio de que ela precisa, mas, como não consegue, sofre, e um joga para o outro suas incapacidades e frustrações, como se toda a angústia gerada pela situação fosse culpa do outro.

Segundo Winnicott, uma “mãe suficientemente boa” experimenta o sentimento de fundir-se com o seu bebê no curso de suas primeiras semanas de vida. Mas, se essa função persistir para além desse período, a interação corre o risco de se tornar persecutória e patológica para a criança.

Esse tipo de relação mãe-bebê afeta o desenvolvimento de fenômenos transicionais (atividades ou objetos) e há a tendência de instaurar na criança o temor de desenvolver seus próprios recursos psíquicos para atenuar suas tensões afetivas.

Para Winnicott, o desenvolvimento é pensado em termos da continuidade de ser: “A continuidade do ser significa saúde” (1988, p. 148). Para ele, a sustentação ambiental, a adaptação do ambiente atendendo às necessidades da criança, garante que a continuidade de ser não seja quebrada. Ao comentar a posição de Winnicott, diz Fulgencio:

No início, o ambiente (a mãe-ambiente) precisa adaptar-se às necessidades do bebê para garantir a sua possibilidade de ser e continuar sendo, sem quebrar a linha da vida (Winnicott, 1987a, p. 79). Tudo aquilo que atrapalha e interrompe a continuidade de ser é causa de falta de saúde. Em outros termos, todo viver reativo corresponde a uma patologia do ser: “a alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila” (1960c, p. 47). *Ser*, aqui, tem um sentido muito específico, significa ser por si mesmo e não como algo que é projetado ou introjetado, puxado ou empurrado pelo ambiente. (2011, p. 95)

Todo o desenvolvimento do indivíduo implica um continuar a ser a partir de si mesmo. O psicossoma inicial prossegue ao longo de certa linha de desenvolvimento desde que esse continuar a ser não seja perturbado. O ambiente precisa ser suficientemente bom, ou seja, adaptar-se, na maior parte do tempo, ao atendimento das necessidades da criança em um período de tempo que é suportável para ela tolerar não ser atendida. No início, essa necessidade é absoluta.

O ambiente suficientemente bom é aquele que se adapta ativamente às necessidades do bebê recém-nascido. Um ambiente ruim é ruim porque, ao deixar de adaptar-se, transforma-se numa intrusão à qual o bebê terá de reagir. Essa reação perturba a continuidade do seguir vivendo do bebê.

N. e R. não tiveram esse tipo de ambiente nem as condições para se desenvolverem e confiarem nesse ambiente. Na minha opinião, esse é o lugar que o tratamento precisa ser para eles.

Aspectos que caracterizaram o atendimento feito e o desenvolvimento do tratamento

Desde o início, os dois são doces e afáveis e a sensação com eles é a de cuidar, já que parecem infantis, crianças. Desde o começo, parecem confiar em mim, mas podem estar apenas movidos pelo desespero, pela necessidade efetiva de ajuda.

Da minha parte, gosto de tratá-los, mesmo sendo muitas vezes bastante difícil devido à agressividade entre eles e à imensa tristeza e ao desamparo que neles aparecem. A relação que estabeleceram comigo desde o início é a de pedir por uma mãe, por alguém que cuide, dê suporte e os ajude a se cuidar.

A maneira que elegi para tratá-los foi a de acolhê-los, procurando ajudá-los a ter um ambiente de confiança onde pudessem se desenvolver, já que, desde o início, percebi que a necessidade principal dos dois era amadurecer e vi que eles não encontravam um ambiente suficientemente bom para isso.

Para esse objetivo, também preciso ajudá-los a se diferenciar, a separar o que é de um e o que é do outro, pois a mistura que fazem entre si provoca muita raiva e a atuação de um com o outro.

Ao caracterizar esse casal como “doce violência”, quis colocar em evidência o fato de que os dois parecem abandonados, precisando de carinho e atenção. Eles têm muita doçura, mas, junto com a doçura, vem uma grande violência. Tudo é em excesso. Eles se magoam de uma maneira que, para mim, parece cortante e extremamente dolorida.

Comigo isso talvez apareça de formas diferentes: com as faltas, os atrasos, as recusas em falar por parte de R. (são recusas realmente

violentas, pois ele se fecha e não olha para ninguém; dava para entender que ele sentia dor quando fazia isto, e dava para ver que ele estava sofrendo muito, então eu não me sentia agredida) e algumas falas de N., como quando disse que as mulheres casadas eram todas enganadas, não sabiam de nada e pensavam que os maridos gostavam delas. Segundo ela, é tudo mentira. Ela parecia falar com uma mágoa profunda, com raiva, como se eu não pudesse entender a profundidade da dor dela e querendo me levar a me sentir igualmente enganada. Entendi que a raiva dela era a raiva de ser mulher, de ainda não conseguir se sentir uma mulher inteira e de não compreender que eu não tivesse o mesmo sentimento. Não percebi de forma alguma essa situação como a de uma violência para mim, a de algo que me fizesse me sentir mal ou fora de lugar.

Aparece muita tristeza e raiva entre eles, e isso é o mais difícil de lidar, pois tenho de ir com extremo cuidado, como se fossem criancinhas pequenas, se não, eles não aguentam. Às vezes atendo algumas demandas que eles têm de como cuidar das filhas, mesmo sabendo que não são as orientações que vão resolver as dificuldades deles.

Há algo bem importante que eles já mencionaram algumas vezes ao dizer que queriam continuar o tratamento comigo: “você não nos julga”. Posso entender que isso seja importante, pois eles querem muito me colocar no lugar de juiz. Como diz McDougall, ao falar de uma paciente no texto *O enredo adictivo*: “Tudo que me é dado ver, como analista, é meu papel de juiz, no qual é necessário que eu constate o quão reais são seus dissabores; não se trata de fantasmas, a evidência lá se encontra. Essa encenação tem por objetivo, tanto na análise quanto na vida, demonstrar o quanto essa maldade se encontra do lado de fora” (McDougall, 1992, p. 57).

No entanto, ao relatar esse caso, McDougall está falando de uma paciente individual e, no caso do meu atendimento, é um casal no qual cada um acusa o outro, querendo que eu julgue qual dos dois é o culpado. Eles vivem se julgando e eu, lhes apresentando algo diferente. E eles estão principalmente tendo a coragem e a disponibilidade de virem e tentarem algo diferente.

As vítimas da adição estão todas engajadas na luta contra as dependências universais próprias aos seres humanos, uma luta que compreende a ilusão de redescobrir o paraíso perdido da infância, a liberdade, a ausência de toda a responsabilidade e a noção de tempo. Algumas, contudo, aceitam em reconhecer que elas não puderam exprimir os seus terrores primitivos ou que elas recalçaram, em razão de fantasias pré-genitais violentas, recusando desta forma o essencial das relações humanas. Estas pessoas temem, às vezes, serem desintegradas por uma relação amorosa na qual o amor é assimilado à morte. Se esforçar para encontrar as palavras para comunicar e elaborar estes sentimentos é uma experiência inaugural para todos os indivíduos. (McDougall, 2001, pp. 35-36)

Fim do tratamento

Eles precisavam do atendimento e reconheciam esse fato. Mas, daí até conseguir vir, a história era outra. Isso ocorria porque brigavam muito e não conseguiam combinar a vinda ou então porque se atrasavam para levar as meninas à escola. As dificuldades de organizar o dia a dia atrapalhavam bastante. A vida deles era muito desorganizada e isso se refletia no atendimento. Era um atendimento gratuito e não sei como seria se fosse pago e eles tivessem de pagar caso faltasse. Talvez tivessem até desistido antes. Eles pararam de vir por várias vezes, mas, como eu sempre ligava e ia atrás, eles voltavam, vinham mais um pouco e, depois, faltavam de novo. Em um ano e meio de atendimento, eles vieram a apenas dezesseis sessões. Desde o começo, liguei muitas vezes e escrevi muitos *e-mails*. O que houve é que eu acreditava que eles precisavam de ajuda para vir, e eu gostava de atendê-los e achava que era muito indicado que eles fizessem terapia. Eu me preocupava com eles e com as filhas deles. Achava que, por todos eles, seria muito bom se tivessem ajuda. Mas, mesmo com muita insistência, infelizmente não deu mais. Eu fiquei grávida e depois tive dificuldades no nascimento da minha filha. Assim, o tempo passou. Eu tentei contatá-los nesse ínterim, mas não com a mesma insistência. Com isso, eles não vieram mais.

Acho que, nesse caso, a possibilidade de o tratamento ser longo era pequena, principalmente pelo fato de eles terem uma vida extremamente confusa. Acho que, se eles tivessem condições internas e externas de cada um fazer uma terapia individual ao mesmo tempo, isso poderia ajudar bastante. Quem sabe quando eles estiverem um pouco mais maduros e as filhas crescerem um pouco, eles tenham mais tempo e busquem uma ajuda individual que os auxilie a sofrer um pouco mesmo no processo de amadurecimento. Nós conversamos bastante sobre isso e sobre como seria bom para eles. Como eles concordaram, fica então a esperança de que um dia eles busquem essa ajuda.

Aspectos gerais da gênese do impulso para relacionamentos adictivos

No que se refere à N., desde o início a mãe não pôde lhe dar muita atenção, pois estava envolvida nas brigas com o pai e talvez com a criação das outras filhas. O modelo da mãe é o de um relacionamento adictivo que, por mais que a filha não quisesse de nenhum jeito repetir, foi o que ela apreendeu. O pai, sempre sedutor, fazia tudo o que ela queria, mas sem realmente olhar as necessidades da filha. Isso completava o quadro que a deixava largada e sem limites. Na casa, havia um clima de muita briga, o que ela também repete. Ela era a filha caçula, que ninguém queria que crescesse, que fica sem referências e vai tentando crescer de maneira desajeitada: usa drogas, fica grávida etc. Não vejo o caso de N. como o de uma personalidade antissocial, mas vejo sua adicção como forma de aplacar angústias muito precoces, severas ou mesmo psicóticas (segundo a classificação de McDougall) das quais ela procura se afastar desesperadamente, dado que não tem, dentro de si, nem um pai nem uma mãe asseguradores, mas pais persucutórios e simbióticos. Ante a esse tipo de angústia, ela procura, como que em uma compulsão à repetição, a situação de sustentação ambiental (e de segurança) que poderia ter sido vivida na relação inicial de dependência da mãe-ambiente, relação, aliás, que parece nunca ter sido vivida, mas que N. é impulsionada a buscar no relacionamento com R.

No que se refere a R., tal como N., ele também aparenta ter angústias muito profundas. Também é difícil dizer se são angústias severas ou

psicóticas, mas o que pude ver é que são angústias profundas. Sua família, apesar de aparentemente amorosa, tem uma dificuldade enorme com a questão da continência (sustentação do outro) e dos limites. Ele se sente profundamente largado, abandonado, sem proteção, sem bordas, sem limites, sem o contorno ambiental que poderia lhe servir de sustentação existencial, e isso que lhe causa angústias imensas. Os pais ficavam extremamente ligados ao trabalho e não podiam olhar para os filhos. O mais velho talvez descarregasse sua angústia e frustração em R., que ficava muito exposto a violência e ressentindo uma dor transformada em raiva com relação à mãe, dado que ela não o protegia daquela situação. A própria atitude de beber adveio como uma maneira de fazer que a mãe o percebesse e o protegesse; mas, mesmo com cirrose aos 17 anos, isso não foi suficiente para a mãe se dirigir a ele e enxergá-lo. Na continuidade de seu sintoma adicto, talvez ele tenha perdido a esperança, e a adicção tornou-se uma maneira de se sentir abraçado pelas sensações corporais que a droga poderia fornecer.

Na vida conjugal, N. procura em R. e em outros homens a sustentação que não encontra dentro de si. Com R., ela consegue algum tipo de equilíbrio, ainda que precário. R. procura nas drogas e em N. alguma possibilidade de sentir-se bem, útil, redimido e de não ser mais um caso perdido; enfim, ele quer sentir-se alguém, projetando no seu cuidado com N. e as filhas o cuidado ambiental que não teve, tentando nessa projeção talvez reviver ou consertar seu próprio desamparo. Como ela se queixa demais, ele se sente cada vez pior e eles brigam muito: nenhum dos dois encontrou a solução esperada para suas angústias, ainda que, em um momento ou outro, quando um e outro sentem ter encontrado a proteção e sustentação ambiental que lhes faltou na primeira infância, há ocasiões de conforto e a possibilidade de estarem juntos, o que gera algum equilíbrio na relação conjugal e em cada um deles.

2.2 Exemplos de relacionamentos adictivos: aspectos patológicos e saudáveis desse tipo de procura de solução existencial

Nesta parte do estudo de casos clínicos, me dedicarei a comentar alguns exemplos de relacionamentos aditivos encontrados na minha clínica. Não estarei, no entanto, me referindo a casos específicos, mas ao agrupamento do que encontrei como semelhante em diversos casos, destacando algumas dinâmicas ou modos de viver esse sintoma, que podem ajudar a ter uma compreensão mais ampla de como alguns pacientes podem ser impulsionados aos relacionamentos adictivos.

A meu ver, os relacionamentos adictivos são, como todo sintoma, uma tentativa de resolução de um conflito ou de uma situação traumática. Esta gera sofrimento aos indivíduos e, na maioria dos casos, os relacionamentos adictivos se mostram como uma solução fracassada para um problema do indivíduo; porém, em alguns casos, quando já há um amadurecimento, elas podem fornecer a sustentação ambiental que torna possível ao indivíduo cuidar de suas angústias. Os relacionamentos aditivos também podem trazer possibilidades de soluções saudáveis para atender a traumas e falhas ambientais, diferenciando-se das formas patológicas não tanto por sua natureza, mas por sua intensidade ou rigidez. Em todos os casos, os sintomas são tentativas de cura ou de cuidado de angústias: de relacionamento com o outro (neuróticas), de ser (psicóticas) ou de existir como real no relacionamento com os outros (depressivas). Creio que os adictos e os que sofrem de relacionamento adictivos também procuram nesses sintomas a solução para suas angústias, mais próximas aos modos de ser psicótico e depressivo.

Os exemplos que abordarei são: a) o casal adicto que briga muito (talvez a forma mais comum de reconhecermos os relacionamentos adictivos); b) o casal que tem nos filhos a sua droga; c) o indivíduo adicto à conquista; d) o indivíduo que precisa estar casado (mesmo não estando); e) o indivíduo que não pode estar casado, mesmo precisando; f) o casal que inicia a procura de tratamento, mas não consegue chegar até o consultório; e g) o relacionamento adictivo como ambiente suficientemente bom que leva ao amadurecimento.

a) Casais adictos à vida conjugal centrada em brigas

Há casais que vivem a vida conjugal como uma situação de briga e insatisfação constantes. Eles estão sempre se agredindo e parece sempre haver uma grande excitação no relacionamento. A união adictiva ocorre por meio da briga e da completa insatisfação mútua, mas esse contexto não leva à ruptura, dado que eles precisam da situação de união. O centro da preocupação do relacionamento adictivo é a reclamação ou ataque ao outro, pois o outro não é como “deveria ser”. Diz Caratozzollo nesse sentido:

Um observador leigo pode concluir facilmente que este casal se escolheu erroneamente e que estão pagando as consequências de seu erro. Mas o amor não é cego e os casais que se relacionam violentamente não se equivocaram. O que acontece é que, em um grande número de casos, a escolha se estabeleceu com base em uma contradição entre dois sistemas: enquanto o sistema consciente aspira certo ideal de casal, o [sistema] inconsciente está comprometido com esse outro tipo de vínculo [em conflito]. Desse modo, se instala um conflito – como em tantos outros aspectos da vida psíquica – que resultará em algo que considera a força relativa de ambas as tendências. (1996, p. 106)

Caratozzolo aponta, então, a existência de um conflito entre o vínculo *amoroso* e o *violento*. No amor, há respeito pelo companheiro, pela relação e pelos seus interesses, suas inquietudes, seu trabalho, suas amizades e seus distanciamentos – “aquele que ama permite ao objeto de seu amor seu pleno desenvolvimento em liberdade; sua conduta em relação ao outro está orientada para que ele possa desenvolver as suas potencialidades” –; contudo, no vínculo violento, há o domínio do ciúme e da possessividade – “no lugar da liberdade, submetimento e escravidão; o amor é desalojado para dar lugar ao controle e à violência [tanto física como psíquica, tal como o desprezo, a desvalorização, o denegrimiento, a mentira, o enganar etc.]” (p. 106).

No vínculo violento, os membros do casal não podem suportar as individualidades e procuram a todo custo eliminar todos os vestígios de vida

própria, visando um tipo de fusão *em um só*. Ao buscar quais seriam as fontes disso, as angústias de origem que levariam a tais vínculos, Caratozzollo identifica o problema nas fases mais primitivas do desenvolvimento, na relação básica com a mãe e o seio materno. A violência advém, pois, da tentativa do indivíduo de livrar-se de seus sentimentos de solidão e da dor advinda de suas lutas não elaboradas relativas à perda do seio materno, à perda da infância e do sentimento de completude que haveria em um primeiro início na relação com a mãe: “o indivíduo sonha, sem descanso, com a busca de uma perfeição ilusória que jamais pode ser alcançada” (p. 107). Nessa tentativa que acaba se impondo, tal como uma meta única para a solução de uma dor tão intensa, o indivíduo é intransigente e está lutando por sua sobrevivência psíquica, de modo que a violência sobre o outro é um caminho necessário para atingir seu objetivo:

Se a finalidade é ocupar o espaço mental do outro, a violência constitui a ferramenta privilegiada para alcançar esse objetivo: penetrar no outro, invadi-lo, expulsar aquilo que é exclusivo dele [...]. Assim como a mãe, fusionada com o feto, o “leva para todo lugar”, o partícipe de um casal violento busca esse estado indiferenciado pré-natal, de unidade, na tentativa de restituir esse estado primário, o reencontro com a morada pré-natal, essa antiga perfeição narcísica. (Caratozzolo, 1996, pp. 107-108).

Cabe notar que frases como “não posso viver sem ela/ele”, “com tudo que lhe dou ele(a) não precisa de mais nada”, “prefiro morrer que perdê-lo(la)”, “vivo para ele(a)” mostram o tipo de vínculo no qual se reproduz a tentativa de dependência máxima, dependência que remete às origens. Ao concluir sua análise, Caratozzolo sintetiza qual é o objetivo do casal violento:

Ser tudo para o outro, fechar as janelas do mundo, converter-se e converter o outro em parte de uma mesma unidade com a intensão de regressar à Terra Prometida, ao Paraíso perdido, onde todas as necessidades eram satisfeitas automaticamente e não existiam ameaças do mundo externo. Ou, ainda, o regresso ao momento que se segue [ao momento inicial]: completar o universo dos pais, reinado de onipotência e plenitude. (p. 109)

Nesses casos em que a relação conjugal parece ser sustentada e vivida em função das brigas, creio que esse comportamento pode, pois, desempenhar dois grandes papéis:

1. é um tipo de excitação a partir da qual os dois sentem que algo se integra neles, como se o ódio em relação ao outro pudesse servir como forma de integrar o indivíduo nele mesmo. Nesse sentido, é importante lembrar uma citação de Winnicott, considerando que a integração de si mesmo pode advir de duas direções ou fontes: uma externa e outra interna. A externa diz respeito aos cuidados ambientais adequados, que não empurram nem puxam o indivíduo, atendendo-lhes as necessidades e dando-lhes a possibilidade de seguirem suas vidas a partir de si mesmos; a outra, interna, diz respeito a excitações corporais intensas que, por percorrerem e tomarem conta de todo o indivíduo, fornecem-lhe a noção ou experiência de unidade. Diz Winnicott nesse sentido: “A tendência a integrar-se é ajudada por dois conjuntos de experiências: a técnica pela qual alguém mantém a criança aquecida, segura-a e dá-lhe banho, balança-a e a chama pelo nome, e também as agudas experiências instintivas que tendem a aglutinar a personalidade a partir de dentro” (1945d, p. 224).
2. a briga advém da impossibilidade de reconhecimento do outro e daí sua constante insistência em fazer do outro aquilo que se espera que ele seja. Por outro lado, são pessoas que também sentem a impossibilidade de ficarem sós. Nesse sentido, eles mantêm a vida conjugal em um constante tentar fazer o outro como eles desejam que seja, uma missão impossível e fadada ao fracasso.

Os casos apresentados a seguir foram construídos a partir de casos reais, nos quais foram amalgamados dados de diversos casos com sintomas semelhantes, o que acabou por modificar significativamente a história inicial mantendo, no entanto, a estrutura do caso atendido, como se fosse um caso

real. Esses casos podem mostrar tanto as dinâmicas dos casais em relacionamentos adictivos como a dinâmica do tratamento.

Assim, apresentarei três casos fictícios centrados na situação da briga como fator constante que permeia toda a vida do casal. Parece haver uma incidência significativa desse tipo de situação, ao menos na minha prática, o que me fez recolher um material clínico mais extenso para delinear esses três casos clínicos. No primeiro deles, me ocupo de casais que estão reduzidos à relação de confronto mútuo (Casal 1); no segundo, há uma preocupação com as aparências, fazendo que mesmo no clima de desconforto e desencontro os dois procurem se “mostrar” bem para a sociedade (Casal 2); e, no terceiro caso, abordo casais cuja situação de desamparo fica evidente (Casal 3).

Nesses três tipos de casos fictícios, optei por organizá-los sempre da mesma maneira, apresentando:

1. os aspectos gerais da situação do casal no início do atendimento, caracterizando o motivo que os levou à procura de atendimento psicoterápico;
2. uma caracterização geral da adicção vivida pelo casal;
3. uma indicação dos aspectos gerais da história pessoal e familiar de cada um dos cônjuges;
4. uma indicação dos aspectos gerais da história e da dinâmica da vida conjugal, com ênfase na questão da adicção;
5. o desenvolvimento do tratamento psicoterápico.

Exemplo 1 (briga). Luta desencontrada

Há casais em que a situação de discussão, violência e ataque ao outro parece ocupar a totalidade da vida conjugal, um cenário no qual nenhum encontro parece ser possível e onde o desencontro e a violência reinam.

Aspectos gerais da situação do casal no início do atendimento, caracterizando o motivo que os levou à procura de atendimento psicoterápico

Ele me liga porque viu na internet um trabalho meu sobre codependência e diz que busca um atendimento para sua namorada e para ele, pois estão sofrendo muito e não conseguem ficar bem nem se separar.

A sessão ou sessões iniciais têm a capacidade de explicitar o coração do problema e os motores patológicos das vidas desses casais.

Nessa situação, o casal chega praticamente sem falar um com o outro e mal se olham. Eles se sentam: ele na cadeira mais confortável, ela, na cadeira ao lado, posições que mantêm em todos os atendimentos. Ele é quem começa a falar. Conta primeiro a profissão de cada um: ele é sociólogo, dá aulas em universidades e consultorias em ONGs e empresas particulares; ela é assistente social, muito ligada a movimentos sociais e não ganha muito. Os dois têm trabalhos ligados à luta por direitos sociais, o que me chama atenção pela dificuldade que têm de cuidar de si e do parceiro. Pregam tantos cuidados com o próximo e descuidam tanto de si e do outro. São os “curadores feridos”.

Ele (G., 60 anos) e ela (B., 53 anos) se conhecem há muitos anos, já compartilharam muitas drogas e bebidas, já namoraram e romperam diversas vezes, têm grandes mágoas um do outro. Às vezes, ficam anos sem se encontrar, se reencontram e recomeçam a se relacionar, é como uma droga mesmo, que, ao se reencontrarem, volta a fissura, e eles voltam a se ver, carregando todas as suas mágoas.

Ele diz que buscaram ajuda porque brigam muito, e talvez precisem de ajuda mesmo que seja para se separar de uma vez. Agora mesmo já estão brigados.

Vi que o clima estava tenso e fui tentando ver como seguia, e se haveria espaço de conversa. Pergunto como se conheceram, eles não lembram direito, pois foram muitos encontros e reencontros, mas dizem que foi em alguma festa ou bar que frequentavam e frequentam. Logo colaram um no outro, mas em pouco tempo já viram que não deu certo. As brigas muito violentas (inclusive fisicamente violentas, ele já a feriu e ela já o feriu seriamente, ambos já tiveram de ser internados em hospitais devido à violência das brigas, ela já perdeu um bebê mas não ficou tão clara a influência da briga nisso) começaram logo. Já iniciam a contar sobre as brigas, sempre com um acusando o outro. É ele falando mal dela e ela falando mal dele. E assim começa a dinâmica que segue nas sessões nas quais ele só se queixa dela e ela só se queixa dele. E com acusações extremamente pesadas.

No começo, ele falava coisas mais pesadas, a detonava, parecia que ela era a pior mulher do mundo, ele falava que ela era feia, gorda, velha, que ele era o único que ainda tinha algum interesse nela, a partir do que eu pensava: “o que esta mulher faz com um homem destes, que a trata tão mal?”. Mas, após algumas sessões, apareceu o lado dela, pesadíssimo, acusando-o, por exemplo, do suicídio da mãe, da morte do irmão e da perda de um bebê dele por causa das brigas, o que ele nega e tenta conversar, mas ela não escuta nenhuma demanda dele, nenhuma proposta de discussão, é só acusação.

Ele foi se acalmando, melhorando, tentando cuidar durante as sessões, e ela ficando mais acusativa e brava.

Caracterização geral da adicção

Ele já foi adicto a crack (parou há dez anos, fazendo um tratamento que levou a sério, tratamento este que ela odeia e ataca, pois não é nos

moldes em que ela acredita, mas ele parou totalmente de usar drogas), ela já usou crack, parou com outro tratamento, que não falou muito, mas que acha bem melhor, mas segue bebendo muito, todos os dias, e alguns dias fica bem abalada devido à bebida.

Quando eles usavam crack, ficavam muito agressivos e tiveram várias brigas físicas feias, foram parar no hospital mais de uma vez, e ela guarda intenso ressentimento disso. A questão da perda do bebê é algo que parece muito triste, muito mal-elaborado, mas que, ao invés de aparecer na forma de tristeza, aparece como briga, raiva, é difícil podermos falar sobre o tema. Ele diz que, depois de parar de se drogar, eles nunca mais tiveram brigas físicas tão violentas, mas é algo que ela não consegue esquecer. Ela o culpa demais, não se implica nunca, como se ele fosse o culpado de tudo.

Em todas as sessões ela lembrava disso e, no começo, achei que era algo traumático, que ela precisava elaborar, até para continuar a relação, mas depois achei que também era uma necessidade de denegri-lo, inclusive para mim.

Aspectos gerais da história pessoal e familiar de cada um dos cônjuges

Ela: filha única, após os pais terem perdido um irmão antes dela (ela não conheceu, e nasceu após o falecimento dele, já nascendo com os pais deprimidos). Assim, ao mesmo tempo em que tinha muita atenção, não sei a qualidade desta, parece que tinha algo fundamental que lhe faltava e que talvez esteja todo o tempo buscando (e repetindo o não encontrar). Ela briga demais com os pais, mas não consegue se separar deles. Nunca se casou e sempre viveu com eles. Eles são idosos, a mãe é bem doente, mas, mesmo assim, ela trata os dois muito mal (segundo ele, ela não fala muito sobre isso, então, apesar de ser tema nas sessões, só tenho a versão dele).

Ela tem uma vida bastante ligada ao trabalho, mas ganha pouco, pois seu maior envolvimento é com a luta sociais, movimento dos sem-teto, sem-terra, e isso é um enorme motivo de briga entre eles, pois ela fica muito fora, as vezes marca algo e, na última hora, ela tem alguma luta social e não vai.

Ele: seu pai abandonou a família quando ele era pequeno, deixando-os com a mãe, muito desequilibrada, que desde essa época já ameaçava se suicidar. Depois, a mãe se suicidou, e ele e o irmão foram para um abrigo e só quem ia visitá-los era a avó paterna. Ao saírem do abrigo, o irmão adoeceu e faleceu e ele passou a usar drogas. Apesar disso, tem um bom desenvolvimento educacional e se destaca na área das ciências sociais e políticas, inclusive dando aulas em universidades no Brasil e fora do país.

Ele tem três filhas, uma de cada relacionamento. Duas já têm filhos, e também têm dificuldades de manter relacionamentos. Hoje, ele sofre por vê-las sofrer com isso. Ele, segundo ela, tem péssimos relacionamentos com as mães das filhas, inclusive com brigas judiciais. Das filhas, ele ficou afastado, devido a seus problemas com drogas e excesso de trabalho, e agora tenta se reaproximar, assim como dos netos. Ela o acusa de ser um péssimo pai e de não se cuidar para não ter filhos; fala que ainda bem que não tiveram filhos juntos, mas não sei se é bem assim.

Aspectos gerais da história e dinâmica da vida conjugal, com ênfase na questão da adicção

Desde a primeira sessão, já foi muito pesado o clima entre eles. Quase todas as vezes, eles chegaram e não estavam se falando, pois já haviam tido alguma briga bem violenta na semana.

Tudo era motivo para briga, desde a escolha de um restaurante, um programa, uma viagem a até lembranças do passado. E as acusações eram muito pesadas. Ela o acusava pelo suicídio da mãe e pela morte do irmão, por descuido (diz que ele só usava drogas, nem viu o irmão adoecendo, e com relação à mãe, mesmo ele sendo criança, ela o acusa de infernizá-la), e pela perda do bebê no início da gestação dela. Ele tentava efetivamente colocar alguns limites na mãe, que estava extremamente desequilibrada, e ela interpretou isso como ele sendo o responsável. Eu até posso entender que ela o idealiza e o vê como um perseguidor, ativando fortemente mecanismos paranoicos, mas, na hora, é de doer muito. Eu tinha de cuidar muito da sessão ali pois não podia deixá-los se agredirem, ia mostrando o

que se passava, mas era muito difícil e muito violento. Eu pensava que a terapia de casal teria um tempo e eles precisariam de terapias individuais, pois os conteúdos ali eram pesados demais, e, vindo uma vez por semana, e eu tendo pouquíssimo espaço para falar, era difícil elaborar.

Ela o acusa de paquerar e transar com várias amigas dela, de tratar mal os amigos dela, em todas as reuniões de amigos sempre ficava um clima desagradável. Ele, por ter se apoiado demais no lado intelectual, não parece tolerar muita concorrência nessa área, então se coloca em várias discussões onde tem que “ganhar”.

Ele tem um comportamento bem promíscuo, sai com muitas mulheres, com muitas prostitutas. Antes, na época do crack era pior, mas continua saindo. E como ela viaja muito, ele diz: “ela sai, viaja e eu não vou ficar sozinho”. Era algo chocante a falta de capacidade de ficar só, se ela ia trabalhar, ele precisava de outra, pois não podia ficar só, aguardá-la. Eles já fizeram juntos várias orgias, saídas com outras mulheres, e isso, hoje, parece ter ficado como uma mágoa para ela. Ela tolera que ele saia com outras, mas depois vem muita raiva. Ele diz que ela tolera que ele saia com outras, pois só se interessa pelo dinheiro dele.

Ela retruca que ele muitas vezes oferece viagens, programas, coisas para ela e para sua casa, e depois brigam, e joga na cara qualquer tipo de gasto que tenha com ela. Então ele usa o dinheiro para dominar, oferece desde que tudo corra do jeito dele.

A questão financeira aparece bastante e é motivo de brigas. Ele acha um absurdo ela trabalhar tanto e ganhar tão pouco e só poder fazer as coisas que ele oferece. Ele fica bravo, mas nem ele consegue não oferecer, nem ela consegue não aceitar. Ele compra coisas para ela, depois cobra, e é assim com tudo na relação deles.

Minha sensação com eles oscila; procuro estar muito atenta para compreendê-los, mas às vezes é difícil não sentir raiva de um ou de outro pelo jeito com que eles se tratam. Procuro apontar para eles a raiva que gera ser tratado(a) dessa maneira, que um fica muito bravo com o outro, que os

espaços para a conversa e para a escuta vão se fechando e só fica a raiva. Procurava abrir espaço para a dor que eles sentiam, que tudo isso os deixava mais solitários, tristes e doloridos, mas a raiva estava acima da dor, e era muito difícil conseguir chegar nela. Ele parecia ter escutado mais, se acalmou, parecia querer escutá-la mais..., mas tudo parecia muito instável, podia estar assim numa sessão, não na outra... Eu tinha que sempre “pisar em ovos”, pois eles eram muito sensíveis.

O desenvolvimento do tratamento

O tratamento começou com uma intensa discussão, que durou algumas sessões, sobre como iriam pagar o tratamento. Eles não conseguiam chegar a um acordo, o que já indicava a intensa falta de comunicação e de possibilidade de chegar a acordos que existe entre eles. Eu tentava ajudar, mas tinha que ir com muito cuidado, ela tinha muito medo que eu o favorecesse, como se ele pudesse me seduzir, como fez com as amigas dela. Eu tentei abordar isso e mostrar que ali era um lugar diferente dos bares etc., mas sinto que não foi suficiente e que ela não estava podendo confiar. Ela já foi muito resistente a começar a terapia, e eu sentia uma certa competição comigo, muito sutil: como ela podia ganhar pouco e eu querer cobrar? Ele também não confiava, ficava atento a qualquer deslize, parecia sempre estar com o pé na porta para ir embora, tanto comigo quanto com ela. Ela dizia que era porque ele podia usar o que ela falava ali, ele dizia que ela também podia usar, enfim, eu mesma achei que era melhor que cada um tentasse fazer uma terapia individual, pois ali havia um excesso de desconfiança que talvez fosse melhor tratar primeiro individualmente.

Os dois tinham histórias de vida extremamente sofridas, já são mais velhos, com comportamentos que se repetem há muitos anos. Por mais que sofram, não é fácil conseguir se aproximar deles.

Era muito difícil atendê-los. Havia um clima extremamente pesado, uma grande dificuldade de um escutar o outro e de me escutar. Eu percebia temas a serem trabalhados, mas conseguia falar pouco, me sentia

engessada olhando aquelas brigas, nas quais não se abriam espaços de escuta, inclusive para escutarem as próprias dores, que deviam ser muito profundas.

No fim, achei que eles estavam tão regredidos que a terapia de casal não iria funcionar antes de eles se trabalharem um pouco. Os dois decidiram ir buscar terapia individual, e eu não soube mais deles.

Exemplo 2 (Briga). Triste sorriso nas fotos

Há pessoas que, mesmo vivendo numa situação de tensão e enfrentamento constante, parecem se preocupar intensamente no que é, ou deveria ser, a sua imagem para os outros. Parecem, pois, se importar muito mais com o que os outros pensavam do que com olhar realmente o que se passava com cada um. Parecem que estão preocupados em *aparecer bem nas fotos*, mesmo que, atrás das fachadas, os sorrisos fossem tristes.

Aspectos gerais da situação da pessoa no início do atendimento, caracterizando o motivo que levou à procura de atendimento psicoterápico

Recebi no meu consultório uma moça de 28 anos, fisioterapeuta, que se descreveu num namoro (há um ano) extremamente conturbado, cheio de brigas e violência. Foi encaminhada por uma colega que sabia que eu estudava o tema dos relacionamentos adictivos. No trabalho, tudo ia caminhando razoavelmente bem, ela trabalhava num hospital, e fazia atendimentos particulares em residências. Trabalhava muito e reclamava que ganhava muito mal, mas era jovem e estava no começo da carreira. Por um lado, sabia disso e que podia ir pegando experiência e ganhando mais com isso. Por outro lado, revoltava-se e sentia-se diminuída, sem esperanças. Ela oscilava entre sentir-se muito e sentir-se pouco. Era muito competitiva, competia com as amigas, comigo, “como eu podia cobrar mais do que ela ganhava”, tudo tinha que ser conversado com muito cuidado, senão já vinha uma tensão enorme, que devia ser o que acontecia na relação com o namorado, na qual tudo virava briga. Ela veio buscar ajuda por estar sofrendo demais com esse relacionamento. Mas veio muito desconfiada e, durante todo o tempo de trabalho (cerca de três anos, pois o fazer 30 anos, solteira, também foi uma questão), assim permaneceu.

Caracterização geral da adicção

Sua adicção era ao relacionamento. Ela vinha de uma família muito repressora, havia começado a beber há pouco e só socialmente e não usava outras drogas. O namorado bebia socialmente, mas até onde ela sabia, também não usava outras drogas. No entanto, o relacionamento deles era, ao meu ver, um relacionamento adictivo, pois era um extremamente competitivo, destrutivo e onde um tinha que controlar o outro o tempo todo, era, mais que tudo, um sofrimento que não conseguiam mudar. Eles não podiam ter redes sociais, a não ser que fosse juntos, e, se algum dos dois falasse ao telefone com alguém, teria de avisar ao outro. Se algum amigo ou amiga telefonasse, ou encontrasse por acaso, era motivo de briga. Tinham de telefonar na hora em que chegassem em algum lugar e assim que chegassem em casa. Se demorassem um pouco para chegar em casa ou não atendessem ao celular, havia briga na certa. Então era uma tensão constante, um medo de encontrar alguém ou que alguém telefonasse... Era difícil saírem, pois seria motivo de briga, mas, se saíssem, brigavam feio. Se saíssem só os dois, ela relatava ter de olhar para o chão ou para parede, e mesmo assim ele poderia achar que ela estava olhando para alguém e brigar. Ocorriam brigas terríveis no trânsito, eles se batiam, dirigiam a mil por hora, não se importando com os riscos que corriam. Os dois viviam machucados e tinham que esconder os ferimentos em casa e no trabalho. Já aconteceu de terem de ir ao hospital, com machucados mais feios, e terem de dizer que caíram, entre outras desculpas. Além disso, ela comumente ficava no carro, à noite, na frente da casa dele, até que ele entrasse em casa, caso estivesse na faculdade ou fora de casa, o que também, em São Paulo, é um risco grande. Ela vinha às sessões para contar o que acontecia, era difícil falarmos de outra coisa, só aos pouquinhos, por exemplo, pude saber mais de sua vida familiar.

Aspectos gerais da história pessoal e familiar do indivíduo

Ela era a caçula e tinha uma irmã mais velha. As duas tinham a mesma profissão e se ajudavam e competiam. Ela era a certinha, a irmã, a

fora de lugar; ela só havia se relacionado com esse namorado, a irmã, com vários, até engravidar e virar mãe solteira. A irmã também tinha dificuldades nos relacionamentos e, para os pais, nenhum rapaz era bom o suficiente para elas. A mãe da paciente, que cuidava do menininho, não trabalhava, então foi providencial a irmã ter o bebê para ocupá-la. Todos viviam juntos, assim, as dificuldades no relacionamento entre os pais apareciam pouco. Mas, às vezes, ela relatava brigas grandes, ficavam sem se falar, parecia que se odiavam por dias, eles desabafavam com elas, que sofriam muito, depois, tudo voltava ao normal. A irmã, quando se relacionava com alguém, também era com brigas, mas G. era a que tinha as piores brigas. Ela conta que, desde que nasceu, foi muito grudada na mãe e demorou muito para conseguir ir à escola; a mãe é fanática por limpeza, não gosta do contato com as pessoas, acha todo mundo sujo, impuro, promíscuo, assim, elas cresceram sem contato com muitas pessoas. Além disso, por isso o título do caso, a mãe e a família tinham uma preocupação enorme com o que os outros iriam pensar. Tinha que sempre parecer a família perfeita. Então foi muito difícil para todos a irmã virar mãe solteira, mas a solução que acharam foi demonizar o rapaz. Era tudo culpa dele. Mesmo assim, a irmã se rebelou mais; ela não, continuou muito próxima da mãe, ficou até mais extremo que ela era a filha certinha, até conhecer o namorado. Para os pais, esse relacionamento também é bem difícil: eles não recebem o rapaz e, quando eles brigam, o pai se mete no meio e vai buscá-la. Ela era muito dependente da mãe (e a mãe dela), o que se repetiu nesse relacionamento. Além disso, a mãe era muito exigente com ela e com quem se relacionasse com ela, o que ela também repetiu. Era difícil saber o que era gostar realmente de alguém, o que se buscava era alguém para se enquadrar em idealizações inatingíveis. O pai foi uma pessoa que se anulou muito, fez tudo o que a mãe determinou, assim, ficaram todos dominados pelas dificuldades e medos da mãe.

Aspectos gerais da história e da dinâmica conjugal, com ênfase na questão da adicção

Eles se conheceram no trabalho, e mesmo no trabalho havia enormes problemas de ciúmes. Eles logo começaram a namorar, ela já tinha vinte e poucos anos e nunca havia namorado, então, achou que já era tempo. No começo, não foi fácil, ela teve de fazer um esforço para começar a namorar, teve de beber no primeiro encontro, mas, depois que se relacionou sexualmente com ele, virou uma coisa assim: “tudo é feio, mas com ele pode”. E isso também dificultava o término do relacionamento, pois foi com ele que transou e, por isso, também, como ele recebeu essa “dádiva”, ele deveria ser um escravo e fazer tudo que ela queria. Mas ele não era assim, era um moleção, o caçula e temporão, tinha 3 irmãs mais velhas, já casadas e era o protegido de todos. Ao mesmo tempo que isso o deixou “mimado”, o deixava também frágil: tudo também tinha de ser para ele. Ela não podia olhar para mais nada, nem para o lado, era tudo para ele. Ela precisava dominá-lo para sentir-se segura e ele precisava dominá-la para sentir-se seguro. Os dois sempre tiveram muita atenção e exigiam continuar assim, não conseguiam se ver como adultos, ainda eram aquelas crianças exigindo a atenção da mãe todo o tempo. No caso dela, em casa era “não olhe para minha irmã, que eu que sou a filha perfeita”, e no caso dele, era “sigam todos me olhando”. E quando não eram olhados por um instante, o mundo ameaçava ruir e a reação era de muita briga. Então, toda essa violência era uma reação ao medo de ver seu mundo, tão frágil, se perder. Para defender seu mundo, ela avançava com muita fúria para cima dele caso sentisse isso ameaçado. Mas não conseguia ver sua fragilidade, sua dependência, seu medo. Ela ficava brava porque era culpa dele. Aos poucos, começou a ver algo de sua fragilidade, mas tudo bem devagar, com muita desconfiança de mim.

Desenvolvimento do tratamento

No decorrer do tratamento ela conseguiu terminar o relacionamento e não começar outro. Foi um trabalho difícil, pois não era fácil ficar sem o

namorado. Ela conseguiu, arranhou um grupo de amigas, saía bastante, mas não conseguia ter outro relacionamento, nem temporário. Com as amigas do grupo também havia muita competição, ela não queria se ver no sofrimento delas em tentar buscar alguém, um namorado, então ela era aquela acima de tudo e de todos. Mas tudo isso era difícil de ser conversado, pois ela era extremamente sensível, e qualquer coisa que ela sentisse como deslize poderia abandonar o tratamento, que foi o que acabou acontecendo. No início, ela também precisava de mim, não conseguia ficar sem, por isso vinha. Quando saiu do relacionamento, foi aos poucos se sentindo melhor e apareceu com mais força a rivalidade comigo. Ela não podia aceitar minhas condições de trabalho, férias e faltas eram questões difíceis de serem trabalhadas e eu sabia que tudo era muito frágil e alguma hora poderia romper. Então eu fiquei grávida, e aí foi demais; por mais que conversássemos, era algo que ela queria muito, casar e ter filhos, e já competia demais comigo, então não deu. Não sei se algum dia ela volta, acho que não, mas espero que ela possa procurar outra pessoa. Ela precisava ainda de um apoio para conseguir ficar sem o namorado e conseguir namorar, sem temer tanto a dependência, sem rivalizar, mas eu sei que nesse tipo de dificuldade o medo de depender pesa demais e qualquer coisa que a pessoa sinta que possa ameaçá-la (na rivalidade, na dependência) pode ser motivo para romper.

Exemplo 3 (Briga). Intenso desamparo

Algumas pessoas se apresentam como desamparadas. Se apresentam e se sentem extremamente fracas, fragilizadas, sem terem onde se apoiar e, ao mesmo tempo, procurando se defender desse desamparo, acusam e cobram do outro a solução da situação de desamparo. Aqui, também a expressão popular “em casa que não tem pão, todo mundo briga e ninguém tem razão” pode expressar o que ocorre nessa situação, considerando que *pão*, aqui, significa sustentação e compreensão do outro.

Aspectos gerais da situação da pessoa no início do atendimento, caracterizando o motivo que levou à procura de atendimento psicoterápico

Uma moça de 21 anos, estudante de enfermagem, chega em meu consultório encaminhada por uma colega minha que sabia que eu estava estudando relacionamentos adictivos. Eu a vi por quatro sessões e, muito rápido, ela se abre, conta sobre o relacionamento, se emociona e some (ela não vem mais e não responde ao meu telefonema; imagino se reatou com o namorado e não há mais espaço para a terapia).

Ela é bem mocinha; vem vestida de maneira despojada, falante, com uma aparência agradável e simpática.

Ela chega e pergunta se minha colega já contou sobre ela, eu digo que queria ouvir dela.

Ela conta que mantém um relacionamento há quatro anos, com muitas brigas, idas e vindas, ela sempre desesperada atrás dele. Diz que agora parece que o relacionamento acabou mesmo e ela está muito sensível, pois pediu que ele não a procurasse mais, que realmente eles tinham que acabar e o avisou que ela iria insistir, que iria atrás dele, mas pediu para ele não ceder. No entanto, quando ele segue a risca e não a atende, ela fica desesperada, como aconteceu no fim de semana, que ficou na frente da casa dele telefonando a noite toda. Como não obtém respostas, ela xinga, ofende, faz escândalos e, correndo riscos, permanece sozinha, no carro, à noite, até

que ele apague a luz do quarto e ela veja que ele foi dormir. No outro dia se sente péssima, mas na hora não pensa. Ela chora ao relatar isso. E continua dizendo que sempre que não estão juntos ela vai à casa dele e fica lá fora dentro do carro (à noite, em São Paulo, sozinha), até que ele apague a luz do seu quarto e então, sabendo que ele foi dormir, ela pode voltar para casa e dormir. Ela sabe que faz loucuras, que é muito perigoso, mas na hora não pensa. Se ele não aparece, vai de bar em bar atrás dele, sozinha, até saber onde ele está, seja nos bares, seja em casa, já chegou a andar a pé mais de 10km atrás dele.

O motivo que a levou a buscar ajuda é o desespero, o sofrimento que vive com esse relacionamento. Ela já tentou ir a vários terapeutas, mas não consegue ficar.

Caracterização geral da adicção

Além do relacionamento, ela tem um uso abusivo de álcool (bebe muito sempre que sai, a ponto de não lembrar o que faz), fuma bastante cigarro e cheira cocaína. Maconha ela experimentou, mas não se sente muito bem com ela.

Aspectos gerais da história pessoal e familiar do indivíduo

K. tem uma família frágil, onde não pode se apoiar, o que acontece desde pequena. Sua mãe engravidou dela muito jovem, ainda na escola, de um traficante que vendia drogas por ali, e que naquele momento parecia muito atraente (parecia “o cara”, segundo ela). Depois, a mãe foi entendendo melhor a situação de risco dele, e quis ter o bebê, mas não quis mais contato com ele. A mãe não era e não é usuária de drogas. Ele ficou preso alguns anos, depois reapareceu, tentou contato com a filha, mas ela não quis. Ele ainda tem sérios problemas com drogas, tem vários filhos e uma situação bem confusa. A mãe teve mais dois filhos, um de 14 e um de 12 anos, mas não se casou. Ela gosta dos irmãos, mas se sente um pouco distante dele

pela idade. Eles vivem sem dinheiro: a mãe não ganha quase nada, é ela que trabalha, paga tudo dela e ainda ajuda na casa com dinheiro e com trabalho. Diz que os irmãos não ajudam nada, só ela. A cobrança é toda nela.

Ela não consegue se relacionar bem com as pessoas, diz que sai a noite e só conversa se for para flertar, que acha as pessoas em geral bobas, fúteis, e diz que não consegue ter muitos amigos. Tem agora três amigas, muito amigas, e é com elas que fica quando não consegue ficar só. Às vezes fica na casa das amigas, só para estar com alguém, mesmo que as amigas estejam trabalhando ou fazendo suas atividades.

Relata também que é difícil se movimentar em lugares desconhecidos, como quando entrou na faculdade, não conseguia ir. Ficou dois anos faltando, pegando DP por não conseguir ir. Ela precisa de um ambiente seguro para conseguir ir. Diz que sente-se segura em seu bairro, onde conhece todo mundo, cumprimenta as pessoas, mas se sai dali, já é difícil. Nas baladas, é mais fácil, pois ela bebe e cheira. Ela continua dizendo que na faculdade ela só conseguiu ir quando conseguiu se sentir à vontade lá, a meu ver, como se tivesse colocado a faculdade no seu mundo. E agora vai bem, tira ótimas notas e foi convidada a fazer parte de um trabalho pioneiro num hospital. Ela comenta que não gosta de estudar, mas dá para ver pelas suas associações que ela é inteligente e sensível.

Relata também que já foi a vários terapeutas e não consegue ficar, ela vai uma sessão, duas sessões, um mês, depois não volta.

O que caracteriza a relação adictiva é que esta realmente funciona como uma droga, esteja em associação a outras drogas, como no caso dela, ou não. Como a adicção a drogas é caracterizada por uma relação que a pessoa não consegue largar mesmo que tenha muitos prejuízos decorrentes de seu uso, a relação adictiva também é assim. Não é uma escolha, ela precisa daquilo. Ocupa um lugar em sua vida que ela não consegue ficar sem, nem que tenha que se humilhar, implorar, andar 10 km, ou ficar a noite inteira na janela da pessoa.

Da história familiar dele eu não tive tempo de saber muito. Sei só que ele é filho único e vivia só com a mãe, sendo extremamente apegado a ela. Isso também era motivo de brigas, já que ele não queria envolver a mãe nas brigas, mas ela acabava sendo envolvida, o que gerava mais brigas... A mãe era boazinha, compreensiva, até permissiva demais, tratava bem K. mas, às vezes, eles extrapolavam nas brigas, não tinha como a mãe não ouvir, e ela (K.) e ele ficavam chateados e envergonhados e brigavam mais ainda por isso.

Aspectos gerais da história e da dinâmica conjugal, com ênfase na questão da adicção

O casal se conheceu numa turma de amigos. No começo, mal se falavam, depois, começaram a ficar e foram grudando; começaram a namorar e sempre foi assim, cheio de brigas, agressões, xingamentos, desespero, vai e volta.

Diz que antes dele teve outro namorado por alguns meses e que não era assim. Mas acho difícil dizer que isso seria só com ele, pois ela é muito nova.

O relato dela é vivo, e dá para ver que existe um desespero que ela não controla e que a move a fazer essas “loucuras”, como ela diz, mas que ali na sessão não está presente. Na primeira sessão ela chorou, mas é mais como se estivesse descarregando a angústia do que realmente se abalando ali comigo. Ali ela faz uma descrição mais racional de tudo o que vive. Ela fala e vejo que ela precisa muito de ajuda, mas não é fácil para ela fazer vínculos. Ela está ali me relatando, mas não está sofrendo ali, o sofrimento está no carro com ela, na manhã seguinte, na ressaca moral e alcoólica, na relação com ele. Na sensação dela é dele que ela precisa, é ele que vai acabar com seu sofrimento e é difícil demais deixar essa tarefa a cargo de outra pessoa ou de outra dupla.

Desenvolvimento do tratamento

Ela vem a quatro sessões e some. Não sei se ela conseguirá se manter em algum tratamento agora, dado que me contou já ter tentado com vários profissionais. Deve ser muito aterrorizante viver uma experiência diferente de vínculo. Como ela bebe muito, pensei também que seria o caso de dar antidepressivo, pois acho que ela usa a droga como remédio, até que ela tenha mais forças para se sustentar, pois hoje em dia, está sendo muito difícil fazer terapia, e sozinha ela não se segura ainda. E se ficar muito mal, até à terapia é difícil ir. Se ela viesse, sugeriria ainda um atendimento de duas a três vezes por semana no mínimo, pois ela precisará se apoiar no terapeuta, já que não conta com outros apoios e não consegue se manter sozinha.

b) O casal que tem nos filhos a sua droga

É comum encontramos casais que têm a vida totalmente dedicada aos filhos, sem nenhuma intimidade ou mesmo nenhuma compreensão e comunicação entre eles, a não ser no que se refere aos filhos. Parece que, nesses casos, ambos se dedicam a refazer o ambiente que pode cuidar dos filhos, quase que como uma reparação do ambiente falho que os fez na vida, numa tentativa de reparação que jamais chega neles mesmos e permanece também como uma ação que consome a vida sem chegar no que, inconscientemente, esperam das suas ações de cuidadores. Nestes casos, o casal toma os filhos como a sua droga, vivendo totalmente em função deles, inclusive impossibilitando que eles sejam independentes. São pais eternos com filhos (crianças) eternos.

*

Suponhamos, nesse caso, um casal, T. e C., casados há 12 anos. Eles se conheceram com 30 anos, em uma viagem de férias; foi tudo romântico e apaixonante: namoraram, casaram, mas, desde o namoro, brigam muito, e o jeito de conseguirem ficar juntos foi cada um sendo muito independente, vivendo juntos, mas separados, cada um viajando sozinho, e tendo um espaço grande para a vida independente. Ambos têm vidas praticamente separadas, dado que não conseguem viver juntos e partilhar a vida e a si mesmos, ao mesmo tempo em que não podem viver separados, dado que a angústia de se pensarem separados parece remetê-los a uma dor maior do que a que têm com esse tipo de vida.

Depois, tiveram filhos e passaram a viver para os filhos, ele para a filha menina e ela para o filho menino. Interessante notar que os dois são filhos de dependentes químicos.

Minha impressão é a de que eles não conseguem consumir o casamento, pois não vivem juntos, nem conseguem se separar, pois essa foi a forma de equilíbrio que acharam. Talvez quando os filhos crescerem ou eles amadurecerem, isso possa mudar.

Eles buscam ajuda juntos, na terapia de casal.

Eles não são adictos a drogas, mas são filhos de adictos (nos dois casos, o pai era alcoólatra).

Ela é a mais velha de quatro irmãs, sempre foi muito responsável, estudiosa, simpática e querida por todos. Ele também é o mais velho de sua família, composta ainda por uma irmã e um irmão; é uma pessoa doce, simpática e inteligente. Os dois têm o perfil semelhante nesse sentido: ambos são os filhos mais velhos de pais alcolistas, são muito responsáveis, sempre ajudaram em casa, estudaram muito e têm sucesso em seu trabalho. No entanto, esse jeito de estar sempre cuidando mascara a necessidade de ser cuidado, parece que tudo dá certo para eles, mas, por trás disso, vemos dificuldades em se relacionar, em ter intimidade, em colocar limites. A falta de intimidade aparece bastante, em oposição ao jeito aparentemente disponível dos dois. Isso é fruto, a meu ver, das dificuldades que tiveram em casa, pois tiveram de assumir muito cedo responsabilidades para as quais não estavam preparados, e os pais também não tinham intimidade entre eles, pois os pais masculinos eram ambos mais íntimos do álcool que da mãe, e as mães estavam sempre correndo para dar conta do sustento dos filhos e da casa, além da preocupação com os maridos.

Eles repetem essa situação no sentido de não constituírem intimidade entre eles e se ocuparem o tempo todo dos filhos, mas estando juntos. Ele se ocupa sempre da menina e ela, do menino. Quando estão juntos, brigam muito, a ponto de os vizinhos virem reclamar.

*

No decorrer do tratamento eles vão se dando conta da falta de intimidade, da necessidade de limites com os filhos, mas é muito difícil conseguir mudar comportamentos tão arraigados. Eles sofrem com isso, mas vêm, e querem muito conseguir ficar juntos e acreditam que a terapia pode ajudá-los, procuram não faltar, realmente se envolvem e acho que a terapia, pouco a pouco, vai conseguindo ajudá-los. Eles são religiosos e a religião, por um lado, atrapalha pelo excesso de moral, por outro, os ajuda, no sentido de quererem muito trabalhar para poderem ficar juntos, mesmo que isso implique mexer em conteúdos difíceis e doloridos. Eles ficam em tratamento por mais de um ano, crescem bastante e, depois, decidem seguir

sozinhos. É provável que ainda voltem algumas vezes se precisarem. Vamos ver, mas foi um caso onde realmente o casal pôde se envolver e seguir com a terapia, com bastante sofrimento e brigas, mas sem passar o limite do desrespeito, e, pelo menos por ora, estão tentando seguir em frente, com o jeito deles, mais separados, mas conseguindo ter alguns momentos importantes de intimidade.

c) O indivíduo adicto à conquista

Há pessoas que vivem na busca dos momentos de excitação que constituem a situação de sedução e conquista, tendo nessa excitação o sentimento de euforia semelhante à do uso de drogas. O indivíduo busca, em termos impessoais, o outro como modo de fornecer-lhe a sensação de ser. A pessoa sente que só pode ser alguém, ter algum valor, se sempre conquistar alguém. Chegando a si mesmos, dessa maneira, sentem-se plenos, mas isso só dura o tempo que dura a situação de conquista; terminada, tudo volta ao zero, e é necessário começar tudo de novo. Parece ocorrer aquilo que tão bem colocou Carlos Drummond de Andrade com o valor da frase “Eu te amo”, ela só vale para o presente, passado o presente, o outro pode já não amar e o desejoso do “eu te amo” precisa novamente da afirmação do amor, a cada segundo e sempre, sem fim, pois o presente sempre passa.

A falha na conquista leva o indivíduo ao vazio de si mesmo.

*

Suponhamos um homem, J., de 30 anos, que vem buscar ajuda pois está com a vida muito desregrada, bebe, usa drogas e sai com muitas mulheres. Isso tem atrapalhado seu crescimento profissional, e ele está esgotado de viver assim.

Ele é dedicado: procura vir três vezes por semana, se vincula, só falta devido à ressaca, o que acontece com certa regularidade, principalmente no início, mas, aos poucos, vai melhorando. O caso dele me parece o de quando a origem da adicção se dá devido à privação, pois ele, ainda que tenha angústias muito profundas e muito medo da solidão, tanto que sai à noite procurando qualquer mulher para passar a madrugada com ele, mas, quer mudar, sair dessa vida, conseguir dormir, descansar, ele gosta do seu trabalho, é envolvido, quer crescer profissionalmente, trabalha com educação e faz um trabalho criativo com pessoas que têm dificuldades, idosos, crianças, adolescentes, e precisa estar com a cabeça boa, não dá para ir trabalhar exausto depois de uma noite de sexo e drogas. Ele sabe que seus alunos precisam dele, mas desmarca os atendimentos em cima da hora, deixa as famílias na mão, assim que, apesar de ter um trabalho aparentemente bom, diferenciado e exclusivo, perde pacientes, perde

dinheiro devido à sua desorganização, à sua insegurança. Esquece de cobrar, cobra pouco e não consegue, assim, se desenvolver como deseja. Na sua família, tem vários casos de adicção, o pai bebeu e fumou até ter um problema sério de saúde e parar. A mãe sempre viveu cuidando do marido, de dois irmãos que morreram de overdose, dos filhos (ele tem duas irmãs mais velhas, uma que também vive cuidando, mas tem uma vida mais estável, já é casada e com filhos, e outra que tem uma vida bastante irregular, com brigas sérias com namorados, instabilidade nos empregos, causando bastante preocupação).

Ele não consegue se controlar, sai com mil mulheres, cheira, bebe, mas sofre... Então vem, me conta, e o próprio fato de vir e me contar vai fazendo que ele inicialmente me use como “superego auxiliar”; então ele sente que não pode fazer nada para que eu não o julgue, e vamos conversando sobre isso, porque ele mesmo é muito severo e crítico consigo mesmo (essa é também uma característica dos adictos, que muitas vezes têm um superego rígido e usam a droga, a bebida ou os outros para se libertarem desse tirano interno...).

As namoradas também fazem o papel de superego auxiliar (quando não usam mais drogas ou são mais inseguras que ele).

Vamos falando sobre isso, e ele vai vendo como ele mesmo pode se regular, se aceitar, e ele realmente vai se aceitando, precisando menos dos outros, tendo mais vontade de ficar em casa e percebendo que isso o ajuda a “cair menos em tentação”. Quando eu o atendi, pensei muito em como era importante falar sobre esses relacionamentos adictivos, pois me impressionava a quantidade de parceiras que ele achava, a qualquer hora, de dia, de noite, de madrugada... Às vezes ele só ia na saída das baladas e as meninas já iam para casa com ele... E me impressionava não pelo juízo moral, mas pelo que elas e ele faziam consigo mesmos, elas irem para casa de um rapaz que não conheciam só para não estarem sozinhas e ele também, levando para casa meninas que não conhecia. E não era pela necessidade sexual, pois, às vezes, nem transavam, era mais pela necessidade de não ficar só.

E ele foi passando a acordar de manhã e a se sentir péssimo por querer que as meninas fossem logo embora, tratá-las mal... Começou a se

preocupar, se dar conta de que eram pessoas que estavam ali, e assim isso foi lhe fazendo mais mal do que bem, e estar em casa sozinho, ver um filme etc. foi lhe fazendo bem, ele foi se percebendo como boa companhia...

Até que conheceu uma moça, uma pessoa mais centrada, mais tranquila, gostava do dia, não gostava de beber... E foi se sentindo bem com ela. Mas tinha ainda recaídas, saía à noite, mentia, depois sentia-se péssimo, mas isso foi diminuindo, diminuindo, até cessar e ele ficar só com ela, mais tranquilo, com ele, com ela, e eles acabaram casando e, depois de um tempo, tiveram um bebê, o que lhe trouxe mais alegria. No trabalho, também teve muitos avanços, teve maturidade para ajudar também a mulher a crescer profissionalmente, e ajudá-la também quando ela engravidou, e assim ele pôde parar a análise de maneira gradual e tranquila.

d) O indivíduo que precisa estar casado (mesmo não estando)

Há muitos casamentos que são extremamente insatisfatórios, mas, mesmo assim, não levam os cônjuges a se separarem. Há, certamente, muitas razões para isso, mas há alguns casos em que o indivíduo precisa da situação social e pessoal de estar casado como uma prova ou “prótese” que diz a ele que o vazio que ele sente está preenchido de alguma maneira. A possibilidade de não estar casado significa a de voltar a um sentimento de vazio total, de estar num mundo sem chão, solto e caindo para sempre (tal como as agonias impensáveis a que se refere Winnicott). Ante essa possibilidade, ele suporta os males de um mal casamento, ou seja, reativamente à sua angústia, ele se mantém numa situação ruim, mas que parece protegê-lo do pior.

Nesses casos, o indivíduo trata o casamento (o fato de poder caracterizar-se como casado) como a droga que torna possível manter-se integrado e com uma identidade; ainda que o casamento não exista propriamente... (sem casamento, mas casado)... (“eu me mato se nos separarmos”).

É uma maneira de ficar sozinho estando casado e de não brigar demais com a necessidade adictiva. Também pode exigir certa dose de maturidade. Acho que alguns desses casos podem ser evoluções dos relacionamentos adictivos, pois são maneiras razoáveis de se viver. São acomodações possíveis, não ideais, mas possíveis. O que acontece, é que muitas vezes, se os dois sobrevivem a um longo tempo casados, mesmo que já seja mais velhos, acabam se separando.

*

Suponhamos um casal, F. e S., casados há 32 anos, e com uma filha de 22 anos. Ele vem buscar ajuda por estresse e uma insatisfação que não sabe direito de onde vem. Ele é um executivo, gosta do trabalho, está bem posicionado, mas trabalha demais, vive muito cansado. Ela também é executiva, e acha que terapia, análise etc. são grandes bobagens, que cada um tem que se virar sozinho, apesar de sua irmã ser psicóloga. Depois ele começa a análise, no entanto, ela reluta, mas vai buscar ajuda. Vai a um psiquiatra, pois para ela parece mais fácil tomar um remédio do que pensar

sobre sua própria vida. Eles não se relacionam mais sexualmente há tempos, vivem cada um sua vida separada, a filha, em quem a mãe era grudada, está crescendo, mas ainda é a grande companhia da mãe. Ele vive grudado no trabalho e no futebol que joga religiosamente com os amigos. Eles não bebem nem usam drogas.

Vivem uma vida bem separada, raramente estão no mesmo lugar, se tem uma festa de família vai um ou o outro, festa na empresa, cada um vai às suas, quando estão juntos não parecem ter cumplicidade ou carinho, parecem dois conhecidos. Não brigam, mas se têm alguma oportunidade, desqualificam um ao outro.

Ele vem à análise, conta de sua vida, mas é fechado com relação à vida conjugal. Relata seus problemas no trabalho, na sua família de origem, fala da filha e nada do casamento. Só aos poucos, vou juntando os pedaços e abrindo espaços de conversa; ele conta o que faz e ela nunca está junto, vamos abordando assim o assunto, até que ele mesmo vai se dando conta e podendo falar mais. Assim, ele vai se abrindo também e, por fim, após alguns anos de análise, eles se separam e ele já se casa de novo, mas parecendo um relacionamento diferente, com mais companherismo, amor e sexo.

Na família de origem dele não havia adicções químicas, mas os pais tinham um relacionamento parecido com o dele e também acabaram se separando, a mãe não se casou e o pai se casou novamente, aparentemente mais satisfatoriamente, como ele. Ele é o filho mais velho, tem dois irmãos mais novos, todos com idades próximas e ele teve de se virar sozinho logo, sempre foi muito responsável, acho que foi muito difícil sair desse lugar um pouco, admitir que o primeiro casamento pode não ter dado certo, sem que isso tirasse seu chão. Na família dela, os pais são casados e não sei direito como era a relação do casal. Pelo que ele contava, sei que a mãe dela não olhava muito para ela, que também teve de crescer rápido, só olhava para o irmão caçula, que acabou se tornando adicto a álcool e dava muito trabalho para a família.

e) O indivíduo que não pode estar casado (não consegue se relacionar), mesmo precisando (“ninguém é suficiente para mim”)

Numa situação quase que oposta à descrita anteriormente, há pessoas que não aceitam algo que não seja *tudo* para elas. Só um outro que seja totalmente de acordo com o que ele sente que precisa seria adequado para que ele preenchesse seu vazio. *Nada menos do que tudo*, diria Winnicott. E, assim, ninguém é bom o suficiente.

É possível alguém que estabelece relacionamentos adictivos não conseguir se relacionar, pois, quando se relaciona, é muito pesado, já que os relacionamentos adictivos costumam gerar muitas brigas e muito trabalho, já que a pessoa vive para o outro. É uma forma de acomodação viver sozinho. Mas isso exige algum amadurecimento, pois a pessoa já pode tolerar ficar sozinha.

*

Suponhamos uma moça, P., que inicia sua análise com 23 anos. Procura ajuda, pois quer muito, mas não consegue se manter em nenhum relacionamento. Os relacionamentos que tem são conturbados, com brigas violentas que chegam a machucá-los física e psicologicamente. No entanto, ela quer muito dar certo com alguém e sonha em casar e ter filhos. Vamos trabalhando juntas. Ela segue com seus relacionamentos conturbados até que, após alguns anos de análise, vai diminuindo o ritmo dos relacionamentos, podendo ficar mais sozinha. Vai seguindo assim, vendo que se sente bem melhor e mais livre. Consegue se desenvolver bastante no trabalho; ela trabalha com flores, ganha sua independência financeira, vai morar sozinha e cada vez sente-se melhor. Ela faz um bom grupo de amigos, que lhe faz companhia, e para de pensar tanto em namorar.

P. era filha do meio de uma família com três mulheres. A mais velha era linda e brilhante (na visão dela), e a caçula era sempre a pequenininha, mimada por todos. Ela sentia-se sem lugar, sem ser a pequena nem a brilhante da família. Ela não conseguia ver suas qualidades e o lugar que tinha entre eles. A mãe era dona de casa, e o pai, empresário. Eles tinham uma vida confortável, mas a mãe era uma pessoa simples, voltada para a família, e o pai era alcoólatra funcional (trabalhava e mantinha a família) e vivia fora, tinha amantes, fazia viagens e não fazia questão de esconder, o

que revoltava muito as filhas, que queriam sempre proteger a frágil mãe (que ela sentia como muito frágil). Assim, ela ficou ligada à mãe, sentindo sempre que precisava protegê-la, e com uma imagem terrível dos homens, o que fazia que ela não conseguisse se identificar com a figura feminina e nem aceitar a figura masculina. Ela queria muito se casar, mas parecia mais uma questão reparatória. Depois que ficou sozinha, descobriu em si mesma um lado empreendedor, fez um negócio muito inovador em seu trabalho que lhe rendeu muitos frutos; ela tinha muitos amigos, adorava sair e viajar e, assim, sua vida ficou bem melhor.

Ela ficou em tratamento por vários anos, e fizemos um bom vínculo. Hoje em dia ela para, depois de um tempo volta, está mais intermitente, mas ela está podendo levar sua vida de maneira bem mais tranquila. É importante ressaltar que, com as filhas já mais velhas, os pais puderam se separar, e a mãe também foi à luta, e começou a fazer bolos para vender, e ajuda com as netas, sai com as amigas, revelando um lado mais independente com o qual ela pode se identificar. O pai casou-se de novo e aparentemente está mais tranquilo.

f) O casal que procura ajuda, mas não consegue chegar até ao tratamento

Há alguns casais adictos que procuram, mas jamais conseguem chegar aos tratamentos. Às vezes eles querem vir (quando estão desesperados), mas depois acham que haverá uma solução mágica para solucionar todos os seus problemas, então, não vêm à consulta. Existe uma característica imediatista e, na hora do desespero, querem muito, mas, depois, passa. E existe toda a dificuldade de se vincularem, de esperarem o trabalho do tratamento, o que às vezes exige deles algo que não aguentam. No caso principal que coloquei (Doce Veneno), essa dificuldade da espera, do vínculo e de lidar com regras, horários e compromissos também aparece.

*

Retomarei, neste exemplo, alguns dados advindos de uma experiência real vivida na Clínica Psicologia da USP, quando estava arregimentando casos possíveis para minha pesquisa.

B, me mandou vários *e-mails* querendo marcar um horário comigo para ela e seu companheiro, A., que estava internado. Ela primeiro queria esperá-lo sair, depois queria vir antes que ele saísse; eu tentei ser disponível, me adaptar aos horários que ela precisava e às necessidades dela. Achei que ela realmente precisava de ajuda e me dispus a tratá-la. No entanto, ela não conseguia ir! Marcávamos e ela não ia, marcávamos e ela não ia, fui três vezes à USP, em horários agendados por ela, e ela não ia. Depois, ainda quando eu tentava marcar, ela refugava. Queria falar só quando ela queria, sem me ouvir, e sem responder quando eu propunha conversarmos. Quis colocar esse exemplo porque não é incomum a dificuldade de adictos virem ao tratamento. Às vezes até querem, por um lado, como ela, mas não conseguem. Seria preciso uma adaptação muito grande, tudo do jeito dela, por não sei quanto tempo, até que ela pudesse vir, ou não. Em alguns casos, os adictos não conseguem mesmo vir. Tentam falar no momento de desespero absoluto, mas, como, muitas vezes não estamos ali, naquele momento específico, passado isso, não precisam, não querem mais. Esse exemplo acho que ilustra bem essa ambivalência.

Ela não consegue vir no horário combinado, eu teria de atendê-la no horário em que ela liga, depois já passou. Na hora em que ela liga, ou escreve, parece muito comprometida, com um grande vínculo comigo, mas logo passa, e o horário marcado, o fato que fui até a USP esperá-la, nada disso tem mais importância. Mas quando vem o desespero, ela liga de novo, a intimidade vem de novo... E assim vai. É um comportamento muito regredido, precisaria mesmo ser uma mãe com o bebê, 24h disponível, não sendo assim, o desespero vai e vem e a vontade de se tratar também.

Quem procurou o serviço foi B., através do site do Sefam. Ela me manda um primeiro *e-mail* no dia 18/03/2012.

Ficamos meses conversando por *e-mail*, tentando agendar um horário. Eu marcava, ela não ia, depois me escrevia querendo outro horário. De março a julho, foram vários *e-mails*. Notei que se repetia a situação do casal 1, que também demorou meses para vir.

B.: Olá Ligia, gostaria de me candidatar para fazer parte do seu estudo, somos um casal eu e A. e meu companheiro. Somos um casal de adictos, podemos marcar um horário? Já fizemos de tudo pra nos livrar deste mal, menos terapia, talvez você possa nos ajudar, desde já muita agradecida. telxxxxxxx.abraço

L.: Olá B., podemos marcar sim. Como são os horários de vocês?

Estes são do dia 19/03:

B.: Olá Ligia, trabalho até 16h, ele está pra sair da clínica, mas não sei certa a data, final de semana você atende? Beijo, obrigada

L.: Vou ver se a clínica fica aberta sábado, se ficar, terá de ser pela manhã, mas acho que não fica. Se você fosse para a USP após o trabalho que horas conseguiria chegar? Ou você tem alguma possibilidade de negociar horário no trabalho? E seu marido, tem flexibilidade? Ele está internado? E pode se ausentar algum horário para ir à terapia ou esperamos

a saída dele? O horário mais tarde que eu poderia atender seria 16:30hs.

B.: Ok, vou perguntar qual melhor horário para ele. Ele está internado no instituto x, mas fomos proibidos de se ver e falar há mais de 5 meses, já ele só se comunica com o padrasto, nem com mãe nem comigo. Somos facilitadoras. Não sei quando vai sair, você espera? Abraços

L.: Me mande notícias quando tiver! Espero poder atendê-los, sim, vamos ver quando ele sai, mas me avise para ver se conseguimos!

B.: Antes de ele sair da clínica, eu posso começar com você? Pra me preparar pra receber a fera! KKKKK Beijo e obrigada.

26/03

L.: Vamos marcar então uma entrevista. O melhor horário seria às 16h?

Ela não responde, então mando de novo.

28/03

L.: Você recebeu minha mensagem para vermos os horários?

Ela não respondeu e achei que tinha desistido. Então ela escreveu de novo, por volta de um mês depois.

16/04

B.: Olá, Lygia, quando podemos nos conhecer? Beijo

Fiquei na dúvida se fazia algum comentário, mas achei melhor conversar pessoalmente.

L.: Se for à tarde, pra mim melhor às terças, sendo que o último horário é 16h. Se for pela manhã, melhor na quinta. Me fale como são seus horários.

B.: Nossa! Só vi sua mensagem sexta 23h!! Me desculpe, estou trabalhando em duas academias, não consigo ir de dia de semana. E esse feriado? A mãe dele quer falar comigo, acho que está ficando próxima a saída dele da clínica e eu nem imagino o que vai acontecer. Não quero entrar em pânico. Estou confusa. Uma amiga minha me falou que cada tentativa minha é mais uma chance de morte. Que remediado está! Socorro!!

Eu só sei de uma coisa: a vida sem ele não tem valor pra mim. Tô morta e às vezes acho que não tem jeito mesmo.

E às vezes quero me convencer de que ele não me quer mais. Tratado, eu virei a fruta estragada do cesto. Desculpa, desabafando. Estou falando até com as minha alunas, estou explodindo. Bj

Este é do dia 02/05:

B.: Muito obrigada. Sim, o atendimento é para nos dois juntos, legal. Ele deve sair em breve, pois a mãe dele quer conversar comigo. Bj

Dia 03/05

L.: Consegui marcar para sábado. Você pode neste sábado às 10hs na clínica do Instituto de Psicologia da USP?

B.: Claro, às 10h estarei lá. Muito obrigada. Abraço

Marcamos para sábado, dia 05/05, no dia em que ela havia pedido, e ela não foi, então mandei este *e-mail*:

L.: Olá, B. Fiquei te esperando na clínica da USP...

Então ela respondeu:

B.: Sinto muito mesmo.

Eu resolvi tentar de novo (dia 07/05):

L.: Olá, B.! Sei que é difícil tomar a decisão de se tratar. Se você quiser tentar, marcamos de novo, mas não posso sábado dia 12.

B.: Ok. No sábado 19 tenho um compromisso. Podemos marcar para o sábado 26? aguardo seu retorno e já agradeço de coração, abraço.

L.: Podemos sim. Dia 26 às 10hs.

B.: Ok. Muito obrigada. Abraço

Dia 26/05

L.: Olá B.! De novo fiquei te esperando... Eu estou disponível para te ajudar, mas não posso fazer isso sozinha... Parece que você quer e não quer ajuda... Não sei o que está acontecendo...

Dia 27/05

B.: Vc viu minha mensagem de ontem? A academia onde dou aula me inscreveu na sexta-feira de tarde, eu não tive escolha, espero que tenha visto a mensagem a tempo de não perder a viagem. O A. deve sair da clínica no próximo dia 15, vc disse que não me atenderia sozinha, só o casal. Vamos aguardar a saída dele? Obrigada, abraços

28/05

Olá, B.! Como te falei, o atendimento é para o casal, mas concordei em atender seu pedido de ter uma conversa antes da saída dele. Mas vamos tentar então de novo, agora com a presença dele. B., eu quero atendê-los, mas para isso preciso que vocês também ajudem, com a presença de vocês... Podemos marcar assim que ele sair. É uma fase delicada e seria bem importante que vocês viessem! Poderia ser dia 16, no mesmo horário.

30/05

B.: Sem palavras, Lygia, pra te agradecer tanta compreensão e atenção para o nosso caso. Eu não tenho contato com ele há seis meses e já não falo com a mãe dele há pelo menos um. Vou ligar pra ela amanhã e saber. Mando mensagem assim que souber. Abração e muito obrigada

30/05

L.: Te aguardo, então, B.! Mas, como te falei, se precisar de uma conversa, antes podemos marcar!

02/06

B.: Linda! Obrigada.

Liguei na casa, deixei recado, mas não me respondeu. Não sei o que acontece. A mãe dele é uma super mãe, linda, compreensiva, mas muito mandona, ele internado, a vida do filho completamente em suas mãos. Acho que está preferindo me deixar congelada no momento. Até ele sair. Ou então este tratamento, isolamento há seis meses, é pra uma lavagem cerebral? Tô preferindo não pensar e sim esperar. A nossa historia é muito bonitinha, um dia eu te conto ou, melhor, eu e ele. E se Deus quiser vamos comemorar todos juntos.

A propósito, já te contei? Sou professora de ginástica. Está se cuidando? Tô aqui para o que precisar. Obrigada de novo. Beijo.

Quando li este *e-mail*, achei que ela devia estar sob o uso de alguma droga, mas não comentei, pois é difícil falar sem conhecer. Mas vou percebendo que ela é bem confusa. Parece um caso bem complicado. Ela não consegue ir, fica me mandando estes *e-mails*, às vezes quer desabafar por *e-mail* sem me conhecer, depois pergunta se faço ginástica? Me chama de linda, parece que está bastante perdida e precisando de ajuda!

13/06

L.: Neste sábado, dia 16/06, eu não poderei. Vamos marcar no sábado dia 23 às 11hs? Não tem problemas se seu companheiro ainda não puder, você pode ir sozinha, o importante é que vá e comece a se tratar!

B.: Ok, muito obrigada. Abraço

21/06

L.: Você poderá vir neste sábado, dia 23/06, às 11hs? Como eu te falei, você pode vir sozinha para me contar como está a situação, e avaliamos como encaminhar.

B.: Claro, estou muito feliz, abraços e até lá.

22/06

B.: Como chego até vc? Vou até a escola de psicologia? Bj

L.: Olá, B. Você precisa ir ao Instituto de Psicologia, dentro da Cidade Universitária, na USP, e lá dentro você procura a Clínica Psicológica, e eu estarei lá às 11hs. Se tiver mais alguma dúvida, me fale! Até amanhã.

B: Até amanhã.

B. não foi de novo. Fico sem saber como agir, aguardo e, chegando em casa, vejo três *e-mails* dela.

23/06

B.: Só consegui um computador agora, não tenho seu tel., queria ter avisado você ontem. Fui a um velório e enterro de um amigo meu, espero que não tenha ido aí só por minha causa. Sinto muito. Se você não retornar, eu vou entender. Obrigada.

B: Não existe outro lugar onde a gente possa se encontrar? Eu moro perto da Av. C. com a Av. W. Você mora longe de mim? Beijinho.

B.: Bom dia. Realmente, sinto pelas minhas falhas, se você conseguir me perdoar de novo e me dar uma última chance... Eu lhe contarei o que exatamente aconteceu, a morte do amigo, mas existem outras verdades que quero dividir com você. E a mãe do A. me ligou hoje pedindo pra se encontrar comigo nesta terça-feira. Sábado não deu certo. Agora a minha disponibilidade de horários ficará muito melhor. Estava em duas academias e, agora, só de tarde, voltando a dar aulas de personal de manhã. Segunda, quarta e sexta só trabalho às 3 da tarde. Pense e mande um alô se me der mais uma chance. Do contrário, vou entender. Muito obrigada desde já. Beijo

Eu vejo que ela é muito confusa e não está bem, e respondo:

25/06

L.: Olá, B! O tratamento só é oferecido na Clínica Psicológica da USP e, em geral, três faltas consecutivas implicam cancelamento, mas como você está dizendo que está precisando e eu sei que não é fácil começar um tratamento, vamos tentar uma última vez. Me fale que dias você poderia pela manhã.

B.: É difícil, essas substâncias mexem com o nosso emocional. Bipolar? Sei que preciso e quero, me tratar. Você prefere esperar o A., amanhã vou me encontrar com a mãe dele no almoço, apesar de ter recebido uma carta, não faço ideia do que ela vai falar. Minhas manhãs de segundas, quartas e sextas estão livres. Veja qual dia é melhor para

você. Ou se quer esperar pra eu saber dele. Te mando uma mensagem amanhã à noite. Sem palavras, eu tenho vergonha até de lhe agradecer.

Obrigada.

L.: Olá, B.! Lembrei que segunda é feriado! Você poderia na quinta-feira às 9h?

B.: Olá! Segundas, quartas e sextas eu tô livre de manhã.

Tenho 9 ligações da casa dele. Creio que ele está chegando. E eu não sei como recomeçar. Eu só sei que ele tem que me encontrar mais forte. Até quinta. Bj

B.: Quinta não dá. Só seg, quarta e sexta. Bj

L.: Vamos combinar então na quarta às 9hs?

B.: Olá, Lygia, ok. A. saiu, me ligou. Ele chora quando fala comigo.

Assim, decidimos continuar juntos, porém todos querem nos separar. É por isso que não consigo ficar feliz? Ele está começando a segunda etapa do tratamento, encarar o mundo. Eu sei, está sendo vigiado. E quando descobrirem que me ligou, sei lá, será crucificado. Falei com ele de você, ficou muito contente, não sei como vai conseguir ir. Vamos esperá-lo? Parece que tem ainda 8 sessões com terapeuta da clínica onde estava. Bj

09/07

L.: Seria bom você vir antes para me contar a situação e pensarmos qual encaminhamento dar. Mas, como falei, você já faltou três vezes consecutivas, então tem que ver se você consegue marcar e vir. Acho que seria muito importante que você se tratasse, pudesse ter ajuda em como encaminhar toda essa situação difícil.

12/07

B.: Boa tarde, Lygia, desculpe a demora, fiquei no hospital de domingo até hoje. Minha mãe quebrou a patela. Vamos marcar pra valer, independentemente de ele poder ir, pois estão seguindo o sugerido: não andar só, não andar com dinheiro etc. Eu me vejo numa fase nova e mais difícil, me afastando de lugares e pessoas, como prometi a ele. E ele me espera. Mas sinto que o tempo é curto. Bj.

Semana que vem meu aluno vai viajar, estarei bem tranquila. Após as 8h, termino uma aula, qualquer dia. Bj e muitíssimo obrigada.

12/06

L.: Na segunda-feira eu poderia às 9h40, ou pode ser na quinta de manhã. Algum desses horários é possível para você?

13/06

B.: Ok. Segunda, 9h40. Bom fds.

L.: Combinado, então. Até lá!

B.: Ok. Segunda, 9:40, Bom fim de semana.

Na segunda, fui à USP e nada. Vi que ela mandou esses recados depois do horário combinado. Parece chavão, mas muitos adictos mentem para camuflar suas confusões, para não mostrar suas dificuldades em cumprir horários, compromissos... E, como demoro um pouco para responder, ela se desespera e manda vários (um pouco significa algumas horas).

B.: Bom dia, Lygia, posso transferir para amanhã, pois já estarei na rua. Estou sem carro e chove. Abraço

B.: Tem algum telefone para o qual eu possa ligar?

B.: Em vez de segunda, poderia ser na quinta? Tem algum telefone no qual a gente possa se falar?

L.: Olá, B. Estou na USP te aguardando de novo. Agora só terei horário em agosto. Nos falamos então nessa época.

B.: Ok. Aguardo então. Estou sem carro e com uma tosse horrível, toda cacarecada. Enquanto isso, vou ao médico me cuidar. Obrigada por tudo. E, se for viajar, bom descanso. Abraços e sinto muito de novo.

No mesmo dia ela me manda uma propaganda de seu trabalho.

Dois meses depois, ela me manda este *e-mail* (24/08):

B.: Oi, Lygia, fiquei esperando pra ver se as coisas melhoravam, mas, ao contrário disso: ele me ligava, me cobrando uma visita às escondidas, e eu recusei. Agora nem me procura mais, estou aqui na expectativa e na fossa, acabei eu de novo como a vilã da história. É injusto, acho que o melhor pra mim é o afastamento, mesmo que isso seja penoso. Peço que, se souber de alguém que queira me atender mesmo sem ele, eu topo e não vou esperar mais nada. Abraço e bom final de semana. Abraço.

L.: Oi, B! Eu posso marcar de conversarmos e ver como encaminhamos seu caso, mas, para isto, preciso que voce vá à consulta! Em princípio, vamos marcar segunda-feira dia 3 na Clínica Psicológica da USP?

B.: Sim, vamos, tenho uma aula às 9h na segunda, terça e quarta estou livre, mas, se não puder, desmarco minha aula de segunda. Obrigadíssimo. Bj.

L.: Olá, B.! E sexta, como está o seu horário?

B.: Sexta não tenho ninguém. Vamos lá! Que horas?

L.: Olá, B. Eu posso amanhã às 10hs aqui na Clínica Psicológica do Instituto de Psicologia da USP. Me confirme se vem. Até lá.

B.: Olá, pode ser às 11? Consigo chegar, vou dar uma aula amanhã às 9. Abraço.

L.: Olá, B.! Às 11h, não posso! Vamos tentar sexta dia 14?

B.: Ok. Dia 14, joia. Abraço e bom feriadão. Até.

B.: Oi, Lygia. Meus alunos cancelaram amanhã e passaram suas aulas para sexta. Como podemos fazer? Quer que eu vá amanhã? Tô muito triste, precisando de você, muito, à beira da loucura. Eu gostaria muito de te contar. Abraço.

Ela pergunta que horas, eu falo o horário e ela tenta mudar. Eu concordo, marcamos na sexta, e logo ela desmarca. Ela não consegue vir e é impressionante. Ela manda esses *e-mails*, que está mal, está à beira da loucura, mas não vem. Parece que quer me enlouquecer junto. Se comigo, por *e-mail*, já é assim, imagino o relacionamento dela com o companheiro.

Depois de uns dias, ela escreve de novo.

B.: Cara Lygia, confirma quarta às 11? Abraços e obrigada.

L.: Olá. B! Fiquei aguardando sua confirmação para sexta às 10hs... Vamos ver se achamos outro horário, então! Pode ser na sexta 29 neste horário?

B.: Sim, pra mim, está ótimo. Que horas? O que eu não quero é furar com você. Muito obrigada. Abraço.

Mas, novamente, ela fura. E eu ainda tento mais uma vez.

B.: Oi, Lygia, você pode no sábado? Minha aluna transferiu a aula de hoje para amanhã. Se não, terei que cancelar. Obrigada. Aguardo. Abraços.

L.: Olá, B.! Não posso sábado. Amanhã para mim é melhor às 11hs, pode ser?

B.: Vou falar com a aluna e retorno.

Ok, não consegui desmarcar. Sábado vc estará atendendo? Abs.

Eu já tinha falado que não, então desmarcamos de novo.

Eu parei de escrever e ela também sumiu.

Então, depois de mais de um mês, ela manda uns cinco *e-mails* seguidos.

B.: Boa tarde, Lygia. Amanhã darei uma aula até às 8h e posso ir se tiver horário, vou direto da aula. Aguardo resposta. Abraço.

B.: Tentei falar, pois tinha segunda, terça e quarta livres e poderia ter ido até você. Não deu certo, não faz mal, fico aguardando um novo agendamento seu. Sábado, se tudo der certo, vamos nos encontrar eu e A., depois de um ano sem ver. Vamos à Bienal e almoçar juntos com minha filha e o namorado. Gostaria muito de ir com ele até você. Muito abrigada, até, abraços.

B.: Oi, Lygia, vc desistiu de mim? Não deram certo nossos horários, mas vai dar. Abraço.

Agora estamos em outubro, tenho mais uns 20 *e-mails* de B. E ela ainda não conseguiu vir. Ela marca depois e na última hora desmarca. Fica desabafando por *e-mail*, não sei como conseguiu meu celular, deixou uns recados que não respondi e voltou para o *e-mail*. Ela dispara uns 10, depois

se cala por um tempo. Depois volta, imagino que quando bate uma angústia grande.

Eu ainda tentei marcar outras vezes, depois ela sumiu. Ainda me mandou pelo celular mensagem de “feliz ano novo” e depois só apareceram mensagens de *e-mail* dela em *e-mails* que ela manda para todos os contatos fazendo propaganda de seu trabalho.

*

Eu não conheci B. e não sei ao certo a profundidade de suas angústias, mas tento inferir, a partir de seus recados, que suas angústias são tão profundas, nesse caso, me parecem angústias psicóticas, que a impediam de vir, e de conseguir sustentá-las minimamente para vir no horário marcado e poder fazer algum tipo de vínculo, que pudesse ajudá-la. Me parecem angústias psicóticas pois impediam que ela tivesse uma vida minimamente organizada.

g) Quando o relacionamento adictivo tem resultados saudáveis

Queria terminar este capítulo relatando uma situação possível, encontrada tanto na vida cotidiana quanto nos consultórios, onde o relacionamento adictivo, nesse caso, com pessoas em geral mais maduras, pode servir como reconstrução da sustentação ambiental.

Esta, talvez, seja a situação na qual o relacionamento conjugal, mesmo sendo um relacionamento adictivo, atende às necessidades de cada cônjuge, fornecendo um tipo de integração e de apoio que parece corrigir, ao menos em parte, as falhas ambientais iniciais. Nesses casos, o relacionamento adictivo do casal fornece ao outro um ambiente afetivo e relacional que supre, ainda que sempre precise ser reiterado, a falha ambiental e/ou a falha transicional, e pode ajudar inclusive no amadurecimento dos dois.

*

Suponhamos a situação de uma mulher, T., que faz análise já há alguns anos e já teve muitos relacionamentos complicados, que lhe trouxeram muito sofrimento, pois sempre buscava homens que não pudessem suprir o que precisava, e ela acabava se colocando no papel de cuidadora deles, sem cuidar de si mesma. Mas isso não se sustentava e vinham brigas e sofrimentos que levavam ao término dos relacionamentos. Ela sofria, pois o tempo ia passando e, além de querer achar um companheiro, ela queria muito ser mãe. Quando tinha 37 anos, conheceu Y, um homem doze anos mais velho do que ela e que estava num momento difícil da vida. Ela se colocou no seu papel conhecido de cuidadora, mas ele, com a ajuda dela, melhorou e passou a cuidar dela também, que mais rapidamente já tinha percebido o lugar que novamente se colocara e passa a conversar sobre isso com ele, que pode entendê-la. Eles ainda aparentam ter um relacionamento adictivo, mas mais maduros, já com filhos, mais estabelecidos profissionalmente, mais seguros com esse relacionamento, podem depender um do outro de uma maneira mais saudável e curativa para os dois, ainda que ainda dependam um pouco a mais um do outro, por exemplo, sofrem demais com pequenas separações, quando estas

acontecem eles acabam brigando, mesmo tendo filhos, eles ainda precisam de um tempo grande só deles etc., mas tudo podendo ser entendido como uma necessidade deles, não como uma falta, algo a ser combatido ou negado. Desse modo, podemos acreditar na possibilidade de pessoas que tiveram relacionamentos adictivos prejudiciais, mas que puderam ser tratadas e amadurecer, poderem encontrar no relacionamento um lugar que os ajude nesse processo de amadurecimento e integração. Vale ressaltar que os dois membros desse casal fizeram vários anos de análise antes de se encontrar.

T. é a filha caçula e temporona de uma família de três irmãos. Ela é temporona porque antes dela a mãe havia perdido dois bebês, e a gravidez dela também foi bastante difícil, com muito risco de perda. Ela nasceu bem, mas logo após seu nascimento seus pais se separaram com muitas brigas. Sua infância e adolescência foram pautadas por muitas brigas dos pais. Ela era a que mais ficava como objeto das brigas, pois os irmãos já eram um pouco mais velhos. Sendo assim, T. não pôde desenvolver confiança no mundo, pois as pessoas que ela mais confiava viviam brigando, acusando uma à outra e ela ficava sem referências. Sempre foi uma menina muito insegura, vivia querendo agradar, até que, na adolescência, descobriu o namoro como forma de apoio para essa insegurança e teve alguns relacionamentos conturbados até conhecer Y. Os dois se casaram, tiveram filhos e têm um bom relacionamento, apesar de manterem a característica de precisarem muito um do outro e não conseguirem ficar separados. Ela tem também uma relação de muita proximidade com os filhos, vamos ver como isto vai se desenvolver!

Y. veio de uma família onde os pais tinham que trabalhar muito para sustentar os filhos, ele é o mais velho, e tem duas irmãs bem mais novas. Ele teve de se virar muito sozinho e também ficou perdido e inseguro, estabelecendo relações adictivas com o estudo, o trabalho e futuramente nas relações afetivas. Teve relacionamentos conturbados que o levaram a buscar análise, que ele seguia fazendo quando conheceu T.

Na minha opinião, T. e Y., apesar de terem angústias bastante profundas, puderam seguir sua vida conjugal aprofundando a comunicação e a confiança mútuas. Os progressos maturacionais que cada um dos membros do casal tinha feito anteriormente a seu encontro, seja nas suas análises seja pelas próprias experiências de vida, tornaram-os mais tolerantes consigo e com o outro, levando-os a aceitarem o outro como suficiente, ainda que não perfeito.

Creio que isso foi possível porque, quando se encontraram, os dois já tinham progredido na integração de si mesmos e na compreensão de seus modos de funcionamento, especialmente derivada de suas análises pessoais, além do que também havia certa identidade entre eles (em termos de suas angústias e necessidades), o que aumentava o nível de compreensão do outro, das suas necessidades e de seus limites. O outro podia, então, ser apenas suficientemente bom na sua atenção, nos seus cuidados, nas suas exigências, para não despertar no outro as “velhas” angústias de aniquilamento e desamparo. Compreendendo a si mesmos e ao outro, dado que eles podiam entender a angústia do outro, podiam (com esforço) colocar-se no lugar do outro, não precisaram reagir negativamente às exigências e demandas do outro, não sentiam que o outro queria englobá-lo, aniquilá-lo, sufocá-lo, mas sim contar um com o outro... Certamente, isso não ocorria sempre e não foram poucas às vezes em que essa situação falhava, mas, talvez também devido à compreensão mútua, podiam fazer ações reparatórias (pedidos de desculpas, gestos carinhosos, presentes, relações sexuais satisfatórias etc.).

Como eles puderem entender e acolher a necessidade de dependência que tinham um do outro, a relação pode funcionar como um ambiente bom para que eles pudessem ter atendidas suas necessidades de sustentação ambiental, e poder, com o acolhimento mútuo, formar uma base para encontrarem a si mesmo e ao outro.

Assim, juntos, puderam ir desenvolvendo um pouco da capacidade de estar só, e já podiam estar só ainda que juntos. Gradualmente, puderam ir sentindo que o outro não é a única maneira de eles se sentirem vivos, se sentirem alguém. Isso pode até voltar em alguns momentos mais regredidos, mas, em geral, eles já encontram em si mesmos alguns recursos. Eles já

reconhecem algumas de suas faltas, de suas necessidades e já podem falar sobre isso sem esperar que o outro adivinhe tudo nem que seja obrigado a suprir tudo. Isso também pode voltar em momentos mais regredidos, pode gerar brigas, mas depois conseguem conversar e entender o que aconteceu, mais do que isso, podem fazer ações reparatórias.

Mesmo nesse caso, as angústias eram severas, mas, como já pude observar em outros casos, onde as angústias severas vêm de ambientes não suficientemente bons quando bebês, se depois o ambiente em que estas pessoas vivem melhora, elas ainda que permaneçam com suas angústias, têm mais possibilidade de aderir ao tratamento, e no caso deles foi assim. Nos dois membros desse casal, eles foram fazer análise quando eram adultos e moravam sozinhos, já podiam ter um ambiente que não fosse intrusivo, invasivo, que lhes permitisse recolhimento quando precisassem, e assim, puderam aderir ao tratamento (diferente do caso anterior relatado, onde a pessoa nem conseguia chegar ao tratamento, pois permanecia vivendo num ambiente muito invasivo, que só aumentava as angústias), e depois puderam se casar e fazer, em casa, um ambiente bom, favorável, e que permitiu um grande crescimento emocional, pessoal, e inclusive profissional aos dois.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir, retomarei sucintamente o que são as adicções, sua origem e suas dinâmicas, bem como em que sentido os relacionamentos adictivos são um tipo de adicção, tendo em vista uma compreensão sobre o seu tratamento e, principalmente, sobre como seria possível prevení-los.

1. As adicções

O adicto não busca apenas o prazer, mas uma situação e uma experiência pessoal, corporal e até mesmo social nas quais procura preencher um vazio existencial, um vazio que também está relacionado diretamente com a procura de si mesmo.

As drogas, a comida, o sexo, a internet ou outros tipos de *objetos-droga*, ainda que pareçam ao menos inicialmente ter um aspecto lúdico e serem considerados por muitos como um modo de “aproveitar a vida”, acabam com o brincar que faz que a vida valha a pena ser vivida, podendo levar a uma dependência mortífera para o indivíduo e para suas famílias. Cabe aqui, no entanto, diferenciar entre o uso recreativo (lúdico) e o uso patológico-dependente dos objeto-droga: o uso recreativo (um pouco de vinho, um charuto etc.) pode realmente ser uma experiência corporal e relacional criativa e integradora do indivíduo, enquanto o uso patológico implica um tipo de servidão na qual o objeto-droga se torna o centro e o motivo aparente da existência, ou seja, o indivíduo fica escravizado pelo objeto-droga.

A origem das adicções deve ser buscada nos acontecimentos afetivos da primeira infância, não propriamente no sentido de buscar um trauma, mas no de buscar na infância quais são as situações que contribuem para que ocorram, num indivíduo e em seu ambiente, as falhas que o impediram de

encontrar (construir) a si mesmo e, conseqüentemente, de poder também encontrar ao outro. Não se trata, a meu ver, de um único momento de falha ambiental, nem de considerar apenas um período no desenvolvimento, mas sim de reconhecer que há diversos acontecimentos que podem levar o indivíduo tanto a sentir um vazio existencial quanto a avaliar que um objeto-droga qualquer poderia retirá-lo desse vazio. Isso significa que diversos tipos de acontecimentos (ou falhas do desenvolvimento) poderiam gerar angústias desse tipo e, conseqüentemente, uma procura de solução do tipo adictivo.

Ao procurar elencar quais seriam as causas das adicções, considero, tanto pelo estudo teórico como pela observação clínica, que as adicções podem ter sua gênese, basicamente, em quatro tipos de situações ou acontecimentos na história emocional do indivíduo, a saber:

1. Falhas ambientais primitivas, referidas aos momentos mais iniciais do processo de desenvolvimento emocional (falhas de sustentação que levam o indivíduo a viver *angústias impensáveis*, que são angústias de aniquilamento num momento em que esse indivíduo ainda não está integrado num si mesmo díspar do mundo externo). As adicções originadas dessas falhas na fase da dependência absoluta são mais difíceis de se resolver.
2. Falhas na fase da transicionalidade, isto é, falhas ambientais e falhas nas relações inter-humanas que o bebê e/ou criança têm com o mundo, nas quais o criar-encontrar a si mesmo e ao mundo fica perturbado. Nesses casos, ocorre uma impossibilidade de viver a experiência de estar ao mesmo tempo integrado e separado do mundo. Num certo sentido, essa experiência se refere ao estar fundido e separado do mundo, o que parece ser retomado nas adicções que alteram a percepção de si mesmo e dos limites do si mesmo com o mundo e com o outro.

3. A angústia que deriva da situação de privação, na qual o comportamento adicto poderia ser considerado como um comportamento antissocial, com os mesmos objetivos do comportamento antissocial derivado da privação, ou seja: um SOS dirigido ao ambiente, visando recuperar a sustentação e a confiabilidade ambiental perdidas (perda cuja responsabilidade é creditada pelo indivíduo ao ambiente).
4. McDougall se refere, ainda, a angústias que derivam da situação edípica, mas, no meu entendimento, quando estamos nesse campo mais amadurecido do desenvolvimento, as adicções não se estabelecem como sintoma prevalente nem como a “única solução” das angústias e conflitos vividos nesse cenário neurótico-edípico.

De modo geral, creio poder afirmar que o sintoma adictivo é uma tentativa do indivíduo de encontrar a si mesmo, uma tentativa de integração de si mesmo (ainda que, paradoxalmente, ela possa desintegrar o corpo). Seria um tipo de procura desesperada para que, por uma experiência corporal intensa, algo mais importante do que o prazer pudesse ser encontrado. Tal como afirma Winnicott, a integração aqui procurada via o objeto-droga seria um tipo de integração advinda de dentro do indivíduo (por meio dos efeitos do objeto-droga sobre o corpo e o ser do indivíduo).

O sintoma adictivo é uma tentativa fracassada, repetidamente fracassada, de encontrar uma solução para sentir a si mesmo e para sentir-se bem consigo mesmo, dado que ela corresponde a um efeito efêmero advindo de algo que vem de fora, mas que é sentido como tendo ação e efeito internos. Representa, assim, uma ilusão de solução para um problema interno via um objeto externo; uma solução externa (necessariamente fracassada) para aquilo que só poderia ser encontrado como uma conquista duradoura e interna, ainda que isso dependa, necessariamente, de encontros propriamente humanos.

2. Os relacionamentos adictivos

Em alguns casos de adicção, o objeto-droga é um outro. Os relacionamentos adictivos se caracterizam, pois, por um tipo de relação na qual o outro é usado tal como uma droga e na qual ocorre um tipo de dependência existencial que tem num outro específico o seu foco único.

Os relacionamentos adictivos não acontecem só com casais. Podem acontecer entre pais e filhos, mães e filhos, entre amigos, parentes, no trabalho, enfim, em qualquer relacionamento.

Em alguns casos, os relacionamentos adictivos podem amadurecer e resultar em formas mais saudáveis e possíveis de existência e relacionamento, levando os dois envolvidos a um amadurecimento maior. Certamente, há um caminho individual, um desenvolvimento e amadurecimento individual a ser feito (o que pode ser profundamente ajudado por uma análise). Existem casos mais difíceis de cuidar, quando, por exemplo, sobrepõe-se a essa dependência do outro a dependência a drogas ou outros tipos de adicções.

É um fato, observado clinicamente, de que existem pessoas que conseguem paulatinamente moderar sua maneira de se relacionar, e outras, como em outros tipos de adicção, para as quais o único modo de lidar com o impulso à adicção é a abstinência. Para alguns, no caso aqui focado dos relacionamentos adictivos, é melhor ficar sozinho do que se relacionar adictivamente. Isso tem a ver com a fase em que ocorrem as falhas ambientais, e também com a forma como a pessoa se desenvolve. É possível que angústias muito arcaicas sejam ativadas no encontro mais profundo com o outro e que, em consequência, viver com encontros mais superficiais não desperte a “fissura” pelo objeto droga (assim como um adicto a álcool muitas vezes precisa evitar passar perto do bar, andar com certas companhias ou ir a lugares que lhe despertem o desejo de beber).

Entretanto, para poder existir esse tipo de escolha, são necessários dois fatores e/ou acontecimentos, a saber:

1. A repetição da experiência, da vivência de o relacionamento adictivo (ou aquela droga) não fornecer o que a pessoa está buscando – não fornece o preenchimento de seu vazio existencial, não possibilita o encontro de si mesmo. Além disso, após ultrapassar o momento inicial (no qual pode haver um apaziguamento momentâneo da angústia e apresentar-se até mesmo como um estado de euforia), há a percepção da insuficiência da solução adicta, com uma desilusão que intensifica o vazio existencial, dado que, somado ao fracasso da procura, é, portanto, uma perda da esperança;
2. O indivíduo precisa, ainda, ter chegado a um certo amadurecimento ou integração no qual o ficar só é possível com grandes limitações e custos existenciais, mas que, comparados à retomada das angústias impensáveis, são preferíveis. É preciso haver um certo amadurecimento para que o indivíduo possa conseguir conter, ainda que precariamente, e suportar as angústias existenciais, de modo que ele não seja impulsionado pela necessidade de descarregá-las a qualquer custo.

A compreensão do que procura o adicto, do que procura o relacionamento adictivo em termos da integração de si mesmo e de ter um lugar para viver a partir de si mesmo, pode ajudar na orientação dos cuidados clínicos e dos cuidados profiláticos desse problema individual, familiar e social.

3. O tratamento do ponto de vista psicanalítico na perspectiva de Winnicott

Para Winnicott, o tratamento psicoterápico psicanalítico e/ou de base psicanalítica visa tornar possível ao indivíduo retornar às suas experiências traumáticas para corrigi-las, isto é, para retomar o processo de desenvolvimento emocional, que o levará a poder viver a partir de si mesmo: “Num contexto profissional, dado o comportamento profissional apropriado, pode ser que o doente encontre uma solução pessoal para problemas complexos da vida emocional e das relações interpessoais; o que fizemos não foi aplicar um tratamento, mas facilitar o crescimento”. (1986f, pp. 113-114).

As experiências ou traumas a serem corrigidos nas adicções e nos relacionamentos adictivos dizem respeito a dinâmicas que caracterizam a fase da dependência absoluta, a transicionalidade e a situação de privação. No primeiro caso, o indivíduo precisaria, em termos psicoterápicos, voltar à dependência (dependência do analista) a fim de que um ambiente suficientemente bom pudesse proporcionar as condições para que ele se integrasse no espaço, no tempo, no alojamento da psique no corpo, no desenvolvimento do sentimento de confiança em si mesmo e no mundo (derivado de uma boa maternagem). No segundo, trata-se de retomar a situação ambiental e os relacionamentos que tornam possível a experiência de brincar e de viver os fenômenos transicionais, sem ruptura, sem destruição da situação paradoxal na qual o mundo, o si mesmo e o outro são todos, ao mesmo tempo, criados e encontrados. No terceiro caso, na situação da atitude antissocial, trata-se de fornecer a provisão ambiental que restitua a confiabilidade no ambiente, perdida pela privação.

Esse tipo de orientação para o tratamento – regressão à dependência, brincar juntos, fornecimento de provisão ambiental – pode ocorrer tanto no consultório privado quanto nas instituições e nas sustentações do grupo familiar que podem ser orientadas, sendo que a intensidade do sintoma e o grau de adoecimento das pessoas envolvidas podem indicar ou mesmo limitar algumas dessas possibilidades de tratamento. Dentro desse quadro, a própria medicação, se bem utilizada, pode servir como um tipo de contenção e/ou de proteção ambiental.

4. A profilaxia do ponto de vista psicanalítico na perspectiva de Winnicott

Uma parte significativa dos programas de prevenção das adicções tem suas ações centradas nos programas de educação preventiva, procurando fornecer informações sobre o uso indevido de drogas (tal como aparece no *site* da Senad, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, que é o órgão nacional para lidar com as drogas, <<http://portal.mj.gov.br/senad/data/Pages/MJD0D73EAFPTBRNN.htm>>).

As técnicas de prevenção mais comuns, atualmente, referem-se ao oferecimento de palestras, debates, *workshops*, implantação de programas em empresas, escolas, comunidades, formação de agentes multiplicadores, plantão de informação, entre outros (*sites* do Proad, Grea, Uniad), todas, no meu entender, visando um tipo de conscientização dos males que o objeto-droga faz; contudo, pouco se fala, nos principais programas financiados pelo governo, da importância da prevenção primária em termos da proteção do ambiente em que a criança vive.

Ao discorrer sobre os modelos preventivos em voga, Reale (2005) destaca dois tipos de modelos: o proibicionista e o de redução de danos. Ambos, no entanto, parecem agir muito mais no controle ou delimitação do uso das “substâncias” adictivas do que na atenção dada aos mecanismos que levam a constituir, gerar o impulso que induz ao uso dessas substâncias. Ou seja, muitas das propostas de prevenção às adicções estão centradas numa orientação pedagógica, no esclarecimento cognitivo e mental dos males que a droga faz etc., ou, mesmo como no modelo de redução de danos, em reduzir os malefícios que o uso de drogas traz. Este último modelo leva em conta a singularidade, sabendo que nem todos que usam drogas conseguem parar de utilizá-las. Porém, parece-me que, nesses tipos de intervenção, não estão consideradas a gênese existencial e a falha ambiental que originam esse problema.

Não se trata, a meu ver, de explicitar e explicar quais são os males advindos do objeto-droga, mesmo porque não me parece haver falta de consciência desses males. A situação é que, mesmo sabendo dos males e da destruição que os objetos-droga podem provocar, há um impulso superior,

uma necessidade de encontrar a si mesmo e de eliminar um vazio existencial que se apresenta como mais importante do que os possíveis danos colaterais que o objeto-droga pode causar. Creio, pois, que só com a compreensão do que busca o adicto – em termos do que analisamos derivar de falhas na sustentação ambiental, falhas no contato com o outro – é que poderemos efetivamente atacar as causas desse tipo de sintoma. Isso significa que o cuidado com essa problemática deveria centrar-se nas medidas capazes de prevenir o surgimento de novos casos ou, noutros termos, no que se denomina de prevenção primária. Essa posição não exclui outros tipos de intervenção, tais como o tratamento de dependentes e de familiares e a repressão ao tráfico, entendendo-as, entretanto, como medidas limitadoras do mal estabelecido.

A prevenção primária implica proteger e dar as condições sociais e emocionais para que as famílias com bebês e crianças pequenas possam prover um ambiente *suficientemente bom* para o seu desenvolvimento: um ambiente estável que atenda às necessidades físicas e emocionais (contato verdadeiro, regularidade, confiabilidade etc.); um ambiente que possa sustentar a existência inicial do bebê sem que haja interrupções e intrusões no seu desenvolvimento ou, como diz Winnicott, sem quebra significativa na sua continuidade de ser.

Isso parece uma ideia muito distante num país onde não há um cuidado efetivo por parte das instituições governamentais e das políticas de saúde pública: não há acolhimento ou atenção especial às condições psíquicas das grávidas nas maternidades ou para as mães que acabaram de ter bebês; a exigência dirigida aos profissionais de saúde obriga-os a atender um número excessivo de pacientes, de forma que não se abre a possibilidade de o paciente receber um efetivo cuidado pessoal e humano; não há investimento profundo nos serviços de psicologia e assistência social; nas creches de educação infantil, muitas vezes não há alimentos adequados para as crianças nem profissionais que possam servir de referência constante e segura para os bebês e suas famílias etc.

Certamente, a pobreza e as limitações sociais e financeiras são um problema e um fator importante na compreensão das maneiras como o ambiente falha, mas estou apontando, aqui, para um outro aspecto da

situação ambiental, que diz respeito à qualidade do contato humano dirigido ao bebê, à constância e previsibilidade que um bebê pode ter quando é cuidado, por oposição a ser cuidado (ou não cuidado) de modo caótico, a não poder estabelecer, desde o início, relações humanas confiáveis (quer dizer, previsíveis) e que atendam às necessidades do bebê e da criança (não só as físicas, mas as necessidades de contato, de estabilidade emocional, de não invasão, de “posse de seu ursinho”, de comunicação etc.).

Nesse contexto que saliento, parece-me, pois, que a gênese da adicção não vem da situação de miséria social (ainda que esta possa contribuir para a situação de desestabilização ambiental), mas da não sustentação ambiental (familiar, social), e isso, sim, pode contribuir e estabelecer o cenário propício para que as adicções surjam como uma solução ilusória para os indivíduos. No entanto, não há objeto-droga que possa fornecer um si mesmo.

Muito se fala da questão da falta de limites quando se pensa nas adicções, e não há dúvida de que os adictos ultrapassam os limites. Não são raras as contravenções e uma grande parte das descrições e compreensões sobre a estrutura dinâmica desses pacientes os caracteriza como tendo algo de perverso em seus comportamentos. A compreensão teórica e a clínica desses pacientes também levam em conta – como um de seus elementos fundamentais – a necessidade de impor limites, seja no que se refere aos seus comportamentos, seja no que diz respeito às ações que procurariam fazer o paciente introjetar os limites simbólicos representados pela lei ou, numa linguagem mais próxima à teoria psicanalítica, pela introjeção da castração simbólica. Reconhecendo a importância da questão do limite na prática clínica com esses pacientes, ressalto outro aspecto dessa questão, apoiada na obra de Winnicott, para compreender a necessidade e procura de limite por esses pacientes, considerando-a como a procura de si mesmo.

Os modelos de tratamento tampouco têm em conta a valorização dos cuidados com as mães, ou tratamentos que possam se aprofundar nos cuidados com o adicto para que este tenha uma experiência de confiança com o terapeuta e possa desenvolver seu eu até que este possa prescindir da droga. E entendo que isso não seria atingido de forma satisfatória via entrevistas motivacionais, sugestões, broncas ou exigências de abstinência.

Ao menos é o que tem mostrado a realidade, não só a dos clínicos, mas também a realidade social mais ampla (cujos programas governamentais têm reconhecido estarem perdendo essa guerra contra as drogas).

O paciente adicto só pode parar de depender da droga quando tiver encontrado em outro lugar o que procura nas drogas. Ou seja, quando tiver encontrado no mundo a sustentação e a distinção entre seu si mesmo e o mundo externo e, nesse sentido, tiver confiança suficiente no mundo para não precisar desse intermediário para o encontro consigo mesmo e com o mundo.

Ainda que não existam, atualmente, programas de prevenção e de cuidado com os adictos que considerem esse tipo de compreensão, julgamos que vale a pena pensar na contribuição da psicanálise de Winnicott nessa área, em virtude da importância e da ênfase que ele dá à preocupação com a sustentação ambiental.

Se houvesse programas voltados para os cuidados com as mães e os seus bebês, certamente teríamos crianças menos desamparadas, mais envolvidas e sustentadas por um ambiente confiável, previsível, um ambiente que lhes daria possibilidades para encontrarem a si mesmas tanto no encontro com os outros quanto nas atividades criativas de expressão de si mesmo. Não é uma ideia vaga e banal a afirmação de Winnicott de que *é no brincar e somente no brincar (infantil ou adulto) que o ser humano encontra a si mesmo*, dado que esse brincar é sinônimo de estar consigo e com o outro, de encontrar a si mesmo e ao outro. Esse brincar, mais do que uma atividade que faz rir, corresponde a uma atividade criativa, feita individualmente ou em grupo, na qual o ser humano exerce o mais profundo de si mesmo e, por isso mesmo, encontra o mais profundo de outros seres humanos. A meu ver, a música, o esporte, as artes, a filosofia, o comer acompanhado, o sexo etc. são expressões do fazer criativo que é fundamento do que é o ser humano e do ter uma vida que valha a pena ser vivida.

Se uma ideia como essa, reconhecendo a importância dos cuidados com a primeira infância como medida preventiva contra a gênese das adicções, fosse levada a sério, então seriam necessários programas sociais em maternidades, centros pré-natais e outros locais frequentados por gestantes, cuidando da semente básica. Depois disso, esses cuidados

precisariam ser estendidos de forma que a sustentação ambiental familiar pudesse fornecer estabilidade afetiva para que, com essa vivência, os fundamentos de si mesmo estivessem plantados, não havendo, pois, as condições para que os objetos droga pudessem seduzir tão profundamente, prometendo o que jamais podem entregar.

Uma criança que nasce num ambiente confiável, estável, previsível, com seres humanos que ela reconhece e com os quais estabelece laços de dependência e experimenta autonomia; uma criança que frequenta e cresce numa creche que também tenha essas características básicas; uma criança que pode encontrar na sua casa e na sua escola esse tipo de estabilidade ambiental certamente poderá brincar, crescer e chegar à vida adulta sem a sensação de que há um “não-sei-quê” faltando dentro de si que talvez a droga, ou outros tipos de adicções – como sexo obsessivo e sem outro, real ou virtual (tal como ocorre atualmente via internet); o comer compulsivo, o impulso insaciável de comprar etc. – possam oferecer. Isso seria, como se diz, “cortar o mal pela raiz”. Estou certa de que programas sociais desse tipo, atitudes políticas desse tipo seriam muito mais eficazes e muito mais baratas do que os milhões e milhões que têm sido gastos com as propagandas de conscientização e com as atividades de repressão e serviriam, inclusive, como forma de diminuir a delinquência.

Phillips comenta qual seria o aspecto fundamental da natureza humana e do que seria necessário ter em mente para cuidar da produção da sua saúde psíquica: “Em Winnicott, o homem só pode encontrar a si mesmo em sua relação com os outros, e na independência conseguida através do reconhecimento da dependência, ele seria o animal dependente, para quem o desenvolvimento – a única ‘certeza’ de sua existência – era a tentativa de se tornar ‘separado sem estar isolado’. Anterior à sexualidade como o inaceitável, havia o desamparo. A dependência era a primeira coisa, antes do bem e do mal” (Phillips, 1988; p. 29).

Portanto, conclui-se que só pode chegar à fase da independência quem pode vivenciar a dependência, quem pode reconhecer sua dependência, seu desamparo. Mas, para isso, a pessoa precisa ter tido a chance de ter de quem depender, para que a dependência não apareça como algo ameaçador. Por isso, reforço a necessidade de cuidarmos das

mães e de seus bebês na fase da dependência absoluta e relativa, para que seja possível depender do namorado(a), do marido, da mulher sem, com isso, ter um relacionamento adictivo.

Eles pareciam saber que quando amor era grande demais e quando um não podia viver sem o outro, este amor não era mais aplicável: nem a pessoa amada tinha a capacidade de receber tanto. Lóri estava perplexa ao notar que mesmo no amor tinha que ter bom senso e medida.

(Clarice Lispector, *Uma Aprendizagem ou Livro dos Prazeres*)

ANEXO

**TRANSCRIÇÃO DAS SESSÕES DE ATENDIMENTO DO CASAL FEITO
NA CLÍNICA PSICOLÓGICA DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP**

TRANSCRIÇÃO DAS SESSÕES

A transcrição das sessões foi feita a partir das anotações realizadas após os atendimentos. Não foram feitas anotações durante as sessões e a transcrição dos acontecimentos, das falas e das intervenções não corresponde à totalidade do que foi experienciado. Tal totalidade é impossível de ser descrita, por mais que sejam utilizados meios técnicos de registro das sessões, uma vez que uma grande parte dos acontecimentos afetivos, das tonalidades e dos sentidos das falas e dos encontros analíticos não é passível de ser descrita objetivamente. No entanto, o material transcrito corresponde a um índice importante e significativo do que ocorreu nesse tratamento psicoterápico de base psicanalítica.

A designação dos envolvidos no tratamento será feita pelas iniciais: N. (ela); R. (ele); F1 (a filha mais velha); F2 (a filha mais nova) e L. (eu).

Casal 1 – Dados prévios colhidos antes do primeiro encontro

N., de 24 anos, e R., de 29, foram encaminhados à clínica pela escola das filhas, em razão do comportamento da filha mais velha, de 3 anos e meio. A menina ficava extremamente abalada quando era contrariada. A outra filha, de 2 anos e meio, é um pouco mais calma, mas também reage de maneira preocupante quando contrariada. O psicólogo do Sefam fez a triagem e atendeu o casal por quatro sessões. Como precisavam continuar a ser atendidos e têm um histórico de abuso de álcool e drogas, os dois foram encaminhados para mim. Inicialmente, nossa comunicação se deu por *e-mail*, pois eles não costumavam atender ao telefone.

Mande o primeiro *e-mail*, após ter tentado telefonar algumas vezes.
(09 de agosto de 2011)

Olá N. e R., meu nome é Lygia, sou psicóloga da USP e queria marcar um horário para dar continuidade aos atendimentos de vocês.

Para mim seria bom segunda ou quinta de manhã. Como são os horários de vocês?

At., Lygia.

Desde que enviei esse *e-mail*, fomos tentando nos comunicar, até nosso primeiro encontro, que só foi acontecer dois meses e dez dias depois. Com essa dificuldade de agendar as datas, já pude ver que eles eram confusos.

Este foi o último *e-mail* de N. antes do atendimento (era ela quem sempre respondia aos *e-mails*):

Olá, ai, desculpe não ter respondido, foi muito confusa essas últimas semanas, eu e R. estávamos brigados, eu estou começando em um trabalho novo, e minha filha ficou com catapora, não foi por desinteresse e sim total falta de organização. Ainda bem que ainda tem o horário! A gente pode sim nesse horário, na terça às 10h, só essas últimas duas terças é que não teria como a gente ter ido porque eu estava com minha filha em casa, mas a partir da semana que vem ela já vai estar na creche e vai dar sim. Por nós está confirmado.

Abs. N.

No dia combinado, os dois chegaram para o atendimento. Eles eram bem jovens e tinham um estilo hippie. Ela era mais arrumadinha, dentro de seu jeito alternativo; ele, mais desleixado, largado. Eles eram um casal bonito, mas ele, especialmente, escondia a beleza devido ao estilo descuidado.

Sessão 1 (18 de outubro de 2011)¹

Eles me aguardam na sala de espera. Vou até lá com o psicólogo do Sefam que os atendeu anteriormente. Sou apresentada a eles e os conduzo até a sala onde serão atendidos.

¹ A descrição das sessões será feita no tempo presente.

Na sala, me apresento novamente, converso com eles e, antes de encerrar a sessão, revelo que estou fazendo uma pesquisa sobre relacionamentos conjugais e pergunto se eles não concordariam em participar. Explico que, para isso, eu utilizaria o material dos atendimentos sem, no entanto, identificá-los. Relato que nem os nomes nem detalhes que permitam o reconhecimento deles aparecerão. Leio o termo de consentimento com eles e peço que o assinem. Eles concordam e dizem que essas pesquisas podem ajudar.

N.: — Não sei se o psicólogo do Sefam (falam o nome) contou sobre a gente...

L.: — Para mim, é importante ouvir de vocês...

N.: — Procuramos atendimento por causa de nossa filha mais velha. Fizemos quatro sessões de atendimento com o psicólogo do Sefam (sempre se referem a ele pelo nome), em que concordamos que seria melhor que, por enquanto, só o casal passasse por atendimentos, pois nossas dificuldades de casal estão causando problemas para nossa filha, para nossas filhas. Então ele nos encaminhou para você.

L.: — Me contem um pouco sobre vocês.

Eles ficam um pouco quietos, parecendo não saber por onde começar.

L.: — Comecem pela história de vocês juntos, como se conheceram...

N.: — Nos conhecemos nas baladas na faculdade onde estudávamos.

R.: — Eu era a festa, pois vendia cerveja; então chegava levando a festa. Nestas festas nos conhecemos.

N.: — Também costumávamos ficar bebendo num bar perto da faculdade. Até procurei seu nome na internet e vi que você escreve sobre problemas de álcool e drogas. Então, nesta época nós bebíamos muito. Mesmo durante a gravidez e amamentação bebíamos muito. Nós diminuímos nesta época, mas o que é pouco para a gente nem sempre é pouco para os outros, e não sei se isto também contribuiu para as dificuldades de nossa filha. Durante a gravidez e amamentação da segunda filha já havíamos parado. Quando diminuí, o que digo que era pouco para mim, eram seis garrafas de cerveja por dia.

N.: — Nesta época éramos só amigos. Não éramos, R.? Porque agora já não sei, é tanta raiva que ele tem de mim...

R.: Mau responde.

N.: (fica chateada) — Acho que éramos amigos, que conversávamos, não éramos, R.?

R.: — Se você diz...

N.: — Éramos sim. Muitas vezes não saíamos com outros amigos para ficarmos só nós dois. Nós conversávamos muito. Ele era carinhoso comigo. Eu era carinhosa com você, né, R.?

R.: — Se você diz...

N.: — Espero que sim — (quase chora).

R.: Era carinhosa sim, mas só ia em casa por causa dos amigos, não era por minha causa... Era uma turma...

N.: — Era por sua causa sim, eu dormia na sua casa direto, ficávamos no quarto só você e eu... Nem saíamos mais de balada...

N.: — Nesta época engravidei e, pela minha religião, não podia pensar em tirar, pois sou espiritualista. Falei com ele que disse que assumiria.

R.: — A religião é outro problema. Mostra como não adianta eu falar nada, pois ela faz o que quer e ela leva as meninas a cultos religiosos, o que eu não quero.

N.: — Você sabia que eu tinha religião.

R.: — Mas você mudou de religião.

Preciso pesquisar mais sobre a religião deles, mas, para essa sessão, não era possível.

N.: — Então mudei para a república dele, e foi uma época horrível. Lá moravam três rapazes e era tudo imundo, não tinha faxineira, e ninguém limpava. Nós conversamos com os meninos e eles disseram que iriam ajudar na limpeza, mas ninguém ajudou, e eu me sentia muito mal com a sujeira. R. e eu vivíamos limpando tudo, eu acabei brigando com os rapazes, eles nunca nem olharam para o bebê, nunca pegaram, eu só ficava no quarto, tinha nojo de tudo. Ao engravidar da minha

segunda filha, dois meses depois do parto da primeira, conversei com R. dizendo que precisava mudar de casa. R. então parou de estudar e foi trabalhar com minha mãe para poder ganhar mais.

R.: — Nesta época era muito estranho, eu ficava mais com a mãe de N. que com ela. Ou às vezes nos revezávamos nos cuidados com N., eu chegava na casa da mãe dela e ela saía, pois no final da gravidez, e quando nasceu a segunda, N. não podia cuidar delas sozinha.

N.: — Então mudamos de casa, e foi bem melhor. Quando a segunda nasceu, estava muito melhor e ela é mesmo muito mais calma, mais desinibida. A primeira só fica grudada na gente, não fala com ninguém, a segunda já vai, conversa...

R.: — Quando a segunda filha nasceu, a mãe dela praticamente pagava para eu ficar em casa ajudando N., e eu me sentia muito mal. Às vezes o pai dela ia ajudar, e eu podia sair. No fim da gravidez já foi assim, pois ela teve de ficar de repouso porque estava tendo contrações, devido à proximidade das duas gestações, e porque ela ainda amamentava. Ficou amamentando as duas, e desmamou as duas ao mesmo tempo. A primeira mamou até dois anos e meio e a segunda, até um ano e meio.

N.: — A primeira só dormia com a boca no peito, nós não dormíamos a noite toda, pois, se ela acordava, tinha que dar o peito de novo. Com a segunda, já fizemos diferente. A deixávamos no berço, não ficava o tempo todo no colo ou no peito.

R.: — E eu não dormia também, pois N. dizia que eu roncava e acordava nossa filha, então não podia dormir se a menina não estivesse dormindo (chama a filha pelo nome).

N.: — Ela só ficava no colo e no peito, de duas em duas horas chorava.

L.: — Parece que vocês ficaram sobrecarregados e exigindo muito um do outro também.

R.: — Mas não é só isso. N. quer tudo do jeito dela. Ela tira o prato que sirvo para as meninas porque não é do jeito dela. Eu faço a mochila, ela desfaz. Não adianta nada eu fazer... Ela quer tudo do jeito dela...

L.: — Talvez N. também não soubesse direito o que fazer... Assim se prendeu a certo rigor, como forma de tentar colocar alguma ordem que ela sentia que estava faltando.

N.: — Com a segunda filha, já foi mais tranquilo... Com a primeira, achava que tinha que deixar tudo como ela queria...

R.: — Agora também não pode mais nada. Ela foi de um extremo a outro. Antes deixava tudo, agora não quer deixar nada.

N.: — Não é assim, R...

N.: — Antes eu não pensava em me separar. Agora penso. Antes eu dependia de R. até para pegar ônibus, agora elas estão na escola e eu posso trabalhar um pouco.

R.: — É, agora a situação é melhor, tenho emprego fixo, carteira assinada, e ela quer me afastar mais das meninas para fazer tudo do jeito dela.

N.: — Não, é que se nos separarmos eu posso fazer do meu jeito quando elas estiverem comigo, e ele pode fazer do jeito dele quando elas estiverem com ele.

L.: — Entendo seu desejo de se afastar da dificuldade, mas não é bem assim, N.. Vocês podem até se separar, mas têm duas filhas; não dá para cada um fazer de um jeito, há alguns acordos aos quais vocês terão de chegar, e acho que esse é mais um dos motivos pelos quais vocês precisam de ajuda. Vamos conversar mais sobre isso para podermos ver qual é a melhor maneira de auxiliá-los.

Desde o começo, o que senti contratransferencialmente foi uma grande vontade de protegê-los. Eles são dóceis e, mesmo nos momentos de briga, parecem duas crianças perdidas.

Assim, encerramos e combinamos de nos encontrar na semana seguinte.

Sessão 2

Já me aguardam na sala de espera perto da nossa sala de atendimento.

Entramos, e N. começa:

N.: — Ah, está tudo igual... Estou pensando no que conversamos sobre separação...

R.: — Ela já planejou tudo e não me contou...

N.: — Não é assim, R.

N.: — É que minhas irmãs estão planejando mudar para uma casa para morar juntas, e eu poderia ir com elas... Uma irmã já era separada e tem uma filha, agora a outra se separou e elas vão morar juntas. Mas não está nada certo de ir... É só uma ideia...

R.: — E eu só soube porque ela deixou o *e-mail* onde conversava com as irmãs aberto, se não, nem iria saber...

L.: — Você parece bem magoado, R. Mas talvez N. tenha deixado o *e-mail* aberto para que você pudesse mesmo ver, para chamar sua atenção, já que conversar está tão difícil...

R.: — Sempre tem que ser tudo do jeito dela.

Repete a história da comida e da mochila.

N.: — Só tirei a comida porque estava fria.

R.: — Você já tirou a comida várias vezes.

N.: — Eu tiro a comida quando acho que não tem carne, ou está fria, e mudo a mochila quando não está adequada ao tempo, mas muitas vezes não tiro.

R.: — Não é bem assim, você sempre muda. Você só quer tudo do seu jeito. Quando eu chegava do trabalho, correndo, ansioso para ver as meninas à noite, você já estava colocando-as para dormir, não me deixava entrar no quarto.

N.: — É que elas estavam quase dormindo, e ele atrapalhava, daí elas não queriam mais ficar comigo, só com o pai, e eu gosto que tenham horários, e assim bagunça tudo.

R.: — No fim mudei o trabalho para a noite, nem as coloco mais para dormir, de tão difícil que estava. Assim eu trabalho, ganho dinheiro, e ela faz tudo do jeito dela. E me sinto mal por ficar ausente.

L.: — N. sofre com a bagunça, está procurando uma organização que não está encontrando, sofre com mudanças no que planeja, e R. sofre porque se sente sem espaço, porque sente que N. só quer que ele trabalhe, não o quer ali junto, não valoriza suas opiniões.

N.: — Antes eu pensava em me separar, depois pensei em tentar, mas o clima em casa é horrível, ele não me escuta, não conversa, não fala.

R.: — Ela quer tudo do jeito dela, só quer que eu esteja junto quando precisa que eu dirija. Ela quer se separar, assim eu dou o dinheiro, levo na escola, e ela faz tudo do jeito que quer.

N.: — Eu confio em você, quando elas estiverem com você, estarei tranquila, mas os dois juntos não dá. Ele chega, as meninas me rejeitam, a mais velha quer tudo do jeito dela, faz escândalos, grita, chora, se joga no chão, e a menor agora quer imitar, é horrível. R. é uma pessoa boa, ele se esconde atrás desta aparência desleixada, mas é uma pessoa doce, todo mundo fala. Eu confio em você, R.

R.: — Está horrível também porque antes podia tudo e agora não pode mais nada.

Nesta sessão houve um clima bem ruim entre eles. R. estava muito mal, magoado, e não quer escutar o que N. fala. Ele fica repetindo que ela quer tudo do jeito dela, que a filha é que quer do jeito dela, e não se escutam. Cada um quer do seu jeito. Converso sobre isso com eles, mas a atmosfera hoje está muito tensa. A situação é difícil, e eles são ainda despreparados. É difícil pensar em um caminho interpretativo. Faço alguns apontamentos para eles, procurando ajudá-los a poder ver um pouco além de suas acusações, mas o processo é lento.

Aviso que, na semana seguinte, não atenderei, e combinamos para dali a duas semanas.

Sessão 3

(quinze dias depois, porque na semana anterior eu havia ido a um congresso)

Chegam bem mais animados, com olhares de cumplicidade, e sentam-se perto um do outro, ele com o braço atrás dela.

N.: — Estamos melhores.

L.: — Percebi que estão mais animados e mais próximos hoje.

N.: — Na sessão passada saímos daqui muito mal: ou iríamos conversar ou nos separar. Então R. disse que não queria se separar e decidimos conversar. Estou lendo um livro de educação infantil que fala de um trabalho terapêutico com constelações familiares, você conhece?

L.: — Não. Já ouvi falar, mas não conheço.

N.: — É um trabalho com famílias. Minha mãe indicou uma pessoa e fomos a duas sessões e gostamos. Por enquanto, fomos só nós dois, mas depois vamos levar as meninas. No entanto, não sabemos agora o que fazer, pois contamos para o terapeuta que estávamos vindo aqui e ele disse que atrapalharia fazer os dois trabalhos ao mesmo tempo. Ficamos confusos porque gostamos de vir aqui e nós dois nos sentimos muito bem com você, pois você não nos julga.

L.: Vamos conversando... Entendo que a situação estava e está crítica, e vocês sentiram que algo precisava ser feito, que naquele momento só vir aqui não estava sendo suficiente. Entendo também que é difícil fazer os dois trabalhos ao mesmo tempo. Vamos continuar conversando. Vocês vêm mais algumas vezes, e eu também tento ajudá-los a pensar que caminho seguir. No que vocês acham que o trabalho de constelações ajudou?

R.: — Foi uma dinâmica de um se colocar no lugar do outro. Um falar e tentar pensar como se fosse o outro. Isso ajudou a ver como o outro se sente.

N.: — Não é que os problemas acabaram, mas estamos conseguindo conversar mais.

L.: — Dá para perceber que R. está mais livre para falar.

Ele concorda.

L.: — E como começou essa dificuldade de conversar?

R.: — Desde o começo do relacionamento já apareceram as dificuldades de conversa, mas no começo era muita bebida, muita festa, eu era a festa, eu vendia bebidas para ganhar dinheiro para viver. Na época não precisava de muito, pois morava na república e gastava pouco.

L.: — Por que você foi cedo morar numa república?

R.: — Por causa das dificuldades com meu irmão mais velho. Na minha família somos meu pai, minha mãe e meu irmão quatro anos mais velho. E meu irmão sempre me maltratou, me bateu, e meus pais trabalhavam muito. Minha mãe e meu pai são professores de escola, muito dedicados, trabalhavam muito e não tinham tempo para cuidar da situação. Nós estudávamos na escola onde minha mãe trabalhava e íamos e voltávamos com ela, ficávamos, então, o tempo todo juntos. Mas ela ficava trabalhando e não via o que meu irmão fazia. Ele já me machucou algumas vezes, as mais graves sem intenção direta, mas tive de dar pontos. Ele tem muitas dificuldades, foi diagnosticado como bipolar, toma remédios e, com isso, meus pais sempre deixaram e deixam ele fazer o que quer. [Lembrei do psicólogo do Sefam que os atendeu primeiro e associou a filha deles, que foi o motivo do encaminhamento, a esse irmão mais velho]. Na escola, pela revolta com minha mãe, eu me larguei e comecei a beber muito. Era vodca ou outro destilado, e mais cerveja, tudo em grande quantidade. Era muito mesmo.

N.: — Eu também.

R.: — Então com 17 anos tive cirrose.

L.: — Como você percebeu?

R.: — Comecei a me sentir muito mal, com muita dor, e fui ao médico. Seguindo a recomendação dele, fiquei um ano sem beber. Mas sentia muita dor, e o médico indicou que naquele ano eu não tomasse remédio. Depois daquele ano, ele liberou o remédio, e fiquei com raiva por ter passado tanta dor e ele não ter me deixado tomar o remédio, e nunca mais voltei nem nesse médico nem em outro.

L.: — Como seus pais lidaram com isso?

R.: — Nunca mais perguntaram nada, nem cobraram. Eles pensam: se não quer, não vai.

L.: — Parece que seus pais são muito permissivos, e isso te causou bastante sofrimento.

N.: — Concordo. Até hoje isso é muito difícil. Eu não quero mais ir à casa dos pais dele, pois eles deixam as meninas fazerem tudo o que querem. Então elas fazem birra, a mais velha começa, e a mais nova agora quer seguir, e eles deixam. E assim as meninas me rejeitam, como fazem em casa quando R. chega. Mas lá sinto que não posso fazer nada.

L.: — É difícil para você assumir seu papel de mãe. O que dá para entender na sua história é que você ainda se sentia uma menina quando, muito rapidamente, teve de se ver como mãe de duas meninas. Acho que você espera que os outros te ajudem e te autorizem e isso é extremamente angustiante, tanto que você não quer ficar perto dos outros que lhe causam essa angústia, e na família de R., que já é muito permissiva, isso é mais difícil ainda.

N.: — A família dele é muito permissiva e a minha, ao contrário, é muito intromissiva. Uma vez, quando minha irmã [na casa dela são quatro filhas mulheres] começou a usar cocaína e estava deprimida, minha mãe a levou para passar um mês na praia, só as duas, e minha irmã fala que foi bom, que ela não usou mais.

Nesse momento, lembro-me do que o terapeuta que os atendeu anteriormente apontou sobre os tratamentos alternativos, pois parece que, na família de N., muitas depressões não são curadas. N. já relatou sentimentos depressivos na adolescência, e hoje isso permanece na necessidade que ela tem de R. Ao que parece, a mãe deve ser uma mulher deprimida, que permaneceu casada com o pai alcoólatra e, sintomaticamente, trabalha como *clown*. No final dessa sessão, ela relata esse caso da irmã, mas não houve tempo para aprofundar a história da família de N.

Retomamos um pouco a história de R.

R.: — Como a situação na família estava difícil, eu disse para meus pais que iria sair de casa, e eles novamente concordaram sem falar nada. Mas eles são muito amorosos, muito presentes, até hoje.

L.: — Mas são ausentes, pois não tomam uma posição. Vão deixando tudo acontecer.

R.: — Com as meninas eles também são muito presentes. Todos os dias eu trago N. e as meninas para a USP, pois N. não dirige, e meu pai busca. Três vezes por semana as meninas ficam na casa dos meus pais após a escola, e muitas vezes também no fim de semana.

L.: — E como foi quando você deu a notícia da gravidez para seus pais?

R.: — Eles nunca esperavam, pois eu era um caso meio perdido que não estudava, só bebia, era bem largado. Mas depois ajudaram muito.

N.: — Eles são mesmo muito carinhosos, mas é bem difícil essa parte da omissão tanto com R. quanto com as meninas e com o irmão de R., que continua fazendo o que quer. Eu preferia não ir mais à casa deles.

L.: — O nosso tempo está acabando. Continuamos na semana que vem, mas tem feriado na terça.

N.: — Temos de trocar o dia. Pode ser sexta?

L.: — Sexta não.

R.: — Que dia você pode?

L.: — Quinta. No mesmo horário. Pode ser?

R. e N.: — Pode.

Despedimo-nos e encerramos.

O clima da sessão foi mais calmo, mas, como eles estão interessados na terapia de constelações familiares, vamos ver como isso pode ser encaminhado. Eu vejo que o fato de eu ter me afastado pode tê-los impulsionado a buscar outro tratamento, como se eu pudesse me ausentar. Vejo que eles estão ali contando suas dificuldades, mas que não é fácil fazer vínculos. O nosso ainda é frágil. Se eu me ausentar, eles podem precisar fazer outros vínculos. Eles têm mantido o relacionamento entre eles, por alguns anos já, mas não sei se isso significa fazer vínculos ou se é uma tentativa de preencher lacunas, vazios, sem ainda uma relação entre o eu e o outro. Afirmo isso porque não sei o quanto é possível eles verem como o outro é, pois ainda se queixam demais do que o outro não é, não tem e não pode.

Sessão 4

Esta sessão ocorre após uma falta avisada. Enviaram-me um *e-mail* pela manhã, no dia da sessão, dizendo que não poderiam ir, pois R. teria de entrar mais cedo no trabalho.

Chegam amorosos, dizendo que está tudo bem. De novo, se sentam próximos, com olhares de cumplicidade. Contam que está tudo melhor entre eles e que isso facilita com as meninas, mas algumas dificuldades permanecem.

N.: — Hoje F1 não queria que eu a vestisse. Queria que fosse o pai. Eu falei que o papai estava tomando banho e eu iria vesti-la. Então ela faz escândalos, fica gritando que não quer que eu a vista, e R. vem e a veste.

R.: — É que acaba sendo mais rápido se eu a troco. Mas você começou a trocá-la e parou. Só colocou a calça.

N.: — Eu coloquei a calça e ia pegar a blusa, e você veio e já trocou.

N.: — Eu estava tentando colocar limites.

R.: — Mas colocar limites não é ficar fazendo ameaças como “que pena que você não vai mais à casa da vovó no fim de semana...”.

N.: — Não é só isso que falo...

N.: — Se ele está, elas me rejeitam. Não querem que eu faça nada. Antes era só a mais velha, agora são as duas. E então ele vem e pega as duas, e eu não faço nada porque elas não deixam.

Eles permanecem nessa conversa entre eles por uns dez minutos, até que eu resolvo interromper. Enquanto eles discutiam, fiquei tentando analisar o que sentia vendo-os ali. Não era uma discussão agressiva, era uma discussão de duas pessoas perdidas que não sabem direito como lidar com a situação. Ele não queria frustrar ninguém, e ela tentava manter a rigidez. Um acaba passando por cima do outro, e isso vai causando mágoas. Não acho benéfico ficar olhando a discussão deles, acho melhor sempre interromper e apontar o que está acontecendo, para não ficar um clima insuportável na

sessão. No entanto, dessa vez, deixo-os um pouco, para entender o que está acontecendo.

L.: — Hoje, por outros motivos, acabamos seguindo o tema da última sessão, que foi a questão da dificuldade na imposição de limites. Falamos sobre como isso causou sofrimento na família de R.; hoje também quero saber como foi isso em sua família, N., pois essa dificuldade aparece bastante na criação das meninas. N. quer manter a autoridade, mas acaba se perdendo com ameaças, e sem saber como proceder, R. também quer resolver a situação para poderem seguir com seus compromissos do dia.

L.: — Vocês dois têm razão em alguns argumentos e em outros, não. N. tem razão em querer ser firme. Mas R. tem razão ao dizer que ameaças não são adequadas e ao querer dar um aconchego. Crianças precisam mesmo de limites, mas com firmeza e carinho, não com ameaças... E elas sofrem, sim, com essa situação de cada um de vocês dar uma direção diferente; vocês são as referências delas e, sem essas referências, elas ficam perdidas e reagem a isso, como vocês.

N.:— É, isso que você fala de dar limites com amor é muito importante.

Eu vejo que N. lê e quer acertar, então, ela busca teorias e reconhece questões importantes, mas, na prática, como ela não tem isso internalizado, é difícil conseguir executar.

N.: — Outro dia fui dar almoço para elas e tinha ervilha no molho. E elas não queriam a ervilha. Se fosse antes, eu iria tirar todas as ervilhas. Desta vez, falei: “ssh!, eu coloquei as ervilhas no molho porque elas fazem a gente ficar forte. Eu vou comê-las, mas, se vocês não quiserem, não comam”. E comecei a comer. Não briguei nem nada. Logo a mais velha começou a comer, e depois a mais nova. Comeram tudo!

N.: — Também percebi que elas apreendem logo quando eu mudo.

R.: — Porque, em geral, ou você cede ou ameaça, fica muito brava.

L.: — Como era a educação na sua família, N.?

N.: — Somos quatro filhas. Eu sou a mais nova e tenho cinco anos de diferença com a mais próxima de mim e doze com a mais velha. Então eu era a protegida, minha mãe não queria que eu crescesse. Eu era a queridinha, a mais próxima da minha mãe. Até que cresci, comecei a beber muito, a não ficar em casa e a chegar de

madrugada ou a não dormir a em casa. Comecei a ser vista como a largada, a ser criticada e a ficar distante de todos.

R.: — É preciso contar também que o pai dela é alcoólatra.

N.: — É, meu pai é carinhoso, mas ausente, e minha mãe nunca se separou, pois dependia financeiramente dele. Então era ela que, cuidava da gente, e ela sempre foi muito presente. Agora ele parou de beber. Mas ele sempre foi amoroso, e minha mãe colocava os limites.

L.: — Parece um pouco o modelo de vocês: você tenta organizar tudo, e R. acaba se sentindo errado, criticado, de lado, como seu pai ficava.

N.: — É verdade.

L.: — E como foi quando você engravidou? Como sua família lidou com isso?

N.: — Eu acho que queria engravidar por causa da relação com minha família, porque minhas irmãs (as duas mais velhas) estavam tendo filhos, e eu estava muito desacreditada. Quando engravidei, foi minha redenção com a família.

L.: — Redenção?

N.: — Sim, eu me aproximei muito delas de novo, da minha mãe, das minhas irmãs. Eu diminuí a bebida. Eu brigava o tempo todo com minha mãe, com minhas irmãs, e hoje melhorou.

R.: — A irmã dela estava grávida do segundo filho ao mesmo tempo que ela.

N.: — Sim, então conversávamos e voltei a ter credibilidade e a me aproximar.

L.: — E uma das irmãs não tem filhos?

N.: — Sim, ela não se casou.

Achei muito forte a palavra “redenção” que ela usou para falar da retomada de contato com a família.

L.: — E as outras?

N.: — Uma tem uma filha, a outra tem duas.

L.: — Uma família de mulheres.

N.: É.

L.: Então, N., você queria engravidar. Como foi isso?

N.: — Eu queria, acho que no subconsciente, mas queria. Minhas irmãs estavam tendo filhos, eu sempre quis ter...

L.: E você, R.?

R.: — Eu nem pensava nisso.

L.: — Mas vocês evitavam filhos?

N.: — Eu não gosto de preservativos.

R.: — E eu achava ótimo...

N.: — Nunca evitamos. Na segunda gravidez, eu estava amamentando e não tinha menstruado. Pensávamos que eu não estava ovulando.

R.: — Apesar de que N. já tinha tido um sangramento um mês após o parto. Mas pensávamos que era do pós-parto ainda.

L.: — E hoje, evitam?

R.: — Não estamos tendo muita vida sexual, mas não evitamos.

N.: — Tenho HPV do tipo mais agressivo. Já tinha antes. Sempre vou ter o vírus. R. também foi infectado. Eu ainda tenho ferida, então não dá para termos relação sexual porque dói.

N.: — Preciso ir ao médico, faz mais de um ano que não vou.

L.: — Continuamos no tema dos limites. Questões extremamente importantes aparecem, como a falta de cuidados com vocês mesmos. R. contou da cirrose, você do HPV, doenças que podem se agravar, e vocês não cuidam e nem evitam uma terceira gravidez, deixando de lado o cuidado também com as duas meninas, com as quais vocês já tem enormes dificuldades para se organizar, dificuldades e sofrimentos que aparecem na vida das duas também...

Tentei ser enfática, pois me preocupa que os dois tenham mais filhos nessas condições.

Na sessão, acabei dando algumas orientações para eles, pois senti que havia uma necessidade real de cuidar das filhas. Eles estavam me pedindo uma orientação e, por mais que eu pudesse trabalhar com a interpretação, mostrando a fragilidade de N. diante das filhas, achei que ter esse cuidado poderia ajudar na nossa possibilidade de vínculo e no vínculo deles com as filhas, ajudando eles a pensar como cuidar delas. N. lê todos os tipos de livro e fica muito perdida. Não acho que falte só orientação a eles, mas acho que um pouco de acolhimento nessa direção poderia ajudar. Agi um pouco intuitivamente, talvez movida pela minha contratransferência de senti-los como frágeis e infantis.

Terminamos a sessão e combinamos de nos ver na semana seguinte.

Sessão 5

O horário deles é às 10h. Às 10h20, N. aparece na sala. Disse que se atrasaram para levar as meninas à escola e que, com isso, perderam o horário de entrada delas. Eles estão com as meninas no carro e vão levá-las para a casa dos pais de R. Ela até poderia ficar enquanto R. leva as meninas, mas entra no trabalho às 11h, então não teria muito tempo. Acabamos deixando a sessão, portanto, para a semana seguinte.

Penso que eles são confusos e penso ainda se a dificuldade de vir surge por serem atrapalhados, por ser um trabalho difícil, por terem ido às sessões das constelações ou por tudo isso junto.

Quando cheguei, N. já estava na sala de espera e disse que R. ainda não havia chegado. Fui arrumar a sala e disse que, quando ele chegasse, poderiam vir.

Por volta de 10h20, N. vem e diz que talvez R. ainda demore e pergunta se ela não poderia entrar. Eu pergunto se ela tinha perguntado a ele se tudo bem ela entrar, e ela disse que sim. Então, ela entra. (Fiquei em dúvida, mas, como ele a havia deixado lá, achei que isso era um aval para que ela pudesse entrar antes.)

N.: — Nessas semanas teve mais briga. Na semana passada queríamos vir na quinta, pois tínhamos brigado bastante, mas perdemos o horário.

L.: — O que aconteceu para que vocês brigassem?

N.: — Ele muda muito o humor. Às vezes está bem carinhoso, outras horas se fecha e eu não sei por quê. Fica bravo, agressivo e não fala. Desde que a gente era amigo, era assim. Não dava para saber como iria encontrá-lo. Antes de ficar comigo, ele ficava com outra menina, que foi a única outra de que ele gostou. Eu acho que posso falar disso porque ele falou na outra terapia. E quando eu o conheci, ele ainda gostava dela. Ela morava com eles, e ele a tratava muito mal, com muita agressividade.

Eu não perguntei como era essa agressividade. Deixei para perguntar depois.

N.: — Mas o relacionamento com essa menina já era complicado. Ela ficava com o menino que morava com ele, depois ficou com ele, e ele achou que então era porque se gostavam, só que depois ela ficou com o outro menino que morava com ele.

L.: — Ela estava bem confusa.

N.: — É, e ele ficou muito bravo, e eu achei que era por causa dessa situação com ela, mas é assim comigo também. E eu sempre fico pensando o que fiz de errado para ele estar bravo e se fechar, mas acho que é uma coisa dele.

R. chega e bate na porta. Não chega fechado como nas primeiras vezes, mas sorridente. Interrompemos o assunto. Depois ainda quero retomá-lo, pois ela disse que foi tema da terapia de constelações, na qual brigaram bastante.

Digo que N. chegou falando que nessas semanas houve mais brigas. Não deu tempo de retomar o resto, pois eles partiram daí.

R.: — É, ela não deixa eu cuidar das meninas.

R.: — Antes, quando a filha mais nova nasceu [F2], ou eu estava cuidando de uma ou de outra. Antes de ela nascer, N. já estava de repouso e eu cuidava de F1 [filha mais velha]. E ela não reclamava. Eu fazia comida, trocava fralda, punha para dormir. Até F2 ter oito meses, ela dormia no meu braço para não ficar com N.. E quando N. amamentava uma, a outra ficava no meu colo. Daí eu servia. Agora que N. já está recuperada, eu não sirvo mais. Não posso fazer mais nada, tudo o que faço está errado. Antes eu que fazia a bolsa delas, agora não posso mais fazer.

N.: — Não é assim, você não entende o que eu falo. Você é um superpai, faz tudo, me ajuda com tudo. Minha mãe fala que nosso problema é que não dividimos as tarefas, nós dois fazemos tudo. R. só não amamentou, o resto sempre fez tudo. Se um ia trocar a fralda, o outro segurava, sempre fizemos tudo juntos. Desde que elas eram nenês que falávamos que só faltava R. amamentar.

R.: — E agora eu só tenho uma noite para colocá-las para dormir, e N. fica reclamando que está tarde, que precisam dormir. Só que eu trabalho o fim de semana inteiro e não tenho tempo para ficar com elas. Antes, eu tinha tempo, agora, não. E se eu trabalhar menos, falta dinheiro, então não é uma escolha.

N.: — Toda noite em que está em casa, ele as coloca para dormir.

R.: — Mas você fica reclamando.

L.: — O que estou vendo disso que vocês estão falando é que os dois querem muito cuidar das meninas, os dois se preocupam com elas, mas está difícil vocês chegarem a um acordo que não magoe tanto vocês dois. Pois os dois fazem muito, muito esforço, e o companheiro não reconhece esse esforço, e ainda cobra, e isso dói muito. Porque vocês fazem isso pelas meninas, mas também um pelo outro.

L.: — Dá para ver que, para N., as meninas dormirem tarde e ficarem cansadas durante a semana é algo que dói. Para R., dói não poder aproveitar com tranquilidade a única noite que tem com elas. Vocês já pensaram em combinar um horário que seja possível para os dois? Assim, R. aproveitaria a companhia das meninas até aquele horário, e N. não ficaria pensando que elas precisam dormir. Desse modo, os dois ficariam mais tranquilos.

Às vezes, quando vejo que a situação está muito difícil, tento intervir de maneira mais ativa, pensando com eles algumas maneiras de cuidar das meninas.

N.: — É, isso seria bom.

R.: — Mas é difícil, pois tudo o que eu faço ela reclama.

R.: — E é difícil, pois as meninas pedem para eu ficar mais um pouco com elas, N. pede para eu colocá-las para dormir. Eu não sei quem atender...

R.: — De manhã também é assim. N. quer que eu faça de um jeito, elas, do outro... Toda manhã é um estresse. Eu só as vejo nesse pequeno horário de manhã, e é esse estresse...

L.: — Como são seus horários, R.?

R.: — Eu trabalho todos os dias, das 12h às 22h, inclusive nos fins de semana.

L.: — E você, N.?

N.: — Todos os dias, mas os horários são mais curtos e flexíveis.

R.: — Meus pais ficam com elas após a creche. Minha mãe agora só trabalha segundas, quartas e sextas, e meu pai saiu do segundo emprego, então trabalha das 7h às 13h. Minha mãe queria inclusive que as meninas não fossem para a creche terças e quintas, mas N. achou melhor que elas fossem. Eles que levam ao

médico quando precisa; F1 faz massagem intracraniana para relaxar, e eles que levam...

L.: — Massagem intracraniana?

N.: — É, eu li que era bom para relaxar e é mesmo. Ajuda.

A massagem intracraniana é mais um dos tratamentos alternativos. A situação como um todo me dá desânimo – vê-los perdidos, levando a menina para fazer massagem. Mas, enfim, acho que mal não faz.

N.: — Antes, às vezes eu levava junto, mas depois decidi não ir mais, pois elas me rejeitam se estão com a avó.

L.: — A mesma coisa que você disse ocorrer com relação a R. Como é essa rejeição que você sente?

N.: — Elas não querem ficar comigo: “Sai, mamãe, sai, não quero você, quero o papai, quero a vovó”.

R.: — Na casa da minha mãe, às vezes elas só querem minha mãe. Se ela está cozinhando, e elas querem ir ao banheiro, minha mãe tem que parar de cozinhar para levá-las.

L.: — E vocês deixam?

N.: — Elas gritam, ficam rejeitando.

L.: — Acho que entendermos o que vocês sentem com essa rejeição pode nos ajudar e ajudar vocês a lidarem de outra forma com isso.

L.: — Contem-me mais. Então elas querem que sua mãe leve, e vocês não dizem que não, pois temem se sentir rejeitados.

N.: — É, e com tudo é assim, por isso prefiro nem ir à casa da minha sogra.

Como é difícil ouvi-los! Vejo como estão perdidos e o quanto isso é ruim para as meninas.

L.: — Por isso também é difícil estar com R. quando elas querem ficar com ele.

L.: — E como vocês lidam com esse pedido delas, como o do banheiro?

R.: — Ah... Com banheiro não dá pra esperar, pra brigar, então peço para minha mãe levar.

L.: — Vocês ficam tão chateados com essa rejeição que parece que vocês ficam se sentindo mais novos que elas...

N.: — Mas, o que poderíamos fazer?

L.: — Vamos pensar sobre o que vocês poderiam fazer, mas imagino como é difícil, toda manhã, além de terem de fazer tudo, vocês ainda fazem o que elas querem... Eu entendo que vocês assumiram o papel de pais de uma maneira para a qual não estavam preparados, e vejo como é difícil se sentirem nessa posição em alguns casos. Mesmo que elas te amem, N., é difícil que você consiga sentir e manter isso com você, e esse é um ponto muito delicado, o de como você se sente rejeitada em relação a elas e a R., o que te deixa tão profundamente magoada e desamparada que você não consegue mais cuidar delas.

N.: — Acho que é isso mesmo. Eu entendo totalmente o que você está falando. Eu conversava sobre isso quando fiz terapia individual.

Não perguntei sobre a terapia individual. Preciso perguntar.

R.: — É porque toda manhã é um estresse. A creche dá 70% das refeições, mas o café da manhã é em casa, e é muito difícil. Se ela vai dar o café, as meninas reclamam; se eu vou dar, ela reclama. Eu não sei quem atender... Eu quero fazer a bolsa delas, ela não deixa...

N.: — Não é que eu não deixo, mas precisa colocar uma peça de cada...

R.: Mas tudo que eu ponho está errado; se eu faço, ela faz de novo...

L.: — Dá pra ver que vocês se apoiam muito um no outro, até demais. Com isso, ficam todos perdidos, cada um sem saber como agradar, esperando um reconhecimento que não vem... R. deixou de ser o rapaz da festa para trabalhar o tempo todo, sustentar toda a família, cuidar das meninas e ainda tentar fazer o que N. quer. N. deixou de ser a revoltada que bebia o tempo todo, cuida das meninas e da casa, tenta organizar a vida de todos e ainda trabalha. Vocês ficam exaustos e insatisfeitos. R. se sente deixado de lado, não reconhecido em seu esforço, e se isola. N. se sente sozinha, rejeitada. Assim, as brigas, as cobranças e o abismo aumentam. Parece-me que tudo isso acontece por vocês não encontrarem apoio dentro de vocês e precisarem demais desse apoio externo. Antes, buscavam apoio

na bebida, na vida de festas e agito, agora buscam um no outro, e acho que é preciso ajudá-los a se fortalecer para não se magoarem tanto um com outro.

Vejo que R. se despedaça com a falta de reconhecimento, e se recolhe para aguentar. N. sente que tem um abismo quando R. se distancia, e briga para aguentar.

N.: — É assim mesmo. Ontem a gente estava bem. Fui trabalhar e aconteceu algo que queria contar pra ele, pra dividir. Estava na Paulista, indo pegar o metrô, e liguei, e ele não quis falar, desligou, e eu senti como se abrisse um buraco na minha frente, queria chorar, não queria mais pegar o metrô nem ir trabalhar...

Ao ouvir isso, penso muito na adicção, na necessidade do outro como apoio, e na impossibilidade de achar esse apoio quando os dois não têm essa possibilidade internamente.

L.: — É muito importante que percebamos isso, pois influi demais na relação de vocês. Agora estamos na hora, mas é algo para continuarmos discutindo. Ficamos de conversar sobre a continuidade do nosso trabalho, mas acho que estamos tratando de assuntos tão fundamentais que seria importante seguirmos.

N.: — Nós conversamos e também achamos isso. Queremos continuar.

Foi uma sessão bem intensa e profunda em que foi possível perceber claramente a questão da dependência um do outro.

Sessão 6

Quando chego, eles já estão na sala de espera. Arrumo a sala e os chamo. Vejo que estão melhor: seguem se sentando perto um do outro e se olhando com cumplicidade.

L.: — Tudo bem?

N.: — Tudo bem. Estamos melhor, mas continuamos com dificuldades. No entanto, deu muito certo o que conversamos sobre F1.

L.: — Como foi?

N.: — De manhã, estávamos no horário de trocá-las e R. estava no banho. Eu ia trocá-las e, então, F1: “quero que o papai me troque, quero que o papai me troque!”, e já ficou nervosa e começou a gritar e a me bater. Então a segurei em meu colo e falei: “calma, filha, calma. Mamãe vai te trocar, mas está tudo bem”. E dei um beijo nela. E, nossa!, ela se acalmou muito. Em geral ela fica gritando, batendo, até R. vir trocá-la.

R.: — Eu vou trocar, pois é o jeito mais rápido de acabar com tudo isso.

N.: — Mas ele vai, e ela me rejeita.

De novo a palavra “rejeição” aparece com um peso muito grande, como um enorme sentimento de abandono.

L.: — A partir do que conversamos aqui, quando você pode sair do lugar de se sentir rejeitada e ver que sua filha é muito pequena e que gosta de você, apesar de testar seus limites, você pode colocar limite nela, acolhendo-a, e não se sentindo numa guerra onde seria um contra o outro. Foi melhor.

N.: — É, quando eu a beijei, ela amoleceu, não ficou tão rígida, brava.

L.: — Essa percepção foi importante, pois parece que vocês não entendiam o que F1 queria dizer, e nesse momento você pode vê-la como uma menina pequena e você é a adulta. Em geral, vocês se sentem pequenos e perdidos também.

N.: — E isso é com tudo. Por exemplo, para colocá-las na cadeirinha do carro é muito difícil.

L.: — Como é?

N.: — Elas sempre querem que R. as coloque e as tire. Nós as levamos para a escola e, às vezes, ele tem que entrar na escola com uma em cada braço e com as mochilas, e então eu nem entro, pois não posso ajudar.

L.: — Você se sente muito rejeitada.

R.: — Eu pego as duas, pois não dá tempo de deixá-las brigando, gritando e chorando.

L.: — N. se sente sem apoio, como se todos a rejeitassem. R., você já experimentou apoiar N. para ela cuidar das meninas?

N.: — Uma vez eu estava dando comida para elas, ele apareceu e elas começaram a me rejeitar, e R. disse “calma, N., respira, calma”. Então eu me acalmei, elas se acalmaram e eu pude dar comida para elas.

N.: — E, outro dia, depois disso, eu estava nervosa com elas e F2 falou: “calma mamãe, repila, repila”...

L.: — Acho que o apoio de R. é muito importante para você. Se sente que ele te apoia, você fica fortalecida para cuidar delas. Digo isso porque me lembro de que você contou que outro dia estava na Paulista e queria que R. te ajudasse a decidir algo, e ele não podia falar, não deu a atenção que você sentia que precisava, e você se sentiu sem chão. Acho que precisamos trabalhar para fortalecer vocês dois para não se sentirem tão frágeis assim, dependendo tão intensamente das respostas do outro. Mas estamos vendo que o apoio de R. é muito importante para N.

R. sorri. Sinto que gostou de se sentir importante.

N.: — E isso sempre é assim. Também na hora de buscar as meninas, é meu sogro que busca, pois eu não dirijo, então ele me busca e vamos pegá-las. Antes entrávamos juntos, agora eu nem entro porque elas não querem vir comigo. Fico me sentindo inútil.

L.: — É, esse sentimento de rejeição te acompanha. Elas percebem que podem mandar e vão tomando conta. E você vai se recolhendo, se sentindo uma menininha... Mas você contou que experimentou algo diferente, e isso pode ser importante para outro tipo de experiência com elas.

N.: — É, acho que sim.

R.: — É, eu acho também.

Sessão 7 – Primeira sessão após as férias

Não vieram nem telefonaram.

Mandei um *e-mail* lembrando-os da sessão, e N. respondeu:

Olá N. e R., tudo bem?

Tínhamos marcado nosso retorno à terapia hoje, dia X, às 10h. Aguardei vocês e, como não vieram nem ligaram, queria saber se está tudo bem com vocês e com as meninas.

Abraço, Lygia

Olá Lygia, feliz ano novo para você, desculpe a falta na semana passada! Quanto a amanhã, não conseguimos ninguém para ficar com as crianças; ainda estava tentando, por isso não tinha desmarcado, mas, como ficou muito em cima e eu não consegui certeza da minha irmã (que talvez ficaria com elas), é melhor desmarcar mesmo. Desculpe mais uma vez e poderemos deixar marcada a da semana que vem, pois a escola já estará em funcionamento.

Obrigada! N.

Olá N. e R.! Então deixamos marcado para o dia X da próxima semana, às 10h!

Até lá! Lygia

Nossa comunicação externa aconteceu, desde o início, por *e-mail*, pois eles não costumam atender ao telefone. No início, mandei *e-mail* para os dois, até agendar a primeira sessão; depois, como só N. respondia, comecei a trocar *e-mails* com ela. Isso ocorreu até que, em uma sessão, R. reclamou disso. A partir de então, envio todos os *e-mails* com cópia para os dois.

Percebo novamente que é difícil tolerar qualquer interrupção. Tínhamos um intervalo para as férias, mas voltar é difícil: eles se desorganizam, se perdem, e o vínculo fica confuso.

Sessão 8

Eles chegam no horário, e entramos. Logo, vejo que não estão tão mal quanto no início, mas também não estão tão bem, pois se sentam próximos mas não estão carinhosos um com o outro. N. pergunta se R. quer começar; ele está amuado, diz que não, que não tem o que falar. Ela começa:

N.: — Nas férias, tínhamos planejado não brigar no Ano Novo, pois sempre passamos o réveillon brigados. Fomos para Peruíbe, como sempre vamos; R. iria passar uma semana conosco, e depois eu ficaria mais uma semana com as meninas. Estávamos conseguindo não brigar muito, ou melhor, não dormir brigados; a gente brigava por coisas de rotina, mas estávamos conversando, então estava melhor.

Mas, no último dia, foi chato, pois tivemos uma briga muito feia. (Ela quase chora ao contar.) Mesmo assim, estamos decididos a nos manter juntos, e antes estávamos oscilando nisso.

R.: (Também quase chorando.) Não foi isso que você falou na briga.

Ele está calado, sem vontade de falar. Dá para notar o que N. quer dizer quando fala de ele se fechar.

N.: — Mas eu já falei que retiro o que disse. Na hora, acontece aquilo que você falou [para mim], eu fico desesperada e falo coisas que não devia. Mas já pedi desculpas [para ele], já falei que quero resolver, quero que fiquemos bem. Eu também perguntei a você se queria resolver, e você disse que sim. Eu faço esforço para pensar que não é contra mim quando ele fica calado, distante, mas sei que é porque eu fiz algo de que ele não gostou. Então já fico desesperada e quero conversar e acabamos brigando. Eu não sei como agir. Se pelo menos você me falasse: “espera, depois conversamos”... Mas é silêncio, silêncio. (Ela fala com muita tristeza, segurando o choro.)

R.: — É porque ela quer mandar e parece que o que eu faço está errado. (R. fala de maneira bem ressentida.)

Digo que há um desencontro. Que ambos sentem que não estão sendo atendidos, que não estão sendo escutados ou olhados e ficam extremamente magoados. Mas, como falei na outra sessão, ao contrário do que parece para eles, o que há não é indiferença (no caso de R.) ou não

reconhecimento (no caso de N.), mas excesso de expectativa de um para com o outro.

Retomo o que eles contaram: que antes a vida era só bebida e festa e que essa era a maneira de lidarem com seu vazio, com sua angústia. Como contaram, a união e a gravidez foram uma espécie de redenção, como N. disse. Ou, como R. falou, ele deixou de ser um caso perdido para cuidar de sua família, ser um trabalhador. Os dois acabaram até largando o excesso de bebida e algumas drogas. Minha impressão é a de que acabam cobrando um do outro que preencham o vazio que antes era preenchido pela agitação das festas, das bebidas e das drogas. Agora, a agitação eram as brigas.

Comento que essa necessidade de atenção aparece mais claramente em N., não porque ela não reconheça o que R. faz, mas porque suas demandas internas são grandes.

N. chora, diz que sente mesmo um vazio muito grande, que não consegue ser feliz. Diz que tem percebido que precisará de uma terapia individual, pois sofre muito. Se R. não fala com ela, é como se um buraco gigante se abrisse em sua frente. Antes, realmente usava a bebida e as drogas para amortecer isso, mas é algo que não a deixa feliz.

Ela chora ainda mais.

L.: — R., o que você acha do que N. está contando?

Pergunto porque ele está calado, não participante. Ele não fala muito.

N.: — Eu queria que ele me ajudasse, que me entendesse melhor isso, que não ficasse bravo. Se eu reclamasse da sujeira, queria que ele me acalmasse, falasse “tudo bem, nós vamos limpar, calma”. Que me abraçasse... Na outra casa em que a gente morava era tudo sujo, e, se eu reclamava, ele ia embora, saía do quarto sem falar nada. Ficava bravo e ia embora. Então acho que ele não me ajuda.

L.: — Eu acho que vocês encontraram algo muito importante um no outro. Acho que vocês caminharam muito desde que se conheceram. Dois casos que eram sentidos como perdidos passaram a ter uma casa limpa [eu me refiro à limpeza porque isso é algo que N. menciona bastante] e bem-cuidada, duas filhas, um casamento que está durando, vocês dois trabalham, sustentam suas filhas, acharam um lugar legal para

elas estudarem, largaram o excesso de bebidas, vieram buscar ajuda para aquilo com que não têm conseguido lidar... Acho que isso deve ser levado em conta.

N.: — É verdade.

L.: — Mas também entendo, N., que você está contando que o vazio permanece. Só que R. não pode tirar esse vazio de você, e isso deixa você muito mal. R. se sente muito pouco valorizado, pois percebe que tenta suprir suas demandas e você nunca está satisfeita. Sente que decidiu bancar a primeira e a segunda gravidez, largou a faculdade para trabalhar, que ajuda muito com as meninas, que te ajudou a ter a casa que você queria, sempre com muito esforço, abrindo mão de estar mais com as meninas e com você, e é como se ele fizesse isso para você, para que você reconhecesse e, quando você não reconhece, ele fica muito ferido. Não sei se é assim. R., o que você acha?

R. agora está um pouco mais presente.

Noto que R. precisa muito ser visto, valorizado. Ele se esforça muito para isso e, quando N. não vê, ele fica muito sentido, calado. Se ela insiste em chamar a atenção dele, ele fica bravo.

R.: — Acho que sim. Sinto que o que faço nunca é suficiente.

N.: — É, eu sinto que ele não me ajuda, mas não sei se é algo que, como conversamos, ele não pode dar.

L.: — Parece-me que R. faz as coisas esperando muito o seu reconhecimento, e você espera muito o acolhimento dele. A expectativa dos dois é tão grande que vocês nunca se satisfazem. Assim, os dois ficam muito frustrados e brigam.

L.: — Acho que também precisamos trabalhar um pouco aqui o que são esse vazio, esses medos e as expectativas de um e de outro, para que não fique nada misturado. Isso me lembra ainda o que vocês contaram de F1, que acabava de mamar e já queria de novo e de novo. É como se vocês estivessem sempre precisando de alimento.

N.: — É verdade. É assim mesmo que me sinto. E, mesmo sobre a limpeza, eu preciso muito manter as coisas limpas e arrumadas porque tenho uma bagunça interna. Antes, eu era considerada porquinha, quando morava com minha mãe, e depois que fiquei grávida queria manter tudo limpo. Isso agora está melhor, pois

temos uma pessoa que limpa. Mas eu sempre limpo. Se tiver farelo no chão, eu vou limpar. E R. não fica lá tranquilo com o farelo.

L.: — Às vezes parece que é difícil ver que um é diferente do outro. E até que um é homem e outra, mulher, o que já traz diferenças...

N.: — Eu li um livro, *Os homens são de Marte e as mulheres de Vênus*, e ficava pensando no jeito de R. No livro, era dito que os homens precisam às vezes ficar quietos ou ver televisão, jogo, não pensar em nada. Diferentemente das mulheres, que geralmente querem conversar. Então eu penso se não deveria deixar R. sozinho às vezes, esperar a brabeza passar...

L.: — O que você acha, R.?

R.: — Eu acho que sim, e vejo essa diferença em relação às meninas e aos primos.

N.: — Elas são muito maternais e cuidam das bonecas, dos bichinhos...

R.: — Mas elas te veem sempre cuidando ou de uma ou de outra...

N.: — É... Eles não, eles gostam de luta.

L.: — Eles?

N.: — Minha irmã tem um menino.

R.: — E a prima dela também.

N.: — As meninas também gostam muito de brincar com vassoura, limpar, pois me veem limpando. Na escola, até falaram algo sobre isso, mas não como coisa de machismo. Se eu tivesse um menino, também iria ensinar.

N. comenta que R. está em desvantagem porque são mais mulheres.

Chamou-me a atenção ela falar que R. está em desvantagem. Imaginei-a tentando ter um menino, o que me aflige por eles não darem conta de cuidar nem de si mesmos ainda.

Terminamos a sessão, pois estávamos no horário, e marcamos a mesma hora na semana seguinte.

Sessão 9

Quando cheguei, os dois ainda não haviam chegado. Logo depois, N. entrou na sala dizendo que R. já viria. Esperamos, e ele não chega. Pergunto o que aconteceu para ela chegar antes, e ela diz que veio andando na frente. Ela não sabe se ele está na sala de espera e vai checar. Volta dizendo que ele está vindo, que estava vindo lá de fora. Esperamos mais um pouco e nada de R. chegar. Peço a N. para chamá-lo, e ela volta dizendo que não o encontrou. Fico na dúvida, sem saber direito o que fazer, mas começamos a conversar, ainda achando que R. chegaria.

Ela conta que estava tudo bem e que passaram esses dias mais tranquilos. Na noite anterior, tinham ficado carinhosos um com o outro, que falaram o quanto se amavam, o quanto eram felizes de estar juntos etc.

Porém, de manhã já brigaram feio. Acordaram mais tarde naquele dia. Sempre perdem a hora, e isso é um problema. Ela deveria acordar antes de todos, ficar pronta e então trocar as meninas, mas não consegue. Então acordam atrasados, ela troca as meninas, faz café e é a última a se arrumar, o que faz parecer que a atrasada é sempre ela. E olha que ela nem é daquelas que ficam se arrumando. Só que, se precisa tomar banho e lavar o cabelo, já parece exagero. Mas ela não consegue ir trabalhar de cabelo sujo.

Enfim, acordam atrasados, começa a pressa da manhã, eles se estressam, brigam, e ele, sem falar nada e sem responder a nenhuma pergunta, sai sozinho com o carro.

Então ela arruma tudo, sendo que, se soubesse que iria arrumar tudo sozinha, teria de ter acordado mais cedo. Ela não dirige e não sabe como seguir, se desiste de levá-las à escola, se pega um táxi... Ela quer só chorar... Mas continua, arruma as duas filhas, dá café da manhã a elas e, na hora de sair, já com atraso e decidida a pegar um táxi, ele começa a ligar. Ela ouve o recado pela secretária eletrônica: ele está indo buscá-las.

Eles deixam as meninas na escola e vêm para a terapia assim, sem se falar, e se perdem no caminho para a sala.

“É isso o que ele faz”, diz ela, “ele não fala nada, não dá para saber o que está acontecendo, o que ele está pensando; ele simplesmente sai, vai embora”.

Na escola, o mal-estar se agravou, pois ele leva as duas no colo mais as duas mochilas. Ela fala que não precisa, que as duas meninas sabem andar, pois a maior já tem quatro anos. Mas ele continua com as duas. F2 se solta dele e vai brincar. Com F1 é pior, pois mesmo que ela vá brincar, ele vai atrás dela e se despede de novo. Pega ela novamente no colo, ela vai embora, e ele a pega de novo. Eles já chegam atrasados, não tem mais nenhum pai na escola e ele ainda está lá. Demora 20 minutos para se despedir. Nenhum pai faz isso. Ela fica envergonhada, mas, se fala algo, ele fica bravo e a trata mal ali mesmo, na frente das professoras. Ninguém nunca os chamou para falar sobre isso, mas ela não acha certo. Essa demora não é boa para a filha.

Como eles tinham horário para a terapia, ela o chama, pega na mão dele para irem, mas ele tira a mão, se afasta, não responde e vai atrás da filha. Sempre faz isso. Trata ela mal e vai atrás da filha. Principalmente com a mais velha, mas às vezes também com a mais nova. Ele não põe nenhum limite. Os pais dele também são assim, até piores. Outro dia, a mãe dele estava machucada e as meninas pediram para colo, e ela, mesmo machucada, deixou.

Ela diz que antes era pior, que ficava mais destruída. Agora, já conseguiu se controlar, seguir em frente. Mas ainda se sente muito mal e luta para não ficar destruída.

Ela só quer falar dele. Eu tento mudar o foco para ela, mas ela voltava para ele. Fico preocupada com a ausência dele. Não queria que virasse só um desabafo sobre ele. Sei que eles ficam muito misturados, e é difícil saber o que é de um, o que é de outro, mas fico aflita de ela querer, na ausência dele, destruí-lo e isso afastá-lo de lá. Ela continua dizendo que ele não coloca nenhum limite para as meninas.

Enfim, começamos a falar dela, da família dela, e vemos que existe um padrão que se repete. O pai dela fazia tudo por ela, e era a mãe que tentava colocar limites.

N.: — Quem cuidava de mim era meu pai. Eu era grudada nele, e ele fazia tudo que eu queria. Até os oito anos, meu pai fazia mingau para mim toda manhã. Ele acordava mais cedo e fazia. Até por volta dessa idade, eu usava mamadeira e chupeta. Eu não queria parar e meus pais não insistiam. Até que minha mãe tirou. Minha mãe falava para meu pai parar de fazer mingau, mas ele não queria parar. Como ela não fazia, deixava que ele se ocupasse de mim. Eu era a companheira dele, passeava com ele, estávamos muito juntos.

Pergunto como era a questão da bebida para o pai, se ele já bebia na época.

N.: — Sim, ele sempre bebeu, mas isso não atrapalhava que ele trabalhasse e cuidasse de mim. Ele nunca bebeu em casa, nem ficou em bar. Ele passava nos bares, bebia e ia embora. Ele tem muita resistência à bebida, então não ficava bêbado. Agora, está mais velho, menos resistente, então fica pior. Mas ele e minha mãe continuam trabalhando.

Pergunto no que eles trabalham.

N.: — Meu pai trabalha com produção e minha mãe é atriz.

N.: — Na adolescência, comecei a sair muito, fui me separando dele, e descobri uma coisa horrível, que depois descobri também em R.

Ela demora um pouco para contar, como se tivesse descoberto algo realmente horrível.

N.: — Achei revistas pornográficas nas coisas do meu pai!

Ela toma isso como uma afronta.

L.: — Você parece muito impactada e magoada com isso.

N.: — Sim, como ele pode ver as mulheres assim, como pedaços de carne?

L.: — Pedaços de carne?

N.: — É, se ele vê as mulheres assim, também deve ver as filhas assim, minha mãe... As mulheres lutam por igualdade, não podem ser vistas dessa maneira. Eu não aceito isso. E R. também gosta de pornografia. Eu acho que ele é viciado em pornografia na internet. Agora acho que não, porque não aceito, mas quando eu o conheci, ele era. Eu não aceito, não quero ficar com alguém que goste de pornografia, alguém que veja as mulheres desse jeito.

L.: — Parece que você sente que um homem que gosta de pornografia vê as mulheres como pedaços de carne, o que seria uma desvalorização. Consequentemente, sente que seu pai e R. a desvalorizam.

N.: — Com um homem assim, preciso ficar preocupada se ele só olha peito, bunda. Com R., fico preocupada se ele só fica olhando as mulheres assim.

L.: — Como é com relação a ciúme?

N.: — Eu sinto muito, muito. Agora só não sinto tanto porque me distanciei de R. Com essa distância, fica melhor. Se ficarmos próximos, vem essa enorme preocupação novamente.

L.: — E com seu pai?

N.: — Eu fiquei muito tempo afastada, muito chateada e decepcionada. Agora está tudo bem, mas não há mais aquela proximidade. Acho que as mulheres pensam que os maridos gostam delas, mas tenho pena, porque sei que os homens veem pornografia e que as mulheres ficam iludidas. Não existe um relacionamento verdadeiro. Eu só não namoro mulheres porque não sinto atração, mas não confio nos homens.

Comento que, na sessão passada, falávamos do desejo de anular as diferenças entre homens e mulheres, e como isso aparecia com mais clareza aqui. Que ela só poderia confiar em um homem que fosse como ela, ou que fosse devotado só a ela, como o pai parecia ser. Ao descobrir que o pai tinha o desejo de ver outra mulher, ele perdeu suas qualidades e a possibilidade de gostar dela. “Se ele vê mulher pelada, então não gosta de mim”. Ela afirma ainda que queria ser homem. Na época de festas, bebidas e drogas, ela bebia tanto quanto os homens, e todos gostavam dela por isso. Ela não tinha nenhuma “frescura” de mulher, não se arrumava, tomava todas, usava

todo tipo de droga, dormia em qualquer lugar e era companheira dos rapazes.

Eu lhe digo que, como foi companheira do seu pai, ela era companheira dos rapazes.

Ela confirma. Quando começou a se afastar de casa já tinha sido assim, ia para os bares, ficava dias sem aparecer e sem tomar banho. Usava tanta droga que nem percebia quantos dias havia passado, estava fora do ar. Só voltou quando engravidou. Então se aproximou da família, da mãe e das irmãs. Com o pai, nunca mais foi igual. (Pensei em uma busca por uma identidade feminina, mas ainda não abordei isso porque não havia mais tempo.)

Estávamos na hora. R. realmente não tinha aparecido. Ela disse que ele sempre fazia isso, sumia sem falar nada, Ela comenta ainda que havia entrado se sentindo muito mal, mas já se sentia um pouco melhor.

Foi bom ter ouvido mais sobre a vida de N. e sobre sua infância, mas me preocupa como será para R. saber que ela veio à sessão sozinha. Sei que foi ele quem não apareceu, mas ele é muito frágil, não consegue controlar as raivas que sente de N. e se fecha.

Sessão 10

Não vieram e não avisaram que não viriam.

Sessão 11

N. me ligou para avisar que não poderiam ir por causa do horário de trabalho, mas que viriam semana que vem.

No fim de semana, ela me escreveu dizendo que não poderiam vir de novo, pois teriam de trabalhar. Respondi que telefonaria, pois era melhor do que ficarmos conversando por *e-mail*.

Olá N. e R.! Hoje esperei vocês, não sei se houve algum desencontro... De qualquer modo na quinta, dia X, espero vocês.

Lygia

Então N. me ligou e deixou um recado pedindo desculpas por não terem conseguido ir. Tentei ligar, mas, como não consegui, mandei o seguinte *e-mail*:

Olá N.e R.! Aguardo vocês semana que vem, então! Lygia

Olá, Lygia, desculpe, mas na semana que vem não terá como nós irmos novamente, tanto eu quanto o R. Vamos trabalhar esta manhã. Talvez teremos que pensar em algum outro horário, pois meu horário no trabalho mudará, ainda vou ver as possibilidades lá e falo com você novamente. Obrigada, N.

Olá N. e R.! Vi o *e-mail* de vocês, vou ver se consigo telefonar para marcarmos um horário. Fiquei preocupada, pois como vocês tinham brigado na última sessão, não queria que ficássemos tanto tempo sem conversar. Digam-me que horário seria possível. Eu não tenho tantos horários de manhã, mas vamos tentar.

Lygia

Telefonei, falei com N. e com R. Eles disseram que estavam confusos com os horários, pois N. agora teria de trabalhar pela manhã. Continuamos nos falando por telefone e *e-mail*, mas eles só vieram à sessão quase três meses depois.

A seguir, o último *e-mail*, três semanas antes de eles virem:

Olá, N. e R.! Não sei o que se passou, pois ficou difícil de vocês virem. Melhor falarmos ao vivo, não? Não é bom terminar a terapia assim, sem fechamento, então vamos marcar o nosso? Quando vocês podem?

Lygia

Oi, Lygia, peço desculpas por esse sumiço, apesar de você ter entrado em contato tantas vezes... Realmente está mais do que claro que estamos com sérios problemas de comunicação e organização entre nós dois (eu e R.), realmente inviabilizando qualquer trabalho; pedimos desculpas, pois não termos nenhuma intenção de ser desrespeitosos com o seu trabalho, que é muito sério, pelo contrário, queremos agradecer muito por manter contato com a gente apesar de não fazermos jus... Sei que se não fosse sua insistência desde o início não teríamos caminhado até onde caminhamos...

Depois de muita confusão e incerteza, a perspectiva de horários que temos é para quinta-feira, dia 3 de maio, às 10h. Sei que está longe ainda, mas em abril não vai dar. Tudo bem pra você marcar ainda que seja essa data longínqua? Gostaríamos muito de ir.

Mais uma vez desculpas e aguardamos sua resposta. Obrigada, N.

Olá, N. e R., vamos deixar para essa data, então! Já vou marcar na agenda!

Até lá!

Lygia

Sessão 12

Chegaram de novo afastados.

R. pede desculpas por não terem vindo antes e agradece minha disponibilidade em atendê-los.

Chama-me a atenção o fato de ele ter tomado a iniciativa de falar isso, mas não comento o fato, apenas pergunto o que houve durante esse tempo.

N. diz que ficaram atrapalhados: primeiro, por seu horário de trabalho ter mudado, depois, porque foram se afastando. Estava muito difícil conversarem, não conseguiam combinar nada.

Ela diz ainda que R. estava agressivo, e eles brigavam na frente das meninas. Então, quanto menos se falassem, melhor.

N. conta que continuaram o trabalho de constelações por um tempo, mas estava impossível conviverem na sessão; às vezes ela ia sozinha, mas, quando iam os dois, havia muita briga. Uma vez, ela ficou o tempo todo chorando no banheiro. Assim, decidiram parar e começar uma terapia individual, mas não o fizeram.

Queriam também vir aqui para pensar como fazer, como seguir, então ela conseguiu conversar no trabalho dela.

Agora, eles estão um pouco melhor; estão distantes, mas não agressivos.

Afirmo que há várias coisas na fala dela para comentar, mas queria começar dizendo que insisti em vê-los porque estava preocupada. Na última sessão, R. não veio e eu não sabia como ele tinha se sentido.

Ele diz que isso não tem problema; na outra terapia, N. foi algumas vezes sozinha e ele também já foi sozinho.

Retomo avisando que não havíamos combinado nada quanto a isso, e que queria combinar como fazer caso aconteça novamente. Eles dizem que não tem problema atender quem vier.

Achei que essa não era a questão e decidi observar como ia seguir a sessão.

O principal tema de hoje foi o excesso de brigas, a falta de diálogo e o descontrole na frente das meninas. N. diz que tem medo de R., que ele se cala e não conversam ou que ele se desespera, fica bravo e não sabe a força que tem quando a empurra, puxa e arrasta.

As meninas, que estavam mais calmas no ano passado, voltaram a se agitar.

Foi uma sessão muito difícil. Tive uma sensação de impotência e senti o que N. sente quando R. não quer falar nada e fica arisco, tenso, parecendo que vai explodir. A cada vez que N. relatava as dificuldades entre eles, ele ia ficando mais tenso, e só dizia que não via sentido em falar. Se eu perguntava o porquê, ele dizia, de novo lacônico, “porque não vejo”.

Eu ia sentindo que, se eu não trabalhasse aquelas sensações, aquele espaço também iria ficar insustentável.

E eu percebia que quanto mais N. falava das dificuldades dele, mais ele se crispava.

Disse então que percebia que falar daquelas dificuldades era algo muito dolorido para R. Contei ainda que achava que ele era muito exigente consigo, trabalhava muito, queria satisfazer N. e as filhas e, quando as coisas não eram vistas assim, só apareciam reclamações e dificuldades; assim, ele se sentia violentado e se fechava ou reagia com violência.

Ele chorou bastante, o que achei que o aliviou e tirou um pouco da rigidez e tensão.

Encerramos e combinamos de nos encontrar na semana seguinte.

Sessão 13

Chegaram em um clima bem tenso. N. pergunta se R. quer falar, e ele diz que não, que não vê sentido em falar. N. diz que fica cansada, que pesa ela ser sempre a que fala e ele não falar nada.

Ela diz que continuam como na semana passada. Ele está menos agressivo, mas estão sem se falar. Assim, ele não grita. Ela continua dizendo que desde o ano passado não tem violência física. Mas, naquela semana, pela manhã, tiveram uma briga feia. Eles já tinham trocado as meninas e ele estava colocando-as no carro. Ele voltou, ela não entendeu direito o motivo, e ele disse que queria pegar um sapato. Era um *crocks* para F1. Ela entendeu que era um sapato qualquer para F2 e pegou um tênis. Ele ficou furioso, e a gritaria começou na frente delas. Ela não ia para a USP, nem deveriam ter ido à creche juntos, mas já estavam atrasados. “Sempre estamos atrasados”, diz ela, e não queria que as meninas reclamassem de ela não ir e demorasse mais. Então foi, mas se arrependeu, pois foi briga o caminho inteiro e na frente da creche. Ela acha que não havia ninguém por perto, mas, se tivesse, iria ouvir os gritos.

Enquanto ela fala, ele fica retesado. Há um clima de tensão, e penso que, assim, eles não vão aguentar. Também fico sem saber como lidar com aquele clima, pois fico preocupada em como cuidar disso para que seja possível conversarmos. Não queria que a interrupção da sessão se desse pela impossibilidade de se manterem ali. Mas estava difícil. R. não dava nenhuma abertura. Só N. e eu falávamos. R. estava mudo e muito tenso. Era uma ausência-presença bem difícil de lidar. Dá para entender como N. se sente.

Ela continua afirmando que são só brigas. No ano passado, houve momentos de carinho, neste ano, não.

Penso ainda que a tensão afetiva e sexual se transforma em violência, pois eles dormem na mesma cama e não há carinho ou sexo.

Ela pergunta se ele quer falar, dar a versão dele. Ele continua bravo e diz que já falou que não vê sentido em falar.

Penso também sobre o quanto o uso de drogas influencia a relação entre eles. Digo aos dois que estou sentindo que o clima está muito tenso e que eu estava pensando no quanto o uso de drogas poderia influenciar aquele clima. Em seguida, pergunto como está o uso.

Ela responde que eles continuam fumando todos os dias. Ela queria parar e até conseguiu no ano passado por um tempo, mas voltou este ano.

Pergunto se o fato de eles estarem melhor no fim do ano passado a ajudou nisso. Ela diz que sim, mas que este ano voltou tudo. Fumam três vezes por dia. Ela conta que, antes, beber e fumar era algo que eles faziam juntos. Agora, nem isso mais eles fazem juntos. Antes, quando F1 nasceu, R. chegava do trabalho trazendo cerveja e, quando F1 dormia, eles bebiam. Era a “hora do recreio”. Achavam que a cerveja aumentava o leite: “o mito da Malzebier”, diz ele. Depois, souberam que não era bom e, na segunda gravidez, pararam.

R. relata que começou a fumar cigarros com 7 anos de idade e fumou até a adolescência. Começou a beber com 12 anos e parou aos 17 devido à cirrose. Voltou a beber um ano depois. Hoje, bebe socialmente. A diminuição da bebida aconteceu na primeira gravidez, quando passaram a beber “só” seis latas de cerveja diariamente, hábito que suspenderam após a segunda gravidez.

N.: Mesmo durante a gravidez e a amamentação, bebíamos muito. Nós diminuimos na época, mas o que é pouco pra gente nem sempre é pouco para os outros, e não sei se isso contribuiu para as dificuldades de nossa filha. Durante a gravidez e a amamentação da segunda filha, já havíamos parado. Quando afirmo que diminuí, uma quantidade que era pouca para mim, digo que eram seis latas de cerveja por dia.

Ela já havia dito isso antes, mas repete a informação.

R. enfim se solta e começa a falar. N., no entanto, o interrompe, fica ansiosa e quer falar também. Com isso, ele se cala. De qualquer modo, o clima da sessão melhora, e ele continua a interagir.

R. diz que aumentou o uso da maconha na época da cirrose, pois não podia beber. Até hoje, ele fuma de manhã, na hora do almoço e à noite.

N. acrescenta que ele não consegue ficar sem a droga. Se não tiver maconha acessível no trabalho, ele vem para casa para usar.

Ele não vê problemas no uso. Como já parou de beber quando teve cirrose, acha que para com a maconha quando quiser. Diz que, no trabalho, usa com os colegas, para dar um gás, e que não atrapalha nada, até ajuda. Quando os colegas não podem, ele vai para casa fumar, pois o trabalho é perto.

N. diz que começou a fumar maconha aos 12 anos. Na época, bebia e fumava muitos cigarros, no mínimo um maço por dia. Por isso, não fumava tanta maconha. No dia seguinte em que soube que estava grávida de F1, ela parou com o cigarro e então aumentou o uso de maconha. Daí em diante, não parou mais. No início, quando as meninas dormiam ou iam um pouco lá fora, o ato de fumar era um momento de os dois estarem juntos. Hoje, cada um fuma sozinho.

Ela gostaria de parar, mas não consegue. Ele não vê motivo para parar e acha que conseguirá se quiser.

Ele é difícil. Na sessão, sinto o movimento dos dois: ele não vê sentido em falar, não vê sentido em parar e fica distante; ela quer parar e quer falar. Ela é a demandante, ele é o indiferente. Porém, ele é muito sensível e tudo tem que ser falado com muita delicadeza, pois acho que só o fato de eles terem aquele espaço conjunto, sem julgamentos, já os ajuda. É possível ver a dinâmica deles na sessão: N. quer que ele fale, mas, se ele fala, ela o interrompe. É difícil ter espaço para os dois.

Marcamos para a semana seguinte, no mesmo horário.

Sessão 14

A sessão foi novamente muito difícil e muito tensa.

Eles chegam e N. pergunta se R. quer falar. Ele, com indiferença, diz que não. Por mais que ele pareça indiferente, dá para ver como é frágil e como está magoado. Ela então suspira, cansada, parecendo dizer que não quer começar.

Quando a situação fica muito insustentável, ele intervém, dizendo que o começo da sessão é sempre difícil.

N. então começa a falar. A semana foi muito difícil de novo e estão sem se falar. Na segunda feira, iam levar F2 ao pediatra (segunda é a folga dele e ela não foi ao trabalho). Chegam lá atrasados. Estava chovendo, e por isso R. tinha de deixar N. e F2 na porta. Ela não estava preparada para isso e tinha que estar com tudo pronto para descer: mochila, guarda-chuva, livro do convênio etc., mas não estava. Ele sabe o quanto ela é atrapalhada.

Ela conta que R. já a ajudou muito no fato de ela ser atrapalhada. Quando ficaram juntos, ela não tinha nem carteira de identidade, e ele a ajudou a se organizar em muitas coisas. Ele sabe que ela depende dele para isso. Eu achei interessante essa fala, pois N. é capaz de dizer que R. a ajuda. O que aparecem nas sessões em geral é o que falta.

Ela segue dizendo, porém, que ele ficou muito bravo e gritou. A voz dele é muito grossa, ele é muito forte, e ela tem muito medo. Fiquei pensando que essa era a imagem que ela tinha dele, por mais que ele parecesse um menino frágil.

Ele seguiu ali gritando para ela descer logo. Ela, desesperada, vai pegar a filha e pega a filha errada. Dá-se conta de que pegou F1 em vez de F2, faz a troca, pede desculpas para a filha, diz que está nervosa, pega F2 e se lembra de que R. não sabe onde é o consultório. Ela tem de deixar o livro do convênio com ele. Ele está furioso, ela, apavorada. Foi horrível.

Ela diz que não tinha nenhum carro atrás, ninguém buzinando: a pressão era a dele.

Continuam relatando o ocorrido, e vejo que R. está extremamente tenso. Penso que, assim como não aguentaram a terapia das constelações, não iriam aguentar aquela, pois percebo que, quanto mais ela fala dele, mais ele se afasta e se sente pior.

Aponto esse fato a eles. R. se acalma um pouco. Ele continua tenso, mas não a ponto de explodir (como é a impressão que ele dá).

N. continua dizendo que a situação está realmente muito ruim, que não sabe por que ainda ficam juntos. Ela fica se perguntando por que não se separam se não se falam e não há mais carinho.

Ela diz que o ama muito, que nunca olhou para outro homem e que só gosta dele, mas não sabe se ele gosta dela. Ela se sente culpada por pensar em se separar, pois ele diz que faz tudo por ela, como se ele trabalhasse pra ela, pra ela ter casa. Mas a casa é dele, é das filhas dele.

Ela segue falando um pouco para si mesma, afirmando que não pode carregar isso, que ele faz o que faz porque quer.

Sessão 15

A sessão foi bem pesada e triste. Foi uma sessão diferente, em que a imensa tristeza de R. pôde aparecer.

R. começou dizendo que conversaram mais durante a semana, que foi uma semana diferente, e que cada um pôde falar mais sobre como se sentia.

N. começa a falar em seguida e diz: “vamos contar por que conversamos mais”.

Ela conta que, na sexta, quando R. chegou, ela pediu que ele ficasse com as meninas para ela ir a uma festa. Eles dificilmente saem ou vão a festas, mas, dessa vez, ela quis ir. Disse a ele que ficaria lá só por uma hora, mas, como sempre, ela bebeu demais e voltou pela manhã. Ela disse que chegou em casa e contou a R. que havia ficado com um menino. Tinha só dado um beijo porque bebeu demais, mas que não tinha sido nada importante.

Ele chora e então começa a desabafar. O tempo da sessão infelizmente foi curto para tudo o que ele falou. Contou que foi horrível. N. não tem celular, falou que voltaria em uma hora, mas não fez nenhum contato. Ela sumiu e ele não tinha nenhuma ideia do que estava acontecendo. As filhas sempre acordam à noite e chamam pela mãe. A filha pediu para procurá-la pela casa e ele foi com ela procurar N. pela casa. O desamparo das filhas, dele e de N era imenso! Todos perdidos procurando algo pela casa ou na festa. Quando N. chega de manhã, conta que ficou com outro e, diante disso, eles realmente não têm mais nada entre eles. No entanto, ele não pode nem se separar, pois, se tivesse que pagar todos os direitos a ela, não iria sobrar dinheiro nem para ele comer. Ele chora. “Eu só quero ficar com minhas filhas”, diz. Está muito ferido.

Aponto isso, e N. chora também.

N. diz que o pior é que ela estava se apaixonando por um menino e que ficou se correspondendo com ele. Quando ela decidiu terminar, viu que só queria guardar as mensagens. Porém, acabou deixando as mensagens à

vista, de modo que R. viu tudo. (Do mesmo modo como ocorreu com as conversas sobre separação com as irmãs. Ele conta que ocorreu o mesmo com conversas com o ex-namorado.) Isso tudo depois de, na sessão passada, ela dizer que nunca havia olhado para outro. Eram palavras vazias.

R. chora e diz que queria terminar com o menino, mas as conversas não eram assim, eram sempre “eu te amo” para cá, “eu te amo” para lá. Até marcaram um encontro bem no dia em que N. pediu para a mãe dele ir buscar as meninas na escola. Ele se sente muito mal com isso.

Ele continua dizendo que, no ano passado, ela fez a mesma coisa: ficou conversando com o ex-namorado, marcou de viajar com ele, deixou as meninas com a mãe, falou que ia para uma viagem espiritual e, depois, deixou os *e-mails* abertos com todas as mensagens, comentando como haviam enganado ele e que ele não havia desconfiado de nada...

Depois, ela diz que era mesmo uma viagem espiritual e que não aconteceu nada entre ela e o ex-namorado. N. e R. então conversaram e decidiram tentar ficar juntos. Pela primeira vez, deixam as meninas com a mãe dele e vão viajar só os dois. No entanto, N. impõe como condição não terem mais relações sexuais. (Quero entender melhor isso, mas a sessão foi curta demais para tanto material e tanta tristeza.)

Ele concordou achando que seria por um tempo. Eles dormem juntos, e ele fica com muita vontade. Eles começam, mas ela quer parar, fica adormecida e o deixa continuar. Depois, fica brava, e fala coisas horríveis para ele. (Preciso perguntar que coisas foram essas, mas entendi que algo grave aconteceu.)

A sessão foi diferente. Nela, apareceu a imensa tristeza de R. e se tornou compreensível parte dos motivos de suas mágoas, de sua violência e de tantas brigas.

Há muito ainda o que compreender.

N. também é incrivelmente violenta com ele, e acho que não se dá conta da intensidade da violência do que faz.

Há questões bem profundas nos dois. Na sessão, fiquei com a sensação de que as mágoas podem já ter quebrado a possibilidade de união. São situações tão pesadas, tanto desencontro e tanto desamparo que desanima. Tenho a sensação de que vai ser difícil extrair algo dali com apenas uma sessão de casal uma vez por semana e com um tratamento permeado com tantas faltas. Não sei como eles ainda conseguem fazer outro tratamento e penso que irei conversarei com eles sobre isso.

Eles têm muito ainda a desenvolver. Minha hipótese é a de que N. busca outros homens para se apoiar, não para ter relações sexuais. Ela tem medo dos homens para se relacionar com eles como mulher. Ela quer se relacionar como uma menininha que precisa de proteção.

R. espera que N. (o outro) adivinhe do que ele precisa e o satisfaça, sem que ele tenha de se impor ou esclarecer suas necessidades. Como ela não pode fazer isso, assim como sua mãe não pôde, ele fica com uma intensa mágoa. Na sessão, ele verbaliza que acha que a outra pessoa tem de ter liberdade, assim, ela vai fazer se quiser. Mas, se ela não faz, vem a mágoa.

Sessão 16

Chegaram à sessão um pouco melhores.

Ele começa dizendo que estão conversando mais. Ela concorda. Mas ainda não há carinho e um não toca no outro.

Aponto que ele mencionou isso na semana anterior, que era um relacionamento sem sexo. Pergunto como é isso.

Ela diz que é um relacionamento espiritualista. No ano passado, foi à Figueira, uma comunidade que a mãe (já falecida) de um ex-namorado frequentava. Essa foi a história que contaram na semana passada sobre a viagem com um ex-namorado. Ela foi porque queria ir lá e falou isso para o ex por causa da ligação com a mãe. Só que ela não contou para R. e deixou “sem querer” todos os *e-mails* que trocou com o ex abertos. Ela diz que não tem nada a ver, pois, nessa comunidade, as pessoas vivem juntas mas não fazem sexo.

Foi por isso também que ela disse a R. que não tinha problemas ela ter ido com o ex, pois, além de ela não ter nenhuma atração por ele, lá, ninguém fazia sexo. Quando chegou de lá, R. viu os *e-mails* e descobriu que ela tinha ido viajar com o ex. Depois disso, eles conversaram e decidiram ficar juntos, viajar só os dois, com a condição de que ela não queria mais sexo. Ela diz que a viagem foi muito boa, que eles tinham ficado muito bem mesmo sem ter relações sexuais. Eles faziam massagem um no outro e ficavam bem próximos.

Ela diz que não gosta de sexo, que não sente nenhuma falta e não faz nenhuma questão. Ela tem amigas que dizem “gostar de pinto”, que “não podem passar sem pinto”, mas ela não gosta.

Penso que tenho de estudar mais a ligação da histeria com a adicção.

Além disso, ela tem uma ferida no útero que, segundo a ginecologista, não era para doer, mas dói. Como ela já teve filhos, sabe onde é a dor, no colo do útero. (Percebi que essa dor era uma questão que tínhamos de entender melhor.)

R. diz que, nos *e-mails* que trocou com o segundo rapaz, ela disse que queria transar com ele. Ela afirma que realmente falou, mas que, na verdade, não queria e não tinha nenhuma vontade.

Ele diz que, nos *e-mails* com o ex-namorado, ela também falava “eu te amo, te amo”. Ela diz que falava, mas com um sentido de amor espiritual. Ela aponta não sente nada pelo ex-namorado, nunca sentiu muita coisa. Ela só quis que eles ficassem bem, já que tinham terminado de um modo abrupto.

Eu digo que parece que N. se sente como uma menininha que precisa de atenção e proteção. Pelo que contou, ela descobriu que, usando o corpo, poderia ter essa atenção. Porém, quando os homens a viam como uma mulher, ela se apavorava e sentia que não queria sexo, mas um pai, uma mãe, proteção. Então ela percebe que não é através do sexo que vai ter o que precisa e, assim, não quer mais. Além disso, o fato de se relacionar com inúmeros homens a feriu, e ela sente essa ferida.

Podemos também entender o lado de R., que se sente ferido em sua masculinidade, em sua autoestima, pois dorme com você toda noite sem ter relações sexuais.

Desse modo, podemos pensar em como abrir um canal para que vocês escutem um ao outro e para que haja um encontro.

Ela diz que é assim mesmo e que sabe que não dá para ter o casamento sem sexo. R. quer e insiste muito, e isso a fere também, pois antes eles brigavam e depois transavam e ela achava que tinha ficado tudo bem, mas não tinha, e então ela se sentia péssima.

Ela diz que precisa se sentir amada e única para conseguir ter relações e não sabe mais se ainda vai conseguir.

Eu digo que ela quer se sentir única de um jeito infantil, como uma menininha com a mãe. Como ela não consegue, pois R. não é a mãe, ela corre atrás de outro e de outro, buscando o que não pode encontrar.

Ela diz que sempre achou horrível trair e que sempre morreu de medo de ser traída. Agora, é ela quem trai e se sente muito mal com isso.

R. diz que também se sente muito mal com tudo isso: eles não se beijam e ela beija outro, diz que quer ir para a cama com outro.

Digo-lhe que ele já é muito inseguro a respeito de sua capacidade de conquistar as mulheres (ele já disse que, no começo da relação deles, ela ficava com vários, e ele não ficava com ninguém por falta de opção), e as atitudes de N. só fazem deixá-lo mais inseguro e ferido. Além disso, como ele não consegue falar e se colocar, ela prossegue.

Agora ela está distante de R. e não sente interesse por ele. Indico isso e comento como eles oscilam: às vezes, ela está angustiada, pedindo amor e atenção e querendo manter o casamento; por outras, ele assume essa posição.

Eles concordam.

Foi uma boa sessão, na qual eles falaram bastante e o mecanismo de oscilação dos maus tratos ficou bem claro. Notei ainda que quero pesquisar mais sobre histeria, sadismo e masoquismo e relacionar essas questões com a adicção.

Surge também a imaturidade dos dois, até mesmo com relação à sexualidade e ao relacionamento com os outros.

Após essa sessão, houve um feriado prolongado, o que significava que teríamos 15 dias de intervalo. Era preciso trabalhar bem com eles a cada intervalo, para não haver uma quebra e eles demorarem muito para vir. Mas, às vezes, a sessão ficava tomada pela angústia deles. Por isso, eu precisava pensar em como não deixar de trabalhar esses intervalos a fim de diminuir as quebras ou pensar se aquele era mesmo o ritmo possível.

Após esse intervalo, por diversas questões, eles demoraram mais 15 dias para vir.

Sessão 17 (um mês após a sessão anterior)

Ao chegarem, R. pede desculpas pelo desencontro (notei que, pela segunda vez, é ele quem comenta sobre as faltas). Já havíamos conversado sobre isso pelo telefone, mas aponto que, quando há um feriado ou férias, é difícil voltar. N. diz que eles se atrapalham com frequência.

Então ela diz que estavam juntos. Espero um pouco para eles me contarem o que significava estarem juntos, e N. conta que eles brigaram, mas depois conversaram e decidiram ficar juntos.

Ela conta que tiveram uma grande briga porque ele, após muitos finais de semana trabalhando, finalmente conseguiu um fim de semana de folga. Ele estava com a expectativa de ficar com as filhas, mas não tinham conversado sobre o que iriam fazer. Ela queria ir à passeata pelo parto em casa, pois achou que seria bem legal. Ele, no entanto, queria ir ao teatro com elas. No sábado, quando foram conversar, houve a briga. Ele se fechou e não falou mais nada; assim, ela ficou sem saber o que iriam fazer.

No domingo, acordaram e, sem dizer nada, ele pegou as meninas para colocá-las no carro. Ela ficou sem saber o que iria acontecer. Ele ficou um bom tempo com elas no carro. Depois que ela os encontra, ele sai com o carro. Não falam nada um com o outro. Ele está muito bravo e vai em direção à passeata. Ela diz que daquele jeito não dava e que não iria à passeata sem dar almoço para as meninas. Eles então param para almoçar e almoçam ainda sem se falarem. Depois da passeata, as meninas, exaustas, dormem no carro. Ela queria ainda que eles fossem ver um filme, pois tinha ganhado dois ingressos. As meninas poderiam ficar na casa da mãe dele. Ele fica furioso, grita e acorda as meninas, que se assustam. Eles vão para casa naquele clima, brigando na frente delas.

Durante o relato dela, R. ficou muito tenso. Pergunto se ele quer falar algo, e ele diz que não.

A situação, que antes estava razoavelmente bem, piora bastante.

R. não quer falar e vejo que está bravo e chateado. Falo isso a ele, mas, mesmo assim, ele não se abre.

Ela diz que ele é assim: não fala, não conversa. Ela até tenta conversar, mas ele não fala nada. No sábado, ela tentou conversar e eles podiam ter conciliado as coisas – ido primeiro à passeata e depois ao teatro ou ido à passeata com elas e depois ido ao cinema só os dois.

Comento que parece que R. espera que N. esteja em sintonia com seus desejos e, se ela não está (por muitas vezes ter desejos diferentes), ele se fecha, e se fecha na sessão também. Quando ele e N. estão bem, ele fala mais.

Ela fala que, na verdade, R. já havia começado a ficar chateado na sexta porque ela havia dito que queria sair. Ele não falou nada, não falou “não vai” nem “vamos juntos”. Assim, ela foi, e eles passaram o fim de semana sem conversar. Ela acha que também errou, pois falou em cima da hora, quando a amiga dela já estava chegando. Com isso, não puderam conversar direito.

Retomo que, na última sessão, eles haviam relatado momentos difíceis após uma saída dela também em uma sexta feira. R. estava muito triste com isso.

Ela afirma que sim, mas que, se ele pedisse, se falasse o que quer, ela não teria ido.

Pergunto o que ele acha daquilo e ele diz que a pessoa é que tem de saber o que faz. Ela volta a falar e diz que ele sempre tem esse discurso, de que o outro tem de saber o que faz, e não fala o que ele prefere. Como ele nunca diz o que quer, eles brigam.

Indico que ele gostaria que N. soubesse o que ele quer e do que ele precisa, mas, como ela não sabe e quer outras coisas, ele fica muito magoado e se recolhe, como já aconteceu na casa da família dele, onde a mãe não via o que acontecia entre ele e o irmão e ele se recolhia, até sair de casa sem falar nada sobre o assunto.

Eu passo a me preocupar, pois sinto que foco demais na questão do recolhimento de R., já que realmente é difícil trabalhar sem que ele fale, mas sei que não é bom que o foco fique só nele.

Abordo esse ponto e falo que, quando N. toma a dianteira para falar, R. vai se recolhendo. Ela diz que deveria esperar ele falar, mas não espera.

Está na hora de terminar a sessão e me preocupo de não termos tido tempo de trabalhar mais essa questão.

Na hora de irem embora, R. diz que, na verdade, a única coisa que ele queria era ficar mais com as filhas, mas não é ouvido quanto a isso. Expõe que N. só tem pensado nela, e não nas filhas, e ele não fala porque não adianta, ele não é ouvido.

Eu falo para conversarmos mais a fim de entendermos melhor no que ele não está se sentindo ouvido e o que ele está precisando.

(Aponto esse direcionamento porque acho que talvez ele tenha ficado com raiva de N. e talvez também de mim hoje. Por mais que ele diga que só quer ficar com as filhas, que o gratificam, acho que ele também gostaria de ter mais a atenção de N.)

A sessão acaba de um jeito ruim, e fico preocupada por não ter cuidado direito do sofrimento de R., pois fiquei muito focada no silêncio dele. Temo que ele sinta que essa é uma queixa de N., não uma questão dele.

No entanto, na hora de encerrar, ele toma a iniciativa de perguntar sobre as férias (já era início de julho). Falo que a clínica não vai fechar e que só sairei de férias na última semana do mês. Ele diz que ainda não sabem como farão. Ficamos de nos falar semana seguinte.

Foi uma sessão difícil. A sensação que tenho é de tristeza e impotência com a situação de R. fechado e recolhido e N. falando sem parar. Vejo que R. se recolhe porque está ferido e triste, mas seu recolhimento também é agressivo, como se desprezasse N. Sei que é o contrário, que ele precisa muito dela, mas, mesmo apontando isso, ela não consegue se abrir para ele (para que ele também possa se abrir) porque é muito insegura. O

contexto vira, portanto, uma bola de neve: ele triste, ela triste e duas filhas pequenas que procuram então dominar a situação. Muito difícil.

Sessão 18

Hoje, quando chego, eles já estão me esperando. Acho que é a primeira vez em que isso acontece. Não comento de eles terem chegado antes, mas, mesmo assim, eles me explicam que hoje não levaram as meninas na creche e que elas estão com a mãe dele, pois ele está de férias e não estão levando elas na creche.

Eles se olham e ficam na dúvida sobre quem começa. Como ela sempre começa, conta que ficaram mal após a sessão passada. A situação é sempre a seguinte: eles conversam, decidem ficar juntos e parece que as coisas vão melhorar; mas, depois, tudo se revela muito frágil (ela não usa exatamente palavra, mas uma similar). Eles haviam chegado bem, mas saíram mal, sem se falar.

Isso é muito triste, pois eles ficam com a esperança de melhorar, mas logo já brigam. A esperança dura pouco. Ele tem feito acusações que ela acha grave, como no fim da sessão passada, em que ele falou que ela só pensa nela e não pensa nas filhas. Ela acha isso um absurdo, pois fica cuidando direto das filhas e não vê problema nenhum em sair na sexta-feira após as filhas dormirem.

Eu estava preocupada, pois R. já tinha se queixado de não ser ouvido. Ele realmente se tranca e ela toma conta do espaço. Então, pergunto a R. como ele tinha se sentido após a sessão passada, pois eu tinha ficado preocupada, achei que tínhamos focado demais na dificuldade dele de se expressar. Ele não consegue falar. Aponto que vejo que, quando ele está magoado, não consegue falar, e que ele havia dito no fim da sessão passada que ele queria falar sobre o fato de não ter tempo para ficar com as filhas. Ele continua não querendo e não vendo sentido em falar.

N. pede que ele fale, pois ele a culpa por não ter tempo para ficar com as filhas, mas ela é contra ele trabalhar tanto. Ela acha que as pessoas têm que tentar ser felizes e que, para os filhos, isso também é melhor. Ela quer tentar ser mais feliz e não ficar sempre se sacrificando e deprimida. R. e a família dele acham que sempre tem que haver sacrifício. A mãe dele nunca

fala “não”. Mesmo que esteja exausta, doente, não fala “não”. Ela acha que tem que ser assim.

Penso que há grandes rivalidades entre ela e a mãe de R. A família de R. aparece muito nas sessões porque ficam com as meninas e porque N. aponta muito as diferenças entre as famílias e as dificuldades entre ela e a mãe de R.

Antes, ela também achava que tinham de se sacrificar, mas, agora, não acha mais. Eles têm um casal de amigos que morou com eles na república. Antes, nem eram tão amigos. O casal também tem duas filhas e idade parecida com a deles e também sempre deixaram as filhas com os avós para sair. Uma ou duas vezes por semana, eles saíam. Ela e R. achavam um absurdo o comportamento do casal: eles é que eram bons pais, pois se sacrificavam pelas filhas. Hoje, isso mudou. Ela acha que deveriam sair e, se R. não quiser sair, ela vai sozinha. No outro fim de semana, ela queria que eles fossem ao cinema e ele não foi. Tem algum tempo que ela fala para ele sair e poucas vezes ele concorda. Porém, quando saem, é bom. Houve uma vez que eles estavam brigados, e uns amigos dele iam fazer um show, ele não queria ir, mas, como ela insistiu, ele foi, e eles ficaram muito bem.

Falo que tenho notado um movimento diferente nela.

Ela diz que, depois de ir para Figueira, mudou e quer cuidar dela. Ele não entende isso, fica acusando-a de largar as filhas e de “não estar nem aí” para a família.

Ela diz que aquele casal de amigos acabou se separando e que ela ficou muito amiga da moça. R. afirma que tem feito novos amigos e retomado velhas amizades, e que vai continuar assim porque isso lhe fez bem e lhe deixou menos deprimida e menos dependente do humor de R.

Contudo, essas divergências estão causando mais brigas.

R. não fala e se mantém na mesma tensão.

Falo que vejo que está difícil, pois, antes, quando as filhas eram bebês, viviam todos grudados e só R. saía para trabalhar. Agora, as meninas cresceram um pouco e N. está retomando alguns aspectos de sua vida que tinham sido deixados de lado. Essa retomada está sendo muito dolorida para R., que responde se fechando em si mesmo.

Ela fala que ele sempre achou empecilhos mesmo com relação a ela ir trabalhar. Quando foi conseguindo organizar a amamentação das filhas, ela começou a querer voltar para a faculdade e para o trabalho, mas ele já a acusava de estar largando a família. Antes, ela ficava tocada com isso, agora, não fica mais, pois não acredita que esteja realmente fazendo isso.

Falo que R. parece inseguro com as mudanças e que também é importante cuidar disso. Mas ele não quer falar nada. Está mais fechado do que nunca.

Novamente, no momento de encerrarmos a sessão, ele toma a iniciativa de falar que não sabe se virão na semana seguinte e que me avisarão se irão ou não viajar. Retoma a data das minhas férias e acha que ainda virão na semana seguinte.

Porém, na semana seguinte, eles não aparecem. Eu os espero e mando um recado. Ele pede desculpas dizendo que estão fora de São Paulo.

Sessão 19

Dia 9 de agosto vai fazer um ano que fiz o primeiro contato com eles. A primeira sessão foi em 18 de outubro e, no total até agora, eles vieram em apenas quinze sessões.

A 16ª sessão só ocorreu muito tempo depois, em junho de 2013. A tentativa de agendá-la começou em novembro, como mostram as trocas de *e-mail* abaixo.

Date: Mon, 5 Nov 2012 16:38

From: lygia

To:

Subject: terapia

Olá N. e R., tudo bem?

Queria ver se até o fim do ano conseguimos marcar uma sessão para pelo menos finalizarmos o processo, conversar... Vamos ver se conseguimos? Me passem os horários de vocês!

abraço,

Lygia

Em 03/12/2012 12:51, **N.** escreveu:

Olá, Lygia. Primeiramente queremos pedir desculpas por termos abandonado a terapia sem nos comunicarmos com você nesse processo. O horário que tínhamos passou a ser difícil de estarmos disponíveis e acabamos não encaminhando uma resolução para isso. Foi muito importante a terapia pra gente ao longo desses últimos tempos e gostaríamos de nos encontrar mais vezes se ainda for possível. Agora ficou muito no final do ano, não sei se ainda está atendendo, se sim, poderíamos marcar uma última, senão, poderia ser ano que vem. Muito obrigada!

Em 04/12/2012 15:18, **N.** escreveu:

Poderia ser na segunda-feira?

De: lygia

Enviada: Sexta-feira, 4 de Janeiro de 2013 16:42

Para:

Assunto: RE: terapia

Olá N. e R.!

Vamos combinar nossa sessão?

abs,

Lygia

Date: Tue, 19 Feb 2013 09:52:12 -0300

From: lygia

Olá N. e R.!

Vamos marcar nossa sessão? Se o horário da manhã estiver difícil podemos marcar de vocês virem no meu consultório onde teremos mais flexibilidade de horário...

Abs.,

Lygia

Em 19/02/2013 10:01 **N.** escreveu:

Pode ser segunda que vem às 10h?

Date: Tue, 19 Feb 2013 10:11:50 -0300

From: lygia

Na segunda por enquanto não posso... Na sexta às 10h seria possível?

Em 19/02/2013 14:16, **N.** escreveu:

Lygia, essa sexta pode ser sim, mas nas próximas eu não tenho certeza ainda, pois

talvez tenha reunião nesse dia.

Eles não apareceram. Entrei em contato, mas não conseguimos marcar, e eles voltaram a aparecer em junho depois que liguei e escrevi.

Date: Mon, 3 Jun 2013 16:58:43 -0300

From: lygia

Subject: Re: RE: terapia

Olá, N. e R., tudo bem? Como vocês estão? Faz tempo né? Vamos ver se marcamos uma sessão, assim vocês me contam como estão e vemos se seguimos ou finalizamos? Me digam que dias vocês podem e vemos o que conseguimos...
Abs., Lygia

Em 05/06/2013 12:53, **N.** escreveu:

Olá, Lygia, obrigada por entrar em contato. Eu acredito que será muito bom para nós dois. O único dia que poderíamos agora é segunda-feira de manhã, pois ele mudou de horário de trabalho e entra de manhã bem cedinho de terça a sábado. Eu entro às 12h no meu trabalho, então teria que sair às 11h da terapia, poderia ser das 10h às 11h?

Date: Wed, 5 Jun 2013

From: lygia

Oi, N. e R.!

Eu posso segunda mas queria saber se vocês poderiam vir ao meu consultório. Eu continuo atendendo vocês pelo programa da USP, mas atenderia lá por ser mais fácil encaixar nesse horário. É uma travessa da Pedroso de Moraes, não é longe da USP, em Pinheiros. Vocês acham que daria?

Abs.,

Lygia

Em 12/06/2013 12:44, **N.** escreveu:

Sim, dá sim. Podemos deixar confirmado, então, segunda-feira, dia 17, às 10h no seu consultório.

Date: Thu, 13 Jun 2013 11:40

From: lygia

Combinado! Vamos só marcar às 10h10 para não ter perigo de atrasar, ok?

Até segunda!

Lygia

Eles não vieram e eu escrevi.

De:

Enviada: Segunda-feira, 17 de Junho de 2013 13:20

Para: lygia

Assunto: RE: terapia

Lygia, perdão, R. esqueceu da terapia. Desculpe por te fazer esperar e tomar seu tempo, foi sem querer mesmo. Se for possível ainda pra você, combinamos semana que vem no mesmo horário, sem falta. Mais uma vez desculpa.

Eles vieram dessa vez e depois não vieram mais. Eu ainda insisti, escrevi, mas já era fim de junho. Vieram as férias escolares, que sei que é um período mais difícil para eles. Em agosto, entrei em licença, pois em setembro minha filha nasceu. Eu ainda telefonei para eles, mas não recebi resposta.

Em 2014, ainda entrei em contato, telefonei, deixei mensagens telefônicas, mas não soube mais deles.

Nessa última sessão, eles contaram que ainda estavam juntos, mas que tinham pensado seriamente em se separar no começo do ano. Cada um passou o Ano Novo em um lugar: ela ficou com as meninas e viajou, ele ficou

em casa. Depois, acabaram se encontrando. Ele tomou a iniciativa de conversar e eles voltaram, e assim estão experimentando ficar juntos de novo.

Naquele momento, eles estavam melhores, brigando menos, mas estavam mais distantes. Ainda não tinham vida sexual. Ela continua achando que não precisa. Tento conversar mais sobre isso, mas, como ele concorda com a situação, não entro no assunto. Ele parece não querer perdê-la e muito menos a vida com as filhas. Ela é refratária, não quer conversar muito sobre o tema. Sobre outros temas, conversa bastante.

Fico com a sensação de que estão um pouco mais calmos, mas ainda bastante confusos e sofrendo muito.

Retomo com eles a importância da terapia e como eles poderiam se beneficiar bastante dos encontros psicoterápicos. Eles dizem que querem vir e eu aponto a dificuldade de virem e tocarem nos temas, problemas e sofrimentos pelos quais estão passando já há muitos anos. Ficamos, então, acordados de eles retornarem, mas eles não retornam e não respondem mais às tentativas de contato.

DOCUMENTO: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				
1. Projeto de Pesquisa: Relacionamentos Aditivos: Um estudo Psicanalítico		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 6		
3. Área Temática: Área 9: A ciência do CEP				
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4: Ciências da Saúde				
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
5. Nome: Lygia Vampre Humberg				
6. CPF: 143.063.218-60		7. Endereço (Rua, n.º): MARCOS AZEVEDO PINHEIROS 93 SAO PAULO SAO PAULO 05428050		
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (11) 9177-9237	10. Outro Telefone:	11. E-mail: lygiah@uol.com.br
12. Cargo:				
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p>Data: <u>06 / 12 / 2012</u> Assinatura</p>				
INSTITUIÇÃO PROPONENTE				
13. Nome: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO (USP)		14. CNPJ: 63.025.530/0010-03		15. Unidade/Orgão: INSTITUTO DE PSICOLOGIA (USP)
16. Telefone:		17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>LENY SATO</u> <u>Profa. Dra. Leny Sato</u> <u>022.654.848-09</u> <small>Chefe do Depto. de Psicologia Social e do Trabalho - IPUSP</small></p> <p>Cargo/Função: <u>CHEFE DO DEPARTAMENTO</u></p> <p>Data: <u>08 / 10 / 2013</u> Assinatura</p>				
PATROCINADOR PRINCIPAL				
18. Nome: 5525 Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)		19. Telefone:		20. Outro Telefone:
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.</p> <p>Nome: <u>Lygia Vampre Humberg</u> CPF: <u>143063218-60</u></p> <p>Cargo/Função: <u>PESQUISADORA RESPONSÁVEL</u> Email: <u>LYGIA VAMPRE HUMBERG</u></p> <p>Data: <u>06 / 12 / 2012</u> Assinatura</p>				

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Abraham, Karl. (1924a). Breve Estudo do Desenvolvimento da Libido, visto à luz das perturbações mentais *Teoria Psicanalítica da Libido. Sobre o caráter e o desenvolvimento da libido* (pp. 81-160). Rio de Janeiro: Imago, 1970.
- Abraham, Karl. (1924b). A Influência do Erotismo Oral na Formação do Caráter *Teoria Psicanalítica da Libido. Sobre o caráter e o desenvolvimento da libido* (pp. 161-173). Rio de Janeiro: Imago, 1970.
- Abram, Jan. (2008). Donald Woods Winnicott (1896–1971): A brief introduction1. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(6), 1189-1217.
- Antón, D. (2000). *Drogas: conhecer e educar para prevenir*. São Paulo: Scipione.
- Baumrind, D. . (1966). Effects of authoritative parental control in child behavior. *Child Development*, 37, 887-907.
- Beattie, Melodie. (1992). *Codependent no more. How to stop controlling others and start caringg for yourself*. minnesota: hazelden.
- Bento, Victor Eduardo Silva. (2007). Para uma semiologia psicanalítica das toxicomanias: adicções e paixões tóxicas no Freud pré-psicanalítico. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, vii(1), 89-121.
- Birman, Joel. (2007). Laços e desenlaces na contemporaneidade. *Jornal de Psicanálise*, 40(72), 47-62.
- Bleger, José. (1978). *Simbiosis y Ambigüedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Caldana, R. H. L. (1998). A criança e sua educação no início do século: autoridade, limites e cotidiano. *Temas em Psicologia*, 6, 87-103.
- Caratozzolo, domingo. (1996). *La pareja pasional en la posmodernidad. Del desinterés a la violencia*. Rosario: Homo Sapiens.
- Carranza, D. V. V., & Pedrão, L. J. (2005). Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas en el ambiente familiar durante la fase de tratamiento en un instituto de salud mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 836-844.
- Cursino, E. A. (1999). *Sexualidade, AIDS e drogas: informações, concepções e percepções de alunos e professoras de uma escola de primeiro grau*. (Dissertação de mestrado), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

- Dias, Elsa Oliveira. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Drumond, M., & Drumond Filho, H. . (1998). *Drogas: a busca de respostas*. São Paulo: Loyola.
- Eigen, Michael. (2011). *Contact with the Depths*. London: Karnac Books.
- Facundo, F. R. G., & Castillo, M. M. A. (2005). Adquisición del uso de alcohol en un grupo de adolescentes mexicanos: el efecto de la relación con amigos. *Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 1(2), 1-13.
- Fairbairn, W. R. (1941). A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books, 1952.
- Fairbairn, W. R. (1943). Repression and the return of bad objects(with special reference to the "war neuroses") *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books, 1952.
- Fenichel, Otto. (1945). *Teoria Psicanalítica das Neuroses. fundamentos e Bases da Doutrina Psicanalítica*. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu.
- Ferenczi, Sandor (1911). O álcool e as neuroses *Obras Completas. Psicanálise* (Vol. 1, pp. 199-204). São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- Ferros, Lígia. (2003). Jovens, drogas e famílias - uma breve revisão da literatura. *Toxicodependências*, 9(2), 71-83.
- Freud, Sigmund. (1887). Remarks on craving for and fear os cocaine. In R. Byck (Ed.), *cocaine papers by Sigmund Freud*. New York: Meridian, 1975.
- Freud, Sigmund. (1898a). A sexualidade na etiologia das neuroses *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 235-253). Rio de Janeiro.
- Freud, Sigmund. (1905d). Três ensaios sobre a sexualidade *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 123-230). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, Sigmund. (1905e). Fragmento da análise de um caso de histeria *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. VII, pp. 16-115). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, Sigmund. (1913j). O interesse científico da psicanálise. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 13, pp. 199-226). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, Sigmund. (1914c). Sobre o narcisismo: uma introdução. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 81-108). Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, Sigmund. (1914d). História do movimento psicanalítico *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 18-73). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, Sigmund. (1915c). As pulsões e suas vicissitudes. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 123-144). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, Sigmund. (1917e). Luto e melancolia. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 249-263). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, Sigmund. (1923a). Dois artigos de enciclopédia *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 287-312). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, Sigmund. (1928b). Dostoevsky e o parricídio. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 205-227). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, Sigmund. (1930a). O mal-estar da civilização. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 81-171). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, Sigmund, & Fliess, Wilhelm (1986). *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago.
- Fulgencio, Leopoldo. (2011). A ética do cuidado psicanalítico para D. W. Winnicott. *A PESTE: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, 3(1 & 2), 91-111.
- Fulgencio, Leopoldo. (2013). Metodologia de pesquisa em psicanálise na universidade. In F. Scorsolini-Comin & C. A. Serralha (Eds.), *Psicanálise e Universidade: Um encontro na pesquisa*. Curitiba: CRV.
- Fulgencio, Leopoldo. (2014). A noção de Id para Winnicott. *Percurso. Revista de Psicanálise*.
- Fulgencio, Leopoldo. (2015). Descrição do processo de desenvolvimento emocional do ponto de vista de Winnicott *Winnicott: um psicanalista do ser* (Vol. sendo preparado para publicação). São Paulo: Concern.
- Galduróz, J. C., Noto, A. R., & Carlini, E. A. (1997). *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes do 1o e do 2o graus em 10 capitais brasileiras*. São Paulo: CEBRID.
- Gianesi, Ana Paula Lacorte. (2002). *Toxicômano? Considerações psicanalíticas sobre a toxicomania, o objeto droga e o sujeito da psicanálise*. (Dissertação de Mestrado), Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Glover, Edward. (1932). On the Aetiology of Drug-Addiction. In D. L. Yalisove (Ed.), *Essential Pappers on Addiction* (pp. 24-51). New York and London: New York University Press, 1997.
- Gomes, Purificacion. (2006). Introdução à Psicoterapia do Casal *Psicoterapia de Casal*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Greenberg, Jay R., & Mitchell, Stephen A. . (1983). *Relações objetais na teoria psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Guimarães, Ana Beatriz Pedriali, Hochgraf, Patrícia Brunfentrinker, Brasiliano, Silvia, & Ingberman, Yara kuperstein. (2009). Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. *Rev Psiq Clín.*, 36(2), 69-74.
- Gurfinkel, Décio. (1995). *A Pulsão e Seu Objeto-droga: Estudo Psicanalítico Sobre a Toxicomania*. Petrópolis: Vozes.
- Gurfinkel, Décio. (2001). *Do Sonho ao Trauma, Psicossoma e Adicções*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gurfinkel, Décio. (2007). Adicções: da perversão da pulsão à patologia dos objetos transicionais. *Psyquê*, 11(20), 13-28.
- Gurfinkel, Décio. (2011). *Adicções*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hegenberg, Mauro. (2010). *Tipos Psicológicos da Psicoterapia de Casal*.
- Hjulmand, Knud. (1999). Lista completa das publicações de D. W. Winnicott. *Revista de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana*, 1(2), 459-517.
- Hjulmand, Knud. (2007). D. W. Winnicott: Bibliography: Chronological and alphabetical lists *The language of Winnicott: A dictionary of Winnicott's use of words* (2 ed., pp. 363-435). London: Karnac.
- Humberg, Lygia Vampré. (2004). *Dependência do Vínculo, uma releitura do conceito de co-dependência*. (Dissertação de Mestrado), Universidade de São Paulo, São Paulo
- Jacobs, Durand F. (1986). A General Theory of Addictions: A New Theoretical Model. In D. L. Yakisove (Ed.), *Essential Pappers on Addiction* (pp. 166-183). New York and London: New York University Press, 1997.
- Kalina, Eduardo, Kovadloff, Santiago, Roig, Pablo Miguel, Serram, João Carlos, & Cesarman, Fernando. (1999). *Drogadicção hoje: indivíduo, família e sociedade*. . Porto Alegre: Artes Medicas.
- Klein, Melanie. (1928). Estágios iniciais do conflito edipiano *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)* (Vol. 1). São Paulo: Imago, 1996.
- Klein, Melanie. (1945). O complexo de Édipo à luz das ansiedades arcaicas *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Klein, Melanie. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)* (Vol. 3). Rio de Janeiro, 1991: Imago.
- Klein, Melanie. (1952). As origens da transferência *Inveja e Gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de Janeiro: Imago.

- Knight, R. P. (1937). The Psychodynamics of Chronic Alcoholism. In D. L. Yalisove (Ed.), *Essential Pappers on Addiction* (pp. 72-86). New York and London: New York University Press, 1997.
- Kohon, Gregorio. (1994). *A Escola Inglesa de Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Krystal, Henry. (1929). Self representation and the Capacity for Self Care. In D. L. Yakisove (Ed.), *Essential Pappers on Addiction* (pp. 109-146). New York and London: New York University Press, 1997.
- Kuhn, Thomas S. (1970). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1975.
- Laplanche, Jean, & Pontalis, Jean-Bertrand. (1986). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laranjeira, R. (2004). Prefácio. São Paulo: Contexto. In I. P. M. A. Bessa (Ed.), *Adolescência e drogas* (pp. 9-10). São Paulo: Contexto.
- Limentani, Adam. (1989). *Between Freud and Klein*. London: Free Association.
- Lispector, Clarice. (1993). *Uma Aprendizagem ou O livro dos Parzeres*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Loas, Gwenolé, & Corcos, Maurice. (2006). *Psychopathologie de la personnalité dépendante*. Paris: Dunod.
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: parent- child interaction. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology 4. Socialization, personality and social development* (pp. pp. 1-101). Nova York: Wiley.
- Marinov, Vladimir, McDougall, Joyce, Brelet-Foulard, Françoise, Noaille, Pierre, Mendes Pedro, Antonio Francisco, Lanouzière, Jacqueline, . . . Rigaud, Alain. (2001). *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*. Paris: PUF.
- McDougall, Joyce. (1992). *Teatros do Eu*. São Paulo: Francisco Alves.
- McDougall, Joyce. (1995). *As Multiplas Faces de Eros, uma exploração psicanalítica da sexualidade humana*. Sao Paulo: Martins Fontes, 2001.
- McDougall, Joyce. (2001). L'économie psychique de l'addiction *Anorexie, adiction et fragilités narcisiques*. Paris: PUF.
- Mendes, F. J. (1999). . (1999). Drogadicción y prevención familiar: una política para Europa. *Adicciones*, 11(3), 193-200.
- Mitchell, Stephen A., & Black, Margaret J. (1995). *Freud and Beyond*. London: Basics Books.
- Nicastri, S., & Ramos, S. P. . (2001). Prevenção ao uso de drogas *Jornal Brasileiro de Dependência Química*, 2, 25-29.

- Nurco, D. N., & Lerner, M. (1996). Vulnerability to narcotic addiction: family structure and functioning. . *Journal of Drug Issues*, 26, 1007-1025.
- Ogden, Thomas. (2002). A New Reading of the Origins of Object-Relations Theory. *The International Journal of Psychoanalysis*, 83(4), 767-782. doi: 10.1516/lx9c-r1p9-f1bv-2196
- Phillips, Adam. (1988). *Winnicott*. São Paulo: Idéias & Letras, 2007.
- Piriot, Gérard. (2013). *Psicanálise das adicções*. São Paulo: Ideias & Letras, 2014.
- Popper, Karl R. (1957). *Ciência: conjecturas e refutações Conjecturas e Refutações* Brasília: Universidade de Brasília.
- Porchat, Ieda. (2006). A Teoria das Relações objetais aplicada a Psicoterapia de Casal Psicanalítica *Psicoterapia do Casal*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pratta, Elisângela Maria Machado Pratta, & Santos, Manoel Antonio dos. (2006). Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 315-322.
- Radó, Sandor. (1933). The Psychoanalysis of Pharmacothymia. In D. L. Yalisove (Ed.), *Essential Pappers on Addiction* (pp. 52-68). New York and London: New York University Press, 1997.
- Reale, Diva. (2005). Drogas, redução de danos, e direitos humanos: transitando com Winnicott. *Revista Urutágua*, 6.
- Recio, J. L. (1999). Familia e escuela: agencias preventivas en colaboración. *Adicciones*, 11(3), 201-207.
- Rosenfeld, Herbert. (1968). *Os Estados Psicóticos*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Rosenthal, Richard J. (1987). The Psychodynamics of Pathological Gambling: A review of the Literature. In D. L. Yakisove (Ed.), *Essential Pappers on Addiction* (pp. 184-215). New York and London: New York University Press, 1997.
- Sáiz, P. A., González, M. A. P., Jiménez, L. A., Delgado, Y., Liboreiro, M. J., Granda, B., & Bobes, J. (1999). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. *Adicciones*, 11(3), 209-220.
- Schenker, Miriam, & Minayo, Maria Cecília de Souza. (2004). A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro)*, 20(3), 649-659.
- Schenker, Miriam, & Minayo, Maria Cecília Souza. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 299-306.

- Scorsolini-Comin, F., & Serralha, C. A. (Eds.). (2013). *Psicanálise e Universidade: Um encontro na pesquisa*. Curitiba: CRV.
- Seibel, S. D., & Toscano Jr., A. (2001). Conceitos básicos e classificação geral das substâncias psicoativas. In S. D. Seibel & A. T. Jr. (Eds.), *Dependência de drogas* (pp. 1-6). São Paulo: Atheneu.
- Silveira Filho, D. X. (1995). *Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Simmel, Ernst. (1929). From Psychoanalytic Treatment in a Sanatorium. In D. L. Yakisove (Ed.), *Essential Pappers on Addiction* (pp. 69-71). New York and London: New York University Press, 1997.
- Spelman, Margaret Boyle. (2013a). *The Evolution of Winnicott's Thinking: Examining the Growth of Psychoanalytic Thought Over Three Generations*. London: Karnac Books.
- Spelman, Margaret Boyle. (2013b). *Winnicott's Babies and Winnicott's Patients: Psychoanalysis as Transitional Space* London: Karnac Books.
- Toscano Jr., A. . (2001). Adolescência e drogas. . In S. D. Seibel & A. T. Jr. (Eds.), *Dependência de drogas* (pp. 283-302). São Paulo: Atheneu.
- Tyson, Alan, & Strachey, James. (1956). A Chronological Hand-List of Freud's Works. *International Journal of Psychoanalysis*, 37(1), 19-33.
- Winnicott, Donald Woods. (1945d). Desenvolvimento Emocional Primitivo *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, Donald Woods. (1945h). Para um estudo objetivo da natureza humana *Pensando Sobre Crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Winnicott, Donald Woods. (1953c). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais (2ª versão) *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.
- Winnicott, Donald Woods. (1953c [1951]). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais (1ª versão) *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, Donald Woods. (1953i). Resenha (escrita com M. Masud R. Khan) de *Psychoanalytic Studies of the Personality*, de W. R. D. Fairbairn *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, Donald Woods. (1954a). A Mente e sua Relação com o Psicossoma *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, Donald Woods. (1955c). A Posição Depressiva no Desenvolvimento Emocional Normal *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

- Winnicott, Donald Woods. (1955d). Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Psicanalítico *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, Donald Woods. (1958d). Ansiedade Associada à Insegurança *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, Donald Woods. (1958g). A capacidade para estar só *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, Donald Woods. (1958j). O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional *A Família e o Desenvolvimento Individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- Winnicott, Donald Woods. (1958n). A Preocupação Materna Primária *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- Winnicott, Donald Woods. (1960c). Teoria do relacionamento paterno-infantil *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, Donald Woods. (1963d). Moral e educação *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, Donald Woods. (1965d). Os objetivos do tratamento psicanalítico *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, Donald Woods. (1965j). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, Donald Woods. (1965m). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, Donald Woods. (1965n). A integração do ego no desenvolvimento da criança *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, Donald Woods. (1965r). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, Donald Woods. (1965t). Crescimento e desenvolvimento na fase imatura *A Família e o Desenvolvimento Individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, Donald Woods. (1965vc). Provisão para a criança na saúde e na crise *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, Donald Woods. (1967b). A Localização da Experiência Cultural *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.

- Winnicott, Donald Woods. (1968c). O Conceito de Regressão Clínica Comparado com o de Organização Defensiva *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, Donald Woods. (1968i). O Brincar: uma exposição teórica *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro Imago Ed., 1975.
- Winnicott, Donald Woods. (1969d). Darão as escolas progressistas excesso de liberdade à criança? Contribuição para a conferência em *Darlington Hall Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, Donald Woods. (1971b). *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*. London: Hogarth Press & The Institute of Psycho Analysis, 1971.
- Winnicott, Donald Woods. (1971d). As Bases para o Self no Corpo *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, Donald Woods. (1971f). O conceito de indivíduo saudável *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, Donald Woods. (1971l). Inter-relacionar-se Independentemente do Impulso Instintual e em Função de Identificações Cruzadas *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro Imago Ed., 1975.
- Winnicott, Donald Woods. (1971q). O Lugar em que Vivemos *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.
- Winnicott, Donald Woods. (1971r). O Brincar: A Atividade Criativa e a Busca do Eu (Self) *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.
- Winnicott, Donald Woods. (1971va). Os Elementos Masculinos e Femininos Ex-cindidos [*split-off*] Encontrados em Homens e Mulheres *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, Donald Woods. (1984i). Variedades de psicoterapia *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, Donald Woods. (1986f). A cura *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, Donald Woods. (1986k). Psicanálise e ciência: amigas ou parentes? *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, Donald Woods. (1987a). Introdução (Os bebês e suas mães) *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- Winnicott, Donald Woods. (1988). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

- Winnicott, Donald Woods. (1989vk). A Psicologia da Loucura: Uma Contribuição da Psicanálise *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, Donald Woods. (1989vl). Psicose na Infância *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Wurmser, Leon. (1974). Psychoanalytic Considerations of the Etiology of Compulsive Drug Use. In D. L. Yakisove (Ed.), *Essential Papers on Addiction* (pp. 87-108). New York and London: New York University Press, 1997.
- Yakisove, Daniel L. (1997). *Essential Papers on Addiction*. New York and London: New York University Press.
- Zinberg, Norman E. (1929). Addiction and Ego Function. In D. L. Yakisove (Ed.), *Essential Papers on Addiction* (pp. 147-165). New York and London: New York University Press, 1997.