

Análise da destrutividade em adictos a drogas: contribuição a uma abordagem psicoterapêutica

Maria Abigail de Souza

Universidade de São Paulo – Brasil

Renata Galves Merino Kallas

Universidade de São Paulo – Brasil

Resumo

A compreensão teórica do fenômeno de adicção a drogas, bem como a análise da destrutividade presente na dinâmica transferencial destes pacientes revela-se fator imprescindível para melhor direcionamento interventivo, na medida em que esta destrutividade evidencia-se não só como fonte de perturbação do desenvolvimento psíquico, mas também pela grande dificuldade que representa para uma abordagem psicoterapêutica. Neste trabalho, objetiva-se demonstrar a importância da análise da destrutividade em adictos a drogas, o que será realizado através da apresentação de suas excessivas manifestações de violência e agressividade. Expressão destrutiva que será ilustrada a partir de resultados obtidos com sujeitos adictos a drogas, 39 pacientes em situação de psicodiagnóstico e 26 pacientes em psicoterapia de orientação psicanalítica, atendidos pelas autoras em instituições públicas de Saúde Mental, em Centros de Saúde vinculados ao problema de Álcool e Drogas e na Clínica Psicológica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Será discutida a importância dos aspectos destrutivos observados no diagnóstico psicológico, no que concerne às vinculações com o narcisismo e as relações objetais, pressupondo diferentes níveis de estruturação psíquica. Os dados obtidos em psicoterapia serão objeto de considerações e sugestões para indicação de intervenção psicoterapêutica de maior eficácia.

Palavras-chave: Droga (Vício), Agressividade, Teste de Rorschach, Psicoterapia Psicanalítica.

Analysis of destructivity of drug addicted: Contribution to a psychotherapeutic approach

Abstract

The theoretical understanding of the phenomena of the drug addiction, as well as the analysis of the destructivity, existing in the transference dynamics of these patients, reveals itself as an essential factor, in so far as this destructivity reveals itself not only as a disturbance source of the psychic development, but also to the great difficulty that it represents for a psychotherapeutic approach, which leads to the need of distinguishing between a destructivity more linked to the violence or to the aggressiveness, for a better interventive direction. This article's objective is to demonstrate the importance of the destructivity analysis regarding drug addicts, which will be performed through the presentation of its excessive manifestations of violence and aggressiveness. The destructive expression will be illustrated based on results obtained with drug addicted individuals, 39 patients in a situation of psychodiagnostic and 26 patients in psychotherapy of psychoanalytic orientation, in Mental Health public institutions, in Health Centers linked to the Alcohol and Drug problem and in the Psychological Clinic of the *Instituto de Psicologia* of the São Paulo University. The importance of destructive aspects, as observed in the psychological diagnosis will be discussed, regarding the links with narcissism and object relations, assuming different levels of psychic structure. Data obtained in psychotherapy will be object of considerations and suggestions for indication of psychotherapeutic intervention with higher efficiency.

Keywords: Drug Dependency, Aggressiveness, Rorschach test, Psychoanalytic Psychotherapy.

1. Adicção

A etimologia latina do termo *adicção* remete à submissão do devedor inadimplente ao credor, que podia fazer daquele seu escravo. Optou-se pela utilização desse termo, acompanhando a tendência dos estudos franceses acerca do fenômeno (Blondel, 2004; Brusset, 2004; Chauvet, 2004; McDougall, 2004; Valleur & Matysiak, 2002, 2006), que enfatizam precisamente o caráter de escravização dos indivíduos adictos a uma única solução para escaparem do sofrimento psíquico, com menor ênfase na especificidade do produto/objeto de adicção utilizado.

2. Funcionamento psicodinâmico

A maioria dos estudiosos das adicções não postula a existência de uma estrutura especificamente toxicomaniaca (Timsit & Leduc, 1981; Bergeret, 1983, 1991; Olievenstein, 1985; Morel, Hervé & Fontaine, 1997; Sztulman, 1997; Hervé, 1998; Souza, 1998; Pacheco Filho, 1999; Berendonk & Rudge, 2002; Bittencourt, 1993, 2003; Rabinovich, 2003; Brusset, 2004; Chauvet, 2004; Escobar, 2006; Freire, 2006), mas sim diferentes modos de funcionamento, destacando ora as angústias e defesas peculiares, ora o modo de organização ou esboço de estruturação, sempre com referência às já conhecidas estruturas psicopatológicas.

Talvez a controvérsia esteja ligada à complexidade dos quadros toxicomaniacos observada por Olievenstein (1985), quando assinala que :

o toxicômano sempre é “um pouco” parecido com alguma coisa que ele (terapeuta) já viu: um pouco de psicótico, um pouco de maniaco depressivo, um pouco de perverso, um pouco de homossexual, etc. Um pouco, mas não exatamente – com variações para cada indivíduo, e para o mesmo indivíduo, a cada etapa do atendimento terapêutico. (p. 82).

Bittencourt (1993) e Berendonk e Rudge (2002) também destacam a dificuldade diagnóstica desses casos, principalmente se vigorar a relação de necessidade com o objeto-droga, pois, nesse caso, as relações do sujeito com a fantasia e com o desejo estarão obscurecidas pelo uso da droga.

Alguns, como Bergeret (1983, 1991), Hervé (1998) e Morel, Hervé e Fontaine (1997), descrevem peculiaridades do funcionamento dos drogadictos de acordo com a estrutura de personalidade, e outros aproximam esse modo de funcionamento àquele apresentado nos estados-limite (Brusset, 2004; Chauvet, 2004; Sztulman, 1997).

Bergeret (1983, 1991) identifica que a maior parte das pesquisas epidemiológicas mostram que prevalecem os toxicômanos de personalidades mal-estruturadas, as quais nomeia “personalidades depressivas” – não se podendo falar de estrutura, mas sim em organização. Caracteriza-as por personalidades que exibem uma importante imaturidade afetiva, impedindo o indivíduo de se estruturar solidamente, seja segundo o modo neurótico, seja segundo o modo psicótico. Correspondem a indivíduos mal-organizados afetivamente, com medo do isolamento devido à angústia interior, à pouca confiança neles próprios, que os obriga a procurarem compulsivamente a adesão a um grupo de semelhantes. Além disso, a inscrição edípica não pôde representar o pólo estruturador do conjunto da personalidade e o imaginário genital encontra-se bloqueado, na ausência de suficientes integrações pulsionais. O desejo jamais é suscetível de elaboração e há necessidade de uma remissão às ilusões do processo primário que reclama soluções imediatas, vindas do exterior.

Essas personalidades mal-estruturadas assemelham-se às descrições de Green (1990) com relação às estruturas-limite ou casos-limite, compreendidas como uma espécie de estrutura geral que é indeterminada, mas que pode se voltar tanto para o lado da depressão, como para o lado da perversão, da toxicomania e da psicose. É como se no interior da estrutura psíquica os núcleos psicopáticos, perversos, toxicomaniacos, depressivos e delirantes travassem uma luta para estabelecer qual deles conseguiria apoderar-se da totalidade da estrutura psíquica.

Sztulman (1997) observa que os mecanismos de defesa, a natureza da angústia e, de maneira mais geral, a economia dos sujeitos toxicômanos remete, com frequência, ao que os especialistas observam nos estados-limite de personalidade.

Brusset (2004) também afirma que é por extensão do quadro da clínica dos estados-limite que a adicção é explicada pelos problemas de identidade, pelo *falso-self*

adaptativo, pelas dificuldades de relação afetiva, pela depressividade, pela angústia, pelo vazio e, do ponto de vista metapsicológico, pelo polimorfismo e pela ineficácia dos mecanismos de defesa, que não impedem a angústia, a aflição, ou mesmo o desespero. Acrescenta-se a isso a ausência aparente de ancoragem na organização edipiana, a importância dos mecanismos de clivagem e de projeção, a destrutividade, a fragilidade narcísica no relacionamento com os objetos que estão sempre longe demais ou perto demais, entre o abandono e a intrusão.

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

Por outro lado, McDougall (1984) delimita uma suposta “estrutura adictiva”, em que a atuação representaria uma maneira compulsiva de evitar um transbordamento afetivo, e mais tarde, (McDougall, 2004), vai instituir uma distinção em função da presença de angústias neuróticas, que impedem o acesso ao prazer sexual e narcísico e as angústias psicóticas em pacientes severamente adictos, que ameaçam o sentido de identidade, de integridade corporal e da própria vida.

3. Etiologia e desenvolvimento da adicção

Olievenstein (1985) localiza as possíveis origens dessa dinâmica no desenvolvimento precoce do “futuro toxicômano”, na relação com a mãe que não teria possibilitado a vivência do estágio do espelho de forma plena. Essas observações assemelham-se às de McDougall (2004), que, em termos winnicottianos, destaca as relações iniciais mãe-bebê como determinantes quanto às origens de certos modos de funcionamento psíquico, dentre os quais aqueles que tendem a buscar objetos de adicção. Ressalta que o tipo de relação vivida nessa época pode ser decisivo no que concerne tanto ao desenvolvimento dos fenômenos transicionais, quanto à instauração

na criança da crença em sua capacidade para desenvolver suas próprias fontes psíquicas a fim de atenuar suas tensões afetivas. A autora hipotetiza que em razão de suas angústias e de seus medos e desejos inconscientes, uma mãe é potencialmente capaz de criar em seu bebê uma relação adictiva tanto à sua presença quanto aos seus cuidados. Daí pode sobrevir o risco de que a criança não chegue a adquirir uma representação de uma mãe interna cuidadora, a qual, normalmente, poderia lhe oferecer a capacidade de se identificar a este objeto interno para suportar os estados de sofrimento psíquico. A criança que não chega a uma tal representação permanecerá incapaz de suportar os momentos de tensão de origem interna ou externa, de forma a buscar sempre soluções paliativas, assim como o fazia em pequena, no mundo externo. Dessa forma, a alimentação, as drogas, o tabaco, o álcool, ou outros podem temporariamente servir como esses paliativos do *stress* psíquico e, dito de outra maneira, preencher uma função maternal que a pessoa adicta é incapaz de proporcionar a si mesma.

4. Violência e agressividade

A busca de compreensão da etiologia da adicção a drogas passa por uma observação paralela ao que sucede com as manifestações de violência e agressividade no desenvolvimento do indivíduo, pois muito do que é referido às possíveis origens das condutas antissociais e de agressão destrutiva encontra estreita correspondência com o que ocorre na criança que, no futuro, recorrerá a objetos de adicção. As manifestações agressivas, a princípio, seriam espontâneas e necessárias na criança e somente vão se estabelecendo como agressividade destrutiva a partir da interação com o ambiente.

Isto é o que postula Klein (1927/1996, 1933/1996, 1934/1996) quando afirma haver tendências criminais presentes no curso do desenvolvimento de todas as crianças, inclusive das normais.

Winnicott (1966/1994) também se refere a amor e ódio como elementos constitucionais, que envolvem agressão, mas que a princípio a criança não tem uma intenção destrutiva. Ela é apenas um sinal de vida, de vitalidade, como que um movimento muscular para começar a discriminar o *eu* e o *não eu*. Algo que teria a ver com a voracidade, um amor apetite primário, que não visa causar dano ao objeto.

Falando-se de vida e vitalidade, podemos nos remeter à pesquisa realizada por Bergeret (1994) sobre o termo violência, o qual ele nos informa que decorre de um radical indo-europeu, que em sua passagem para o grego e para o latim (*vita*), define somente a vida, a força vital, o *elã* da sobrevivência, e que em sua origem o termo só se relaciona com a ideia de vida, não implicando qualquer conotação destrutiva ou erótica. Ele acrescenta que o psicanalista não pode se deixar levar pelo sentido derivado desse substantivo, sobretudo quando utilizado no plural, porque o uso comum induz a uma confusão entre as noções de violência e agressividade. E que o psicanalista possui modelos claros destas noções, principalmente no que tange à agressividade, mas também no que concerne à violência, pois, desde 1897, Freud fala de uma crueldade instintiva primitiva presente tanto na criança, quanto no selvagem, não sendo questão de ódio, nem de amor. Diante de dados clínicos, o psicanalista não deve confundir a violência instintiva primitiva com os destinos desta no domínio da psicopatologia. Para compreender os pacientes no cotidiano clínico, não se deve confundir violência e agressividade, o que Bergeret (1994) procura diferenciar sob o ponto de vista da natureza, do objetivo e da relação com o objeto da pulsão:

– a violência é apenas um instinto primitivo, talvez isolável em estado puro e nascente, cujo objetivo limita-se à satisfação da necessidade de sobrevivência narcísica. A manifestação desta violência, mesmo em ato, não dá lugar ao prazer nem ao ódio. Na simples violência, o objeto conserva um papel mais modesto, mais próximo de um *não eu* elementar, do que um objeto autorizando uma relação introjetável na sua ambivalência erotizada. O *self* violento permanece direcionado a uma problemática narcísica, ele só pensa em si mesmo.

– a disposição agressiva já pressupõe uma mistura pulsional entre *camadas* violentas e sexuais. O agressivo obtém prazer em fazer mal ao objeto, isto por razões conflituais e relacionais precisas, colocando em jogo o imaginário triangular edipiano e a ambivalência afetiva. Trata-se de fazer o maior mal possível ao objeto, obtendo o máximo de prazer, sem parar de pensar que este objeto permanece ligado à representação de um prazer interdito. Para Bergeret (1994) esta distinção é bastante importante nos pacientes limites-depressivos,

principalmente aqueles que apresentam excessiva carência narcísica.

Adotando posição intermediária entre Bergeret e Freud, que procura reunificar estes termos em torno da concepção de pulsão de morte ou de destruição, Green (1994) propõe distinguir diversos tipos de violência e reunir noções próximas como agressividade e ódio em um conjunto, em conexão com a pulsão de morte. Ele considera aceitável a pulsão de morte como teoria e que a destrutividade seja parte integrante e fundamental da estrutura psíquica humana. Concebe a ideia de uma fonte comum para as pulsões de vida e de morte, mas julga que se deva fazer diferenciações entre elas, sem que se esqueça que pode ocorrer a intricação e a desintricação destas pulsões. Assim, do lado das pulsões de vida, ele coloca as pulsões de autoconservação, narcísica e objetual eróticas e agressivas. Observa também que, na experiência analítica, a violência é a força latente que gira em torno de toda transferência e que é absurdo julgar que ela possa estar ausente. O papel do objeto frente à violência é o de assegurar a ligação, de conferir sentido a ela e de ajudar a assimilar a violência pulsional transformando-a. Nesta fala, em um Colóquio de Mônaco intitulado “Os destinos da violência”, Green (1994) afirma suas posições de forma bastante abrangente, indo além da questão psicopatológica, que é o foco deste trabalho e de outras apresentações de renomados psicanalistas que fizeram parte deste evento. Mas, ao falar de transformação da violência pulsional, remete-nos novamente a Freud, quando este é solicitado por Einstein em 1932, para se pronunciar, como conhecedor do gênero humano, sobre a seguinte questão: “Que se pode fazer para desviar os homens da fatalidade da guerra?”

A resposta-texto de Freud recebeu o título de “Por que a guerra?” (1933/1976) e parece-nos apropriada a este contexto, pois ele utilizou o termo *Violência* para opor ao termo *Direito*, substituindo a oposição *Poder x Direito*, mencionada por Einstein. Trata-se, de acordo com o próprio Freud, não de uma resposta prática, mas de uma simples indicação de como se apresenta o problema da prevenção das guerras, de um ponto de vista psicológico. Ele começa afirmando que os conflitos de interesse entre os homens são fundamentalmente resolvidos pelo recurso à violência. Que é assim no reino animal, do qual o homem não pode se excluir; mas no homem acrescentam-se

os conflitos de opinião que atingem as mais altas esferas de abstração e que parecem exigir uma outra técnica de arbitragem. Freud (1933/1976) segue afirmando que na horda humana era a superioridade muscular que decidia quem devia ter alguma coisa ou realizar sua vontade, que foi substituída pelos instrumentos e pelas armas, e com estas a superioridade intelectual passou a suplantar a força bruta, mas a intenção última do combate permaneceu a mesma. No curso da evolução, um caminho conduziu a violência ao direito. Qual? A grande força de um pode ser compensada pela união de diversos fracos: “a união faz a força”. Vemos que o direito é a força de uma comunidade, mas trata-se sempre de uma violência. A diferença é que se trata não mais da violência de um indivíduo que se impõe, mas da violência da comunidade. Para que esta transição da Violência ao Direito ocorra, esta reunião de diversos deve ser estável e duradoura. Outra forma de mudança do Direito advém das mutações culturais dos membros da comunidade. Tudo que promove desenvolvimento cultural trabalha contra a guerra. Mudanças psíquicas que são paralelas ao processo cultural são evidentes e desprovidas de toda ambigüidade. Elas consistem em deslocamento progressivo dos objetivos pulsionais e uma limitação das pressões pulsionais.

Acompanhando esta comunicação de Freud, passamos a refletir sobre as possibilidades de mudanças da pulsão destrutiva humana que poderiam ocorrer também nos processos psicoterápicos e mais especificamente sobre a evolução da violência para a agressividade destrutiva e as respectivas transformações que contribuem para o desenvolvimento, propostas por Bergeret.

5. Narcisismo, depressão e desenvolvimento

Em seu famoso artigo, “Para introduzir o narcisismo” (1914/1976), Freud procura determinar o que sua teoria poderia contribuir para a compreensão e o tratamento da psicose, estabelecendo as distinções desta com a neurose, principalmente no que concerne ao narcisismo. No seu entender, o narcisismo, o amor a si mesmo, precede, como o autoerotismo, a noção de relação de objeto, sendo este um ponto nodal diferenciador entre psicose e neurose. Refletindo sobre a situação

de vulnerabilidade do bebê humano, com sua incapacidade de fazer face às suas próprias necessidades, ele identifica o papel que esta vulnerabilidade desempenha na organização do narcisismo primário.

Amar (2009) interpreta esta abordagem freudiana do narcisismo primário como um período da vida do bebê que inspirou muitos psicanalistas, dentre eles Melanie Klein (1952), cuja concepção da continência do bebê pelos cuidados maternos sugere que a mãe fornece ao bebê um objeto interno ao funcionamento psíquico com o qual o bebê pode se identificar, chegando a conceber um fantasma de mundo interior e de mundo exterior. Esta autora concebe ainda a existência de relações psíquicas precoces entre o bebê e o mundo externo, isto é, a mãe, o pai e outras pessoas que cuidam do bebê, como marcadas por um fenômeno normal, tendo uma função de defesa contra a angústia, mas que é suscetível de assumir uma dimensão patológica pela intensidade excessiva ou por sua rigidez. Trata-se da identificação projetiva e introjetiva, que são plasmadas nas primeiras experiências de alimentação, do segurar o bebê nos braços, do contato pele com pele, que vão favorecer a introjeção pelo bebê de um objeto interno maternal suficientemente bom para protegê-lo e animá-lo. Contudo, quando o bebê é atormentado por dores e mal-estar interno, ele projeta-os para fora e tem necessidade de que estes elementos negativos não retornem para ele, havendo a necessidade de um objeto que possa receber e conter estes elementos. É o mecanismo de identificação projetiva que sempre se acompanha de uma clivagem do objeto em bom e mau. A criança evolui entre duas posições: esquizo-paranóide e depressiva. A primeira caracterizada pela persecutoriedade, a clivagem do objeto, mas também o temor da retaliação por parte do objeto ferido ou agredido fantasmaticamente. A posição depressiva que corresponde à capacidade da criança a conceber um objeto de amor unificado, uma pessoa única, eventualmente insubstituível, que pode ser perdida. Uma dificuldade particular de sustentação da posição depressiva no que ela tem de fecundo e criativo, de reconhecimento da unidade e da individualidade da pessoa humana pode levar – sob o efeito de um sentimento de culpa inconsciente – ao sentimento de uma dor moral profunda por ter perdido irremediavelmente o objeto de amor, como se observa na depressão

melancólica, ou nas fortes depressões por perda de continência na criança e no adolescente.

Ainda de acordo com Amar (2009) o ódio do amor e as defesas violentas contra a angústia depressiva são noções que não entram no âmbito da psicose, nem da neurose e que se revestem de uma certa importância psicopatológica no momento atual, pois elas estão implicadas nas patologias perversas e adictivas. Tais tipos de defesas são caracterizadas pela decepção com o laço objetal relacionado com a qualidade insuficientemente boa do objeto, ou com uma agressividade muito forte do sujeito em sua identificação projetiva. A organização libidinal de tais estruturas que se integrariam bem nos *estados limites* leva-os a se afastarem de uma relação afetiva com um objeto humano, sempre aleatório em sua resposta, e a se voltarem preferencialmente para uma relação com um objeto concreto e às sensações que ele pode induzir, como é o caso da droga para o adicto.

Nestas estruturas é que podemos encontrar no âmbito da psicoterapia o que Resnik (1994) chama de narcisismo destrutivo e que se desenvolve em conexão com os conceitos de ferida narcísica e reação terapêutica negativa. Para ele, no nível da transferência, as reivindicações infantis e a avidez do paciente vão provocar sentimentos de inveja em relação ao terapeuta, que o coloca em contato com aspectos de seu mundo interno, por ele desconhecido. Se o paciente é muito orgulhoso, ele encontrará enorme dificuldade para tolerar uma ajuda, um esclarecimento, da parte de um outro, o terapeuta. Ele padece de um conflito entre ter necessidade de ajuda e atacar a mão que lhe é estendida. Esta situação conflitual, intrapsíquica e intersubjetiva ou relacional cria uma situação repetitiva e circular, que faz parte daquilo que se pode chamar de “reação terapêutica negativa”.

Anderson (1994) nos alerta para as defesas violentas contra as angústias da posição depressiva, particularmente nestes pacientes que funcionam em um nível mais *borderline* ou narcísico, pois a posição depressiva configura-se para eles um estado vagamente à distância e temido, devido à ameaça de confronto entre um *self* frágil e os sofrimentos que eles não poderão suportar.

Objetivo

Neste trabalho, pretende-se demonstrar a importância da análise da destrutividade de adictos a drogas, através da apresentação de suas excessivas manifestações de violência e agressividade, que permeiam suas falas nas entrevistas iniciais, nos resultados obtidos no método de Rorschach, dados constituintes de processo psicodiagnóstico e no registro do discurso na intervenção psicoterapêutica.

Justificativa

A importância desta análise reside na possibilidade de maior compreensão do diagnóstico psicológico, essencial para a direção do tratamento, sabendo-se da expressiva dificuldade deste grupo clínico em investir e aderir a intervenções psicoterápicas, qualquer que seja a abordagem, mas especialmente de orientação psicanalítica. Considerando-se que a ampliação do conhecimento e da discussão sobre a dinâmica específica desses pacientes possa auxiliar na construção de estratégias de intervenção mais adequadas, espera-se que este trabalho possa ser uma contribuição neste sentido, a partir da experiência clínica das autoras.

Método

1. No processo psicodiagnóstico

Sujeitos

39 pacientes (38 do sexo masculino e 01 do sexo feminino), dependentes de maconha e/ou cocaína há pelo menos um ano.

Instrumentos

- Entrevistas semidirigidas.
- Método de Rorschach em aplicação individual.

Procedimentos

Os pacientes passavam por algumas entrevistas iniciais, cuja quantidade variava em função da demanda particular de cada caso, eram submetidos ao Método de Rorschach e, posteriormente recebiam a devolutiva do processo psicodiagnóstico, com eventual indicação psicoterápica de orientação psicanalítica na Clínica Psicológica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP).

Análise de dados

O Método de Rorschach foi aplicado, classificado e avaliado de acordo com o Sistema Francês (Rausch de Traubenberg, 1998; Chabert, 2003, 2004). Os dados do Psicodiagnóstico, incluindo Entrevista e Método de Rorschach foram analisados quantitativa e qualitativamente, mas neste estudo serão apresentados apenas os relativos ao tema em foco.

2. No processo psicoterápico

Sujeitos

26 pacientes (24 do sexo masculino e 02 do sexo feminino), cujas drogas de escolha são a maconha e/ou a cocaína, com a prevalência desta última, dependentes há pelo menos um ano. Há expressiva prevalência de sujeitos do sexo masculino por disparidade na busca espontânea por tratamento na instituição onde a pesquisa interventiva foi realizada. A faixa etária predominante vai de 17 a 25 anos. Alguns destes pacientes passaram pelo psicodiagnóstico antes da psicoterapia na Clínica Psicológica do Instituto de Psicologia da USP, e outros vieram diretamente para a Psicoterapia por indicação externa.

Procedimentos

Os pacientes foram atendimentos individualmente em sessões com duração de 50 minutos e frequência de uma ou duas vezes por semana.

Análise de dados

As sessões foram registradas após sua realização e aqui serão apresentadas algumas vinhetas focalizando as manifestações que pretendemos ressaltar.

Resultados e discussão

1. No processo psicodiagnóstico

A) Entrevista

a) Dados pessoais e relativos ao consumo de droga:

Em sua maioria, são indivíduos solteiros, na faixa etária entre 17 e 23 anos, de baixa escolaridade. O motivo para a busca do atendimento era *parar o consumo da droga*, sendo a cocaína a droga mais consumida, seguida pela maconha. A maior frequência em relação à idade de início do consumo ocorre

entre 11 e 17 anos. A maioria faz uso cotidiano e individual da droga. Os efeitos mais esperados com o consumo da droga relacionavam-se à *fuga da realidade, esquecer os problemas, diminuir a tensão e não se deprimir*.

b) Aspectos afetivo-relacionais

Na infância e adolescência, quase 90% destes indivíduos tiveram dificuldades nas relações com os pais, seja porque eles eram agressivos, adictos a drogas ou eram pais ausentes (62%), seja porque os pais eram separados de suas mães (23,5%). Por outro lado, as más relações com as mães apresentam menores proporções, só vindo a se tornar mais difíceis a partir do consumo de droga.

As relações com suas namoradas ou esposas são consideradas boas por 15% deles, enquanto outros mencionam a existência de conflitos (41%) e outros não mantêm relações afetivas no momento (44%).

No que concerne à sexualidade, os problemas situam-se no registro da homossexualidade, bissexualidade ou da falta de relações afetivo-sexuais (36%).

Aqueles que mantêm relações heterossexuais (65%) dizem que a droga não afeta seus relacionamentos de forma significativa.

Estes pacientes consideram que sua capacidade de manter bom relacionamento é boa e normal (58%) enquanto que 41% consideram-se tímidos e inibidos.

B) Método de Rorschach

a) Abordagem quantitativa e qualitativa

1. Determinantes cinestésicos

As **cinestésias humanas (K)** são de boa qualidade em sua maioria. Este tipo de movimento ativo está concentrado na prancha III, onde se encontram figuras humanas femininas e indefinidas. Como o grupo é constituído majoritariamente por indivíduos do sexo masculino, poder-se-ia esperar que a frequência de representações masculinas fosse maior, o que sugere a tendência de inversão no processo de identificação sexual. Quanto às percepções humanas sexualmente indefinidas, isto poderia caracterizar a impossibilidade de assumir uma posição sexual. É provável que haja um temor da figura masculina, pois o maior número de representações humanas

masculinas encontra-se nos conteúdos parahumanos e fantásticos, em geral na prancha IV. A representação de relações entre os personagens é reduzida, havendo quase que a mesma proporção de relações positivas e negativas, destacando-se nestas as agressivas e persecutórias, o que sugere vivências afetivas bastante ambivalentes. Prevalece a tonalidade desagradável nas representações, talvez pela dificuldade que os sujeitos encontram frente ao relacionamento humano. Daí a necessidade de *se esconder* sob uma segunda pele, representada pela colocação constante de roupas e acessórios nos personagens.

As **cinestésias animais (kan)** encontram-se sobretudo nas pranchas V, VIII e X, com boa qualidade formal em sua maioria, indo do mais forte ao mais fraco animal, numa oscilação que lembra a valorização e a desvalorização em termos de imagem. A expressão de relações entre os animais mostra a prevalência de tonalidade desagradável e de conteúdos agressivos, o que nos leva a pensar que aquilo que já fora evidenciado com os humanos exacerbou-se nos animais. Sabendo-se que representações projetadas nos animais configuram-se mais primitivas e menos integradas à personalidade atual, observa-se a tentativa de reprimir as pulsões agressivas, consideradas como inadequadas no plano das relações humanas.

Nas **cinestésias de objeto ou forças da natureza (kob)**, a ênfase é colocada no simbolismo feminino/maternal nas pranchas II e IX e no simbolismo sexual da prancha VI. A projeção do movimento privilegia as pulsões agressivas e sexuais, que não encontram uma expressão mais socializada, gerando assim permanente conflito.

2. Determinantes de cores

Nestas respostas, o maior número concentra-se naquelas que utilizam prioritariamente a cor e secundariamente a forma (CF), atravessando uma extensa gama de conteúdos nas pranchas coloridas. O que caracteriza menor capacidade de controle dos afetos e uma expressão emocional lábil. O uso do vermelho nas pranchas II e III está ligado à agressividade e sexualidade, com uma expressão afetiva regredida.

3. Determinantes de tonalidades (claro-escuro)

As respostas de tonalidades puras (E) mostram absoluta prevalência da difusão nas imagens, cujos conteúdos denunciam a fragilidade, a fluidez e a instabilidade, em função dos limites e contornos mal definidos, ou são de nível regredido, como se os sujeitos padecessem de uma fraqueza egoica que não possibilitasse se construir em torno de um núcleo sólido. Nas respostas de tonalidade com a forma secundária (EF), os conteúdos são mais diversificados, mas eles acentuam o caráter fluido das representações. As respostas de *textura* são mais frequentes nas pranchas VII e IX, de teor menos agradável, parecendo remeter às relações objetivas precoces. Nas respostas em que a forma é prioritária ao sombreado, surgem *textura* e *difusão* na mesma proporção, a primeira mais ligada aos contatos corporais precoces e a segunda à busca de controle dos sentimentos de falta de segurança e de limites corporais.

4. Outros Conteúdos

Segundo Chabert (2003), os conteúdos podem ser analisados em suas valências agressiva, regressiva e sexual, podendo ser representados em diversas categorias de conteúdo. Neste grupo de pacientes, a valência agressiva foi a mais frequente, representada em conteúdos menos evoluídos. Os conteúdos anatômicos mais frequentes referem-se a *tórax*, *pulmão* e *coluna vertebral*. Por outro lado, o percentual de angústia patológica acima de 12% leva a pensar em preocupações corporais que, associadas às constantes respostas de difusão, refletem a dificuldade de integração da imagem corporal, uma identidade difusa, representada por imagens humanas envoltas em *fumaça*.

5. Conteúdos de valência agressiva

Independentemente da categoria dos conteúdos, identificam-se expressões agressivas e violentas em diversas respostas. Por exemplo, em figuras fantásticas (“duendes prestes a *sair* no *tapa*”, “duende de touca escondendo algo que ‘não é uma faca’”); em animais (“arrancaram a cabeça do gorila e espirrou sangue”, “um rato saindo do corpo de um canguru”, “porco espinho que morde”, “porco com cara de mau”, “um grilo querendo pular de raiva”, “insetos formando um triângulo de ataque” e “leão de boca aberta”); nos

Elementos (“fogo”); (em Fragmentos (“furação”, “ciclone”, “vulcão”); em Plantas (“folha seca, pontuda”, “um tronco entrando em um corpo”); em Objetos (“espada”, “lança”, “alicate”, “machado” e “bumerangue”); em respostas puras de Sangue; na Abstração, temos a “discórdia”.

Além dos Conteúdos Agressivos, vale destacar:

– as atitudes durante a aplicação que também evidenciam a tendência à oposição, como o excesso de giros da prancha na posição contrária à solicitada;

– o excessivo número de percepções de espaço em branco, que além de ser uma oposição, no sentido de perceber o fundo e não a figura, também falam de uma sensibilidade à falta e ao vazio.

6. Fenômenos Especiais

Neste grupo, as respostas *reflexo* apresentam-se sobretudo nas pranchas VI e VIII e as respostas especulares na prancha III. No entanto, o raro fenômeno de *recusa da simetria* deve ser sublinhado, pois, assim como as respostas especulares, configura-se como representativo de um narcisismo exacerbado. O sujeito, ao invés de ver duas imagens nas manchas simétricas, vê apenas um lado, o que seria análogo ao fato de não poder *ver* ou *considerar* o outro no plano das relações humanas. Seria a *centração* sobre si mesmo, característico do funcionamento narcísico. Tal fenômeno também foi observado por alguns pesquisadores rorschachistas, participantes do grupo suíço de Lausanne coordenado por Rossel, em especial, Collete Merceron (2005) em seu trabalho com psicopatas.

Discussão sobre o Psicodiagnóstico

Pelas entrevistas, pode-se supor que a grande maioria desse grupo passa por conflitos que dificultam o estabelecimento de relações afetivo-sexuais saudáveis. Em geral, não dispuseram de um ambiente familiar que favorecesse um bom desenvolvimento psicológico, seja pela falta de apoio paterno, seja pela atitude ambígua das mães, que se configuram como presença concreta, mas pouco contidas às necessidades dos filhos. Ao ouvirmos estas mães, no início do atendimento a seus filhos, pudemos várias vezes depreender de suas falas e atitudes aquela mãe mencionada por Winnicott (1956/1994)

em seu livro *Privação e Delinquência*, que pode ter proporcionado alguma continência até certo ponto do desenvolvimento da criança e que a partir de alguma mudança interna e/ou externa, sua capacidade de conter as angústias da criança e de se preocupar com ela, foi duramente atingida.

No Rorschach, temos resultados que revelam tanto aspectos neuróticos, quanto alguns próximos à psicose. No nível neurótico, identificamos as dificuldades no estabelecimento de relações, com certa ambivalência, pois além de relações amistosas, vemos a predominância de relações marcadas por agressividade. Há evidentes dificuldades no processo de identificação secundária, mas a maioria parece ter alcançado alguma integração no estabelecimento da identidade, ainda que de forma frágil e oscilante. Neste ponto é que se aproximam, mas também diferem do funcionamento psicótico, cuja dinâmica é marcada por uma identidade não integrada. Razão pela qual são identificados pelos psicanalistas, estudiosos mais recentes das adições, como “estados-limites”, “casos-limites” ou “estruturas-limite” (Green, 1990; Sztulman, 1997; Brusset, 2004; Chauvet, 2004) ou algo similar como Bergeret (1991) quando fala de personalidades mal-estruturadas ou como Olievenstein (1985), Bittencourt (1993), Berendock e Rudge (2002), McDougall (2004), que se baseiam nas diferentes manifestações típicas a diferentes expressões psicopatológicas. Constatamos que a força das pulsões sexuais e agressivas marcadas pela pré-genitalidade exercem constante pressão e a necessidade de adequar-se às exigências sociais coloca o sujeito em permanente conflito e em posição insustentável. Daí podermos compreender o desejo, que se transforma em necessidade, de se alienar na droga. A fuga ocorrendo não só da realidade externa com suas frustrações habituais, mas a fuga, principalmente, de si mesmo, por ter que sediar posições aparentemente inconciliáveis. Quando relembramos algumas falas de nossos sujeitos sobre a necessidade de consumir droga para “ficar na paz”, “aliviar a tensão”, “fugir dos problemas”, que eles mal conseguiam verbalizar quais seriam, compreendemos que, além da realidade externa, está preponderantemente em causa, a realidade interna, a dinâmica afetiva.

No que concerne à dinâmica afetiva, destaca-se em grande escala não só as

tendências agressivas, mas também a expressão de angústia primitiva e narcisismo patológico. Tais aspectos conjugados parecem estar funcionando como uma defesa contra a depressão, que estes pacientes não suportariam em vista de sua semelhança com a morte. Envidam grande esforço para manter um *falso-self*, no que a droga vem ajudá-los.

O dinamismo encontrado nestes resultados guarda correspondência com as contribuições teóricas de Green (1983) quando associa sobre a angústia e narcisismo, a de Kernberg (1995), sobre a intricação entre agressividade e narcisismo destrutivo e o de Bleichmar (1983) sobre a “depressão narcísica”, que seria o centro de um triângulo, cujo vértice seria o ideal narcísico elevado, a desvalorização da representação de si mesmo e a agressividade da consciência crítica.

2. No processo psicoterápico

Resultados

Dentre os 26 pacientes atendidos, poderíamos considerar que 14 tiveram uma evolução positiva, podendo retornar ao estudo e ao trabalho, com maior regularidade e bom desempenho. Como também passaram a estabelecer relações de forma menos agressiva e, principalmente, de maior respeito e consideração com o outro, marcando sua assunção a uma posição desenvolvimental próxima à posição depressiva. Tal resultado resultou da própria avaliação das terapeutas em consonância com os pacientes. Alguns ainda continuam em processo de psicoterapia.

Discussão sobre a psicoterapia:

A psicoterapia com pacientes adictos é reconhecida por todos que se dedicam a ela como de difícil manejo, pois as manifestações de agressividade diretas ou indiretas estão sempre presentes, ainda que certas vezes de forma bem dissimulada. A começar pelo estabelecimento de um enquadre que o paciente, inicialmente, sempre busca subverter. São as demandas constantes de mudanças de horário, as dificuldades em cumprirem os horários combinados, a não comunicação de quando irão faltar, mas reagem muito mal a qualquer atraso ou mudança solicitada pelo profissional. É a prevalência do princípio do prazer e ao mesmo tempo uma forma de testar a tolerância do terapeuta, ao qual o paciente

transfere sua necessidade e demanda de ter um tratamento especial, para preencher suas falhas narcísicas. São atitudes inconscientes decorrentes da necessidade de um cuidado e de uma valorização que não tiveram e ao mesmo tempo de um temor da proximidade relacional, que poderá torná-lo muito frágil e dependente desta relação terapêutica, com o risco que poderá correr do abandono e da desvalorização já vivenciados nas relações precoces com as figuras significativas que fizeram parte de seu desenvolvimento. Tal dinâmica é semelhante àquela mencionada por Resnik (1994) em sua experiência como psicanalista, como sendo a expressão do narcisismo destrutivo, que gera o conflito entre a necessidade de ter ajuda e o orgulho ou arrogância que dificulta aceitá-la.

As contribuições teóricas sobre a etiologia da adicção (Olievenstein, 1985; McDougall, 2004) e das manifestações agressivas na tenra infância (Klein, 1927/1996; Winnicott, 1964/1994) ressaltam as dificuldades relacionais precoces com a figura materna e a ausência da figura paterna, como favorecedora do processo de identificação secundária, em conexão com as vicissitudes do complexo edípico. Tal constituição vai nos trazer as questões propostas por vários autores sobre os destinos da violência na psicopatologia e em especial a colaboração de Bergeret (1994) que parece elucidar bem a evolução e a congruência desta evolução no que concerne a nos depararmos com uma violência mais primitiva, em que a luta é travada num nível mais primitivo de sobrevivência narcísica, ou se nos encontramos diante de uma violência que passa a se chamar de agressividade com as repercussões e representações que ela assume na psicopatologia. A conexão entre a nosologia psicopatológica psicanalítica e a descrição do desenvolvimento psicológico de todo indivíduo em termos de posições esquizo-paranóide e posição depressiva descritas por Klein (1933/1996) vão nos alertar sobre as defesas violentas erigidas contra a angústia depressiva no decorrer de uma intervenção psicoterapêutica. Anderson (1994) vai destacar as defesas violentas contra as angústias da posição depressiva que pacientes mais narcísicos ou *borderline* (como os nossos) vão apresentar no processo terapêutico devido à fragilidade deste pacientes para enfrentar sofrimentos que eles não poderão suportar. Amar (2009) ressalta a importância destas defesas violentas contra a angústia depressiva,

pois elas estão implicadas nas patologias adictivas, onde o sujeito tenta se afastar do objeto humano com o receio de suas respostas aleatórias, para se abrigar na relação com um objeto concreto, cujas sensações ele conhece, como é o caso da droga para o adicto.

Chegamos aqui à importância desta distinção que pode ser vislumbrada tanto através do Rorschach, quanto através do processo psicoterápico, com suas manifestações secundarizadas de violência (agressividade), que já implica em relações marcadas por ambivalência, por questões sexuais, agressivas e de dominação, aproximando-se do nível neurótico. Ou por manifestações mais elementares e primitivas, que se assemelham ao funcionamento psicótico.

Mas por que nos interessa esta distinção psicopatológica? Porque ela pode orientar procedimentos e cuidados na psicoterapia e nos encaminhamentos complementares necessários dentro de uma instituição. Especialmente quando esta instituição é um serviço dentro de uma Clínica-Escola e tal esclarecimento pode dirimir dúvidas diagnósticas sobre pacientes que apresentam o sintoma comum da adicção, mas que podem apresentar uma variedade de funcionamentos dentro de uma estrutura limite. Para os supervisores que estão atuando com aprendizes principiantes, esta distinção permite sugerir estratégias terapêuticas mais condizentes com o nível da patologia e dos recursos preservados que os pacientes apresentam.

Se há variabilidade entre estes pacientes, como acentuam as várias teorias já mencionadas, também pudemos constatar algumas similaridades, no que diz respeito a algumas características do grupo familiar, dos pacientes e de suas interações, conforme nos apontaram Olievenstein (1985) e Bergeret (1991), com suas experiências nesta área e que serão ilustradas com trechos das falas dos pacientes em atendimento psicoterápico:

Relacionamento ambíguo da mãe com os filhos

Ainda que sejam mães presentes no convívio e adequadas nos cuidados básicos materiais, os pacientes queixam-se de sua falta de afetividade e de correspondência às suas reais necessidades:

“Quando minha mãe chega, é só gritaria, só grito. Ninguém fala com

ninguém, só grita. Piora quando ela chega. Antes disso, ninguém se fala, mas aí ela chega gritando... Tem muito ódio de mim pros meus irmãos, deles pra mim, da minha mãe pra gente (...) Ao mesmo tempo dela eu sei que tem amor” (N.V., 18 anos)

“Minha mãe não me dá atenção, tá sempre ocupada. Tem um monte de coisa pra fazer, tem que trabalhar. Aí vem reclamar que eu tô distante. Ou chega no final de semana que ela não tem nada pra fazer, quer que eu fique em casa”. “Ela me disse que eu sou um refugo, que ela não me queria mais em casa... que eu não servia pra nada, que eu só dava problema, desde pequeno. Falou outras coisas horríveis que eu não gosto nem de pensar”. (O.P., 23 anos)

Pais ausentes

Muitos pacientes cresceram sem conhecer ou sem ter um contato mais próximo com seus pais biológicos. Mesmo aqueles que tiveram pais presentes fisicamente, revelaram que eles não puderam cumprir este papel:

“Me doía muito não ter um pai presente. Tinha dia dos pais na escola, eu ficava muito triste olhando todo mundo com os seus pais e eu sozinho. Hoje não me faz mais falta, hoje eu aprendi a me virar. (...) a gente mantém uma relação estritamente social. De vez em quando eu almoço com ele, mas a gente não tem a menor intimidade”. (O.P., 23 anos)

“... e meu pai sempre foi muito ausente, mas eu não acho que isso tenha sido um problema pra mim. Ele não tava lá nem no dia que eu nasci. (...) Mas pra mim nunca foi um problema. Eu nunca me dei bem com ele mesmo. (...) Meu pai um dia me disse que eu era uma aberração. Só porque eu sou diferente dos outros? Só porque eu com doze anos me interessei pela cultura japonesa e não por inglês?” (C.J., 25 anos)

Rivalidade, ainda que velada, com os irmãos

Observa-se que a atitude das mães com o filho se modifica com a chegada de irmãos e principalmente irmãs mais novas, despertando

muito ciúme e ódio em relação aos pais ou mesmo na relação fraterna:

“Ela (irmã) sempre foi a queridinha do meu pai. Nela, ele nunca bateu, acho que porque ela era mulher, não sei, mas nela ele nunca fez nada, só em mim. Eu falo ‘mãe, eu queria conversar com você’, ela fala ‘tô com sono, amanhã a gente conversa’. Mas aí minha irmã chega em casa mais tarde que eu, elas ficam conversando” (O.P., 23 anos)

“Eles (os pais) nunca me entenderam. Meu pai queria que eu tivesse os mesmos gostos idiotas das minhas irmãs, que eu ficasse na mesmice, mas eu não sou assim.” (C.J., 25 anos)

“...minha casa não existia, o terreno era da minha avó e a gente morava na casa dela. Aí meus pais construíram a minha casa grudada na casa da minha avó, aí eu durmo no porão. É meio separado.(...) Desde que minha irmã nasceu. É que nossa casa só tem dois quartos, aí ela ficou lá onde era o meu quarto e eu fui lá pra baixo”(G.R., 19 anos)

Questões ligadas ao narcisismo negativo

Destacam-se frequentes dúvidas quanto ao próprio valor e consequentes relações de competitividade e agressividade. Cada um à sua maneira parece buscar “fora”, no ambiente e em outras pessoas, fora do ambiente familiar, alguma resposta quanto a uma dúvida interior e profundamente arraigada do próprio valor, que não foi interiorizado nas relações parentais:

“Porque eu vou muito na ideia dos outros. Eu não queria fazer as coisas aí vem um e fala ‘vamos fazer, não pega nada’, eu falo ‘não, não quero, não tô afim’. Mas aí se insiste mais um pouco, eu falo tudo bem. É como se eu não tivesse personalidade. Minha personalidade é muito fraca ” (W.F., 17anos)

“Direto eu vou lá na casa da minha mãe conversar com ela agora, eu pergunto pra ela se eu mudei, se eu tô um cara mais responsável, agora que eu não uso mais droga.”

“Minhas amigas disseram que todo mundo gosta de um feedback, mas pra mim é demais, eu quero o tempo todo que me digam o que acham de mim.” (O.P., 23 anos)

Muitas vezes essa dúvida desencadeia muita competitividade com os que estão à volta. Parecem ter a necessidade de afirmar sua superioridade, para não entrarem em contato com o sentimento de inferioridade. Quando esse sentimento emerge, são frequentes as atitudes intensamente agressivas e impulsivas.

“Eu tenho que ser a melhor em tudo, não admito perder. Que nem em discussão, eu posso tá errada, mas a última palavra tem que ser minha. (...) Se a S. (amiga) discorda de mim eu agarro no pescoço dela (gesticula) e falo ‘o que garota?’, aí ela sempre acaba concordando (risadas)” *“Eu nunca me dei bem em escola por causa dos professores. Eles são mó babacas, se colocam numa posição superior. Aposto que eu já li muito mais que todos os professores de literatura das escolas onde eu estudei.”* (P.M., 17 anos)

“ um tiozinho... falando por cima, com arrogância, isso foi o que mais me irritou, falar comigo daquele jeito, um cara que fica atrás do balcão...”

“Essa semana eu tive uma briga séria com a minha irmã. (...)“O jeito dela, ela é muito arrogante. (...) Por isso que eu parti pra cima. Ela fala como se ela fosse a dona do mundo” (O.P., 23 anos)

A dificuldade de vivenciar frustrações e consequente depressão

“...Não quero pensar nos problemas de traição da minha mulher, não é possível você me dar um comprimido para eu parar de pensar e apagar?” (N.M. 24 anos)

“Tenho que agitar os colegas, beber, jogar, puxar um fumo, senão fico pensando que não tenho ninguém, pois a mina não quer mais saber de mim... acho que nunca mais vou conseguir alguém na vida...” (P. S. 22 anos)

Considerações finais

Estes resultados sugerem, por um lado, a necessidade de consumo de drogas para reduzir o sofrimento psíquico, por outro lado, a necessidade de erigir um *falso-self*, para fazer face às demandas internas e externas, visto que se vislumbram conflitos exacerbados, mas com o sentido de realidade parcialmente preservado. Os sentimentos de depressão e de desvalorização de si mesmo (narcisismo destrutivo) são reprimidos pelos efeitos alienantes da droga. Frente a uma ampla expressão de agressividade, angústia e narcisismo patológico, relembramos a contribuição winnicotiana sobre a compreensão das tendências antissociais, onde a agressividade, como sintoma, não deve ser vista apenas como algo negativo, mas um sinal de esperança, pois na falta dela viria a depressão.

Concluimos também que, mesmo a partir de maior conhecimento sobre o psicodinamismo destes pacientes, com suas similaridades, mas também com suas especificidades, é exigida do terapeuta uma leitura particular do lugar ocupado pela destrutividade no funcionamento psíquico. A experiência e o conhecimento não podem garantir, mas podem indicar caminhos para algum sucesso terapêutico, se considerarmos que este depende não só do conhecimento, mas da relação transferencial, que vai favorecendo transformações e metabolizações da agressividade e evoluções na capacidade de tolerar frustrações, em função da segurança e afirmação advinda da interiorização progressiva de bons objetos internos ao longo do processo psicoterápico.

Referências

- Amar, M. (2009). La psychopathologie psychanalytique. In A. Deneux, F. X. Poudat, T. Servillat, & J. L. Vénisse (Orgs.), *Les psychothérapies: approche plurielle* (pp. 48-56). Paris: Masson.
- Anderson, R. (1994). “Y aller à la botte” Les défenses violentes contre l’angoisse dépressive. *Journal de La Psychanalyse de l’enfant*, 18, 123-139. (Colloque de Monaco: Destins de la Violence.)
- Berendonk, E., & Rudge, A. M. (2002). O fenômeno da drogadição em suas relações com a perversão. *Psychê*, 6(10), 137-147.
- Bergeret, J. (1983). *Toxicomania e personalidade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Bergeret, J. (1991). A personalidade do toxicômano. In J. Bergeret (Org.), *Toxicomanias: uma visão multidisciplinar* (pp. 91-109). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bergeret, J. (1994). Les destins de la violence en psychopathologie. *Journal de La Psychanalyse de l’enfant*, 18, 19-42. (Colloque de Monaco: Destins de la Violence.)
- Bittencourt, L. (1993). Algumas considerações sobre a neurose e a psicose nas toxicomanias. In C. L. Inem, G. Acselrad (Orgs.), *Drogas: uma visão contemporânea* (pp. 81-91). Rio de Janeiro: Imago.
- Bittencourt, L. (2003). O rei está nu: um dos avatares da função paterna na sociedade contemporânea. In M. Baptista, M. S. Cruz, & R. Matias (Orgs.), *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento, tabu* (pp. 97-109). Rio de Janeiro: EDUERJ.
- Bleichmar, H. (1983). *Depressão: um estudo psicanalítico* (M. C. Tschiedel, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Blondel, M. P. (2004). Objet transitionnel et autres objets d’addiction. *Revue Française de Psychanalyse*, 68(2), 459-467.
- Brusset, B. (2004). Dépendance addictive et dépendance affective. *Revue Française de Psychanalyse*, 68(2), 405-420.
- Chabert, C. (2003). *O Rorschach na clínica do adulto*. Lisboa: Climepsi.
- Chabert, C. (2004). *Psicanálise e Métodos Projetivos*. São Paulo: Vetor.
- Chauvet, E. (2004). L’addiction à l’objet: une dépendance passionnelle. *Revue Française de Psychanalyse*, 68(2), 609-622.
- Escobar, J. C. S. de. (2006). Dependência de drogas e psicoterapia – A perspectiva psicanalítica. In D. X. Silveira, & F. G., Moreira (Orgs.), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 217-221). São Paulo: Editora Atheneu.

- Freire, C. M. R. C. (2006). O diagnóstico e suas diferentes aplicações no manejo clínico – uma ressalva. Psicodiagnóstico e dependência. In D. X. Silveira, & F. G. Moreira (Orgs.), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 222-227). São Paulo: Editora Atheneu.
- Freud, S. (1969). Rascunho N. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol.1) (J. Salomão, Trad.) (pp. 304-307). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1897).
- Freud, S. (1976). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. 14) (J. Salomão, Trad.) (pp. 83-119). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1976). Por que a guerra? In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. 22) (J. Salomão, Trad.) (pp. 237 - 259). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1933).
- Green, A. (1983). *Narcissime de vie. Narcisisme de mort*. Paris: Editions de Minuit.
- Green, A. (1990). *Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites*. Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A. (1994). Sources, poussées, buts, objets de la violence. *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*, 18, 215-259. (Colloque de Monaco: Destins de la Violence.).
- Hervé, F. (1998). Souffrance psychique et toxicomanies. *Revue Toxicbase*, 4. Recuperado em 11 de junho, 2010 http://www.hopital-marmottan.fr/spip/IMG/pdf/dossier_souffr.pdf.
- Kernberg, O. F. (1995) *Agressão nos transtornos de personalidade e nas perversões* (M. E. Z. Schestatsky, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klein, M. (1996). Tendências criminais em crianças normais. In: M. Klein, *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)* (pp. 197-213). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1927).
- Klein, M. (1996). O desenvolvimento inicial da consciência na criança. In M. Klein, *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)* (pp. 283-295). Rio de Janeiro: Imago Ed. (Trabalho original publicado em 1933).
- Klein, M. (1996). Sobre a criminalidade. In M. Klein, *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)* (pp. 296-300). Rio de Janeiro: Imago Ed. (Trabalho original publicado em 1934).
- Klein, M. (1952). *Développements de la psychanalyse*. Paris: PUF, 1966.
- McDougall, J. (1984). The “dis-affected” patient: reflections on affect pathology. *Psychoanalytic Quarterly*, 53, 386-409.
- McDougall, J. (2004). L'économie psychique de l'addiction. *Revue Française de Psychanalyse*, 68(2), 511-527.
- Morel, A, Hervé, F., & Fontaine, B. (1997). *Soigner les toxicomanes*. Paris: Dunod.
- Olievenstein, C. (1985). *Destino do toxicômano*. São Paulo: Almed.
- Pacheco Filho, R. A. (1999). Drogas: um mal-estar na cultura contemporânea. *Psicanálise e Universidade*, 9(10), 119-147.
- Rabinovich, D. (2003). Desejo, afeto e patologia do ato. In M. Baptista, M. S. Cruz, & R. Matias (Orgs.), *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento, tabu* (pp. 49-56). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Rausch de Traubenberg, N. (1998). *A prática do Rorschach*. São Paulo: Vetor.
- Resnik, S. (1994). Le narcissisme destructeur. *Journal de La Psychanalyse de l'enfant*, 18, 79-99. (Colloque de Monaco: Destins de la Violence.).
- Merceron, C. (2005). Propos sur La symétrie au Rorschach: de l'objectif à l'objectal. In F. Rossel, O. Husain, & C. Merceron (Org.), *Les Phénomènes particuliers au Rorschach: une relecture pointilliste* (pp.67-94). Dijon-Quetigny: Éditions Payot Lausanne.

- Souza, M. A. de (1998). Funcionamento psicodinâmico em drogadictos através do Rorschach. *Boletim de Psicologia*, 48(108), 1-12.
- Sztulman, H. (1997). Entre addiction et ordalie, les toxicomanes. *Adolescence*. 15(2), 57-65.
- Timsit, M., & Leduc, A. (1981, octobre). Identification d'un profil Rorschach "Limite" dans les protocoles de cinquante usagers de drogues dures incarcérés. *Bulletin de la Société Française du Rorschach et des Méthodes. Projectives*, 32, 33-58.
- Valleur, M., & Matysiak, J-C. (2002). *Les addictions - dépendances, toxicomanies: repenser la souffrance psychique*. Paris: Armand Colin.
- Valleur, M., & Matysiak, J-C. (2006). *Les addictions: panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge*. Paris: Armand Colin.
- Winnicott, D. (1994). Raízes da agressão. In D. Winnicott. *Privação e delinquência* (pp.96-103). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964).
- Winnicott, D. (1994) *A tendência anti-social*. In D. Winnicott. *Privação e delinquência* (pp.127-137). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1956).
- Winnicott, D. (1994). *A tendência anti-social*. In D. Winnicott. *Privação e delinquência* (pp.127-137). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1966).

Enviado em Novembro de 2009

Aceite em Janeiro de 2010

Publicado em Outubro de 2010