Centro Regional de Referência para Formação em Políticas sobre Drogas da UFPR

2º Edição/2018

Clínica e Psicopatologia das Adições

Profa. Dra. Maria Virgínia Filomena Cremasco
Departamento de Psicologia

UFPR 115 ANOS DE ORGULHO

PROEC Pró-reitoria de Extensão e Cultura

CRR

- Módulo lV: Dispositivos Terapêuticos em Saúde Mental, uso prejudicial de álcool e de outras drogas.
- Medicalização social: visa a eliminação do sofrimento e anestesia da dor, não sua compreensão. A compreensão possibilita o aumento da autonomia cidadã frente ao tratamento.
- A patologização do sofrimento decorre do aumento da medicalização social

- Patologização do sofrimento mental: decorre da concepção da dor como fato objetivo. O psiquismo deve ser medicalizado a exemplo da ferida pós trauma.
- Decorre da hegemonia das metodologias das ciências naturais nos fenômenos de saúde em geral.
- O aumento da medicalização social do sofrimento mental constroi novos muros químicos. A exemplo das exclusões dos internamentos psiquiátricos.

- MUROS QUÍMICOS:
- Tratamento = medicação = saber médico

Autonomia = decisão do que é melhor para si

Alienação ao saber que vem de fora de si

- Por que as pessoas usam drogas?
- Aliviar a dor;
- Reduzir uma sensação que atinge um nivel desagrável;
- Aumentar o nivel de atividade e sensação de energia e de potência, alteração de estado (prazer);
- Obter modificações no modo atual de percepção do sujeito frente ao seu próprio meio físico e social (pertencer a um grupo, razões espitituais e ritualísticas)

- Richard Davenport-Hines:
- A relação do homem com a droga na história: faz parte da natureza humana buscar momentos de fuga: “ não há nada natural em estar sóbrio”.
- Fracasso da Guerra contra Drogas em todo o mundo!

Criminalidade, preconceito e repressão

X

Vinculo, gastos em saúde e aceitação

PRESSUPOSTO

- Sofrimento é experiência compartilhada, depende da gramática do reconhecimento, sendo portanto, uma categoria política:
- Os sofrimentos suportáveis não precisam de políticas públicas;
- Os insuportáveis precisam de políticas públicas.
- Essa categoria que indaga: qual o sofrimento legítimo? Qual não é digno?

POSICIONAMENTO

- Em direção à promoção dos Direitos Humanos e à inclusão social dos usuários e usuárias dos serviços de saúde mental, álcool e outras drogas.
- Que vise uma política integral e inclusive que foque na redução de danos em todos os seus aspectos, ou seja, que todas e todos tenham direito aos seus serviços.

ESTRATÉGIAS

- Integradas de inclusão social que contemplam a intersetorialidade e a integralidade de ações para:
- redução de danos sociais;
- redução de danos à saúde e à vida;
- bem como redução de situações de violência e criminalidade associadas ao uso indevido de substâncias.

DEMANDA

- A questão que se coloca é a da demanda.
- O método analítico somente pode ser aplicado às pessoas que buscam e não as que são forçadas como é o caso das internações compulsórias: Não existe clínica psicanalítica sem a ética própria ao discurso da psicanálise de liberdade do sujeito.
- Ética da liberdade

ÉTICA E TRÁGICO

- Isso é o que fará Lacan afirmar que *"é na dimensão trágica que as ações se inscrevem e que somos solicitados a nos orientar em relação aos valores."* (LACAN, *Sem.*, livro 7, *L'étique de la psychanalyse*, p.376)

ÉTICA DO EXISTIR

- O conflito levado ao extremo traz uma maneira de demonstrar como o processo de individuação esbarra em um limite necessário, inevitável, representado pela morte, mas que traz, na sua contrapartida dialética, a possibilidade do encontro da substância ética absoluta e universal.
- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982003000100004

Sujeito em risco de vida

- Risco de vitimização que tira o sujeito o sujeito de suas questões quando não se responsabiliza pelo seu desejo e fica, portanto, alienado de seu próprio gozo (aquilo que faz sofrer mas sustenta o prazer).
- Não se responsabilizando pelo próprio gozo (que fica como sendo de fora, como sendo o gozo do Outro), o sujeito pode entregar seu corpo a formas de descarga da angústia, como descarga do gozo.
- Pode atuar processos de mutação desta angústia nas auto-mutilações, sintomas corporais e mesmo suicidio.

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

- Na Revista Mente e Cérebro de abril de 2012 assim é esclarecido por Loccoman (2012):
- A internação contra a vontade do paciente está prevista no Código Civil desde 2001, pela Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216, mas a novidade agora é que o procedimento seja adotado não caso a caso, mas como uma **política de saúde pública** – o que vem causando polêmica.
- A aplicação da Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216/01, é por analogia, já que na referida lei não há previsão expressa de aplicação para dependentes de tóxicos, mas, tão somente, para **portadores de transtorno mental grave.**
- Aqueles que se colocam a favor do projeto **argumentam que um em cada dois dependentes químicos apresenta algum transtorno mental, sendo o mais comum a depressão**.
- A base são estudos americanos como o do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH, na sigla em inglês), de 2005.

- Uma das maiores dificuldades de se trabalhar com sujeitos toxicômanos é o fato de **não se posicionarem como sujeitos de demanda**, ou seja, não se reconhecerem como **possuidores de um questionamento em relação a si mesmos que seja endereçado ao outro**.
- A falta de demanda impossibilita a continuidade do tratamento **ao não articular no sujeito o desejo por ajuda**.

- As questões em torno da demanda por tratamento dos toxicômanos tomaram maior visibilidade a partir de 2012, diante da proposta do governo de **política pública que previa a internação compulsória temporária de dependentes químicos segundo indicação médica**.

- “[...] Sem um tratamento que inclua o apoio da família e a atenção psicossocial, o isolamento promovido pela internação compulsória é violento com a pessoa que já está debilitada pelo uso abusivo. Além disso, é uma medida que não tem efeito: dados de pesquisas comprovam que 98% dos (as) que são internados contra a sua vontade voltam ao uso e, consequentemente, são reinternados (as); [...]”

Posicionamento do CRP-SP

- Diante da complexidade do assunto, o problema da demanda é relançado aos profissionais de saúde.

PSICANÁLISE

- É nesta perspectiva que a clínica psicanalítica pode se ampliar, enquanto discurso e prática, no atendimento dos toxicômanos.

- Conte (1997, p. 34), dá um dos exemplos particulares a essa clínica: "O fato do toxicômano, na maioria das vezes, ser enviado a tratamento porque está em uma situação familiar, social e economicamente difícil, define uma das peculiaridades a ser considerada neste trabalho, que é de oferecer uma escuta **na qual ele possa reconhecer-se como quem solicita algo ao analista ou a uma instituição**."

O QUE PODE A PSICANÁLISE? UMA PERSPECTIVA DA CLÍNICA AMPLIADA

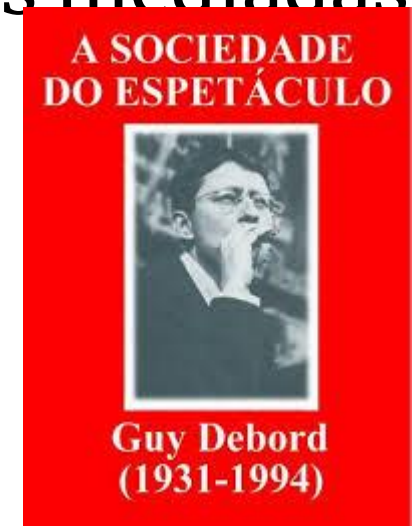
- Enunciamos então a pergunta que norteará nossa reflexão: qual escuta poderia suscitar demanda no toxicômano?
- Considerações aqui elaboradas fazem parte do capítulo: O que Pode a Psicanálise no Tratamento das Toxicomanias? (a ser lançado, FAPERJ, Ed Blucher, 2018)

- Para Pimenta, Cremasco e Lesourd (2011, p. 257-258), o toxicômano é aquele que busca objetos na realidade a fim de colmatar o hiato de seu desejo; isto é, ele tenta preencher com objetos reais a falta intrínseca ao desejo com a intenção de acabar com a insatisfação.
- **A droga torna-se a solução perfeita, já que é um objeto consumível, comprável, sempre disponível, proporcionando- lhe uma sensação temporária de satisfação alucinatoriamente plena.**

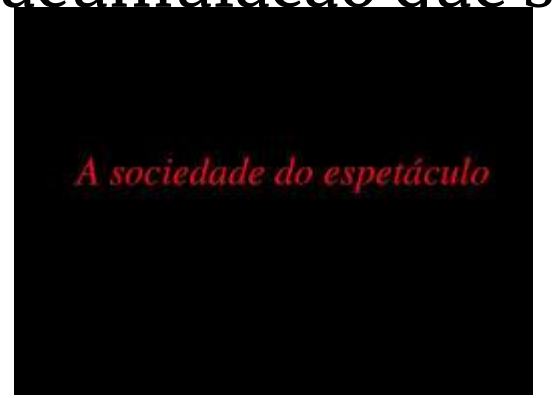
- Podemos dizer então que o toxicômano é aquele que segue, cegamente e sem saber, a lógica pós-moderna do bom consumidor?
- Ele crê na promessa do consumismo de que há um produto disponível no mercado – mercado negro ou não, mas mesmo assim submetido às regras do mercado capitalista – que lhe oferece a satisfação plena.

- O toxicômano encarna, inegavelmente, o papel do consumidor exemplar numa sociedade voltada, sobretudo, ao espetáculo.
- Para a psicanálise **O SINTOMA**, como linguagem do sofrimento psíquico, não é falha a ser suprimida e sim **a resposta viável do paciente nesse momento de sua vida para seu sofrimento, forma de estar no mundo**, portanto, é a partir dele que o tratamento tem uma abertura para compreensão de seu sofrimento.
- Neste sentido, a clínica do privado choca-se com uma lógica mais ampla cuja visada pode nos auxiliar na compreensão das dificuldades clínicas que aqui nos propusemos a refletir.

- “Sociedade do espetáculo” Debord criou o termo em 1967 para designar o conjunto de relações sociais mediadas pela imagem:



- “Toda a vida das sociedades nas quais reinam as condições modernas de produção se anuncia como uma imensa acumulação de *espetáculos*. Tudo o que era diretamente vivido se esvai na fumaça da representação.” (tese 1) “O espetáculo é o *capital* a um tal grau de acumulação que se torna imagem.” (Tese 34)



- Este conceito tem a ver com o próprio conceito de contemporaneidade: “Definida como a terceira onda industrial, a informatização ou revolução eletrônica, que propiciou esse grande salto das comunicações, vencendo as distâncias, acelerando o tempo da história e da veiculação, de notícias e dados, potencializando e mantendo a memória, da otimização de estocagem destes, expandindo possibilidades no futuro, a partir de pressupostos ou probabilidades.”
- (http://www.macvirtual.usp.br/mac/templates/projetos/seculoxx/modulo7/contemp/index.html)

UFPR 165 ANOS DE ORGULHO

PROEC Pró-reitoria de Extensão e Cultura

CRR Centro Regional de Referência para Formação em Políticas sobre Drogas da UFPR

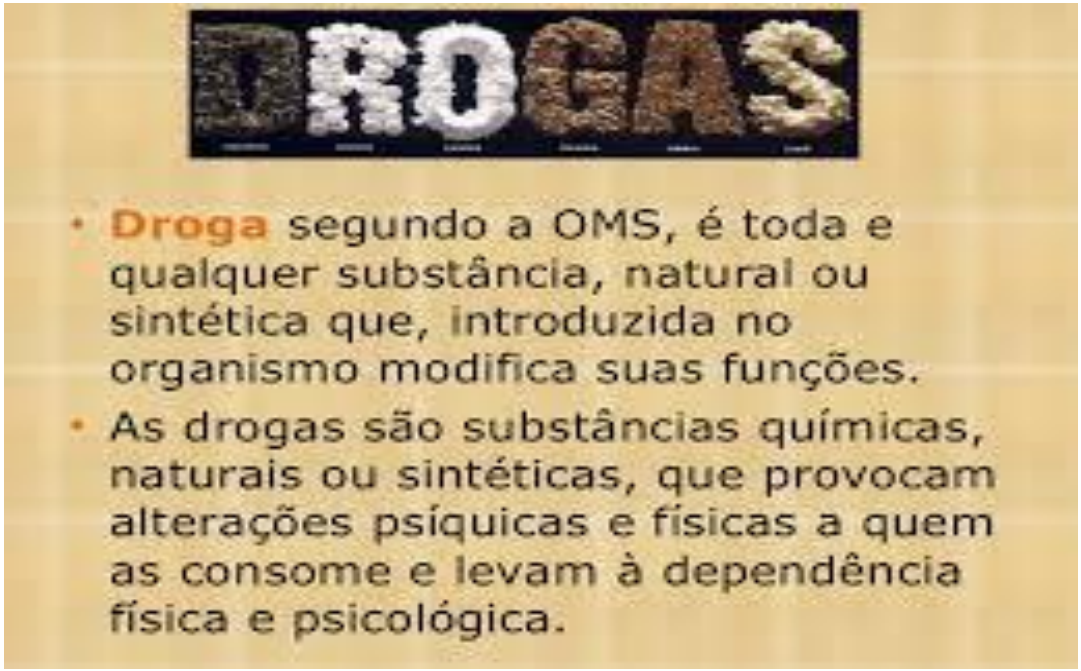
Maria Virgínia Filomena Cremasco

- Neste sentido e teorizando sobre a dita sociedade pós moderna, pós o industrialismo moderno temos autores como Jean-François Lyotard e Jean Baudrillard. Temos ainda o crítico marxista norte-americano Fredric Jameson, o sociólogo polonês Zygmunt Bauman da modernidade líquida em que tudo que é sólido se desmancha no ar e o filósofo francês Gilles Lipovetsky que se refere ao individualismo, o consumismo, a ética hedonista, a fragmentação do tempo e do espaço. Temos ainda o filósofo alemão Jürgen Habermas e mais recentemente Axel Honeth da escola de Frankfurt.

- De qualquer forma o que estamos nos referindo, não de forma generalizada mas sobretudo pelo tempo, apressada ao que Jaime Alberto Betts diz em seu artigo Sociedade de Consumo e Toxicomania – consumir ou não ser. Vejamos:

- É evidente que a sociedade de consumo **induz à adição às drogas**. Essa indução faz da toxicomania um sintoma social maníaco. De que modo a sociedade de consumo faz isso, e com que conseqüências para o sujeito? (...)

SOCIEDADE QUE INDUZ ÀS ADIÇÕES DE DROGAS



- “A sociedade de consumo se caracteriza por ser organizada predominantemente pelas relações de consumo e valores associados, condicionando a produção de bens e serviços. **O consumidor, elevado ao *status* de cidadão de direito, através da recente elaboração dos direitos do consumidor, tem como ideal de vida preponderante sua potência de consumo**. O sucesso social e a felicidade pessoal são identificados pelo nível de consumo que o indivíduo tem. O *somos o que temos* é elevado à condição de ideal social: o hedonismo materialista, a qualquer preço, triunfa. Se não temos, não somos. O potencial de consumo determina o grau de inclusão ou de exclusão social, de sucesso ou de insucesso, de felicidade ou de infelicidade.”

- "A sociedade do espetáculo (Debord, 1997), que decorre desse equacionamento, faz da manipulação da aparência o trampolim social para o ter: o excluído sonha com ser celebridade, e quem já é não vive sem ser, para não perder o *status*. É a realização convicta do somos o que consumimos. Subverte-se a equação shakespeariana – "*ser ou não ser*" –, transformando a questão existencial vital em *ter ou não ser*, isto é, *consumir ou não ser*, associado a um jogo de espelhos de aparentar ser. O espetacular é a fórmula indutora da adicção: o *show* não pode parar." (BETTS, Jaime Alberto. Sociedade de Consumo e Toxicomania – consumir ou não ser.
- http://www.psicanaliseemrede.com/telas/arquivos/ListagemArquivo.aspx?cat=9)

- No entanto, esse cenário onde as subjetividades contemporâneas se realizam não é absoluto, sobretudo quando pensamos nas várias formas das individualidades se posicionarem diante dele.
- Freud (1898, A sexualidade na etiologia das neuroses, p. 262) assim nos exclarece:
- "...] o mesmo se aplica a todos os tratamentos para romper com um vício. Seu sucesso será apenas aparente enquanto o médico se contentar em privar seus pacientes da substância narcótica, sem se importar com a fonte de que brota sua necessidade imperativa.
- O "hábito" é uma simples palavra, sem nenhum valor explicativo. Nem todos os que têm oportunidade de tomar morfina, cocaína, hidrato de cloral etc. por algum tempo adquirem dessa forma 'um vício'".

- Se o vício não é para todos e esse é nosso grande trunfo, podemos pensar então, para além das condições farmacológicas, o que concorreria psiquicamente para este poder viciante?
- De que se trata o vício, ou melhor, a droga, para um sujeito viciado?

Causas em psicopatologia psicanalítica

- 1) todo fato psicopatológico se origina no passado mas só se manifesta e se mantém devido a fatores presentes;
- 2) Não existe simplicidade causal. Um fato psicopatológico é multideterminado e em permanente movimento: ele é criado pela interpenetração de fatores históricos e presentes e interatua no meio modificando-o e sendo modificado;

Causas em psicopatologia psicanalítica

- 3) O diagnótico em psicopatologia não pode ser único ou estático. Deve contemplar os processos que deram origem aos sintomas atuais e as causas situacionais que o perpetuam.

- KUSNETZOFF, Juan Carlos. Introdução à Psicopatologia Psicanalítica. RJ: Nova Fronteira, 1982.

Psicopatológico?

Roussillon, R. Manuel de Psychologie et de Psychopathologie, Paris, Masson, 2007, p. 11

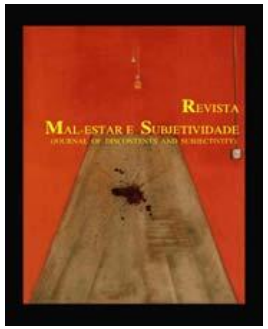
A exploração da psicopatologia levou à revelação que os processos que operam a patologia psíquica e a sintomatologia são observáveis no curso normal de funcionamento da vida psíquica, não há diferença de natureza. **Não existe diferença de natureza nem de processo. As diferenças são de grau, intensidade ou seja, plasticidade desses mecanismos.**

- Do que falamos quando ouvimos a frase que escutei no acompanhamento de um paciente com Hepatite C, dependente químico em abstinência há mais de 20 anos:
- “não há apenas uma dia em que acorde, em que eu não pense que se eu pudesse me drogar eu o faria. Não há uma vez em que diante de algo difícil eu não pense que se eu me drogasse tudo eu poderia enfrentar. Eu sonho até hoje, muitas vezes, que estou me injetando e sentindo o prazer, como se fosse um orgasmo”?

- Lembro-me ainda de uma fala de uma alcóolatra que é muito corrente entre os dependentes químicos:
- “ninguém tem nada a ver com o que eu faço de minha vida. Ninguém paga minhas contas. Todo mundo vê as pingas que eu tomo e não os meus tombos. Eu bebo em minha casa, ninguém tem o direito de me dizer o que devo ou não fazer dentro de minha casa. Beber me ajuda a viver, isso ninguém pode fazer por mim.”

- Para tanto vou me voltar para artigos que publiquei junto a orientandas sobre casos de adicções. Neles já vou me adentrar às dificuldades clínicas que encontramos nesses tipos de atendimentos.

- O Analista e a Toxicomania. (Pereira da Silva & Cremasco. *Revista Mal-estar e Subjetividade* , Fortaleza, vol. X, n. 3, p. 913-929 , set/2010).
- Clínica da Toxicomania: uma expressão melancólica? (Pimenta, Cremasco & Lesourd - *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 252-267, jun/2011).



REVISTA
LATINOAMERICANA
DE PSICOPATOLOGIA
FUNDAMENTAL

- As dificuldades encontradas no percurso destes atendimentos concernem ao lugar em que o profissional é colocado por tais pacientes, sendo levado a lidar com situações diferenciadas, pouco comuns na prática clínica, como serão expostas neste relato.

- Outro ponto que torna essa discussão relevante é a existência de uma dificuldade de manejo presente nesta clínica. Esse fato se dá, pois entram em jogo, nesses atendimentos, situações pouco usuais na prática clínica, exigindo do profissional algumas peculiaridades e certa flexibilização de sua posição.

- Essa dificuldade de trabalhar com pacientes, que *a priori*, não se posicionam como sujeitos possuidores de uma demanda, ou seja, para os quais é difícil reconhecer-se como alguém que possui um questionamento em relação a si mesmo, se torna importante para que se abram outras direções de pesquisa, visando o estudo da posição do profissional frente a outras clínicas realizadas com pacientes de difícil manejo, indo além da questão da toxicomania em si.

- André possuía no período do atendimento, 30 e poucos anos, e foi encaminhado ao tratamento por indicação judicial, visto que cumpria liberdade condicional. Ele havia permanecido preso durante cinco meses, pela acusação de tráfico de drogas. Um perfil bastante comum nos casos atendidos pelo CET.
- André chegou ao atendimento sem falar muito, e ficou surpreso com a freqüência semanal do tratamento. Imaginava, anteriormente, que "teria" que comparecer apenas uma vez por mês. Esse caráter de obrigação, de "ter" que comparecer, foi uma das dificuldades iniciais encontradas na trajetória do atendimento, pois se tratava de uma situação um tanto confusa para ele. André não era, literalmente, obrigado a estar em tratamento psicológico, mas sabia que se estivesse, poderia ter uma avaliação mais positiva na revisão de sua liberdade condicional. Portanto, o atendimento era sentido por ele, em determinadas circunstâncias, como uma obrigação. Em suas palavras: "mais uma pena que tenho que cumprir".

- André fazia uso de maconha e “haxixe” (resina da maconha que tem 30% a mais de THC) em grandes quantidades, e com menor freqüência utilizava cocaína. Ele se considerava “normal” quando estava sob o efeito de maconha, uma vez que passava a maior parte de seu tempo assim, e relatava ficar muito nervoso quando se encontrava abstêmio. Não raras vezes André relatou estar sob efeito da maconha durante o atendimento. Outras, chegou a parar de falar sobre determinados assuntos que o deixavam nervoso, afirmando que tinha “fumado muito pouco” e que não poderia continuar falando ou iria se exaltar. Aqui podemos apontar para um descontrole quanto ao que o deixa exaltado como se lhe faltasse o autocontrole.

- Quanto ao andamento do tratamento é importante ressaltar que André era um paciente que faltava demasiadamente, além de também se atrasar algumas vezes. Pode-se dizer que compareceu, aproximadamente, à metade das sessões de seu tratamento. Também houve situações em que André confundiu o horário e compareceu em horários que não eram os seus.
- Em sua relação com a analista, mostrava-se muito doce e preocupado em "não dizer besteiras". Possuía o costume de se despedir pedindo desculpas por qualquer eventual "bobagem" que pudesse ter dito. Contudo, ao mesmo tempo, faltava diversas vezes seguidas sem dar justificativa, o que parecia demonstrar certo descaso pelo tratamento. Também falava diversas vezes que "o meu caso não tem mais jeito", que ele não ia parar de fumar mesmo e, portanto, não adiantava ficar vindo aos atendimentos toda semana.

- Deste modo, pode-se notar que havia no paciente uma posição ambivalente, pois ao mesmo tempo em que valorizava a relação analítica, através de seu discurso: “eu nunca converso assim, com ninguém, nem com a minha mulher, só com você”; também atacava esse vínculo, faltando e desobedecendo as regras do contrato inicial.
- Pôde-se notar uma falta de limite simbólico, presente em André, como se isso se constituísse em um pedido de limite concreto, pedido que ele fez à justiça, ao tornar-se contraventor, e à analista, ao faltar seguidamente. Essas dificuldades levaram, como foi relatado anteriormente, à interrupção do tratamento, uma vez que André desrespeitou sem justificativas, uma das regras institucionais contratadas no início do atendimento faltando seguidamente.
- A partir disso surgiram questionamentos que motivaram a busca de alguma compreensão a respeito das possibilidades de posicionamento do analista nessa clínica.

- Como analisar, portanto, o posicionamento do profissional frente aos impasses do caso relatado? Qual seria o lugar a ser ocupado frente a esse paciente para que se tornasse possível uma escuta na qual ele pudesse se reconhecer como alguém que solicitasse algo podendo a partir disso assumir um tratamento?

- Nas reflexões posteriores aos atendimentos, pudemos avaliar que um manejo diferenciado poderia ter levado a outro desfecho que não seu término prematuro. A situação, por exemplo, de André frequentemente ir às sessões drogado não foi pontuada em seu atendimento, visto não parecer comprometer sua capacidade de compreensão.
- A questão que se colocou é quanto ao acolhimento possível da duplicação narcísica realizada por André com a droga e que acabou por não permitir a articulação de uma demanda, ou seja, André não tinha desejo de se tratar e vir drogado para as sessões sinalizava sua resistência em solicitar alguma ajuda.
- Qual imagem possível a analista poderia ter lhe devolvido para seu re-conhecimento? Qual escuta pode ser possível, de ambos os lados, nesses casos?

PSICOPATOLOGIA PSICANALÍTICA

UFPR 165 ANOS DE ORGULHO
PROEC Pró-reitoria de Extensão e Cultura
CRR Centro Regional de Referência para Formação em Políticas sobre Drogas da UFPR
Maria Virgínia Filomena Cremasco

A psicopatologia psicanalítica

- A forma de sofrimento psíquico determinada por certa maneira de apreender o mundo – é consubstancial à cultura na qual/ por meio da qual aquela subjetividade se constitui.

O psicanalista

- Interessa-se pelas formas de subjetividade e pelas formas de sofrimento psíquico que lhe são consubstanciais. Do ponto de vista psicanalítico, neurose e não-neurose não são entidades nosológicas, mas **formas de ser e formas de sofrer**.

PSICOPATOLOGIA

- A forma de ser singular- ou sintomática, no sentido mais amplo, que se configura ao longo do processo de subjetivação, é uma criação psíquica. Essa forma de ser pode produzir mais ou menos sofrimento e ser mais ou menos restritiva em relação a suas possibilidades existenciais.

- **O sujeito adoece e se cura na intersubjetividade**. Com mais rigor, **é o campo intersubjetivo que adoece ou se cura**.
- A relação patológica com o mundo se atualizará no campo transferencial. O prognóstico depende do encontro com o objeto externo e de como este resiste, ou não, a cocriar/participar de um vínculo patogênico.

Sexualidade e intersubjetividade

UFPR 165 ANOS DE ORGULHO
PROEC Pró-reitoria de Extensão e Cultura
CRR Centro Regional de Referência para Formação em Políticas sobre Drogas da UFPR
Maria Virgínia Filomena Cremasco

Sexual para a teoria psicanalítica

(KUSNETZOFF, 1982)

- Freud observou que após mamar, após satisfazer os instintos que demandavam alimentação específica, o bebê continuava a chuchar. Essa continuação dos movimentos era explicada por um excesso de energia não satisfeita que demandava objetos não alimentícios (colo, roçar a pele, sensações de movimento músculo-esquelético, etc)

Conceito de sexual

(KUSNETZOFF, 1982)

- Freud denominou a primeira classe de **pulsões de auto-conservação** (sua satisfação não pode ser adiada para preservar a vida) e a segunda de **pulsões sexuais** (cuja satisfação pode ser adiada no diz respeito a não comprometer a vida do sujeito)

Prazer e autoconservação

Roussillon, 2007, p. 39

- No entanto as zonas pelas quais se satisfazem as pulsões de autoconservação são igualmente zonas erógenas, quer dizer que são fontes de prazer ligado à excitação da zona e independentemente da autoconservação em si mesma, como o prazer da sucção oral nos mostra. São essas zonas corporais que serão implicadas nos prazeres preliminares da sexualidade adulta (beijos, carícias, etc)

Teoria dos estágios

Roussillon, 2007, p. 39-40

- As pulsões sexuais então se apoiam sobre as pulsões de autoconservação. Quando elas são satisfeitas são também estimuladas e ativadas. Isso faz da ‘mãe’ a primeira ‘sedutora’ das pulsões sexuais infantis, a primeira que as inicia a partir dos cuidados corporais.
- A qualidade do prazer ligado à troca com o objeto maternal colore afetivamente tanto a autoconservação quanto o erotismo de zona, prazeres narcísicos que dependem do objeto materno.

Importância dos estágios

- Os **estágios auto-eróticos** (oral, anal e fálico) são importantes na constituição do **narcisismo primário** (maneira como o *infans* vai interpretar as situações a partir dele, em função dele, como se ele estivesse na origem das situações todas). A importância disso é que quando se organiza o **narcisismo secundário** no qual há representação interna do objeto (após frustração que inaugura a ambivalência), **quando o objeto se ausenta nos cuidados, a criança vai recorrer ao auto-erotismo buscando uma espécie de ilusão de auto-satisfação primeira.**

Auto-erotismo e dependência

Roussillon, 2007, p.119-120

- Mais a solução auto-erótica funciona mais a criança pode esperar pelo objeto, menos ela sente sua dependência dele, menos ela sente raiva dele, mais pode aceitar sua dependência, mais pode aproveitar do objeto.
- Menos o auto-erotismo funciona mais o objeto é esperado. Se ele não é adequado mais a dependência machuca, a raiva do objeto é intensa e mais os reencontros são difíceis e menos se pode aproveitar dele.
- Exemplo dos 3 bebês – p. 254

Fain, M. (1971). Prélude à la vie fantasmatique. *Revue Française de Psychanalyse*, 35(2):291-364.

- Modelo de Fain (1971) que se refere ao lugar do autoerotismo no endormecimento de bebês:
- Imaginemos 3 bebês no momento de dormir.
- O primeiro toma seu dedo e dorme rapidamente após passar um momento na presença de sua mãe.
- O segundo não dorme a não ser que sua mãe esteja em seu lado. Se a mãe se retira ao percebê-lo dormindo, ele acorda e chora.

- O terceiro bebê se esgota com as formas de se balançar que nada têm de auto-eróticas. Ele não dorme a não ser que esteja esgotado.
- O primeiro bebê construiu um laço satisfatório com o objeto interiorizando características calmantes. O terceiro bebê tem necessidade de se esvaziar completamente, compulsivamente afim de encontrar calma que se confunde com esgotamento.

- Para o terceiro bebê que tem que se esgotar, o vínculo não é organizador da psique ou, mais exatamente, este vínculo se especifica pela sua ausência ou sua carência.
- O segundo bebê tem necessidade da presença concreta do objeto para se sentir calmo. Ele não interioriza as características calmantes desse objeto para que o auto-erotismo tome lugar da presença efetiva. O objeto real é necessário como suporte, sua presença vem ser paliativa das falhas de introjeção.

http://vidadeumaborderline.blogspot.com.br/2012/08/depoimento-borderline-isabela.html

- Tenho 20 anos e sinto um vazio imenso e que só foi crescendo há dois.
  Sofri muito bullying durante toda a vida escolar desde os primeiros anos do primário; muito por conta da minha relação familiar que era demasiadamente cuidadosa comigo.Creio eu que a rejeição me desenvolveu esse transtorno, o qual fui diagnosticada portadora faz um mês. Fui internada duas vezes em uma clínica psiquiátrica. A primeira por tentativa de suicídio (tomei 60 comprimidos de rivotril 2mg) e a segunda porque tive um surto psicótico quando meu então namorado estava comigo.

- Obviamente nosso namoro foi permeado por diversos altos e baixos. Eu ligava para ele no meio da noite, completamente surtada e paranoica e no instante seguinte implorava para que ele não me abandonasse, e eu não queria realmente que ele me deixasse porque eu sentia que minha vida não existia sem sua presença. Foi um ano e meio de namoro, estávamos noivos, ele com suas roupas todas em minha casa somente aguardando uma chance de vir realmente para cá, traições mútuas e de diversos tipos...

- Terminamos quando eu decidi voluntariamente ir para a clínica. No mesmo dia. No mesmo instante. No caminho eu desci diversas vezes do carro, ele teve que me seguir com o carro parado no meio de uma avenida, me puxar...
Eu estava correndo, me sentindo livre e presa ao mesmo tempo... Eram 23:00. Em minha estadia na clínica, que já conhecia, eu percebi que não precisava dele para viver.
Me senti bem por estar só e poder fazer o que antes não podia devido a grande disponibilidade que dava. Me doava totalmente. Vivia por outra pessoa literalmente.

- Duas semanas se passaram e eu saí ansiosa para saber se ele tinha me enviado algum e mail. Não enviou. Eu, na verdade, sabia que ele não faria isso devido ao seu orgulho enorme, então, depois de dois dias em casa, resolvi mandar um eu mesma o convidando para tomar um café e discutir nosso fim de relação. De um jeito, pelo menos, amigável. Ficamos juntos mais dois dias, e eu estava tão acostumada a ficar só que preferi terminar de uma vez. Não dava mais certo e eu não estava disposta a reconstruir tudo novamente. Era muita força e eu estava sem fé nenhuma na vida.

- Passaram três dias desde que terminamos e eu não liguei para ele, não mandei mensagem, não sinto sua falta. Estou centrada em mim mesma. Preciso terminar algo que começo, preciso enxergar além de agora em diante. O pensamento suicida é constante, tenho muito baixa auto estima, me odeio, choro todos os dias por estar em uma situação sem saída. A única solução que vejo é o cinema. Parece que quando assisto um filme minha alma encosta em meu coração e diz: Está tudo bem. Eu também sofro. Continue pois eu estarei com você. É a minha solidão me fazendo companhia.

- Agora estou eu, em minha solidão, escrevendo as 4 da manhã para tentar destruir o indestrutível: meu ódio por ser assim...uma estranha
Por ser estranha me sinto um lixo. Não consigo ter amigos, pois penso que eles estão me julgando mal o tempo inteiro.
Não converso com as pessoas olhando no olho. Me encolho e abaixo minha cabeça para ninguém "ler meus pensamentos". Por isso, por essa mania de que estão todos lendo meu pensamento a todo tempo, eu me tornei muito sensitiva.

- Sinto as coisas no ar, se estão tirando sarro de mim sem falar uma palavra, pela fisionomia do rosto. Alguém entende isso?
  Sou completamente paranóica e o álcool me ajuda apesar de o dia seguinte ser horrível, pois ele é uma droga depressora..
- ***Isabela (enviado por email)***

Auto erotismo e Importância do sexual

Maria Virgínia Filomena Cremasco

Importância do sexual

(KUSNETZOFF, 1982)

- Enquanto o biólogo se interessará pela frequência e quantidade de líquido nas mamadas, aumento e diminuição de peso, o psicólogo ou psicanalista se interessará no 'como' se realiza esta alimentação pois nisso se poderão observar as modalidades pelas quais serão satisfeitos as pulsões sexuais (auto-eróticas).

Sexual para a psicanálise

Roussillon, 2007, p. 24-26

- A referência ao sexual em psicanálise é sobretudo uma referência à característica determinante e primeira, fundamental, do casal prazer/desprazer no que é vivido e nas reações da psique. É a forma que a vida psíquica infantil apreende o mundo e a significa (teorias sexuais infantis).
- São teorias do prazer e desprazer, do que faz sofrer, do que alivia, do que cuida, etc.

Sexual e sexualidade

(Roussilon, 2007, p. 26)

- O sexual não é sem relação com a sexualidade, que é uma importante fonte de prazer. Mas ele se refere sobretudo à vida pulsional interna, ao lugar das pulsões no processo psíquico, aos processos de interiorização ou exteriorização dos conteúdos psíquicos, processos de apropriação subjetiva pelas quais os sujeitos introjetam e integram sua vida afetiva assim como os desejos que ela comporta. **O sexual dá o modelo de nossa relação subjetiva interna com os outros e conosco.** Ele expõe como as coisas retornam para si, como retornam e como saem, do corpo e da psique. Define as modalidades intrapsíquicas.

Sexualidades

- A sexualidade adulta é predominantemente genital, tendem ao relacionamento de coito.
- A sexualidade infantil é variável. Na maior parte das vezes desorganizada em várias zonas, caracterizada pelo que denominam perverso-polimorfa como multifacetada, variada, com excassa organização. Sexualidade denominada auto-erótica pois refere-se ao próprio sujeito que pode exercê-la com o outro, apenas na fantasia.

Estágios libidinais

Maria Virgínia Filomena Cremasco

Estágio oral

- Fonte de excitação é a zona oral, como modelo.
- O objeto é o seio ou tudo o que o substitui. Ele será o substituto do cordão umbilical, enquanto conexão bebê-mãe.
- O alimento neste fase é o restituidor do vínculo perdido.
- Continuação do estágio de simbiose biológica intra-uterina ,estágio de indiferenciação, narcisismo primário, estágio autistico, identificação primária (relação de total dependência pelo desamparo fundamental).

Estágio oral

- Finalidade pulsional:
- A satisfação é dupla: das chamadas pulsões de auto-conservação sem a qual o bebê não pode subsistir e das chamadas pulsões sexuais (*plus* de satisfação) que acompanham as pulsões orais de auto-conservação mas são as que se estendem além da boca em si mesma e do limite temporal (antes e depois da mamada a pulsão se satisfaz em diversas partes do corpo do bebê)

Divisão da oralidade (Karl Abraham)
Oral primário (até 6 meses)

- Fase pré-ambivalente (fusional, sem objeto), estágio narcísico-primário (auto-erótico) ou estágio anaclítico ("ama" quem cuida).
- Predominância da incorporação (movimento centrípeto) sob a liderança das necessidades de auto-conservação;
- Satisfação auto-erótica na ausência do objeto;
- Ausência de amor e ódio propriamente ditos, apenas sensação de prazer e desprazer.

Oral secundário (6 meses -2 anos)
(Karl Abraham)

- Canibalístico: vinculação ao exterior pela presença dos dentes, portanto, mordendo. Incorporação é sádica, destrutiva. Medo é de ser incorporado, deglutido.
- A partir do segundo semestre o mundo começa a ser sentido como ambivalente (desintricamento pulsional-Ferenczi). A criança começa a perceber que um mesmo objeto é origem de sensações opostas (intricamento pulsional). O bebê terá impulsos de aproximação, de amor primitivo e de afastamento e destruição, ódio primitivo em relação à mesma pessoa.

PRIMEIRA TRIANGULAÇÃO (6 meses a 2 anos):

- A criança se percebe separada de sua mãe com um corpo próprio e começa a criar sua imagem corporal. A criança começa a ter o sentimento de existir por si própria e de ter sentimentos, desejos e pensamentos próprios. O ego ainda é frágil e o objeto tem que exercer por ele funções de que ele ainda não é capaz.

Conflito de ambivalência

Roussillon, 2007, p. 118

- O conflito de ambivalência é o conflito fundamental da vida psíquica , o primeiro e o mais essencial, o mais central para sua organização.
- As tentativas de gestão do conflito vão precipitar o sujeito para outros conflitos que formam, com a ambivalência, isso que poderíamos descrever como ‘a matriz da conflitualidade psíquica’.

- A criança suporta o medo de perder o objeto em função de seus ataques, pois sente que o objeto total sobrevive a eles. São conquistas da fase oral tardia. Caso a mãe não exerça essa função, a cisão, que era provisória, defensiva e estruturante, se perpetua e se cristaliza de forma patológica. É a subjetividade não-neurótica (PSICOSE).

- Se tudo der certo na primeira triangulação, o *infans* contará as seguintes conquistas: sai do funcionamento arcaico, diferenciando-se da mãe-ambiente; sua imagem corporal se unifica e constitui uma imago de um corpo próprio com limites de dentro e fora; o seio bom começa a ser internalizado; passa a experimentar desejos próprios; surge o sentimento de existir e a possibilidade de se opor ao outro.

- Se houver falhas importantes na primeira triangulação, a personalidade vai se estruturar segundo **o modo psicótico**: o eu continua sendo parte do objeto primário, numa relação de dependência absoluta; ameaça de separação produz **angústias de aniquilamento**; mobilizam-se defesas características da posição esquizoparanóide (cisão, negação, idealização e identificação projetiva); violência defensiva em relação ao objeto mau; tendência à descarga de uma pulsionalidade violenta com atuações; regressão e fusão com o objeto primário; ruptura com a realidade e criação delirante de uma neorrealidade.

- A primeira triangulação continua no início da fase anal. Com a fase do ‘não’ a criança se afirma separada da mãe e tem desejos próprios. Já há um esboço de lugares simbólicos de mãe, pai e filho.

Estágio anal (2 – 3,4 anos)

- Funções que garantem um afastamento progressivo dos objetos primários (mãe e pai): engatinhar, andar, linguagem, controle motor e controle esfincteriano.
- O controle esficteriano serve de modelo para o controle motor em geral, sensações de domínio, prazer na expulsão e retenção, etc.

- A mãe agora é vista por completo, como objeto total. A mãe nesta fase será tudo o que tentar manipulá-la e que a criança também manipulará (estrutura binária pulsional antitética), tendo como modelo o controle e a manipulação das fezes.
- Movimento é centrífugo como exteriorização dos conteúdos internos – o bolo fecal contribui para modelar a importante noção do que é interno e do que é externo ao sujeito. Medo de ser esvaziado, violentado, arrancado, despojado do conteúdo corporal.

Valor de troca e estágio anal

- O bolo fecal vai representar um valor de troca entre a criança e o mundo exterior. Valor equivalente entre as fezes (que se oferecem e se recusam, como propriedade privada) e dinheiro entre adultos. Este, como representação daquilo que se oferece em troca de alguma coisa e que adquire determinado valor.
- O belo, o feio, o que vale a pena,o desprezível, etc terá sua origem remota na maneira peculiar como ela foi tratada/manipulada neste período.

Relação de objeto anal

- Sadismo: o erotismo e agressividade são encontrados nas duas fases da analidade que constrói a noção de poder (sobre o próprio corpo e também sobre o meio gratificando-o ou frustrando-o)- há uma tendência a destruir o objeto exterior (expulsão) e conservá-lo com a finalidade de controlá-lo (retenção). Ambas são fontes de prazer.

Sadismo

- Associadas à noção de propriedade privada e de poder estão os dois sentimentos característicos desta fase: onipotência e superestimação narcísica que a criança experimenta opondo-se aos desejos de controle dos objetos externos sobre ela.
- Noção de posse: exercer seu domínio e direito.

Masoquismo

- Entende-se os vínculos de objeto cuja finalidade é passiva e que levam ao prazer. Satisfação erótica associada a castigos corporais ou diversas punições sofridas no decorrer deste período do desenvolvimento anal.
- Nota-se as condutas de provocação ativas e agressivas que fazem com que os objetos exteriores terminem agredindo o sujeito. União de sadismo e masoquismo.

Ambivalência

- Objetos são vistos e manipulados de maneira ambivalente: são expulsos, eliminados, suprimidos,destruídos e esses mesmos objetos podem ser apropriados e retidos, como uma possessão altamente valorizada e desejada.

Bi e homossexualidade

- O binômio passividade-atividade lidera os relacionamentos objetais nesta fase de desenvolvimento.
- Penetrar (masculino) e ser penetrado (feminino) adquirem sentido pela manipulação do reto (masturbação) enquanto um órgão de excreção oco.
- Relação ainda não é totalmente triangular ou edípica mas dual.
- Os fins sexuais são auto-eróticos, portanto, narcísicos, inexiste a diferenciação sexual, o vínculo é homossexual (qualquer que seja o sexo do objeto).

SEGUNDA TRIANGULAÇÃO (2 a 4 anos):

- O ego se separou de seu objeto porém ainda se apóia totalmente nele. O objeto bom ainda não foi totalmente internalizado. A criança tem dificuldade em manter o objeto psiquicamente presente em sua ausência. À medida que o símbolo para a ausência é criado, a angústia de separação é tolerada. O brincar e a linguagem têm aí seu papel. O borderline quando criança não conseguiu brincar o bastante para criar esse símbolo. Se tudo correr bem cria-se o sentimento de existir, de ser bom e de ter valor.

- Se tudo der certo a passagem pela segunda triangulação terá produzido as seguintes conquistas: o símbolo para a ausência; a estabilização do narcisismo primário; o sentimento de ter valor e do mundo ser acolhedor e vivo; o sentimento de existir independentemente dos pais; a capacidade de estar só.

Juignet

- Esse longo período de constituição das bases, funções e fronteiras do eu que vai do nascimento à fase fálica, da indiferenciação entre o eu e o objeto primário até a conquista da autonomia, em torno dos 4 anos é chamado de narcisismo primário. Uma perturbação no narcisismo primário produz não-neuróticos. O narcisismo secundário tem a ver com a consolidação do narcisismo, a partir das identificações edipianas e pós-edipianas com ambos os genitores, com a identidade sexual e com as identificações provenientes da cultura. Tem início na travessia edipiana pra Juignet e continua vida afora.

Roussillon *Manuel de Psychologie et de Psychopathologie clinique générale*, Masson

- O narcisismo primário se refere ao período de indiferenciação sujeito-objeto que vai do nascimento até as primeiras formas de conceber o outro, na posição subjetiva oral quando tem início para Roussillon o narcisismo secundário, entre 3 e 6 meses. A saída do narcisismo primário é consubstancial à concepção do objeto como não-eu.

- FREUD (1914) – Sobre o Narcisismo: uma introdução
- O narcisismo não seria uma perversão mas o complemento libidinal do egoísmo do instinto de autopreservação, que, em certa medida, pode justificavelmente ser atribuído a toda criatura viva.
- Uma unidade comparável ao ego não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego tem que ser desenvolvido. Os instintos auto-eróticos, contudo, ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário que algo seja adicionado ao auto-erotismo – uma nova ação psíquica – a fim de provocar o narcisismo.

- As subjetividades não-neurótica do ponto de vista metapsicológico apresentam em comum uma falha na segunda triangulação. O jeito de compensar essa falha origina uma diversidade de distúrbios: sexualidades bizarras, depressão, tédio, adições, distúrbios alimentares, somatizações, patologias do vazio, instabilidade do humor, compulsões, atuações violentas.

KERNBERG E GREEN

- Podemos falar de tipos de estados-limites. As subjetividades que se estruturam em torno de defesas contra um excesso de pulsões agressivas. São os borderline com tendência à atuação (Kernberg). As subjetividades que se estruturam em torno de falhas na narcisação do eu pelo objeto primário. Há um colorido depressivo, tédio e vazio. São as psicoses brancas e as patologias do vazio (Green).
- A autora (Minerbo) estuda esses 2 tipos como quentes os atuadores (império dos sentidos) e os frios, os entediados e indiferentes (flores partidas).

CHAGNON, J. Y. *Os estados limite nos trabalhos psicanalíticos franceses*. Psicologia UsP, São Paulo, abril/junho, 2009, 20(2), 173-192

- Os pioneiros do estudo dos estados-limite são aqueles que contribuíram para o estudo dos estágios pregenitais e das precoces relações de objeto: Ferenczi, Balint, Fairbairn e Winnicott, sem esquecer do último, Freud (1937/1985), que afirmava a existência de um núcleo psicótico subjacente a todo funcionamento neurótico, perspectiva que será particularmente desenvolvida por M. Klein.

Green, A. (1999). sur la discrimination et l'indiscrimination affect-représentation. In
A. Green, La pensée clinique (pp. 189-257). paris: Odile Jacob.

- Nos casos-limite, devido à carência do ambiente, por excesso (sobreinvestimento) ou por falta, a pulsão tem dificuldade para se representar a fim de dar lugar à ação específica em direção a um objeto confiável e seguro que traria a satisfação, transformando a situação de impotência em experiência satisfatória. Nesse lugar a pulsão é evacuada, descarregada no soma (somatização) ou na passagem ao ato (atuação), o que compromete a elaboração psíquica (muito dolorosa), o trabalho de ligação entre representações e afetos, aliás, frequentemente confundidos.

Estágio fálico (3,4-5 anos)

- Órgãos genitais são alvo de concentração energética pulsional.
- Erotismo uretral: são atribuídas à urina as mesmas características das fezes. Inicialmente euto-erótico vai adquirindo prazeres ‘centrífugos’ com a fantasia de urinar sobre os outros. Significação fálica e sádica: urinar como penetração ativa com fantasias de dominação, destruição e controle. Reter a urina como característica passiva.

Estágio fálico

- Diferença sexual anatômica: inicialmente tanto meninos quanto meninas apagam a existência da diferença sexual porque isso acarretaria a perda do narcisismo enquanto ilusão de que somos todos iguais. A angústia agora é sobre as diferenças que atingem a própria constituição das crianças: qual a sua posição no mundo?

Angústia de castração

- Série de fatos que ocorrem normalmente na evolução do sujeito, sobretudo quando ele descobre a ‘diferença’ essencial constitutiva do ser humano.
- O menino reagirá à maneira fóbica – forte medo de perder algo valioso para ele (pênis).
- A menina reagirá à maneira melancólica – organizará sua personalidade em torno de um forte anseio de suprir, preencher o que lhe falta.

Castração no menino

- 1) inicialmente tenta rejeitar a realidade e negar a diferença (renegação, repúdio, recusa, desmentido – *Verwerfung*) – mecanismo que origina a perversão e as psicoses.
- 2) tenta se reafirmar, atribuindo a diferença à uma mutilação.
- 3) recusa de estender para 'todas' as mulheres a mutilação – fantasia de 'mãe fálica', personagem todo-poderoso

Castração na menina

- A castração é o que permite a entrada no Édipo. A evidência da castração a faz voltar-se para o pai como objeto de amor. A castração levará a uma ferida narcísica que provocará o sentimento de inferioridade no plano corporal e genital.
- 1) reinvindicação fálica (inveja do pênis): corresponde à renegação do menino
- 2) responsabilização da mãe pela castração: cai nos braços do pai para fugir à ameaça materna
- 3) substituição do desejo de ter o pênis pelo desejo de ter um filho (útero, seio, fezes, pênis, bebê)

Édipo

- Desde que o ser humano deve sua origem a dois seres chamados pai e mãe não haverá nada a escapar desta triangulação.
- "Não há nada fora do Complexo de Édipo. Durante a vida inteira a pessoa continua vivendo essa peça teatral, assumindo diferentes papéis de um argumento que reflete sua história passada com os personagens do passado e com os diferentes desfechos a que levaram as combinatórias em seu interacionar quase infinito". (p. 66)

Complexo Édipo - importância

Caráter estruturante para o individuo como um todo.

A oposição entre o social e o natural é resolvida no seio da estruturação edipiana, através de uma proibição fundamental, de consequências transcendentes, como é a proibição do incesto (p. 84)

-liderança da zona genital; superação do auto-erotismo primitivo; decisiva orientação em direção aos objetos externos

-consolidação do objeto inteiro, global, sexuado.

TERCEIRA TRIANGULAÇÃO:

- Nessa fase a criança se organiza em torno da travessia do Édipo. Institui relações objetais baseadas em parceria, colaboração, diferença e complementaridade. O objeto do desejo é o desejo do outro. As identificações secundárias se dão com as figuras parentais como suportes da identidade sexual: o pai-homem e a mãe-mulher são tomados como modelos identificatórios. O superego deixa de ser mortífero integra os interditos e a lei porém referidos à cultura e não a imagos arcaicas.

- Se a travessia edipiana for bem sucedida no plano narcísico estamos na fase genital. A família exerceu as funções parentais básicas e ofereceu modelos identificatórios sexuais suficientes. O desejo sexual assumiu uma forma pós-genital: a satisfação sexual está autorizada, valorizada e sem conflito. Ele se organiza em torno de uma fantasia genital, em torno do corpo sexuado próprio e do outro.

Identificação secundária

- O modelo descrito por Freud em Luto e Melancolia mostra que o sujeito reestrutura dentro de si o vínculo perdido com seus pais reais e concretos devido a esse 'nao' edípico fundamental e estruturante. A identificação secundária produzirá o **superego** que teve origem numa rejeição (narcisica e edípica com pais). Abaixo deste 'não' estruturante enfileram-se todos os outros 'nãos' passados (ligados ao ideal de eu) e futuros da vida do aparelho psíquico (rejeições, abandonos, proibições, etc)

Superego

Roussillon, 2007, p. 170

- O ideal de ego fixa o objetivo, o vetor.
- O superego fixa as vias e meios para atendê-los, fixa as normas pelas quais o desejo pode ser ‘realizado’.

Períodos críticos

Roussillon, 2007, p. 46-47

- Para Roussillon (2007) uma das fontes maiores de sofrimento psicopatológico está ligada diretamente com as competências (segundo os estágios) que não puderam encontrar condições no ambiente que lhes permitissem se atualizar. Ou seja, potenciais que não puderam se desenvolver ou se realizar e que permaneceram degenerados.

MINERBO, 2009

Figura 2

2. PSICOGÊNESE ⟶ EIXO OBJETAL: A CONSTITUIÇÃO DO OBJETO DO DESEJO

Eixo Narcísico (Fig. 1): 0 — 6m — 2a — 4a — 6a

LIBIDO OBJETAL

0 – 1a	1a – 3a	3a – 5a	5a
Posição subjetiva oral (Precoce / Tardia)	Posição subjetiva anal (Precoce / Tardia)	Posição subjetiva fálica	Posição subjetiva genital
Autoerotismo e erotismo oral	Erotismo anal	Erotismo fálico	Erotismo genital
Gratificação contínua e absoluta	Passividade/atividade	Potente/impotente	Parceria
Posição receptiva	Controle/expulsão	Completude/incompletude narcisica	Colaboração
Passividade	Sadismo/masoquismo	*Voyuerismo*/exibicionismo	Diferença
Voracidade	Oposição/submissão	Curiosidade	Singularidade
Inveja oral	Inveja anal	Inveja fálica	Complementaridade
		Ter/não ter Ser/não ser	

Falo

PRÉ-GENITAL — GENITAL

GRATIFICA ⟶ PRAZER

OBJETO ERÓTICO

FRUSTRA ⟶ DESPRAZER

DESEJO

OBSERVAÇÕES:

Eixos narcísico e objetal se determinam mutuamente

Gratificação objetal ⟷ **Constituição do narcisismo**

Cada posição subjetiva é narcísico-objetal

- Para retomarmos e deixarmos então uma contribuição psicopatológica sob a visão psicanalítica podemos então dizer, sob o ponto de vista da constituição de uma subjetividade adicta, que tudo começa na relação com o outro.
- E aqui eu retomo um capítulo de livro publicado em 2013: angústia, desespero e morte: narciso e o espelho partido (In: Monah Winigrad; Mériti de Souza. (Org.). Processos de Subjetivação, Clínica Ampliada e Sofrimento Psíquico. 1ed.Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2012, v. 1, p. 185-205).
- Lembremos que o primeiro si mesmo se decifra no rosto da mãe, primeiro de todos os espelhos e que esta descoberta reflete uma condição: o movimento de identificação da mãe à criança.

- Para Green (GREEN, André. **Pourquoi les pulsions de destruction ou de mort?** Paris, Panama, 2007) quando as experiências dolorosas levam ao fracasso o princípio do prazer, invadindo a psique, elas dão lugar a experiências de destrutividade irrepresentáveis.
- Angústia mortal e destruição ilimitada ocupam todo o psiquismo. Seu ressurgimento no adulto é frequentemente de interpretação difícil.
- Nesses casos nós podemos falar de regressão a um estado libidinal anterior, mas se trata de uma regressão global na qual a destrutividade não sabe como fazer face à dor psíquica, nem pará-la.
- O prazer não teria nada a fazer ali onde o gozo reina. Ela é ininterpretável, quer dizer que as interpretações não têm efeito sobre ela. Ela é ocasionada pelo sentimento de um eu reduzido à impotência.

- Não há o investimento num novo objeto e sim um superinvestimento em si mesmo, nos moldes do objeto abandonante/abandonado, ou seja, o eu se identifica com o objeto que abandonou.
- Não é mais o objeto que é decepcionante, mas o sujeito ele mesmo. Replica-se melancolicamente.
- Na melancolia a escolha de objeto é necessariamente fundada sobre uma base narcísica (Freud, 1915/1988), sobre si mesmo para não destruir o objeto, única garantia de sua ex-sistência.

MELANCOLIA

- Há um conflito entre o sujeito e seus ideais.
- O sujeito é incapaz de abrir mão de um objeto (supostamente) ideal ou um estado ideal.
- Ele tem uma relação de total dependência a este ideal (relação narcísica) e, na falta deste, ele não consegue simbolizar sua ausência, deprimindo-se melancolicamente.
- Não é o objeto que se perde, mas o próprio eu.
- O objeto é um aspecto idealizado do próprio eu, portanto os ataques ao objeto perdido se tornam ataques ao eu (não há diferenciação eu-outro).
- Daí as auto-acusações, as auto-depreciações, etc.

MELANCOLIA

- Na maior parte dos casos a melancolia se dá como consequência de uma falha muito precoce na constituição do eu.
- O sujeito, de alguma forma, é privado de um reconhecimento narcísico que seria fundamental para sua constituição. Ele é dependente de um outro (idealizado) que lhe garante sustentação egóica.

MELANCOLIA

- Podemos falar de um ego frágil diante das demandas ideais a que se submete. O sujeito sente-se culpado de nunca estar à altura das exigências que ele mesmo se coloca.
- Quando está em relação com um outro ideal sua insuficiência narcísica é compensada e ele se demanda menos.
- Quando este outro ideal, que o sustenta psiquicamente, abandona, falha ou despreza o sujeito, ele cai numa profunda melancolia.
- Nada nem ninguém pode substituir o objeto ou restituir-lhe aquele estado ideal.

- Freud (1917) aproximou a toxicomania da melancolia agrupando-as sob o mesmo termo de psiconeurose narcísica.
- O mecanismo significativo para as afecções narcísicas é o da incorporação narcísica do objeto de amor, que presume uma escolha objetal dada sobre uma base narcísica.
- A incorporação canibalítica é uma reação, típica da infância, à perda do objeto de amor. Se o objeto de amor desaparece antes de ter sido representado psíquicamente, o sujeito 'devora' este objeto de amor de forma absoluta que, sem representação, causa angústia.
- O tipo de incorporação canibalística do objeto é uma defesa à situação de desamparo. (Pimenta; Cremasco; Lesourd, 2011, p. 258-259).

- As vivências de imenso vazio, extrema severidade com o ego, episódios depressivos, desinvestimento em interesses, desilusão e apatia frente aos ideais, muitas vezes encontram-se abafadas pela sintomatologia do toxicômano, rica em atuações, situações de perigo, atos delinquenciais. Essa constatação clínica aponta para a possibilidade de relação entre toxicomania e melancolia, principalmente quando se refere às toxicomanias mais graves. Alguns autores acreditam que a toxicomania tem a função de enfrentamento de um quadro melancólico. (Chaves, 2006, p. 47)

- A elaboração de angústias melancólicas necessita recorrer habitualmente a defesas maníacas.
- Para se manter o outro como um objeto bom internalizado, é necessário uma certa limitação da onipotência narcísica, sair da posição de vazio mas, a defesa depressiva resiste para manter o vazio.
- A posição maníaca recusa essa renúncia narcísica na qual o sujeito faria a prova da realidade, efetuando a confrontação e a comparação entre mundo interno e externo (CREMASCO, 2010, p. 13).

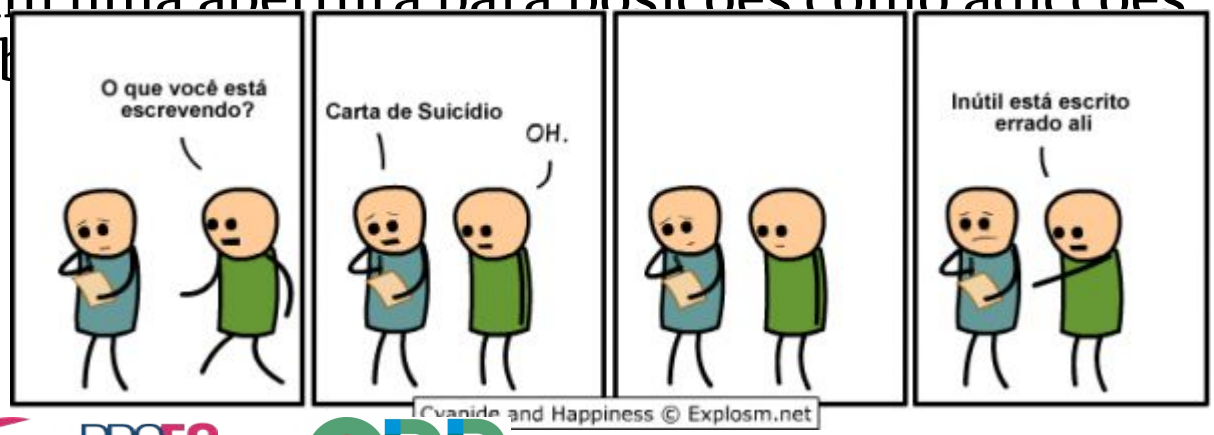
- Ou seja, o sujeito melancolicamente mantém sempre uma relação de ambivalência com o objeto, resistindo considerá-lo positivamente. Ou seja, mesmo se existe uma certa compreensão da problemática pelo paciente, não há construção de nada novo.
- Para Freud (1915/1988) das três pré-condições da melancolia - perda do objeto, ambivalência e regressão da libido ao ego -, as duas primeiras também se encontram nas auto-recriminações obsessivas que surgem depois da ocorrência de uma morte, ou perda.

- O mecanismo de incorporação canibalística possui uma intensa ligação com estes três pressupostos da melancolia. O sujeito, que sofreu a perda de um ente ou um objeto querido incorpora, sob o modo do canibalismo de identificação ao objeto, o objeto perdido em si na tentativa de anular esta perda.

- Nós não podemos esquecer que Freud (1926/1992) definiu o luto não apenas como a reação habitual à perda de um ente querido mas, sobretudo, a um valor ideal. A dor tão forte do luto, uma das preocupações para se compreender o luto, que comporta uma parte de inaceitável, parece, sobretudo, associada à falta: perda narcísica, a desintricação pulsional com o retorno libidinal para o eu e a comparação com a ferida física.
- Portanto, Freud (1915/1988) definiu o luto em relação à perda e não em relação à morte. A perda do luto não é senão a do ser amado e da relação mantida com ele, ela é, sobretudo, narcísica.

- Do investimento no outro que traumatiza, o aumento da ambivalência resulta sobre a predominância do ódio (que não exclui a relação de amor), que deve ser gerenciado (administrado) para evitar o agravamento do traumatismo e para proteger o perseguidor amado na sua imago apesar da realidade.
- Uma das maneiras de administrar essa raiva é evidentemente de retorná-la contra si em uma autodepreciação depressiva ou em tendências suicidas, tão frequentemente encontradas nesses sujeitos.

- Dizendo de outro modo, uma parte do ego (*moi*) do sujeito em luto se identifica com o objeto perdido. Esta identificação, operada sob a forma da incorporação canibalística, vai provocar a regressão da libido no ego, pois agora o sujeito-dor passa a investir toda a sua libido nesta parte egóica identificada ao objeto perdido (PIMENTA, CREMASCO, 2011).
- Temos assim uma abertura para posições como adicções, anorexias, b



- Para Le Polichet (2004) as toxicomanias constituem, sempre, uma maneira de fazer-se um corpo estranho, a fim de escapar de uma dependência bem mais radical do que a da droga.
- O verdadeiro ‘tóxico’ não seria a droga, mas uma forma de aspiração nadificante num Outro todo-poderoso (ideal). E, paradoxalmente, a droga age como automedicação contra essa ameaça, inventando um novo envelope corporal.
- As toxicomanias, assim, põem em jogo os processos de engendramento de corpos estranhos. Temos assim o imperativo de ingerir ou de se injetar xico a fim de tornar-se um corpo estranho.

- Como tratamento, segundo a autora, podemos esperar uma transformação da toxicomania como ‘formação narcísica’ em toxicomania como ‘formação de sintoma’ e isso considero uma das mais importantes contribuições de Le Poulichet para a reflexão clínica de casos nos quais temos a incidência dessa ‘formação narcísica’, ou seja, casos em que temos uma espécie de ‘automedicação’ que acaba por inventar um ‘corpo novo’ contra a angústia de perder-se no Outro.

Podemos refletir se em Narciso, de *Naikos* como narcosidade, não foi exatamente a busca por preencher-se e impossibilidade de se re-inventar em algo externo a ele que o leva à morte, ou seja, Narciso embriagado de si mesmo, sem saídas para o apelo de tornar-se inteiro consigo, com sua imagem, lança-se para a morte. Aqui talvez possamos afirmar nossa hipótese de que Narciso não se mata, no sentido da morte como busca de solução para a angústia.

A morte em Narciso, sobretudo, é acidental. O 'acidente' é que a tentativa de duplicação narcísica é realizada, para ele, com algo mortífero, nos moldes orais e sádico-anais do autoerotismo.

- É o que vemos muitas vezes em casos adictivos em que o lançar-se compulsivamente na duplicação com a droga ou com o outro, leva ‘acidentalmente’ à overdose. Não que a fusão não fosse desde sempre desejada, o que nos leva a pensar também que sempre podemos pensar, nos casos de overdose, num ‘matar-(se)’, nos moldes nirvânicos da completude perfeita.
- Figuram-se assim duas faces, não exclusivas, do desespero e também da melancolia: uma maníaca e outra depressiva. Se uma delas pode produzir obras como o Tratado do Desespero, de Kierkegaard (1961) a outra, como vimos, desespera, revelando a face mortífera do narcisismo, como no mito.

- Se o trabalho de luto é um processo que opera ativa e inconscientemente para a maior parte, após a perda de uma pessoa fortemente investida e/ou de um valor ideal, como disse Freud (1926/1992), ele não vem senão reativar uma função do eu que é capacidade de perda, o que Hanus (1976) chama de 'aptidão ao luto'.
- Essa capacidade de integrar psiquicamente a perda se institui na primeira infância em função do vivido e da integração das separações com a mãe ou interferência e presença do terceiro, o pai, da confrontação das faltas e das ausências dessa mãe inicial que comporta, no início, a totalidade dos cuidados maternais, ou seja, em função da aquisição de uma confiança suficiente e seu funcionamento psíquico pré-consciente para suportar a ausência e a falta.

- O que a clínica nos revela é que os desesperados têm uma particular relação com a morte como solução para suas angústias. Essa relação se demonstra como particular, primeiro por necessitar ser focalizada em sua unicidade para cada paciente de acordo com o que se revela na transferência e, também porque, para todos, muitas vezes e em muitos momentos, a morte lhes parece a única saída.
- Saída nos moldes de fuga desesperada diante de algo que para eles se torna insuportável. Como disse um paciente, aproximando-se da figura do moribundo de Kierkegaard (1961): “prefiro morrer do que viver morrendo”.

- Um outro fator de importância a ser considerado nessa clínica particular são as duas faces, não excludentes, do desespero: a maníaca e a depressiva. A meu ver as duas revelam dramaticamente o erotismo narcísico da melancolia presentes nos estados de desespero.

O que nós queremos?
A cura pra bipolaridade!
E quando nós queremos isso?
Nós não queremos mais!

- É o que vemos muitas vezes também nos casos de toxicomanias nos quais a overdose é sobretudo um ‘acidente’ de percurso, como consideramos com Narciso, de uma busca desenfreada por preenchimento, pelo gozo máximo, pelo Nirvana. A fase maníaca, assim, pode lançar o paciente ao encontro dessa imagem perfeita na duplicação de si, sem furos e tão perigosa à integridade de si mesmo na qual ‘a falta pode faltar’. É a entrega do corpo próprio ao grande ‘outro’ devorador.

- É o espelho que lhe reflete perfeitamente levando-o ao abandono da realidade e das relações objetais, sempre imperfeitas. Apesar muitas vezes da mania ser um momento de maior tranquilidade para os que estão ao redor do paciente que se mostra sempre muito ativo nesses momentos, para o analista pode ser um momento de muito cuidado na construção da relação transferencial possível.
- Por outro lado, a fase depressiva, sem excluir a maníaca, caracteriza-se por um embotamento narcísico que muitas vezes pode tirar do sujeito toda a esperança de se mirar em algo.

- O espelho nesse momento, todo partido, pode lhe revelar um reflexo frio impossível de integrar uma imagem de si mesmo ou até, refletir uma imagem impossível de ser acessada. O abandono de si nos moldes melancólicos de auto-punição pode ser fatal, ou então a duplicação de se dar com algo mortífero, um eu não substituível, que precisa ser eliminado. Considero esse o risco maior para o suicídio.
- Contudo, como um paciente nos revelou, deprimir-se também pode ser um momento de transformação do passado na medida em que representa um abrir-se ao outro, à transferência. Um momento em que "o desespero coloca fogo no eu" (KIERKEGAARD, 1961, p. 341), acendendo assim, alguma esperança.

Dispositivos terapêuticos

UFPR 165 ANOS DE ORGULHO
PROEC Pró-reitoria de Extensão e Cultura
CRR Centro Regional de Referência para Formação em Políticas sobre Drogas da UFPR
Maria Virgínia Filomena Cremasco

- Retomando nosso questionamento inicial sobre a falta de demanda clínica do toxicômano associada à sua duplicação narcísica com a droga que não lhe permite vinculação ao tratamento, vimos o caso de André, submerso no gozo mortífero da melancolia, e o caso de Marcos, que veremos e que excluía, com sua intoxicação, a entrada de um terceiro elemento na sua relação-assimilação com a droga.
- Apontamos então, junto com Kristeva (1998) para o que seria uma possibilidade de escuta vinculante, terciária: o estabelecimento de um freio simbólico à libido devoradora.

VAZIOS E ESTADOS ALTERADOS

- Ou seja, algo deve possibilitar que a libido canibalística, tornando-se erógena pela transferência, seja enunciada. O sujeito de enunciação pronuncia seu sofrimento a um outro, suporte do laço transferencial.
- A dificuldade de dizer o indizível para esses pacientes parece ter relação direta com as crises descritas como 'vazios' ou sensações de estarem fora do espaço-tempo.
- No caso das toxicomanias parece haver uma busca por estas sensações de desconexão com a realidade e o mundo circundante, anulando qualquer alteridade, contudo, **na segurança de que isso provenha da droga e não de sofrimentos internos não-representáveis**.

- O que pode então a psicanálise na clínica das toxicomanias? Qual escuta suscitaria uma demanda de vínculo?
- Pelas reflexões que desenvolvemos até então poderíamos responder com outra pergunta: qual a possibilidade desses pacientes experienciarem suas crises de não representação para além do sofrimento que suscitam?

- De nossa experiência, a ampliação da clínica no enfoque e tratamento das toxicomanias pode permitir que o vínculo com o analista, inicialmente fusional, indiferenciado, canibalístico, desloque-se para uma relação objetivante e, consequentemente, uma alteridade suplementar por intermédio do amor de transferência que erotiza o mortífero da melancolia.

- Para Fédida (1991) o objeto-fonte da relação transferencial é sustentado pela pessoa do analista mas não *é* a pessoa do analista: "(...) a constituição interna do interlocutor é que será capaz de representar este papel motor de eros no auto-erotismo" (p. 120).
- Trata-se, portanto, de um funcionamento auto-erótico do sujeito que inclua, mesmo que primariamente, a presença de um outro: o narcisista com um objeto.
- Vimos com André que sua duplicação narcísica com a droga não foi alterada pela experiência analítica, pela possibilidade da presença de um outro simbólico, impossibilitando o estabelecimento de um vínculo terapêutico.

Trabalho simbólico

- O partilhamento de fantasias, a escuta das formas corporais de intoxicação e abstinência, o colocar-se como ponto de referência nos momentos de crises, podem se constituir como elementos importantes para um trabalho simbólico de linguagem que se coloca em andamento sessão após sessão.

- Subjetivar significa fazer o trabalho com os dados de sua história e se apropriar deles. Aceitar plenamente ao que se é submetido. Trata-se de se deixar fazer sujeito de seu próprio determinismo inconsciente.

- *Certa vez, um urso faminto perambulava pela floresta em busca de alimento. A época era de escassez, porém, seu faro aguçado sentiu o cheiro de comida e o conduziu a um acampamento de caçadores.*
- *Ao chegar lá, o urso, percebendo que o acampamento estava vazio, foi até a fogueira, ardendo em brasas, e dela tirou um panelão de comida.*
- *Quando a tina já estava fora da fogueira, o urso a abraçou com toda sua forca e enfiou a cabeça dentro dela, devorando tudo.*

- *Enquanto abraçava a panela, começou a perceber algo lhe atingindo. Na verdade, era o calor da tina....*
- *Ele estava sendo queimado nas patas, no peito e por onde mais a panela encostava.*
- *O urso nunca havia experimentado tal sensação, e então, interpretou as queimaduras pelo seu corpo como uma coisa que queria lhe tirar a comida.*
- *Começou a urrar muito alto. E, quanto mais alto rugia mais apertava a panela quente contra seu imenso corpo.*

- *Quanto mais a tina quente lhe queimava, mais ele apertava contra o seu corpo e mais alto rugia. Quando os caçadores chegaram ao acampamento, encontraram o urso recostado a uma árvore próxima à fogueira, segurando a tina de comida.*
- *O urso tinha tantas queimaduras que o fizeram grudar na panela e, seu imenso corpo, mesmo morto, ainda mantinha a expressão de estar rugindo.*

- *Em nossa vida, por muitas vezes, abraçamos certas coisas que julgamos importantes.*
- *Algumas delas nos fazem gemer de dor, nos queimam por fora e por dentro, e mesmo assim, ainda as julgamos importantes.*
- *Temos medo de abandoná-las e esse medo nos coloca numa situação de sofrimento, de desespero.*
- *Apertamos essas coisas contra nossos corações e terminamos derrotados por algo que tanto protegemos, acreditamos e defendemos.*
- *É necessário reconhecer, em certos momentos, que nem sempre o que parece salvação, vai lhe dar condições de prosseguir.*
- *Tire de seu caminho tudo aquilo que faz seu coração arder.*
- *Solte a panela!*

Saúde Mental?

Tocando em Frente Almir Sater

- Ando devagar
  Porque já tive pressa
  E levo esse sorriso
  Porque já chorei demais
- Hoje me sinto mais forte,
  Mais feliz, quem sabe
  Só levo a certeza
  De que muito pouco sei,
  Ou nada sei
- Conhecer as manhas
  E as manhãs
  O sabor das massas
  E das maçãs
- É preciso amor
  Pra poder pulsar
  É preciso paz pra poder sorrir
  É preciso a chuva para florir
- Penso que cumprir a vida
  Seja simplesmente
  Compreender a marcha
  E ir tocando em frente
- Como um velho boiadeiro
  Levando a boiada
  Eu vou tocando os dias
  Pela longa estrada, eu vou
  Estrada eu sou
- Conhecer as manhas
  E as manhãs
  O sabor das massas
  E das maçãs
- É preciso amor
  Pra poder pulsar
  É preciso paz pra poder sorrir
  É preciso a chuva para florir
- Todo mundo ama um dia,
  Todo mundo chora
  Um dia a gente chega
  E no outro vai embora
- Cada um de nós compõe a sua história
  Cada ser em si
  Carrega o dom de ser capaz
  E ser feliz

Maria Virgínia Filomena Cremasco