

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

VITOR NASTROMAGARIO SCHMIDT OLIVEIRA

Além do limite: estudo psicanalítico sobre a toxicomania em pacientes *borderline*

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

São Paulo

2024

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

VITOR NASTROMAGARIO SCHMIDT OLIVEIRA

Além do limite: estudo psicanalítico sobre a toxicomania em pacientes *borderline*

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à banca examinadora como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, com área de concentração em Tratamento e Prevenção Psicológica, sob orientação do Professor Doutor Renato Mezan.

São Paulo

2024

Aprovação em: ____/____/____

Banca examinadora:

Prof. Dr. Renato Mezan

Prof^a Dr^a. Elisa Maria de Ulhôa Cintra

Prof. Dr. Thiago Marques Fidalgo

RESUMO

Esta dissertação explora as complexidades do fenômeno da dependência de drogas, combinando perspectivas psiquiátricas e psicanalíticas para fornecer uma análise detalhada das práticas clínicas e estratégias de tratamento para indivíduos toxicômanos com transtorno de personalidade *borderline* subjacente. A pesquisa destaca a crescente prevalência global do uso de substâncias e discute os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde. Examina as bases neurobiológicas da dependência, focando no sistema de recompensa e nas implicações clínicas dos critérios diagnósticos atuais. Contribuições psicanalíticas são revisitadas, introduzindo novas perspectivas sobre a etiopatogenia e os mecanismos inconscientes que sustentam o uso compulsivo de substâncias. A discussão ressalta a necessidade de uma abordagem terapêutica integrada e multiprofissional para lidar com a prevalência de comorbidades psiquiátricas em pacientes dependentes. Do ponto de vista psicoterapêutico, propõe-se a adaptação da técnica psicanalítica para o tratamento de pacientes simultaneamente diagnosticados com transtorno por uso de substâncias e com transtorno de personalidade *borderline*. Este estudo enfatiza a necessidade de práticas clínicas mais humanizadas e individualizadas, que considerem as particularidades de cada paciente. A dissertação convida à reflexão crítica sobre as diretrizes atuais e a implementação de estratégias mais eficazes para o cuidado de indivíduos toxicômanos, contribuindo significativamente para o campo assistencial na saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Dependência de Substâncias. Borderline. Psicanálise em Instituição Pública.

ABSTRACT

This dissertation explores the complexities of the drug dependence phenomenon by combining psychiatric and psychoanalytic perspectives to provide a detailed analysis of clinical practices and treatment strategies for individuals with substance addiction and underlying borderline personality disorder. The research highlights the growing global prevalence of substance use and discusses the challenges faced by health systems. It examines the neurobiological bases of dependence, focusing on the reward system and the clinical implications of current diagnostic criteria. Psychoanalytic contributions are revisited, introducing new perspectives on etiopathogenesis and the unconscious mechanisms that sustain compulsive substance use. The discussion emphasizes the need for an integrated and multi-professional therapeutic approach to address the prevalence of psychiatric comorbidities in dependent patients. From a psychotherapeutic point of view, it proposes adapting psychoanalytic techniques for treating patients diagnosed with both substance use disorder and borderline personality disorder. This study underscores the need for more humanized and individualized clinical practices that consider the particularities of each patient. The dissertation invites critical reflection on current guidelines and the implementation of more effective strategies for the care of individuals with substance addiction, making a significant contribution to the field of public health care.

KEYWORDS: Substance Dependence. Borderline. Psychoanalysis in Public Institution.

Dedico esta dissertação aos pacientes da unidade psiquiátrica do Hospital Estadual de Diadema, que, com suas demandas, desafios e confiança, me ensinaram mais do que eu poderia imaginar sobre empatia, humanidade e a verdadeira essência do cuidado.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Renato Mezan, pela confiança depositada em meu trabalho, pela disponibilidade constante e pelas valiosas orientações que me guiaram ao longo desta jornada.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa, Professores Doutores Elisa Maria de Ulhôa Cintra, Thiago Marques Fidalgo e Ida Kublikowski, pela leitura atenta e pelos comentários generosos, que enriqueceram e aprofundaram minhas reflexões.

À minha esposa e companheira, Iara Bastos Campos, cujo incentivo foi fundamental para que eu ingressasse no Programa de Estudos Pós-Graduados. Por todas as discussões, leituras e apoio contínuo, que me impulsionaram a seguir adiante neste trabalho.

À minha família, por sempre acreditarem em minha trajetória na Psicologia e na Psicanálise, proporcionando a base para a realização deste sonho.

À equipe da unidade psiquiátrica do Hospital Estadual de Diadema, incluindo médicos psiquiatras, psicóloga, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Meu especial agradecimento à coordenadora dessa unidade e amiga, Valéria Lacks, por apostar no meu desejo de realizar o trabalho clínico-hospitalar e por seu constante apoio.

Ao meu analista, Rodrigo Gonçalves Blum, e ao meu supervisor, Eduardo Fraga de Almeida Prado, cujas contribuições foram indispensáveis para sustentar o tripé analítico que orienta minha prática e meu amadurecimento pessoal.

À amiga e colega Diva Reale, cuja experiência, perspicácia e generosidade foram fundamentais para me orientar no trabalho clínico com indivíduos toxicômanos, tanto no ambiente hospitalar quanto no consultório.

À amiga, a linguista Ana Elisa Volpato Ortolano, pela inestimável ajuda na tradução dos textos em espanhol de orientação lacaniana, um referencial teórico que, confesso, ainda permanece enigmático para mim.

Aos colegas do PEPG em Psicologia Clínica, especialmente Gabriel Filippi Heitzmann, pelos momentos de troca, pelas reflexões conjuntas e pelo estímulo constante, que contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 – PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA SOBRE OS TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS	14
1.1 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS ATUAIS	14
1.2 BASE NEUROBIOLÓGICA DA DEPENDÊNCIA: O SISTEMA DE RECOMPENSA	17
1.3 ETIOLOGIA DOS TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS: UMA PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA	23
1.4 COMORBIDADE EM TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS	27
CAPÍTULO 2 – CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS PARA A COMPREENSÃO DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS	30
2.1 REVISITANDO O CAMPO TEÓRICO	31
2.1.1 <i>Características e dinâmicas subjacentes às adições</i>	32
2.1.2 <i>Historiografia psicanalítica das adições: teorias e implicações clínicas</i> ..	37
2.1.3 <i>Exemplo clínico</i>	40
2.1.4 <i>Comentários</i>	42
2.2 ESTRUTURA PSÍQUICA.....	46
2.3 PSICOPATOLOGIA ESTRUTURAL: A ABORDAGEM DE JEAN BERGERET	49
2.3.1 <i>Psicose</i>	50
2.3.2 <i>Neurose</i>	53
2.3.3 <i>Estados limítrofes</i>	56
2.4 TOXICOMANIAS E SEUS MODOS DE OPERAÇÃO: SUPLÊNCIA E SUPLEMENTO	60
2.4.1 <i>Toxicomania de suplência</i>	61
2.4.2 <i>Toxicomania de suplemento</i>	62
CAPÍTULO 3 – COMPREENDENDO A PERSONALIDADE <i>BORDERLINE</i>: UMA ABORDAGEM METAPSICOLÓGICA.....	64
3.1 O MODELO DE KERNBERG.....	66
3.1.1 <i>A entrada prematura no Complexo de Édipo</i>	67
3.1.2 <i>O impacto das relações objetais patológicas: formação do ego e do superego</i>	70
3.1.3 <i>Mecanismos defensivos</i>	72
3.1.4 <i>O paciente borderline e a relação analítica: uma transferência psicótica?</i>	75
3.1.5 <i>O vazio interior: explorando o mundo interno dos pacientes borderline</i>	77
3.2 A CONTRIBUIÇÃO DE BOLLAS PARA A COMPREENSÃO DA PERSONALIDADE <i>BORDERLINE</i>	79
3.2.1 <i>Conceitos fundamentais</i>	82

3.2.2 Uma análise sobre o ódio <i>borderline</i>	85
3.2.3 Forjando o <i>self borderline</i> : o papel do ambiente primitivo	89
3.2.4 O objeto <i>borderline</i> : dinâmicas relacionais e implicações clínicas	91
CAPÍTULO 4 – REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO CLÍNICO DE INDIVÍDUOS TOXICÔMANOS COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE <i>BORDERLINE</i>	95
4.1 ADAPTANDO A TÉCNICA PSICANALÍTICA AO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE <i>BORDERLINE</i>	97
4.1.1 Psicoterapia expressiva	100
4.1.2 Psicoterapia de apoio	103
4.2 MANEJO AMBIENTAL E TERAPÊUTICO DA TOXICOMANIA EM PACIENTES COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE <i>BORDERLINE</i>	106
4.2.1 Assistência a usuários de substâncias psicoativas no Brasil: organização, diretrizes e desafios	109
4.2.2 Estrutura e práticas clínicas na unidade psiquiátrica do Hospital Estadual de Diadema	111
4.2.3 Desafios psicanalíticos na assistência a pacientes toxicômanos e <i>borderline</i> : reflexões sobre estratégias clínicas em contexto hospitalar	118
CONSIDERAÇÕES NÃO FINAIS	124
BIBLIOGRAFIA DAS REFERÊNCIAS	127

INTRODUÇÃO

Este estudo teórico investiga a intersecção complexa entre o transtorno por uso de substâncias e o transtorno de personalidade *borderline* (TPB), conforme delineados pela *American Psychiatric Association* (APA, 2014), evidenciando os significativos desafios que o tratamento dessas condições impõe aos profissionais de saúde mental. A utilização compulsiva de substâncias psicoativas, muitas vezes, representa uma tentativa do sujeito para atenuar tanto o desprazer causado por estados disfóricos de abstinência física e psicológica quanto o sofrimento originado por distúrbios psíquicos subjacentes. Por sua vez, o TPB é caracterizado por instabilidade emocional aguda, impulsividade e relações interpessoais problemáticas, frequentemente acompanhado de uma notável prevalência de comorbidades psiquiátricas associadas (SLOTEMA et. al., 2018).

No âmbito da saúde mental, a dependência de substâncias representa um dos desafios mais significativos na atualidade, envolvendo intrincadas complexidades que abrangem dimensões biológicas, neuropsiquiátricas, psicossociais e culturais. Este fenômeno requer abordagens interdisciplinares que não só considerem os elementos objetivos do transtorno, mas também reconheçam a singularidade de cada paciente e o contexto específico em que estão inseridos. Neste sentido, a presente dissertação se propõe a integrar conceitos da Psiquiatria, adotando uma perspectiva positivista, e da Psicanálise, a fim de investigar profundamente as manifestações, as relações psicodinâmicas e o manejo clínico desse quadro em cenários em que se presentificam comorbidades psiquiátricas, com enfoque particular no TPB.

A relevância deste estudo é ressaltada pela alta prevalência global do transtorno por uso de substâncias e seu impacto significativo na saúde e qualidade de vida, conforme apontado pela *Organização Mundial da Saúde* (WHO, 2022). No Brasil, o número expressivo de atendimentos no serviço público de saúde relacionados ao uso de substâncias psicoativas, registrado em 2023, destaca a urgência deste problema e a necessidade de desenvolver abordagens que respeitem as particularidades individuais e os direitos fundamentais desses pacientes.

Em minha experiência como psicanalista em contextos de atendimento público à saúde no Hospital Estadual de Diadema (HED) evidenciei lacunas significativas na integração entre perspectivas psiquiátricas e psicodinâmicas. Em grande parte dos serviços destinados à atenção a usuários de drogas, é recorrente que as comorbidades psiquiátricas sejam subdiagnosticadas ou abordadas de forma fragmentada, o que compromete a eficácia do cuidado. Esse cenário reforça a importância de estratégias que promovam maior articulação entre os diversos saberes e dispositivos da rede de saúde mental, de modo a oferecer um suporte integral ao paciente.

No manejo clínico de indivíduos dependentes de substâncias, é essencial resgatar a subjetividade e promover a ressignificação do sofrimento psíquico. Essa abordagem exige estratégias integrativas que não apenas considerem as particularidades de cada paciente, mas também reconheçam as especificidades e os limites impostos pelo contexto institucional. Apenas por meio de uma articulação efetiva entre perspectivas psiquiátricas, psicodinâmicas e sociais será possível ampliar a eficácia das intervenções, assegurando um cuidado mais humanizado e abrangente.

O objetivo geral deste estudo é analisar as estratégias mais eficazes para entender e gerenciar terapeuticamente a dependência de substâncias em pacientes com comorbidades psiquiátricas, especialmente aqueles diagnosticados com TPB, considerando a particularidade do sofrimento psíquico exibida nessa condição e as limitações dos modelos clínicos tradicionais. O estudo se propõe a integrar conceitos das perspectivas psicanalítica e psiquiátrica para uma compreensão mais abrangente. Os objetivos específicos incluem:

- a. Revisar os critérios diagnósticos e modelos etiopatogênicos da dependência de substâncias, com base nas contribuições do DSM-5 e das neurociências;
- b. Aprofundar os conhecimentos teóricos sobre a síndrome de dependência a substâncias, considerando as funções que desempenham na dinâmica psíquica, e sobre como esta se relaciona à dinâmica da personalidade *borderline*;

- c. Examinar como práticas clínicas podem ser articuladas com a rede de saúde mental para fornecer um cuidado mais integrado e humanizado;
- d. Propor estratégias terapêuticas adaptadas às especificidades dos pacientes que apresentam, simultaneamente, um transtorno por uso de substâncias e TPB.

Para atingir os objetivos delineados e avaliar a validade das hipóteses propostas, a discussão conduzida nesta dissertação será estruturada em quatro capítulos principais.

No Capítulo 1, será focalizada a perspectiva psiquiátrica sobre os transtornos por uso de substâncias, definindo a síndrome de dependência como uma condição complexa e multifatorial no âmbito multidisciplinar da Psicopatologia. À luz dos critérios do DSM-5, tais transtornos são categorizados de acordo com sua gravidade (leve, moderada ou grave), enfatizando aspectos qualitativos em detrimento dos quantitativos. A análise recairá sobre o sistema de recompensa cerebral, cujo papel central na cronificação do uso de drogas se relaciona a elevações dos níveis de dopamina no *nucleus accumbens*, promovendo alterações neurológicas permanentes nesse sistema. Discutir-se-á, ainda, a etiopatogenia como resultado de fatores fisiológicos, genéticos e ambientais, com destaque para a predisposição hereditária e para a elevada ocorrência de comorbidades que complicam diagnósticos e tratamentos.

No Capítulo 2, sob uma ótica psicanalítica, a dependência de drogas será analisada com ênfase no conflito psíquico, sendo este entendido como elemento central do sofrimento humano. A droga surge como objeto substitutivo que tanto satisfaz impulsos quanto defende o sujeito do desprazer psíquico. Decio Gurfinkel (2011) descreve esse fenômeno como o relacionamento entre o sujeito e o objeto-fetice, que empobrece a vida psíquica e restringe a elaboração psicosssexual da pulsão, reduzindo-a à esfera biológica. Sylvie Le Poulichet (1997/2019) e Jean Bergeret (1982/1983;1991) adotam o termo “toxicomania” (termo cuja utilização foi privilegiada nesta pesquisa) para sublinhar a função defensiva do recurso à substância. Bergeret salienta que tais manifestações indicam descompensações psicológicas sem alterar a estrutura fundamental do sujeito, apontando para a

importância de intervenções que privilegiem a elaboração mental de conflitos psíquicos subjacentes, de acordo com a dinâmica particular de cada paciente.

O Capítulo 3 aprofundará a análise dos aspectos metapsicológicos relacionados ao transtorno de personalidade borderline (TPB). Otto Kernberg (1975/1992) explora o impacto da entrada precoce no Complexo de Édipo, ressaltando a influência negativa desse processo sobre as relações objetais primordiais, bem como seus efeitos disruptivos na formação do ego e do superego. Além disso, Kernberg descreve as intensas dinâmicas transferenciais e o sentimento de vazio interno característicos desses pacientes. Por sua vez, Christopher Bollas (2021) destaca o papel do ambiente primitivo na constituição do *self*, ampliando a compreensão de como os pacientes *borderline* se relacionam com os objetos, além dos afetos característicos despertados no contexto intersubjetivo.

No Capítulo 4, o foco recairá sobre o manejo clínico de pacientes com diagnóstico concomitante de TPB e transtorno por uso de substâncias. Discute-se a distinção entre a concepção psicanalítica, que entende as toxicomanias (no plural), do ponto de vista clínico, como parte a ser integrada ao funcionamento estrutural, e a psiquiátrica, que as considera condições patológicas autônomas. No texto, também serão apresentadas duas modalidades psicoterápicas delineadas por Kernberg (1984/1995), fundamentadas na técnica psicanalítica freudiana, ressaltando a necessidade de intervenções integradas que envolvam instituições de diferentes níveis de complexidade e múltiplos profissionais. Nessa perspectiva, a complexidade desses quadros clínicos requer uma abordagem que concilie aspectos técnicos interdisciplinares, visando oferecer um cuidado mais abrangente e humanizado no contexto da saúde pública.

Este estudo busca oferecer novas perspectivas e estratégias para melhorar a eficácia das intervenções clínicas, ancorando-se em uma abordagem interdisciplinar que valoriza a complexidade das interações humanas e a necessidade de um tratamento que transcenda os limites tradicionais da assistência em saúde mental.

CAPÍTULO 1 – PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA SOBRE OS TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

A Psicopatologia é definida como um campo de estudos multidisciplinar voltado para a investigação, prevenção, diagnóstico e tratamento de transtornos mentais. Essa área abrangente reúne diversas disciplinas, como a Psiquiatria, a Psicologia (tanto clínica quanto experimental), a Psicanálise, a Neuropsicologia, além de estudos socioculturais e sobre o desenvolvimento humano, evidenciando sua natureza integrada e complexa.

Neste capítulo, serão exploradas as contribuições específicas da Psiquiatria, com foco na semiologia descritiva e na nosografia, bem como das neurociências, para o entendimento de uma condição clínica particular: a *síndrome de dependência de drogas*.

A análise seguirá os critérios estabelecidos pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, o DSM-5 (APA, 2014), considerado uma referência essencial no campo psiquiátrico. A opção pelo referencial das neurociências se justifica pela crescente ênfase biológica na compreensão não apenas da síndrome de dependência, mas também de outros transtornos mentais descritos nesse manual.

1.1 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS ATUAIS

De acordo com a visão psiquiátrica de inclinação mais organicista, a dependência de drogas pode ser compreendida como um estado de desequilíbrio neurológico persistente, caracterizado pela incapacidade do indivíduo de controlar suas práticas de consumo dessas substâncias. Esse quadro se manifesta, sobretudo, na continuidade do seu uso compulsivo, mesmo diante dos danos causados à própria pessoa (STAHL, 2016b).

Historicamente, a literatura psiquiátrica descrevia a dependência como sendo dividida em três formas distintas:

- a. Dependência Física: refere-se aos efeitos fisiológicos da substância e aos sintomas corporais decorrentes dos estados de fissura e abstinência¹;
- b. Dependência Psicológica: relaciona-se ao desejo intenso e persistente de consumir a substância, com o objetivo de evitar um estado emocional de mal-estar;
- c. Dependência Comportamental: destaca-se pelas atividades de busca e consumo da substância, que acabam prevalecendo sobre outras áreas da vida do indivíduo.

Embora alguns teóricos, como Kaplan e Sadock (2017), ainda adotem essa classificação de maneira contínua, o DSM-5 introduziu uma nova abordagem para agrupar as síndromes de dependência relacionadas ao uso de variadas drogas. Nesse novo modelo, foram eliminadas tanto as subdivisões supracitadas quanto a diferenciação entre uso indevido, abuso e dependência. A partir dessa revisão, o quadro psicopatológico foi reorganizado em um capítulo específico, intitulado *Transtornos por Uso de Substâncias e Transtornos Aditivos*, o qual foi subdividido em três partes distintas.

A primeira seção desse capítulo aborda os *transtornos por uso de substâncias* de maneira geral, tratando de aspectos semiológicos, hipóteses etiológicas e critérios diagnósticos. Na segunda parte, são discutidos os *transtornos induzidos por substâncias*, que são considerados síndromes capazes de provocar alterações no comportamento, bem como mudanças fisiológicas e cognitivas semelhantes a outros distúrbios mentais. Porém, sua particularidade é que são síndromes reversíveis desde que o uso da substância seja interrompido. Por fim, o último bloco do capítulo enfoca as especificidades clínicas de cada uma das dez classes distintas de drogas². Nesse contexto, são exploradas as particularidades diagnósticas, as taxas de prevalência, o desenvolvimento e o curso clínico, além dos fatores de risco e das consequências

¹ Nos períodos de abstinência, observam-se manifestações clínicas específicas, como, por exemplo, as síndromes álgicas em dependentes de opioides e o *delirium tremens* em dependentes de álcool.

² São elas: a) álcool; b) cafeína; c) *cannabis*; d) alucinógenos; e) inalantes; f) opioides; g) sedativos; h) hipnóticos e ansiolíticos; i) estimulantes; j) tabaco; além de uma sessão adicional sobre substâncias desconhecidas.

associadas tanto ao uso agudo quanto ao uso prolongado ou continuado de cada classe de droga.

A Tabela 1 a seguir apresenta os critérios gerais estabelecidos pelo DSM-V para o transtorno por uso de substâncias³:

Tabela 1 – Critérios do DSM-V para diagnóstico de transtornos por uso de substância psicoativa

Critério A: Baixo Controle	
1	Consumo em maior quantidade e por maior tempo que o pretendido;
2	Desejo persistente e esforços malsucedidos em regular, diminuir ou descontinuar o uso;
3	Gastar muito tempo para obter, utilizar ou recuperar-se dos efeitos da substância;
4	Praticamente todas as atividades diárias passam a girar em torno da substância.
Critério B: Deterioração Social	
5	Fracasso em cumprir obrigações no trabalho, na escola ou no lar;
6	Continuar o uso a despeito de problemas sociais e interpessoais persistentes;
7	Abandono ou redução de atividades de natureza social, profissional ou recreativa.
Critério C: Uso Arriscado	
8	Uso recorrente em situações que envolvem risco à integridade física;
9	Continuar o uso apesar de prejuízos físicos e/ou psicológicos devidos ao uso da substância.
Critério D: Farmacológico	
10	Tolerância;
11	Abstinência.

Fonte: Elaborada pelo autor com base em APA, 2014

Os parâmetros que permitiam distinguir entre uso, abuso e dependência das substâncias, foram substituídos pelas seguintes classificações: leve (quando ocorrem dois sintomas), moderado (entre três e quatro sintomas) e grave (seis ou mais sintomas). Apesar dessas mudanças, a nomenclatura anterior continua sendo amplamente utilizada nos serviços de saúde brasileiros.

³ Embora estejam listados, os critérios farmacológicos, ou seja, a tolerância e a abstinência, não são necessários para o diagnóstico de um transtorno por uso de substância psicoativa (APA, 2014). Isso desperta um interesse particular, visto que, na última edição, foram priorizados os aspectos psicológicos e comportamentais em detrimento dos aspectos bioquímicos, por assim dizer.

Flavia Cardoso e Patricia B. Hochgraf (2021) destacam uma expansão significativa no conceito de dependência de drogas em relação às edições anteriores do manual diagnóstico. Segundo as autoras, a prática de realizar diagnósticos fundamentados predominantemente em critérios quantitativos, como a frequência de uso e a quantidade de substâncias consumidas, tornou-se ainda mais inadequada à luz das revisões propostas.

Essa perspectiva encontra respaldo nos estudos de Renata Azevedo e Karina Oliveira (2017), que enfatizam que a nova versão dos critérios diagnósticos passou a atribuir maior relevância a aspectos qualitativos comparada às versões anteriores. Para as autoras, essa mudança reflete uma abordagem mais abrangente e contextualizada, que privilegia uma compreensão mais profunda da experiência do indivíduo, em detrimento de uma análise restrita aos critérios quantitativos. Como resultado, o diagnóstico da dependência de drogas passa a considerar de maneira mais holística os diferentes fatores que influenciam o comportamento de consumo.

Dessa forma, é fundamental que o médico, durante a entrevista diagnóstica, adote uma postura cautelosa ao atribuir ao paciente o diagnóstico de síndrome de dependência, seja relacionado a uma ou várias substâncias, conforme os códigos da décima edição da *Classificação Internacional de Doenças* (CID-10). Isso implica na necessidade de uma análise mais abrangente, que leve em consideração não apenas os padrões de consumo, mas também as dinâmicas individuais com as substâncias e os impactos que esse consumo tem nas diversas áreas da vida do paciente.

1.2 BASE NEUROBIOLÓGICA DA DEPENDÊNCIA: O SISTEMA DE RECOMPENSA

Após a apresentação dos critérios que fundamentam o diagnóstico de um transtorno relacionado ao uso de substâncias – em especial, a dependência, sua forma mais grave –, torna-se pertinente questionar, à luz da perspectiva epistêmica adotada, os mecanismos subjacentes ao seu desenvolvimento. Em termos gerais, a indagação que emerge é: o que ocorre para que um usuário ocasional ou abusivo se torne um usuário dependente?

A revisão da literatura indicou que, embora haja consenso entre pesquisadores nacionais e internacionais sobre o caráter multifatorial da dependência, grande parte dos estudos concentra-se nos aspectos neurofisiológicos do problema. Diante disso, neste capítulo, adotar-se-á o modelo biológico como referencial teórico, com ênfase no funcionamento cerebral, para compreender a transição do uso impulsivo para o uso compulsivo de substâncias⁴.

Em consonância com o DSM-5, o transtorno por uso de substâncias, especialmente em sua manifestação mais severa, caracteriza-se por um conjunto de síndromes cognitivas, comportamentais e fisiológicas específicas de cada classe de drogas. Entretanto, todas compartilham um elemento comum: a ativação direta do sistema de recompensa cerebral, responsável tanto pelo reforço de comportamentos quanto pela produção de memórias (APA, 2014). Essa compreensão é central para analisar, sob a perspectiva neuropsiquiátrica, os fatores que contribuem para a cronificação do consumo e o estabelecimento da dependência.

O sistema de recompensa é responsável por processar informações relacionadas às sensações de prazer e satisfação. Do ponto de vista evolutivo, a constituição dessa estrutura desempenhou um papel crucial na garantia da sobrevivência da espécie. Conectado à formação de memórias e emoções, ele nos recorda, por exemplo, onde encontramos alimentos e oportunidades para o estabelecimento de parcerias sexuais.

Em *A psicobiologia das dependências*, Maria Lúcia Formigoni e Isabel de Quadros (2006) fizeram referência a dois estudos realizados por George Koob e Michel Le Moal (1997; 2001), nos quais os autores introduziram o conceito de *alostase* para descrever como o uso frequente de substâncias pode prejudicar o funcionamento do sistema responsável pela regulação da recompensa cerebral. Conforme a interpretação das autoras, alostase pode ser definida como

um estado de equilíbrio alterado do organismo, uma alteração permanente e duradoura do seu estado de funcionamento “basal”, estabelecendo-se um novo ponto de equilíbrio. No caso da

⁴ As definições de impulsividade e compulsividade serão detalhadas posteriormente neste capítulo com base no referencial teórico adotado.

dependência de drogas, o conceito de alostase se aplicaria às circuitarias neurais de recompensa que, por sua vez, estariam associadas à transição do consumo controlado de drogas para o abuso e dependência. [...] Os repetidos episódios de abuso, intoxicação e abstinência, aliados a características individuais e situacionais, poderiam levar a **alterações permanentes** desses sistemas, tornando o indivíduo dependente de drogas (p.34, grifo meu).

No âmbito psicofarmacológico, a cada substância psicoativa se atribui um potencial adictivo distinto. Em *Farmacologia na dependência química*, Vilma Fonseca e Tadeu Lemos (2011) propuseram alguns critérios para avaliar o risco associado ao uso de cada droga.

Sob o vértice farmacodinâmico⁵, todas as substâncias compartilham características comuns, uma vez que atuam diretamente nas circuitarias de recompensa do cérebro, gerando a sensação de euforia ou aliviando a dor. O uso contínuo e prolongado dessas substâncias pode provocar uma série de adaptações nas redes neurais, prejudicando o funcionamento normal do sistema ao longo do tempo.

Por outro lado, ao considerarmos a perspectiva farmacocinética⁶, as discrepâncias se tornam mais evidentes. Os autores identificam pelo menos três fatores relacionados ao potencial adictivo das substâncias. O primeiro refere-se à *velocidade de ação* da droga no organismo, que depende de sua facilidade de atravessar a barreira hematoencefálica. Com substâncias cujas moléculas são mais lipossolúveis, o efeito ocorre de forma mais rápida, resultando em uma sensação de “barato” mais imediata.

Além disso, o *modo de administração* também impacta significativamente a rapidez com que o efeito se manifesta. A via endovenosa, por exemplo, produz um efeito muito rápido. Também, no caso da administração por via inalatória, a droga

⁵ Em termos mais simples, a farmacodinâmica engloba uma série de pesquisas que visam compreender o modo de ação dos fármacos no corpo em geral, como, por exemplo, seus efeitos benéficos e adversos.

⁶ De maneira geral, a área da farmacocinética é complementar à farmacodinâmica, concentrando-se nos efeitos que o corpo tem sobre o fármaco. As etapas da farmacocinética são: absorção, distribuição, metabolismo e excreção.

atravessa facilmente as paredes dos alvéolos pulmonares, que são altamente vascularizados e permitem uma absorção quase tão rápida quanto a via endovenosa. Esse processo é particularmente evidente no caso da cocaína na forma de *crack*, que tem um alto potencial adictivo devido à rapidez com que seus efeitos se manifestam.

Outro aspecto relevante diz respeito à *duração do estado de intoxicação*, que está diretamente relacionado aos processos de distribuição e metabolização da droga no organismo, conhecidos como fases *alfa* e *beta*, respectivamente. O tempo necessário para que uma substância seja metabolizada e excretada varia conforme a quantidade de metabólitos ativos restantes no corpo. De acordo com o modelo biomédico, substâncias com fases alfa e beta mais curtas tendem a ser mais adictivas. Isso ocorre porque, após o término do efeito, surgem estados disfóricos, como a abstinência e a fissura, que incentivam o indivíduo a reiniciar o processo de intoxicação, perpetuando o ciclo de uso compulsivo.

Por sua vez, a compreensão dos processos neuroadaptativos envolvidos na psicopatologia da utilização de drogas exige, como ponto de partida, uma análise abrangente do sistema de recompensa, suas estruturas constituintes, os neurotransmissores envolvidos e seus aspectos dinâmicos. O sistema de recompensa, central para a experiência de prazer e motivação, desempenha um papel essencial na dependência ao conectar estímulos externos à liberação de neurotransmissores que reforçam comportamentos.

Diferentes substâncias psicoativas compartilham um mecanismo biológico comum: a elevação dos níveis de dopamina (DA) em uma região específica do cérebro, o *nucleus accumbens*. Esse aumento dopaminérgico é responsável por desencadear sensações intensas de prazer, estabelecendo um circuito de reforçamento que favorece o consumo repetido das substâncias (AZEVEDO; OLIVEIRA, 2017; MARQUES et al., 2018; STAHL, 2014; 2016a).

Stahl (2016a), ao discutir a neurobiologia da recompensa e da dependência, destacou como o *nucleus accumbens* e a dopamina estão integrados a outras regiões neurais, retroalimentando o consumo compulsivo de substâncias.

No contexto da dependência, ele enfatizou a relevância do sistema mesolímbico, o qual apresenta alterações funcionais predominantes. Esse sistema é formado por diversas estruturas cerebrais que colaboram na regulação de emoções, memória e comportamentos motivados. Além do *nucleus accumbens*, o sistema mesolímbico inclui o tálamo, que participa do comportamento emocional; a amígdala, responsável pelo armazenamento de memórias emocionais; e o hipocampo, envolvido na formação de memórias e na motivação.

No entanto, o autor reconheceu que outras vias dopaminérgicas também estão implicadas nesse processo, como a via nigroestriatal⁷, responsável pela produção de dopamina na substância negra, e a via mesocortical⁸, que projeta neurônios dopaminérgicos da área tegmentar ventral para o córtex pré-frontal.

De acordo com Stahl (ibidem), o sistema de recompensa pode ser conceitualmente dividido em dois componentes distintos, que exercem influência mútua entre si.

- a. Sistema Reativo de Recompensa (mesolímbico ou “ascendente”): Este subsistema é responsável por sinalizar a iminência de prazer ou dor, impulsionando a busca por estímulos recompensadores ou a cessação de estímulos aversivos. Ele é composto por estruturas como a área tegmentar ventral, a amígdala e o *nucleus accumbens*, que trabalham em conjunto para formar memórias e aprendizagens relacionadas às recompensas. Esse sistema opera de forma predominante em resposta a estímulos internos e externos, moldando a experiência do uso de substâncias como uma reação impulsiva.
- b. Sistema Reflexivo de Recompensa (mesocortical ou “descendente”): Este subsistema é formado pelas conexões entre o córtex pré-frontal (ventromedial e dorsolateral) e o *nucleus accumbens*. Sua principal função é a regulação de impulsos e emoções, bem como a análise e controle de situações por meio de processos inibitórios. Assim, o sistema reflexivo de recompensa desempenha um papel crucial na modulação do comportamento e na tomada de decisões.

⁷ A substância negra está associada à neurotransmissão de dopamina.

⁸ O sistema mesocortical está associado às funções de tomada de decisão (avaliação e controle inibitório), motivação e respostas emocionais.

Essa conceituação permite compreender os mecanismos que levaram Stahl (2014) a inscrever a dependência de substâncias (ou adicção, termo preferido pelo autor) em um espectro mais amplo de psicopatologias caracterizadas pela impulsividade e compulsividade. Diferentemente de outros renomados pesquisadores na área da Psiquiatria, Stahl posiciona a dependência de drogas ao lado de outros transtornos psiquiátricos, como o jogo patológico e a obesidade, devido ao compartilhamento de mecanismos cerebrais subjacentes. Em sua obra⁹, que se tornou referência para estudantes de Medicina e profissionais da saúde mental, ele conceituou a impulsividade e a compulsividade como

[...] endofenótipos, isto é, sintomas ligados a circuitos cerebrais específicos presentes na forma de dimensões transdiagnósticas da psicofarmacologia, os quais transpassam vários transtornos psiquiátricos. Simplificando, a impulsividade e compulsividade são sintomas que resultam da dificuldade de o cérebro dizer não” (*ibidem*, p.766).

Mais especificamente, ele definiu a *impulsividade* como o agir sem a devida reflexão sobre as possíveis consequências de um comportamento. Ações impulsivas caracterizam-se pela busca de satisfação imediata, frequentemente em detrimento de recompensas tardias, que, sob uma perspectiva adaptativa, seriam consideradas mais vantajosas.

Em contraste, a *compulsividade* foi descrita como a execução repetitiva e persistente de ações inadequadas ao contexto, que resultam em consequências negativas para o indivíduo. Segundo o autor, pode-se estabelecer uma analogia entre a compulsão e o hábito, que diferem de comportamentos orientados por metas. Enquanto estes últimos são motivados pela consciência da busca por recompensas, os hábitos são definidos por repetições não adaptativas, independentes do desejo de obter benefícios decorrentes do comportamento. Assim, a principal marca da compulsividade é a coerção, que impede o indivíduo de alterar suas respostas comportamentais, mesmo diante de prejuízos evidentes.

⁹ STAHL, S.M. Psicofarmacologia: Bases Neurocientíficas e Aplicações Práticas. 4 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2014. Tradução de Patricia Lydie Voeux.

Sob uma perspectiva comportamentalista, essa diferenciação entre impulsividade e compulsividade permite compreender a dependência de substâncias como uma transição do reforçamento positivo para o reforçamento negativo. Inicialmente, o uso de substâncias psicoativas é motivado por suas propriedades de desencadear sensações prazerosas. Nesse estágio inicial, ainda dominado pela impulsividade, o cérebro é “ensinado” a buscar novas recompensas por meio da interação com a droga, caracterizando o uso como uma tentativa de obter prazer imediato. Nessa fase, o quadro ainda não configura uma psicopatologia consolidada.

Entretanto, à medida que a utilização se intensifica, fatores relacionados à vulnerabilidade pessoal podem contribuir para a transição do comportamento impulsivo para o compulsivo, culminando na dependência, sejam eles de origem inata ou adquirida. Entre os fatores inatos, destacam-se o perfil genético e a fisiologia cerebral, enquanto, entre os fatores adquiridos, os aspectos psicológicos, sociais e familiares desempenham um papel significativo.

Com o avanço do uso de substâncias, ocorre uma diminuição das sensações de recompensa que antes motivavam o consumo, levando ao surgimento de estados disfóricos. Esses estados, marcados por sofrimento emocional e físico, fomentam a compulsividade, na qual o comportamento é direcionado pela busca incessante de alívio, e não mais pela obtenção de prazer. Assim, a dependência emerge como uma psicopatologia complexa, na qual a transição da impulsividade para a compulsividade reflete as alterações neurobiológicas e comportamentais subjacentes ao uso continuado de substâncias, de acordo com o viés neuropsiquiátrico.

1.3 ETIOPATOGENIA DOS TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS: UMA PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA

Após a revisão bibliográfica realizada, foi possível identificar que, sob uma abordagem psiquiátrica mais positivista, a dependência de drogas é concebida como uma patologia cerebral caracterizada pela transição do uso impulsivo para compulsivo de substâncias. Essa condição, resultante do seu uso continuado, está associada a alterações funcionais no sistema de recompensa cerebral.

Estudos nesse campo indicaram que o estabelecimento de um estado de dependência está parcialmente relacionado às propriedades bioquímicas específicas de cada droga, como seu potencial adictivo e a frequência de consumo. No entanto, de acordo com Stahl (2016b) e outros pesquisadores, há também características extrínsecas à sua composição química que contribuem para a vulnerabilidade ao desenvolvimento do uso compulsivo de drogas.

Kaplan e Sadock (2017) argumentaram que nem todos os indivíduos que fazem uso de substâncias psicoativas desenvolverão dependência, dado que a experiência com seus efeitos varia de pessoa para pessoa. Essa variabilidade reflete fatores individuais e contextuais que influenciam tanto a experimentação inicial quanto a continuidade do uso. Ainda que o consumo repetido possa causar alterações duradouras, e em alguns casos permanentes, no funcionamento do sistema de recompensa cerebral, não há consenso sobre se essas mudanças são necessárias ou suficientes para explicar o comportamento de utilização compulsiva de drogas.

Para além das propriedades bioquímicas dessas substâncias, destaca-se o papel dos fatores biológicos individuais. Tanto o DSM-5 (APA, 2014) quanto Marques et al. (2018) apontam para diferenças nos mecanismos inibitórios cerebrais em indivíduos que, posteriormente, desenvolveram um transtorno relacionado ao consumo de drogas. Esses estudos sugerem que certos comportamentos impulsivos, observados antes da iniciação dessa prática, podem ser preditivos de um maior risco de sua utilização compulsiva.

Outro aspecto biológico relevante, destacado por Kaplan e Sadock (2017), é a variabilidade nos níveis de atividade endógena de substâncias neuroquímicas.

É relevante frisar que todos os indivíduos possuem a capacidade de experimentar, ocasionalmente, sensações de prazer intenso, popularmente denominadas como “baratos naturais”. Essas experiências são mediadas pela liberação de substâncias químicas produzidas pelo próprio organismo, frequentemente comparadas aos efeitos de drogas exógenas. Stahl (2014) descreve essa “farmácia interna” como sendo composta por neurotransmissores e neuromoduladores que atuam de maneira análoga a substâncias psicoativas, como

as endorfinas (comparáveis à morfina ou heroína), a anandamida (similar à *cannabis*), a acetilcolina (associada à nicotina) e a dopamina (paralela à cocaína e anfetaminas).

Nesse contexto, é possível identificar uma predisposição diferencial entre indivíduos com base na atividade desses neurotransmissores. Por exemplo, pessoas com baixa atividade opioide endógena podem apresentar maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos relacionados ao uso de substâncias derivadas do ópio, enquanto aquelas com excesso de antagonistas dopaminérgicos podem estar mais suscetíveis ao abuso de drogas psicoestimulantes.

Ainda, alguns dos estudos selecionados para este trabalho destacaram a importância das características genéticas para o desenvolvimento do quadro psicopatológico abordado.

Formigoni e Quadros (2006) relataram informações de outra pesquisa¹⁰ que apontou uma maior incidência de alcoolismo em famílias de alcoolistas em comparação à população geral. De acordo com as autoras, crianças cujos pais biológicos realizavam o uso dependente de bebidas alcoólicas, mas foram adotadas por outras famílias, apresentaram uma probabilidade quatro vezes maior de desenvolver esse quadro em comparação a crianças adotadas por terceiros cujos pais biológicos não possuíam esse histórico psiquiátrico. Além disso, foi observado que gêmeos monozigóticos demonstraram uma maior coincidência nas taxas de alcoolismo em relação aos gêmeos dizigóticos, reforçando a possível influência genética nessa condição clínica.

Por outra perspectiva, as próprias pesquisadoras brasileiras ressaltaram a necessidade de cautela ao interpretar os dados, sublinhando as limitações de conclusões baseadas exclusivamente em marcadores genéticos. Isso ocorre porque o alcoolismo, assim como outros transtornos psiquiátricos, não segue um padrão mendeliano simples, ao contrário de certas doenças genéticas. Portanto, embora estudos dessa natureza contribuam para ampliar o entendimento sobre as causas do transtorno relacionado ao uso de substâncias, a variabilidade genética pode explicar

¹⁰ NOBLE, E. The Gene that Rewards Alcoholism. *Scientific American Science & Medicine*, March – April: 53-61, 1996.

apenas uma parte da variação fenotípica, sendo a outra, influenciada por fatores fisiológicos, ambientais e emocionais, por exemplo.

Nessa lógica, a análise de transtornos psiquiátricos, como o alcoolismo ou a síndrome de dependência a outras substâncias, requer uma abordagem que supere os determinismos biológicos, considerando a complexidade do sujeito e o impacto da dimensão subjetiva, além do ambiente em que ele está inserido. Fatores como história de vida, inconsciente, estrutura psíquica e contexto sociocultural podem desempenhar um papel fundamental para o desenvolvimento dessa enfermidade.

Apesar de a pesquisa com gêmeos (monozigóticos e dizigóticos) adotados apresentar uma “evidência forte” em favor da influência genética, ela não discute, por exemplo, os possíveis impactos emocionais associados à adoção.

O processo de adoção pode envolver angústias, rupturas simbólicas e dificuldades no processamento de lutos, que moldam a vivência emocional da criança. Por conseguinte, com base na amostra referida, pode-se também refletir sobre o alcoolismo como uma condição influenciada por conflitos psíquicos, manifestando-se como uma tentativa de lidar com situações potencialmente traumáticas mediante a insuficiência de recursos simbólicos, necessários para enfrentar perdas e lidar com as variadas frustrações que a realidade, os relacionamentos interpessoais e a própria dinâmica psíquica impõem.

Stahl (2016b) adotou uma abordagem semelhante à de Noble (1996), reconhecendo a influência do genótipo na vulnerabilidade à dependência. Contudo, o autor destacou que não há evidências de um gene único diretamente associado a essa condição clínica. Em vez disso, indicou que as pesquisas apontam para a interação de diversos fatores, incluindo elementos genéticos, sociais e de personalidade, como associados à manifestação do quadro de dependência.

Nesse contexto, Cardoso e Hochgraf (2021) argumentaram que, considerando a natureza multifatorial da formação do quadro psicopatológico em questão, é fundamental analisar, além dos aspectos biológicos, os fatores psicológicos e sociais que influenciam tanto a motivação quanto a continuidade do comportamento de consumo de substâncias. Essa análise engloba uma ampla variedade de elementos

que podem ser compreendidos sob o termo “ambiente”. Sob essa perspectiva, como psicanalista proponente desta pesquisa, defendo que a concepção de ambiente deve incluir tanto fatores extrínsecos quanto intrínsecos ao sujeito.

1.4 COMORBIDADE EM TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

A comorbidade é definida como a ocorrência simultânea de duas ou mais condições clínicas em um mesmo indivíduo. Essas condições podem ser independentes ou estabelecer interações que influenciam o diagnóstico, a evolução e o tratamento do paciente. Quando não diagnosticadas, podem comprometer significativamente o prognóstico, tornando fundamental sua compreensão por parte dos profissionais de saúde. O reconhecimento adequado dessas condições permite a escolha de estratégias terapêuticas mais precisas, o aprimoramento da assistência clínica e o desenvolvimento de intervenções mais eficazes, contribuindo para a qualidade do cuidado prestado.

No campo da Psiquiatria, a classificação das patologias baseia-se predominantemente em uma abordagem categorial, como no caso da síndrome de dependência de substâncias psicoativas. Essa abordagem, respaldada pelo DSM-5, pressupõe categorias nosológicas distintas e favorece a realização de diagnósticos múltiplos simultâneos. Conforme Valéria Lacks, Fernanda Moreira e Dartiu Xavier da Silveira (2006, p. 67), essa prática ocorre porque o sistema diagnóstico “não busca descrever em sua totalidade a realidade clínica apresentada pelos pacientes; por isso, suas regras permitem e incentivam o diagnóstico múltiplo”.

Ao abordar o uso compulsivo de substâncias, Lacks, Moreira e Silveira destacaram a pesquisa de Frances, Widiger e Fryer (1990), que explora as possíveis interações entre diagnósticos comórbidos, sugerindo cinco cenários principais:

- a. O distúrbio A (dependência ou abuso de substâncias) desencadeia o distúrbio B (como um transtorno depressivo);
- b. O distúrbio B predispõe ou contribui para o surgimento do distúrbio A;
- c. Ambos os distúrbios são influenciados por um fator subjacente C (por exemplo, um transtorno de personalidade);

- d. Os distúrbios A e B coexistem sem relação causal, apenas com correlação; ou
- e. A e B representam manifestações de um mesmo transtorno, não identificado ou artificialmente dividido.

Dada a complexidade envolvida no diagnóstico diferencial, os autores sugerem critérios específicos para distinguir entre condições primárias e secundárias. Quando a dependência é considerada causal (primária), é necessário verificar se os sintomas surgem exclusivamente durante o consumo de substâncias, persistem apenas no contexto de intoxicação ou são mais bem explicados por outro transtorno. Por outro lado, nos casos de psicopatologias primárias (sendo o quadro de dependência secundário), recomenda-se observar se os sintomas antecedem o uso de substâncias, persistem após a abstinência ou não se enquadram nos padrões típicos de intoxicação.

Estudos epidemiológicos, como o *Epidemiologic Catchment Area* realizado nos Estados Unidos, corroboram a prevalência de comorbidades em casos de pessoas que apresentam uma dependência a substâncias. Os dados indicam que entre 60% e 70% das pessoas avaliadas apresentavam dois ou mais transtornos psiquiátricos simultaneamente, enquanto de 70% a 90% receberam diagnósticos adicionais além da dependência de substâncias psicoativas (REGIER et al., 1990, citado por LACKS, MOREIRA; SILVEIRA, 2006).

Alessandra Diehl (2011) contribuiu para esse debate ao destacar a possibilidade de subnotificação de comorbidades psiquiátricas, especialmente em contextos relacionados ao uso abusivo de substâncias. Essa subnotificação pode ser atribuída tanto às limitações da entrevista diagnóstica quanto à heterogeneidade das populações avaliadas, que apresentam diferentes padrões de consumo e múltiplas comorbidades associadas a substâncias distintas. Entretanto, Diehl também alertou para o risco de hiperdiagnoses, com a inclusão de novas categorias nosológicas que podem ser manifestações de transtornos subjacentes (embora a pesquisadora não tenha mencionado quais são essas novas categorias).

Essa controvérsia sobre o papel da comorbidade no campo da dependência de substâncias psicoativas reflete as divergências metodológicas e conceituais na área. Ensaio clínicos, por vezes, optam por excluir pacientes com condições comórbidas

para facilitar a avaliação de intervenções específicas. Contudo, essa abordagem suscita questionamentos sobre a capacidade de representar adequadamente a complexidade do fenômeno em discussão.

Como psicólogo e psicanalista, essa reflexão também se estende à minha prática clínica. É possível conceber uma “clínica da dependência” em seu estado puro, sem comorbidades? Na Psicanálise, o que está em jogo ao lidar com pacientes que apresentam uma condição de uso dependente de drogas? Essas questões indicam que, mesmo quando o fenômeno clínico é tratado como uma entidade isolada, a complexidade inerente ao sujeito e à interação entre fatores biológicos, psicológicos e socioculturais não pode ser desconsiderada.

CAPÍTULO 2 – CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS PARA A COMPREENSÃO DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS

A psicopatologia psicanalítica pode ser compreendida como o campo que investiga o sofrimento humano a partir das noções de conflito e do funcionamento do aparelho psíquico. Nessa perspectiva, o conflito psíquico é concebido como a interação entre forças inconscientes que buscam expressão e forças contrárias que atuam para reprimi-las. Tal conflito pode surgir em diferentes contextos:

- a. A contraposição entre um desejo e a defesa contra ele;
- b. A divergência entre diferentes instâncias do aparelho psíquico, como o Id, o ego e o superego, com objetivos e prioridades distintas; ou
- c. O confronto entre impulsos e a internalização de normas culturais.

Manoel Berlinck (1997) propõe uma distinção fundamental entre a Psiquiatria¹¹ e a Psicanálise diante da manifestação do psicopatológico. Enquanto a Psiquiatria foca nos distúrbios mentais, bem como em suas manifestações corporais-discursivas, a Psicanálise se dedica à enunciação do *páthos* por parte do sujeito. Essa enunciação ocorre no contexto transferencial e visa transformar o sofrimento em uma experiência narrada, permitindo sua elaboração por meio da relação com o analista. Nesse sentido, a Psicanálise se concentra investigação subjetiva do padecimento, resgatando o sujeito por trás dos sintomas.

Se, no capítulo anterior, foram examinadas teorias psiquiátricas que buscam compreender a dependência de drogas principalmente sob perspectivas biológicas, como a Psicanálise poderia contribuir para esse debate? A partir de suas bases conceituais, ela oferece uma abordagem que ultrapassa as categorizações diagnósticas relacionadas ao uso de drogas, voltando-se para a singularidade.

A droga, neste contexto, poderia ser interpretada como um objeto substitutivo, que atua tanto como satisfação pulsional quanto como defesa contra o desprazer psíquico. Além disso, ela pode funcionar como um modo de lidar com falhas ou

¹¹ Em sua vertente mais alinhada com as bases lançadas pelo DSM-5.

rupturas na constituição da personalidade, oferecendo uma tentativa estabilização psíquica frente ao sofrimento.

Por fim, a Psicanálise também ilumina as dimensões das fantasias e das transferências envolvidas na relação do sujeito com a substância, possibilitando uma leitura mais ampla das motivações inconscientes que sustentam o comportamento de uso compulsivo. Essa perspectiva não apenas amplia a compreensão da condição clínica, mas também aponta caminhos para intervenções que priorizem a subjetividade e a história singular de cada indivíduo.

2.1 REVISITANDO O CAMPO TEÓRICO

Como resultado de uma pesquisa de pós-doutorado, Decio Gurfinkel (2011), acadêmico brasileiro no campo da Psicanálise, publicou o livro *Adicções: paixão e vício*. Essa obra tornou-se uma referência significativa para psicanalistas brasileiros que trabalham com o grupo abrangente de pacientes alvo nesta pesquisa. Antes de explorar o conteúdo do livro, é relevante destacar a escolha terminológica do autor, que optou pelo termo *adicção* (um neologismo) em vez de outras expressões amplamente utilizadas no campo multidisciplinar.

No âmbito da Psicanálise, a terminologia para descrever transtornos relacionados ao uso compulsivo de substâncias varia consideravelmente. O termo *dependência*, por exemplo, apesar de capturar a qualidade mórbida do vínculo entre o sujeito e o objeto-droga, também remete a um aspecto inerente à condição humana: a necessidade de depender de algo ou alguém, em maior ou menor grau. Essa conotação genérica pode limitar sua precisão teórica em determinados contextos.

Diferentes autores psicanalistas têm empregado termos distintos para descrever o mesmo fenômeno, enfatizando características específicas. Claude Olievenstein e Hebert Rosenfeld, por exemplo, utilizaram o termo *toxicomania* para destacar a função euforizante e defensiva que o uso de drogas desempenha no ego. Em contrapartida, conforme supracitado, Gurfinkel adotou o termo *adicção*, que, em sua visão, privilegia a ideia de submissão ou escravização do sujeito em relação à droga. A justificativa para essa escolha é apresentada na obra: “esse termo tem a

grande vantagem de poder ser utilizado com mais autonomia em relação a um objeto específico de adicção, expressando melhor o caráter geral das adicções naquilo que elas têm em comum” (Gurfinkel, 2011, p. 75).

A abrangência do conceito de adicção proposto pelo autor não se limita ao uso de drogas. Em sua obra, descreveu-se as dinâmicas subjetivas em torno de diversos objetos, como jogos, comida e relações interpessoais, sobretudo a adicção sexual. Dessa forma, Gurfinkel ofereceu uma abordagem ampliada, que transcende os limites da adicção por substâncias psicoativas exógenas para abordar padrões compulsivos mais amplos na experiência humana.

Seu livro foi estruturado em treze capítulos, que, em conjunto, apresentam uma análise teórica consistente sobre os aspectos dinâmicos das adicções. Gurfinkel organizou sua discussão a partir de duas perspectivas principais. Primeiramente, ele descreveu as características gerais das adicções, aquelas que não estão necessariamente vinculadas à especificidade de um objeto. Em seguida, analisou a evolução das teorias psicanalíticas que buscam compreender o desenvolvimento desse tipo particular de relação de objeto. Essa abordagem forneceu um panorama abrangente e crítico sobre o tema, consolidando a relevância da obra no campo da Psicanálise.

2.1.1 Características e dinâmicas subjacentes às adicções

Além da característica de *escravização* – definida como a inversão da relação sujeito-objeto –, Gurfinkel (2011) elencou outras seis características frequentemente observadas em indivíduos afetados pelas adicções. Entre elas, destaca-se a *patologia do agir*, marcada por ações compulsivas que tornam o comportamento do sujeito incontrolável. Contudo, no contexto da Psicanálise, é fundamental esclarecer o significado do termo *compulsão*, já que ele pode assumir diferentes conotações na teoria freudiana.

No primeiro sentido, associado à análise dos sintomas da neurose obsessiva, a compulsão manifesta-se como parte de um sintoma atrelado ao retorno do

recalcado. Nesse quadro, as ações compulsivas expressam o conflito entre desejos inconscientes e a censura do superego, envolvendo uma ambivalência: a realização simbólica de um desejo proibido e a correspondente punição. Tal dinâmica exige a repetição compulsiva do mesmo ato, conferindo-lhe um caráter intrinsecamente simbólico.

No caso das adicções, entretanto, a compulsão apresenta um funcionamento distinto, que pode ser compreendido à luz do segundo dualismo pulsional proposto por Freud (1920/2010) em *Além do Princípio do Prazer*. Com a introdução da pulsão de morte, Freud apontou para formas de repetição mais elementares e instintivas, dissociadas do princípio do prazer e da expressão simbólica. Nesse contexto, o agir compulsivo do sujeito adicto não se vincula a significados sexuais inconscientes, mas emerge como um substituto do pensamento, caracterizando-se pela simples descarga de excitações. Essa dinâmica revela uma área psíquica marcada pela não simbolização, onde a matéria pulsional bruta não se converte em conteúdos pensáveis. Assim, essas ações indicam uma deficiência no processo de elaboração psíquica.

Outras duas características centrais da adicção, que podem ser analisadas de forma complementar, são a fetichização e a coisificação. Em *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade* (FREUD, 1905/2016), Freud descreveu o fetichismo como a superestima de um objeto sexual parcial – que pode ser uma parte do corpo ou um objeto inanimado –, conferindo-lhe um papel essencial na obtenção de prazer. Esse investimento exclusivo no *objeto-fetice* muitas vezes impede a realização da meta sexual genital, considerada “normal”.

No caso das adicções, a droga assume a posição de objeto-fetice, adquirindo um caráter exclusivo e alienante. Essa relação resulta em um desinvestimento libidinal significativo em outros objetos ou atividades que anteriormente proporcionavam prazer. A droga passa a ocupar o centro da vida psíquica do indivíduo, refletindo uma relação de alienação em que o sujeito perde progressivamente o vínculo com outros aspectos de sua existência.

Paralelamente à fetichização, observa-se o processo de *coisificação*, que envolve a transformação gradual dos objetos de desejo, antes fantasmados, em entidades inanimadas e concretas. Como afirma Gurfinkel, “o objeto de investimento libidinal se tornou, de fato, uma coisa” (2011, p. 49). Essa transformação implica uma deterioração significativa na qualidade das relações objetais, uma vez que o vínculo com o objeto perde sua dimensão simbólica e afetiva, reduzindo-se a um apego estritamente utilitário.

Ainda, para além das duas últimas características previamente discutidas, é possível identificar, a partir dos *Três Ensaio...*, outro elemento recorrente em indivíduos que sofrem de adicção: a biologização da pulsão¹². Esse processo, denominado *neonecessidade* por Braunschweig e Fain (1975, citado por GURFINKEL, 2011), aponta para uma redução da complexa elaboração psicosssexual a um plano mais biológico, rompendo com a riqueza simbólica que a caracteriza em sua forma original.

Para compreender esse conceito, é necessário revisitar a definição de pulsão apresentada por Freud em 1905. A pulsão foi descrita como uma unidade energética somatopsíquica que impulsiona o organismo em direção a uma ação específica. No contexto do primeiro dualismo pulsional (pulsão do Eu *versus* pulsões sexuais), Freud destacou, desafiando as concepções vigentes, a existência de uma sexualidade infantil que emerge desde o nascimento. Inicialmente ligada às funções de autoconservação, essa sexualidade se desenvolve de maneira polimorfa, desvinculando-se gradativamente de sua base biológica e oferecendo múltiplas possibilidades de satisfação parcial, ligadas às zonas erógenas. Esse desenvolvimento depende de uma história singular e de processos evolutivos complexos que culminam, idealmente, na genitalidade.

A *neonecessidade*, por sua vez, representa um retrocesso nesse processo de diferenciação e elaboração psicosssexual. Nesse estado, ocorre uma fusão entre a

¹² Na minha perspectiva pessoal, isso se manifesta de forma mais clara em situações de adições a drogas, e considero de extrema importância as características farmacológicas das substâncias relacionadas nesse processo.

pulsão do Eu e a pulsão sexual, bem como entre desejo e necessidade. O que antes era contingente na pulsão – o objeto – passa a ocupar uma posição vital para o sujeito, equiparando-se, metaforicamente, ao papel que o seio materno desempenha para o bebê antes do estabelecimento do autoerotismo. Esse processo evidencia uma redução da psicosexualidade à esfera da necessidade biológica, comprometendo a capacidade do indivíduo de simbolizar e elaborar psiquicamente suas experiências pulsionais.

Dentro do rol de aspectos que integram o campo das adicções, evidenciamos a função da utilização de drogas atuando como defesa psíquica. Embora o uso compulsivo de um objeto resulte, inevitavelmente, em intenso sofrimento psíquico, é comum que os indivíduos utilizem esse recurso para lidar com experiências insuportáveis ou ameaçadoras para o psiquismo.

A experiência clínica no campo de “álcool e outras drogas” frequentemente revela que pacientes buscam a internação para desintoxicação não necessariamente com o objetivo de interromper o consumo, mas sim de reduzir os efeitos da tolerância adquirida, de modo a redescobrir a intensidade dos efeitos prazerosos da substância. Essa dinâmica ilustra o caráter paradoxal da toxicomania (terminologia que enfatiza a função defensiva): ao mesmo tempo que gera sofrimento e perda de controle, ela também atua como uma tentativa desesperada de reorganização psíquica diante de um estado de desamparo ou angústia insuportável.

Em suas análises linguísticas da obra *Fedro*, Derrida (1972/2005) explorou as múltiplas camadas de significação do termo *pharmakón* no texto platônico, revelando a ambiguidade que sua tradução frequentemente apaga. Embora comumente traduzido como “remédio”, o termo também carrega o sentido oposto, “veneno”. Derrida ressalta que, para Platão, o *pharmakón* nunca é completamente benéfico, mesmo quando usado com fins terapêuticos, pois “não há remédio inofensivo” (p. 46).

Essa análise fornece uma chave interpretativa relevante para compreender o uso impulsivo-compulsivo do objeto-droga nas adicções. Inicialmente utilizado com uma finalidade terapêutica – como alívio de um sofrimento psíquico –, o objeto pode, com o tempo, tornar-se prejudicial, transformando-se em fonte de sofrimento. Nessa

lógica, o recurso às drogas pode ser interpretado também como um recurso defensivo, ainda que diferentes autores tenham perspectivas variadas sobre a natureza do sofrimento que antecede a formação desse vínculo patológico.

Joyce McDougall (1984, citada por GURFINKEL, 1996) comparou a “personalidade adictiva” ao funcionamento psicossomático, destacando a tendência de ambos os grupos em somatizar aspectos dolorosos para o psiquismo, devido à ineficácia dos processos de simbolização. Entre as características compartilhadas por essas configurações, destacam-se o pensamento operatório e a alexitimia – isto é, a dificuldade em identificar e expressar emoções. Segundo McDougall, as condutas adictivas funcionam como uma proteção contra regressões psicossomáticas, evitando que o sofrimento se manifeste diretamente no corpo.

Por sua vez, Rosenfeld (1960/1968) analisou a conexão entre a toxicomania e doença maníaco-depressiva, observando que os toxicômanos frequentemente apresentam um ego fragilizado, incapaz de suportar estados depressivos. Nesse contexto, as drogas atuam como um “suplemento egóico”, auxiliando o sujeito a alcançar um estado maníaco por meio de suas propriedades farmacológicas. Para Rosenfeld, a produção da mania exige certa força do ego, e as drogas compensam essa insuficiência, desempenhando um papel regulador temporário.

A contribuição de Claude Olievenstein (1985) também se destaca nesse campo. Com base em mais de 12 mil casos atendidos no *Centre Médical Marmottan*, em Paris, o psiquiatra articulou a teoria lacaniana do estágio do espelho para compreender o fracasso narcísico no desenvolvimento de indivíduos toxicômanos. Segundo ele, esses sujeitos enfrentam o que denominou “espelho partido”: ao tentarem se alienar em uma imagem que os diferencie do Eu fusionado com a mãe, o espelho não reflete uma unidade, mas uma imagem fragmentada de si. Esse processo resulta em um sofrimento narcísico-identitário constante – uma “hemorragia” –, contra a qual a droga atua como uma tentativa de sutura, ainda que temporária e precária.

O último aspecto relevante, descrito por Gurfinkel (1996), é o vínculo de dependência, analisado sob a perspectiva da dependência como um modo de funcionamento psíquico. Inspirado nos estudos de José Bleger (1977), o autor

comparou a dependência por drogas à dinâmica entre as fases oral e genital do desenvolvimento psicosssexual, considerando os distúrbios na transição entre o princípio do prazer e o princípio da realidade. Nesse sentido, a *simbiose* – exemplificada pela relação mãe-filho – é vista como um estado de indiferenciação primitiva em que as necessidades psicóticas do indivíduo predominam.

A incapacidade de integração progressiva da realidade, decorrente de falhas nos mecanismos de projeção e introjeção, caracteriza essa relação simbiótica. Como afirma Gurfinkel (1996, p. 49) “o indivíduo lança mão de uma aparente independência para se defender de sua intensa dependência, e utiliza-se de sua dependência para evitar o seu conflito edípico”.

Assim, as adicções podem ser compreendidas como uma tentativa de reorganização psíquica frente a sofrimentos intensos, mobilizando recursos que, paradoxalmente, geram novos impasses e agravam o estado de alienação do sujeito. Essas contribuições teóricas ressaltam a complexidade do fenômeno e a necessidade de abordá-lo sob múltiplas perspectivas psicanalíticas.

2.1.2 Historiografia psicanalítica das adicções: teorias e implicações clínicas

Sob a vertente historiográfica, a investigação de Gurfinkel (2011) focalizou as mudanças na teorização de questões relevantes para a compreensão da adicção no âmbito da Psicanálise. Essa análise abrange desde os autores mais próximos de Freud, como Karl Abraham, Sándor Ferenczi e Otto Fenichel, até contemporâneos como Christopher Bollas e André Green.

Nos primórdios desse campo de pesquisa, predominava a tendência de associar a adicção a psicopatologias reconhecidas entre psicanalistas. Um exemplo notável é a obra de Karl Abraham, que vinculou o alcoolismo às perversões. A tese de Abraham enfatizou a regressão e a fixação da libido em componentes parciais, indicando que esses aspectos não se integravam adequadamente para atingir a meta sexual “normal” (genital).

A contribuição de Ferenczi (1911/1991) é significativa ao investigar a relação entre o mecanismo da paranoia e a homossexualidade¹³. O psicanalista húngaro argumentou que o mecanismo paranoico não é acionado em relação a qualquer interesse libidinal, mas especificamente em relação a uma escolha inconsciente de objeto homossexual. Para fundamentar sua argumentação, Ferenczi utilizou exemplos clínicos pertinentes. Ele descreveu detalhadamente os delírios paranoicos de ciúme alcoólico de um marido, revelando uma faceta violenta em sua personalidade, manifestada por meio de acusações e agressões à esposa, motivadas pela crença delirante de que ela mantinha um relacionamento amoroso com o psicanalista, que era seu empregador. Diante desse caso, Ferenczi (*ibidem*) concluiu que o consumo de álcool desarticulou a sublimação desse sujeito, expondo sua estrutura psíquica sexual subjacente e o interesse romântico dele pelo psicanalista.

Em 1945, Otto Fenichel ampliou a discussão sobre adicções ao inseri-las em uma categoria psicopatológica mais abrangente denominada *Neuroses Impulsivas*. Fenichel destacou a diferenciação entre adições a drogas e adições sem drogas¹⁴, ressaltando que, no primeiro caso, os efeitos químicos constituem um aspecto clínico complicador.

É crucial notar que nem todas as pessoas que experimentam substâncias psicoativas desenvolvem a adicção. Muitas vezes, o uso dessas substâncias é justificado: por exemplo, indivíduos que sofrem de dores crônicas ou episódios de depressão podem se beneficiar do uso de drogas opioides e estimulantes, respectivamente.

No entanto, para os indivíduos adictos, o uso de substâncias não se limita a uma medida terapêutica; conforme postulado por Fenichel, esse uso visa satisfazer outras necessidades íntimas. O psicanalista argumentou que a adicção se desenvolve

¹³ FERENCZI, S. O papel da homossexualidade na patogenia da paranoia. In: *Obras completas*, v.1. São Paulo (SP): Martins Fontes, 1991. Texto originalmente publicado em 1911.

¹⁴ Entre os casos de adicções em objetos diferentes das drogas, Fenichel (1945) ressaltou as dinâmicas compulsivas que têm, como objeto, a comida e o amor. Além disso, mesmo que não tenha sido abordado por esse autor, podemos mencionar o “jogo patológico”, frequentemente observado por profissionais que atuam nesta área clínica.

em sujeitos que apresentam uma “personalidade pré-mórbida”. Cabe, portanto, investigar quais são as características que definem essa personalidade.

Ao descrever os aspectos que constituem essas personalidades previamente adoecidas, Fenichel (1945/1981) enfatizou a incapacidade dessas pessoas de tolerar as tensões psíquicas. Para esses indivíduos, suportar o sofrimento e a frustração se torna extremamente desafiador, o que os induz ao uso crescente de substâncias. Além disso, Fenichel sugeriu a presença de uma fragilidade nas suas organizações genitais, que tendem a ruir e provocar uma regressão oral. Em resumo, esses indivíduos estão propensos a abdicar de toda a libido objetal, uma vez que sequer a estimavam, posto que são

fixados a um objetivo passivo-narcisista, interessam-se, unicamente, em conseguir a sua gratificação, sem preocupação com a satisfação dos parceiros, nem, aliás, com as personalidades específicas destes. Para eles, os objetos não são mais do que fornecedores de provisões (FENICHEL, 1945/1981, p. 351).

Dentro desse contexto, as necessidades íntimas discutidas por Fenichel são interpretadas tanto como a satisfação de desejos sexuais, que em muitos casos são de natureza oral e arcaica, quanto como a busca por segurança e manutenção da autoestima.

Além das teorias já mencionadas, observa-se uma diversidade de obras contemporâneas, como as de Christopher Bollas e André Green, que demonstram uma abordagem semelhante para fundamentar suas teses sobre adicções. Ambos os autores tentaram estabelecer relações entre as adicções — sejam a drogas ou a outros objetos — e a histeria. Um exemplo disso é o trabalho de Green (2000, citado por GURFINKEL, 2011), que enfatizou que o sujeito histérico, por ter o corpo como a via predominante de expressão sintomática, tende a sofrer de “distúrbios de apetite”, especialmente em relação à comida, aos medicamentos e às substâncias psicoativas.

Entretanto, uma tendência mais contemporânea emergiu e se consolidou ao longo do tempo, sem substituir a anteriormente mencionada. Essa nova perspectiva envolve a incorporação das adições à concepção de estruturas clínicas¹⁵.

Diante da possibilidade de analisar o fenômeno da adicção sob essas duas perspectivas teóricas, é pertinente questionar qual delas pode oferecer um embasamento mais adequado para a prática clínica com pacientes que manifestam adicção a substâncias.

Para esclarecer esse impasse, é importante mencionar a posição de Gurfinkel acerca das tendências identificadas por ele. O pesquisador reconheceu que, embora o confronto entre ambas possa resultar em uma "falsa polêmica", concordou que "o reconhecimento desses diversos tipos de adictos pelos psicanalistas possibilita um novo ângulo para tratar de uma questão que vem sendo bastante bem colocada pelos psiquiatras da área: a chamada comorbidade" (*ibidem*, p. 68-69).

Essa perspectiva está alinhada com minhas observações clínicas, uma vez que atuo em um setor psiquiátrico hospitalar de desintoxicação de álcool e outras drogas. No contexto da Psicanálise, a apresentação de uma vinheta clínica pode se revelar uma estratégia eficaz para enfrentar questões relacionadas a escolhas metodológicas.

2.1.3 Exemplo clínico

Depois de um longo período desde sua última internação, Rosana solicitou, por intermédio de um serviço municipal de saúde mental de média complexidade, uma vaga em enfermaria psiquiátrica hospitalar dedicada à desintoxicação de álcool e outras drogas. Na anamnese admissional conduzida pelo psiquiatra plantonista, ela expressou o objetivo de se livrar do uso de *crack*.

Durante a primeira escuta psicanalítica realizada por mim, poucos dias após sua admissão, Rosana revelou que utilizava a substância diariamente e de maneira

¹⁵ Serão introduzidas posteriormente neste estudo noções básicas relacionadas às estruturas clínicas em Psicanálise.

intensa, embora não tenha especificado as quantidades consumidas. O uso predominava no ambiente doméstico, ao lado de sua esposa.

Apesar das claras dificuldades dela em falar sobre si mesma e em expressar verbalmente suas emoções, Rosana conseguiu formular um pedido a mim, solicitando orientação sobre como recuperar seu benefício social, o qual havia sido suspenso. Ela acreditava que poderia reaver, com a minha ajuda, esse auxílio financeiro. No entanto, minha recomendação naquele momento foi que ela procurasse o serviço de Assistência Social que a acompanhava regularmente.

Poucos momentos após essa interação, Rosana, que até então demonstrava calma e colaboração com a equipe, passou, a exigir sua alta imediata. Mesmo após ser informada pelas enfermeiras sobre a indisponibilidade de um psiquiatra para atender sua solicitação, além da falta de transporte para retornar à sua cidade, a paciente não aceitou a situação e começou a exhibir comportamentos agressivos, como gritar e chutar móveis, tentando danificar objetos no setor hospitalar.

A equipe optou por aguardar até que esse momento de catarse se dissipasse. Após receber medicação voluntariamente, Rosana conseguiu se acalmar, e uma nova oportunidade de interação se apresentou, permitindo que eu a ajudasse a verbalizar seu sofrimento, que anteriormente lhe parecia inarticulado.

Rosana descreveu ter sido criada em um ambiente familiar permeado por atos de violência e situações humilhantes. Durante a juventude, recordou ter sido expulsa de casa, o que a levou a enfrentar a dura realidade das ruas. Foi nesse contexto que conheceu sua futura esposa, que lhe ofereceu acolhimento e abrigo.

A paciente relatou que sua parceira havia terminado o relacionamento, causando-lhe grande sofrimento. Contudo, se, a princípio, a angústia de Rosana parecia justificada, ela também mostrou cicatrizes de facadas infligidas pela companheira, que, segundo ela, a obrigava a se prostituir para sustentar o vício em drogas do casal.

O contexto que motivou seu pedido de internação guarda semelhança com as experiências vividas na juventude. Devido à perda do auxílio financeiro que costumava

receber e que sua esposa furtava dela, Rosana foi novamente expulsa de casa. Mesmo diante dessas condições alarmantes, a paciente insistia que a amava, além de afirmar que não conseguia imaginar a vida sem a presença de sua companheira. Essa dinâmica complexa revela as dificuldades emocionais e psicopatológicas que permeiam a trajetória de Rosana, exigindo uma abordagem cuidadosa em seu tratamento.

2.1.4 Comentários

A vinheta clínica apresentada oferece subsídios para a análise de aspectos centrais das adições em personalidades *borderline*. A dinâmica relacional de Rosana revela uma dissociação marcante em relação à figura da esposa, expressa pela cisão entre os vetores “amor” e “ódio”. Essa divisão impede a integração de aspectos representacionais “totalmente bons” e “totalmente maus” do objeto, evidenciada na idealização da esposa em determinados momentos, contrastando com a menção a uma relação permeada por conflitos marcantes.

Ademais, a falta de avaliação crítica por parte de Rosana sobre a qualidade desse vínculo destaca sua tendência a permanecer em uma relação profundamente caótica, marcada não apenas pelo abuso de substâncias, mas também por episódios de violência física, moral e psicológica. Tal dinâmica ressalta a fragilidade em sua capacidade de elaboração emocional – traço comum em indivíduos com personalidade *borderline* – e aponta para a complexidade do manejo clínico desses pacientes, cujas relações objetais frequentemente oscilam entre extremos de idealização e desvalorização.

Para compreender a dinâmica psíquica dessa paciente, é pertinente recorrer à contribuição de Christopher Bollas, que examinou aspectos distintivos da personalidade *borderline*. Bollas¹⁶ produziu um artigo motivado pela observação do aumento da associação excessiva entre esses casos e os de histeria, o que, segundo ele, contribuiu para a trivialização do primeiro diagnóstico. Nesse texto, o autor

¹⁶ BOLLAS, C. O desejo *borderline*. *Revista Percurso*, nº 30 – 1/2003. Disponível em: <https://revistapercurso.com.br/pdfs/p30_texto01.pdf>. Acesso em: 01/03/2024.

desenvolveu uma tese centrada nas características do objeto primário – denominado por ele como *objeto transformacional*¹⁷ – nos indivíduos diagnosticados com esse transtorno de personalidade.

A reflexão de Bollas foi contextualizada na dinâmica da transferência, investigando a forma demoníaca de compulsão à repetição característica da interação desses pacientes com o analista. Em sua análise, Bollas identificou que as turbulências emocionais frequentemente expressas na transferência, embora percebidas como perturbadoras, são paradoxalmente desejadas por esses indivíduos. Essa constatação levou o autor a distanciar-se das concepções sobre o objeto interno propostas por Melanie Klein e Wilfred Bion. Em vez de focar na dimensão representacional do objeto interno — que liga o sujeito ao outro especular —, Bollas enfatizou a experiência do impacto que o objeto primário, como matriz de todos os objetos internos, exerce sobre o *self*.

Nesse sentido, ele apresentou a hipótese de que, no primeiro ano de vida, os indivíduos *borderline* podem ter experienciado o objeto primário não apenas como algo perturbador, mas como a própria perturbação. Ele sugeriu, a partir da experiência clínica, que

[...] tenham sido eles crianças inerentemente perturbadas ou desorganizadas pelo ambiente, ou ambos, seu objeto primário é menos uma possibilidade de introjeção — um fenômeno especular disponível para o desenvolvimento por revisões progressivas — e mais um efeito recorrente no *self*. [...] Uma vez que qualquer emoção insinua a presença deste objeto, o *borderline* está sempre tentando buscá-lo através da amplificação de um sentimento comum, que assim se transforma em uma poderosa experiência emocional (BOLLAS, 2003, p. 7).

A concepção de Bollas sobre o objeto primário em pacientes *borderline* nos leva a refletir sobre a qualidade dos vínculos estabelecidos por Rosana, seja com o analista ou com a esposa. Minha inércia em ajudá-la a recuperar seu benefício social pode ser interpretada como um elemento que reforçou a agitação em seu *self*, o que a levou a me transformar em um *objeto evocativo*¹⁸. Apesar do efeito disruptivo

¹⁷ O conceito de objeto transformacional será apresentado no capítulo 3 desta dissertação.

¹⁸ Assim como o objeto transformacional, o conceito de objeto evocativo será mencionado no capítulo seguinte deste estudo.

gerado, essa situação parece ter proporcionado a Rosana uma espécie de deleite, na medida em que a reconectou a forças abstratas semelhantes às aquelas que estavam presentes em seu ambiente familiar. Essas dinâmicas podem ser interpretadas como uma manifestação das marcas deixadas por seu primeiro objeto transformacional.

Para estabelecer um contraponto ao caso anteriormente discutido, analisaremos a experiência de Beatriz, outra paciente internada na mesma enfermaria em pelo menos três ocasiões distintas, em um intervalo inferior a um ano. O início do uso de drogas por Beatriz ocorreu no contexto de transição da adolescência para a vida adulta. Quando admitida na enfermaria por abuso de cocaína, a paciente relatava insatisfação com a forma como sua família lidava com sua condição, particularmente com o que descrevia como “cerceamento” (sic) imposto pela mãe. Tal controle visava afastá-la de relações e ambientes marcados pelo consumo de substâncias.

No discurso manifesto, Beatriz reivindicava maior autonomia, expressando o desejo de que sua família acreditasse em sua capacidade de fazer “boas escolhas” (sic) e, conseqüentemente, a “deixasse em paz” (sic). Contudo, na dinâmica transferencial, a paciente atuava comportamentos regressivos, buscando atenção exclusiva da equipe hospitalar, incluindo a minha, enquanto seu analista. Para alcançar esse objetivo, ela utilizava amplamente estratégias (in)conscientes de sedução. Frente à frustração por não obter sucesso em suas empreitadas, recorria a um tom dramático e vitimizado, afirmando que não havia sido suficientemente amada por seus familiares e que fora negligenciada durante a infância.

Ao longo das internações, determinadas intervenções analíticas permitiram esclarecer como as próprias atitudes de Beatriz contribuíam para que sua mãe e demais familiares adotassem uma postura de cuidado mais “custodial”. Por meio da análise, a paciente começou a verbalizar seus temores em relação à vida adulta, especialmente no que tangia ao aprofundamento de seu relacionamento com o namorado da época. Este, segundo ela, demonstrava intenções de formalizar a relação por meio do noivado. Durante nossas sessões, tornou-se evidente a presença de uma marcante inibição sexual na paciente. O recurso às drogas, nesse sentido, pôde ser compreendido como uma estratégia psíquica para ela permanecer em uma

posição subjetiva infantilizada, evitando confrontar as demandas da sexualidade genital e as responsabilidades associadas à vida adulta.

Assim, o caso de Beatriz evidencia como seu uso de substâncias pôde operar como uma defesa contra o amadurecimento emocional e sexual, mantendo a paciente em uma posição de “dependência” tanto em relação à família quanto aos contextos de tratamento. A análise de sua dinâmica transferencial revelou importantes aspectos do seu conflito interno, que orbitava entre o desejo de autonomia e a necessidade de cuidado e proteção, demonstrando o papel central da ambivalência em sua estrutura psíquica histórica.

Em Beatriz, observou-se uma genuína capacidade de estabelecer relações triangulares, enquanto o uso compulsivo da droga parecia articular-se à tentativa de cessar o desenvolvimento da sexualidade genital. Por outro lado, em Rosana, tornou-se evidente a natureza de seu vínculo com a esposa, caracteristicamente anaclítico¹⁹. A droga utilizada por Rosana, além de amplificar a turbulência afetivo-relacional (ativamente buscada por ela), paradoxalmente, parecia possibilitar-lhe um afastamento temporário do seu objeto *borderline* (ao mesmo tempo temido e desejado pela paciente).

Com base nesses fragmentos clínicos, é pertinente realizar algumas reflexões teóricas. Os exemplos apresentados ressaltam a função defensiva do uso dependente de drogas na dinâmica psíquica dessas pacientes. Portanto, desde já, adotarei a terminologia psicanalítica de *toxicomania*, enfatizando esse papel defensivo desempenhado pelo consumo compulsivo de substâncias. Apesar do elemento comum observado em ambas as pacientes – a perda de controle em relação às práticas de uso –, é necessário considerar as diferenças subjacentes entre os dois casos, especialmente no que se refere aos tipos de angústia experimentados, às características das relações objetais e às defesas psíquicas mobilizadas.

¹⁹ A relação de objeto de natureza tipicamente anaclítica tornou-se evidente no caso de Rosana, uma vez que, apesar de reconhecer dispor de recursos próprios — provenientes de sua atividade como profissional do sexo e do auxílio social — que poderiam viabilizar seu afastamento da companheira em razão da violência sofrida, ela mantinha uma crença arraigada de que não conseguiria viver sem essa presença. Essa postura reflete uma dependência psicológica significativa em relação à companheira, mesmo diante das circunstâncias adversas e do impacto negativo desse relacionamento em sua vida.

Nesse contexto, é relevante destacar, a seguir, as contribuições teóricas de Jean Bergeret no campo da Psicanálise. Bergeret utilizou o termo *toxicomanias* (no plural) justamente para reforçar sua visão de que não existe uma estrutura ou personalidade adictiva específica. Diferentemente de McDougall, que postulou a existência de uma estrutura adictiva universal, Bergeret argumentou que as toxicomanias se relacionam a diferentes estruturas clínicas, refletindo as descompensações de seus funcionamentos “normais” ²⁰.

2.2 ESTRUTURA PSÍQUICA

Antes de aprofundar a reflexão sobre a relação entre a pluralidade das toxicomanias e a formação do psiquismo, é pertinente questionar: o que se entende por estrutura psíquica? De acordo com o dicionário Michaelis (2024), o termo “estrutura” ²¹ refere-se à organização ou disposição das partes ou elementos fundamentais que compõem um corpo; trata-se de uma configuração que determina sua disposição no espaço e fornece sustentação ou armação. Já a ideia de “psíquico”²² está associada aos aspectos relacionados à mente e ao comportamento de um indivíduo, abrangendo todos os elementos psicológicos que o constituem. Assim, a expressão “estrutura psíquica” pode ser compreendida como a organização e disposição de certas operações mentais que formam um conjunto estável e distinto devido às regularidades que exibem.

Essas regularidades não passaram despercebidas ao fundador da Psicanálise, Sigmund Freud. Desde o início de sua prática clínica, ele demonstrou interesse em elaborar teorias sobre os processos que influenciam a escolha inconsciente da neurose. Em uma carta a Wilhelm Fliess, datada de 9 de dezembro de 1898, Freud questionou:

²⁰ Segundo Bergeret (1996/2006d), a normalidade refere-se a um estado em que a estrutura psíquica está funcionalmente adequada, independentemente de ser neurótica ou psicótica. Por outro lado, a psicopatologia seria caracterizada como a quebra desse equilíbrio (a sua descompensação).

²¹ ESTRUTURA. In: *MICHAELIS*: dicionário brasileiro da Língua Portuguesa (online). São Paulo (SP): Editora Melhoramentos, 2024. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/estrutura>>. Acesso em: 03/03/2024.

²² PSÍQUICO. In: *MICHAELIS*: dicionário brasileiro da Língua Portuguesa (online). São Paulo (SP): Editora Melhoramentos, 2024. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/ps%C3%ADquico/>>. Acesso em: 03/03/2024.

Quando é que uma pessoa fica histérica, em vez de paranoide? Em minha primeira tentativa grosseira, feita numa época em que eu ainda estava tentando tomar a cidadela à força, achei que isso dependia da idade em que ocorria o trauma sexual – da idade da pessoa na época da experiência. Disso, desisti há muito tempo; mas fiquei então sem nenhuma pista até poucos dias atrás, quando vi uma ligação com a teoria sexual” (MASSON, 1986, p. 391).

Posteriormente, em *Novas Conferências Introdutórias*, ao apresentar o segundo modelo do aparelho psíquico (a chamada segunda tópica), Freud recorreu à metáfora do cristal para descrever as estruturas psíquicas. Segundo o autor,

se lançarmos um cristal no chão, ele se quebra, mas não arbitrariamente; ele se parte conforme suas linhas de separação, em fragmentos cuja delimitação, embora invisível, é predeterminada pela estrutura do cristal. Os doentes mentais são estruturas assim, fendidas e despedaçadas” (FREUD, 1932/2010, p. 194).

As linhas de separação no cristal permanecem ocultas até que ele seja fraturado ou observado através de equipamentos específicos. Quando em equilíbrio, o cristal revela apenas algumas formas geométricas em seus contornos e limites exteriores. De forma análoga, no psiquismo, uma vez que a estrutura psíquica é estabelecida, não é possível migrar de um modo de estruturação para outro. Se o indivíduo adoecer, o colapso estrutural seguirá apenas as linhas de clivagem já existentes em estado de equilíbrio, respeitando os limites, direções e inclinações próprios da estrutura.

Inspirado por essa metáfora, Bergeret (1996/2006a) propôs que, em psicopatologia, “a noção de estrutura corresponde àquilo que, em um estado psíquico mórbido ou não, é constituído por elementos metapsicológicos profundos e fundamentais da personalidade, fixados em um conjunto estável e definitivo” (p. 51). O autor sugeriu que a psicopatologia deve se concentrar em duas formas principais de estruturações fixas: neurose e psicose. No entanto, ele admitiu a existência de estados intermediários, classificados como “anestruturados” ou “estados-limite”, que se aplicam a indivíduos cujas personalidades ainda não completaram seu processo de formação típica, devido a fatores como a incapacidade de superar e integrar a “crise da adolescência” (BERGERET, 1982/1983, p. 28).

Para Bergeret (1996/2006a), o estudo das estruturas psíquicas deve centrar-se nos adultos, pois, nessa fase, os indivíduos estão menos suscetíveis às influências de fatores internos e externos que poderiam alterar aspectos fundamentais de seus funcionamentos estruturais. No que se refere à infância, Bergeret reconheceu as contribuições de psicanalistas como Melanie Klein, mas argumenta que crianças não oferecem garantias para uma análise científica consistente, uma vez que sua organização psíquica ainda não atingiu o estágio de conflitualização sob o primado da genitalidade.

Na adolescência, apesar de já haver uma “pré-organização” psíquica, o autor destacou as “consideráveis perturbações” presentes nessa fase, as quais podem modificar o curso do desenvolvimento estrutural de acordo com circunstâncias específicas. Bergeret (1996/2006c) mencionou duas possíveis influências que podem reorientar o curso do desenvolvimento:

- a. Uma psicoterapia profunda, voltada para a análise das defesas e da transferência; e
- b. Experiências espontâneas e intensas, capazes de promover a retificação subjetiva do adolescente, reparando, simultaneamente, a ferida narcísica primária.

Segundo Bergeret (1996/2006a), a formação da personalidade ocorre em três fases principais. Inicialmente, o bebê encontra-se em um estado de indiferenciação psicossomática. Por meio das interações com os objetos primários, ocorre gradualmente a diferenciação entre o Eu e o não-Eu, momento no qual se destaca a plasticidade do ego e o desenvolvimento do *self*.

O termo *self*, cunhado por Heinz Kohut, refere-se ao “sentimento seguro de uma pessoa de ser uma unidade bem delimitada, isto é, sua concepção clara de quem é” (KOHUT, 1970/2011, p. 587). Já o ego, como descrito por Freud (1923/2011) em *O Eu e o Id*, corresponde à instância psíquica que intermedeia as pulsões do Id, as exigências do superego e as demandas da realidade externa. Laplanche e Pontalis (2016a, p. 124) definem o ego como o “polo defensivo da personalidade”, responsável por operações que visam minimizar os efeitos de afetos desagradáveis, ou seja, os sinais de angústia.

Na segunda etapa, soma-se à relação com os pais a interação com outros agentes sociais e educacionais. Nesse contexto, conflitos, frustrações e traumas, assim como seguranças anaclíticas e identificações positivas, desempenham um papel central no psiquismo em formação. É nessa fase que surge uma “pré-organização” psíquica, caracterizada pela estabilidade progressiva das defesas egóicas frente às pulsões e às demandas externas.

Por fim, na adolescência, ocorre a cristalização da personalidade. Desde que não haja traumas ou situações excessivamente intensas, a estrutura psíquica consolida-se de forma estável, mantendo um padrão imutável que apenas se adapta ou desadapta em função das circunstâncias.

2.3 PSICOPATOLOGIA ESTRUTURAL: A ABORDAGEM DE JEAN BERGERET

Na área da Psiquiatria, a semiologia descritiva considera a manifestação de sintomas suficiente para classificar um indivíduo como neurótico ou psicótico. No entanto, essa abordagem apresenta limitações importantes, pois não abarca a complexidade estrutural da personalidade²³. Sintomas tipicamente associados à neurose podem, em certos casos, funcionar como um disfarce, ocultando causas que não são propriamente neuróticas, mas psicóticas. De forma semelhante, níveis elevados de angústia, acompanhados por ameaças de despersonalização, podem mascarar a origem edípica e genital de conflitos característicos de uma neurose genuína. Assim, há um risco significativo de diagnósticos precipitados que classificam erroneamente quadros como neuróticos ou psicóticos, desconsiderando uma avaliação estrutural mais abrangente.

Nesse contexto, Bergeret (1996/2006a) introduziu as categorias de neurose e psicose para descrever os estados de descompensação perceptíveis no funcionamento estrutural de uma personalidade. Esses estados refletem reações do ego ao enfrentamento de situações – sejam internas ou externas – que ultrapassam sua capacidade habitual de defesa. Bergeret argumentou que cada manifestação

²³ É importante ressaltar que o diagnóstico semiológico na Psiquiatria não é tão determinante quanto o diagnóstico estrutural na Psicanálise.

patológica ocorre exclusivamente na estrutura correspondente, sendo esta incapaz de produzir outras formas de enfermidade. Assim, as categorias de neurose e psicose são concebidas como expressões de descompensação dentro de estruturas preexistentes, enquanto os estados-limites representam entidades clínicas menos organizadas, sem compartilhar o mesmo estatuto estrutural.

Com base na perspectiva psicanalítica da psicopatologia, Bergeret (1996/2006c; 1996/2006d) apresenta critérios diagnósticos para as neuroses, psicoses e estados-limites. Estes critérios abarcam:

1. A natureza da angústia latente;
2. O modo de relação com o objeto;
3. Os mecanismos de defesa predominantes;
4. A forma habitual de expressão do sintoma.

Além disso, será discutida a relação entre a toxicomania e as diferentes entidades clínicas propostas por Bergeret. Antes de abordar essas conexões específicas, é relevante destacar três observações gerais feitas pelo autor (1982/1983) sobre o tema:

- a. Diferentemente de McDougall, Bergeret defende que não há uma estrutura psíquica específica para a toxicomania, considerando-a integrada às diferentes modalidades de constituição da personalidade;
- b. A toxicomania, embora impacte o funcionamento secundário da estrutura psíquica, não altera sua natureza fundamental;
- c. A busca por substâncias psicoativas vai além da necessidade manifesta, podendo ser interpretada como uma forma de defesa latente e tentativa de organização frente a possíveis descompensações estruturais.

2.3.1 Psicose

Na esfera da psicose, a estrutura esquizofrênica representa o polo mais arcaico, seguida pela melancólica e, mais próxima da linha divisória com a neurose, a paranoica, que se fixa no estágio menos regredido do ponto de vista do

desenvolvimento pulsional. De modo geral, a formação do ego em indivíduos psicóticos ocorre de forma acelerada e frágil, o que favorece fixações ou regressões a estágios libidinais precoces. Essas pessoas vivenciam experiências primitivas de frustração, percebidas como privações ou invasões, frequentemente originadas na relação mãe-filho. Segundo Bergeret (1996/2006c), tais experiências disruptivas só se concretizam com a colaboração, mais ou menos ativa, do pai – seja por sua ausência, seja pela incapacidade de exercer um papel suficientemente sólido para intervir nessa dinâmica. Dessa forma, o pai (ou seu substituto) não assume, posteriormente, a posição de rival sexual na triangulação edipiana.

Ao se discutir a psicose, é comum associar essa estrutura psíquica à falência da organização narcísica primária. A criança que se desenvolve dentro dessa grande linhagem estrutural não atinge a unidade narcísico-identitária, o que compromete sua capacidade de separação em relação à figura materna. Ela permanece fusionada a esse objeto primordial, o que molda um padrão relacional caracterizado pela fusão – variando conforme a modalidade de psicose – tendendo a ser repetido ao longo da vida, seja na relação transferencial, seja em relacionamentos interpessoais diversos.

Nesses casos, as relações objetais não alcançam um caráter triádico e, nos casos mais graves de esquizofrenia, nem sequer dual. Em razão disso, a angústia psicótica está relacionada não à castração genital, como ocorre na neurose, nem ao medo do abandono, característico dos estados-limite, mas à fragmentação, destruição e morte por estilhaçamento. Nessa dinâmica, o superego não desempenha um papel organizador ou de conflitual de base, como nas neuroses. As tensões emergem do confronto direto com a realidade, o que exige do indivíduo uma negação ampla desta. Para substituir os aspectos rejeitados, o psicótico constrói delírios, que, segundo Bergeret (1996/2006c, p. 70), consistem em uma “neorrealidade vantajosa, ainda que aberrante”. Além da negação, destacam-se como mecanismos de defesa predominantes a projeção e a clivagem do ego.

Como consequência, indivíduos com estrutura psicótica nunca investem plenamente na realidade. O processo primário predomina sobre o secundário, levando

a um comportamento frequentemente autista e à busca de satisfação de desejos por meio de alucinações.

No contexto da toxicomania, Bergeret (1982/1983) identificou duas tendências distintas em indivíduos psicóticos: a *defesa através do comportamento* e a *justificação através do comportamento*. Na primeira, o sujeito utiliza a droga como forma de restabelecer uma coerência na realidade percebida, empregando-a compulsivamente para preservar a integridade da personalidade e manter um contato controlado com o mundo externo. Já na segunda, observada em casos de maior comprometimento, o indivíduo não consegue mais conter o extravasamento delirante do imaginário psicótico. Nesses casos, a droga é utilizada como justificativa para o comportamento delirante, atribuindo à substância – e não à sua estrutura psíquica – a origem dos sintomas.

Bergeret também apontou que essas duas atitudes podem ocorrer de forma sequencial no mesmo indivíduo. Quando as defesas comportamentais não são mais suficientes para conter a angústia psicótica, surge a justificativa como último recurso, refletindo uma incapacidade de manter um contato minimamente funcional com a realidade externa.

Sob o vértice terapêutico, Bergeret sublinhou os desafios enfrentados pelos profissionais no manejo de sujeitos com estrutura psicótica. Ele observa que os comportamentos de dependência estão enraizados nos aspectos fundamentais de suas personalidades, incluindo as angústias, os mecanismos de defesa e as relações objetais. Nesse sentido, o autor afirma que “a terapêutica de tais estados se reduz, no essencial, a uma administração das falências existentes nesses três setores” (Bergeret, 1982/1983, p. 35).

No âmbito hospitalar, ele enfatizou a importância de manejar cuidadosamente a dependência transferencial que pode surgir quando o paciente perde o interesse pela substância. Caso essa dinâmica não seja adequadamente controlada, há o risco de que o paciente desenvolva uma psicose crônica, caracterizada por comportamentos passivos e dependência prolongada em relação ao cuidado institucional.

2.3.2 Neurose

Ao contrário das organizações psicóticas, a na neurose, as fixações pré-genitais apresentam-se de forma menos acentuada. O segundo estágio da fase anal, caracterizado pela retenção e pelo controle possessivo do objeto, é geralmente superado sem maiores dificuldades. Nesse contexto, as pulsões são progressivamente organizadas sob o primado da genitalidade, permitindo que o indivíduo ingresse na esfera do conflito edipiano. De acordo com Bergeret (1996/2006a), esse processo ocorre durante a infância, aproximadamente entre os três e seis anos de idade, coincidindo com a segunda etapa de formação da personalidade supracitada.

No entanto, em situações de intensa pressão interna e externa durante a adolescência, é possível que ocorram modificações estruturais permanentes, levando à cristalização de uma psicose. Bergeret apontou que esse tipo de transição é mais comum do que o movimento inverso, no qual uma estrutura psicótica evolui para uma estrutura neurótica. Nessas circunstâncias, experiências frustrantes de alta intensidade podem comprometer os mecanismos de defesa neuróticos, forçando o ego a recorrer a defesas mais arcaicas. Por exemplo, uma personalidade previamente organizada de forma histérica ou obsessiva pode se converter em uma melancólica ou paranoica, mas jamais em uma esquizofrênica, já que esta última exige “fixações iniciais específicas, que estão necessariamente ausentes em um ego que tenha passado de maneira pré-organizada e transitória pela linhagem neurótica” (p. 95).

Por outro lado, na ausência de experiências disruptivas significativas, o ego tende a consolidar-se sob o predomínio da organização genital. A escolha inconsciente do tipo específico de neurose dependerá de como o conflito edipiano será vivenciado.

Na neurose, as tensões que surgem no ego decorrem, predominantemente, de conflitos entre o Id e o superego, e não entre o Id e a realidade externa, como ocorre na psicose. Apesar de a realidade poder ser distorcida pelas elaborações defensivas, ela não é negada, como no fetichismo ou nas psicoses. As exigências do princípio do prazer permanecem subordinadas, ainda que parcialmente, ao princípio da realidade.

As regressões libidinais também podem ocorrer na neurose, afetando momentaneamente o funcionamento do ego. Bergeret (1996/2006a) identificou duas possíveis causas para essas regressões: dificuldades na superação do Complexo de Édipo ou a persistência de fixações pré-genitais que desestabilizam a economia genital. Contudo, essas regressões nunca atingem os níveis massivos observados na psicose.

Uma característica central das estruturas neuróticas é o estabelecimento de relações objetais baseadas em uma organização triádica, marcada por maior discriminação entre sujeito e objeto e mediada pelo registro simbólico. Nesse contexto, o objeto mantém uma distância do *self*, sem fusão ou apoio anaclítico. Consequentemente, a angústia neurótica origina-se da ameaça de castração, em contraste com a fragmentação, característica da psicose, ou com o abandono, predominante nos estados limítrofes.

Para lidar com essa angústia, o ego recorre, prioritariamente, ao recalque como mecanismo de defesa. Outros mecanismos, no entanto, podem ser empregados como complementares, dependendo da modalidade da neurose. Por exemplo, na neurose obsessiva, são comuns o isolamento, o deslocamento e as formações reativas, enquanto na histeria de angústia (ou fobia) observa-se o uso do deslocamento e da evitação.

Embora a personalidade neurótica esteja baseada em uma organização psíquica mais sólida do que aquela encontrada na psicose, a toxicomania pode intensificar significativamente os conflitos vivenciados. Bergeret (1982/1983; 1991) destacou que, devido a *carências imaginárias*²⁴, os indivíduos neuróticos

²⁴ Bergeret (1991) definiu o imaginário como o registro psíquico no qual se desenrolam as encenações fantasmáticas, permitindo ao indivíduo estabelecer vínculos subjetivos com outros personagens significativos. Essas cenas representam os desejos mais profundos do sujeito, mesmo que estejam disfarçados ou operem de forma enigmática. O funcionamento saudável desse registro é um indicativo de equilíbrio psíquico, independentemente da estrutura subjacente.

Deficiências no funcionamento desse registro, contudo, não se limitam aos toxicômanos, ainda que sejam especialmente prevalentes nesse grupo clínico. Bergeret apontou uma relação direta entre carências imaginárias e um déficit na capacidade de representação psíquica. Essa capacidade, essencial para enriquecer as relações afetivas com os objetos, é igualmente importante para a construção de experiências pessoais singulares e significativas. Quando prejudicada, o contato do

frequentemente apresentam dificuldades para representar psiquicamente os aspectos conflitivos de suas experiências. As questões relacionadas ao amor incestuoso e à rivalidade edipiana, em vez de serem verbalizadas ou simbolizadas, são frequentemente atuadas. Esses *acting outs*, que podem atingir níveis de autoagressão masoquista, refletem tentativas de lidar com os desejos associados aos dois vértices do triângulo edipiano (de amar e de agredir) e são acompanhados por sentimentos intensos de culpa.

Invariavelmente, as condutas de toxicomania observadas em indivíduos neuróticos revelam uma natureza autopunitiva e podem evoluir para condutas suicidas, frequentemente realizadas por meio de *overdoses*. No entanto, tais atos diferem das tendências suicidas depressivas (*borderline*), que geralmente implicam a culpabilização de outros pela falta de amor. No caso dos neuróticos, o suicídio reflete uma tentativa de expurgar a culpa associada aos desejos incestuosos e agressivos.

Sob a perspectiva terapêutica, Bergeret (1982/1983) observou que, apesar da gravidade dos atos compulsivo-impulsivos relacionados ao quadro de toxicomania, indivíduos neuróticos tendem a responder positivamente ao processo terapêutico quando aceitam assistência regular. Em uma análise ou em psicoterapias de base psicanalítica, o foco das intervenções deve recair sobre as interpretações transferenciais, com o objetivo de auxiliar o paciente a elaborar, progressivamente, os conflitos relacionados ao Complexo de Édipo.

Ainda que episódios de *passagem ao ato* possam ocorrer durante o tratamento, especialmente em momentos de frustração intensa, Bergeret manteve uma visão otimista em relação a esses casos. Ele argumenta que, quando a transferência é bem-

sujeito com o mundo externo tende a se deteriorar, sendo constantemente vivido como uma experiência subjetiva frustrante.

No contexto específico das toxicomanias, Bergeret sugeriu que as substâncias psicoativas são frequentemente investidas com uma função mágica pelos indivíduos. Elas parecem oferecer uma solução ilusória e temporária para o vazio interno crônico que marca suas experiências com o mundo. Ao buscar preencher essa lacuna imaginária, a droga é investida com a esperança de restaurar um funcionamento psíquico mais eficaz, mesmo que isso acarrete custos elevados, tanto no âmbito emocional quanto físico.

sucedida, as ações compulsivas podem ser substituídas por uma elaboração simbólica dos conflitos triangulares. Isso porque, enquanto uma droga nunca é capaz de oferecer respostas objetais às angústias do sujeito, a figura do terapeuta ou analista pode desempenhar esse papel no processo terapêutico.

2.3.3 Estados limítrofes

Na Psicanálise, as definições dos estados-limite apresentam ampla variação, refletindo diferentes abordagens teóricas e práticas. Diversos estudiosos tratam essas entidades clínicas de maneiras heterogêneas, sendo que algumas correntes psicanalíticas sequer reconhecem sua autonomia psicopatológica, como ocorre na escola lacaniana (HEGENBERG, 2009). Bergeret (1996/2006b), inspirado por autores anglo-saxônicos como Adolphe Stern, Robert Knight e Otto Kernberg, além de dialogar teoricamente com André Green e William Ronald D. Fairbairn, defendeu a pertinência de agrupar esses casos como uma unidade nosológica independente da neurose e da psicose. Contudo, ele expressou discordâncias em relação a algumas categorias propostas por esses autores.

Para garantir coerência teórica, este texto se concentrará nas concepções de Bergeret sobre os estados-limítrofes (especificamente, sobre a organização da personalidade *borderline*)²⁵ e, posteriormente, discutirá as conexões que ele estabelece entre esse funcionamento psicológico e a toxicomania.

Bergeret (1996/2006a) fundamentou sua abordagem sobre a constituição da personalidade com base no nível de estruturação do ego, considerando os mecanismos de defesa, as relações objetais e a natureza da angústia. Ele argumentou que, nos indivíduos *borderline*, o ego apresenta maior robustez em comparação às psicoses, uma vez que eles não sofreram frustrações e fixações extremamente precoces no eixo materno-filial capazes de moldar uma pré-organização psicótica.

²⁵ Os capítulos 3 e 4 desta pesquisa oferecerão uma visão teórica mais abrangente sobre o tema.

Entretanto, ao situar tais organizações no plano das personalidades “cristalizadas”, Bergeret afirmou que essa organização do psiquismo não compartilha da solidez estrutural das neuroses ou das psicoses. Segundo ele, “em tais organizações, a inscrição edipiana, simbólica e universal, não pôde nem representar o polo estruturador do conjunto da personalidade, nem tampouco constituir pequenas ilhotas estruturais sólidas, *ainda que independentes*, no centro da personalidade” (BERGERET, 1982/1983, p. 36, interpolação minha). Logo, o autor posicionou os *borderline* no centro do campo entre neurose e psicose.

O ego desses indivíduos oscila constantemente entre dois extremos: a busca pelas defesas maciças da estrutura psicótica, para proteger-se da angústia, e a tentativa de obter os prazeres proporcionados pela genitalidade na neurose. Essa oscilação impõe desafios ao ego, que necessita realizar contrainvestimentos dispendiosos e formações reativas para se manter estável entre essas duas estruturas.

Os indivíduos *borderline* se desenvolvem em um contexto de impedimento no ingresso típico à situação relacional triangular do Complexo de Édipo, geralmente devido a um acontecimento traumático real²⁶ na infância. Esse trauma compromete o desenvolvimento psicosssexual, resultando em uma “pseudolatência” precoce que persiste até a adolescência e influencia a evolução do processo de estruturação do ego. Embora possam ocorrer aquisições edipianas, estas não desempenham o papel organizador observado na neurose, tornando o ego particularmente vulnerável.

Essa vulnerabilidade leva o ego a adotar uma regressão pré-edipiana diante do medo de enfrentar as relações triangulares, mobilizando o ideal do ego como compensação. Para Bergeret (1996/2006b), essa dinâmica faz com que o ideal do ego ocupe “a maior parte daquilo que normalmente deveria reverter para o superego na organização da personalidade” (p. 127). Como resultado, eles experienciam vergonha

²⁶ Para exemplificar o que se entende por um evento traumático real, Bergeret (1996/2006b) analisou o caso conhecido como *O Homem dos Lobos*, descrito por Freud. Nesse contexto, o autor destacou a ocorrência de uma situação de sedução real, na qual o adulto exerce influência sexual sobre a criança, ultrapassando o campo do fantasioso. Esse tipo de experiência, segundo Bergeret, é capaz de provocar uma excitação pulsional de tal magnitude que excede a capacidade do ego infantil de mobilizar defesas adequadas.

e desgosto de si mesmos, em vez de culpa, projetando frequentemente esses sentimentos em outras pessoas.

Ao descrever as características do ego *borderline*, Bergeret destacou a existência de uma certa “deformação” em sua formação, resultante da ativação da clivagem. Porém, ele a distinguiu da clivagem realizada por indivíduos genuinamente psicóticos, posto que, no contexto da personalidade *borderline*, o núcleo do ego não é comprometido. O ego *borderline* alterna entre uma posição neurótica, tanto do ponto de vista narcísico quanto objetual, e uma posição regredida, dependendo da proximidade dos objetos. Essa instabilidade é refletida na fragilidade do narcisismo, e se traduz em queixas constantes de abandono.

Sob a perspectiva fenomenológica, essa dinâmica manifesta-se nas constantes queixas desses indivíduos acerca de uma suposta falta de amor recebido, o que revela uma carência afetiva profunda. Essa lacuna se associa à limitada capacidade adaptativa e à dificuldade em lidar com frustrações, as quais frequentemente desencadeiam reações regressivas de caráter infantil. Além disso, observa-se a adoção de uma postura paranoica nos relacionamentos interpessoais, caracterizada por tentativas de intimidar aqueles que, em sua percepção, poderiam causar-lhes decepções ou rejeições.

No que diz respeito ao vértice psicodinâmico, a carência afetiva apresentada por esses indivíduos pode ser compreendida com base no vínculo estabelecido com seus objetos primários. Conforme Bergeret (1996/2006b), é comum que, em seus históricos, esses pacientes tenham vivenciado a incapacidade de receber de seus pais a segurança anaclítica necessária para enfrentar os conflitos sexuais e agressivos dirigidos a eles. Essa falha no suporte parental impede o desenvolvimento de uma maior autonomia psíquica.

Nesse contexto, reitera-se que a relação de objeto predominante nesses casos é de natureza anaclítica, caracterizada pela dependência do *self* em relação ao objeto, tanto para obter satisfações quanto para realizar manipulações de caráter agressivo. Embora esses indivíduos demonstrem uma intensa dependência do outro, eles não reproduzem a dinâmica fusional observada em quadros verdadeiramente psicóticos, especialmente na relação com a figura materna. Especificamente, eles tendem a

buscar, de maneira contínua, a garantia de disponibilidade material e afetiva de figuras substitutivas às parentais. Essa dinâmica relacional, entretanto, não se insere em uma economia psíquica verdadeiramente genital, permanecendo ancorada em um protótipo de relação predominantemente anal.

Segundo Bergeret, tal dinâmica pode ser explicada pela clivagem do objeto, um mecanismo de defesa característico das organizações psíquicas *borderline*. Esse mecanismo é marcado pela divisão rígida dos objetos em categorias absolutas de “totalmente bons” ou “totalmente maus”, sem a possibilidade de integração das contradições inerentes. Na prática clínica, esse fenômeno foi identificado em casos atendidos, como o de Ana Maria, uma paciente internada para desintoxicação e diagnosticada como *borderline*. Ana Maria apresentava uma profunda desconfiança, de natureza paranoide, em relação aos membros da equipe clínica hospitalar. Tal desconfiança derivava de identificações projetivas — um mecanismo defensivo secundário à clivagem do objeto —, que consistiam em projetar seus “objetos maus” sobre os profissionais do setor. Esse processo psíquico tinha como função proteger a paciente de sua demanda por apoio anaclítico em relação aos profissionais clínicos.

Devido à particularidade da forma de vinculação ao outro, diretamente influenciada pelo relacionamento estabelecido com os pais durante a primeira infância, esses indivíduos apresentam ao longo de suas vidas uma marcada susceptibilidade às contingências tanto da realidade externa quanto da posição dos objetos. Em especial, a proximidade ou distância desses objetos em relação ao *self* é determinante para a manutenção de alguma coesão psíquica, sendo fonte de uma angústia que se distingue das angústias típicas de estruturas neuróticas ou psicóticas. Essa forma de ansiedade, própria das organizações *borderline*, pode ser conceituada como “angústia depressiva”.

Mais especificamente, a ansiedade decorrente ameaça de perda do objeto difere fundamentalmente da angústia observada na neurose, pois, nesse tipo de organização psíquica, o superego não exerce um papel estruturante ou conflitual de base, já que não se forma sob a influência da genitalidade, tampouco no contexto da triangulação edípica. Igualmente, não há correspondência entre essa angústia e a depressão melancólica. Como observa Bergeret (1996/2006b, p. 124), nesses

indivíduos, “o objeto não pode, ainda, achar-se introjetado. O luto, porém, igualmente permanece impossível”.

Com efeito, a toxicomania é frequentemente associada às organizações *borderline* devido à instabilidade emocional e à dependência afetiva que caracterizam esses indivíduos. Bergeret (1982/1983) enfatizou que a busca por um objeto externo mágico, como o objeto-droga, resulta da incapacidade de elaborar desejos e frustrações em um registro psíquico. Além disso, em função da natureza da angústia dessas pessoas, o suicídio adquire uma dinâmica distinta, frequentemente motivado por sentimentos de abandono com acusações implícitas contra o outro de não os amarem o suficiente.

No tratamento de indivíduos *borderline* com toxicomania, o diagnóstico diferencial é particularmente desafiador, especialmente na distinção entre manifestações depressivas isoladas e depressões estruturais. Bergeret (1982/1983) destaca que a depressividade fundamental nesses casos está ligada à crise de identificação, frequentemente não resolvida na adolescência. A intervenção terapêutica deve, portanto, focar na compreensão dessas dificuldades, preferencialmente através de abordagens individuais, dada a sensibilidade desses indivíduos às influências ambientais negativas.

2.4 TOXICOMANIAS E SEUS MODOS DE OPERAÇÃO: SUPLÊNCIA E SUPLEMENTO

Bergeret (1982/1983) identificou uma diversidade de formas de toxicomanias, conceito que também foi explorado pela psicanalista Sylvie Le Poulichet (1997/2019). De forma geral, Poulichet descreveu o *phármakon* como uma substância ambígua, que reúne propriedades de remédio e veneno. Essa substância é procurada pelo sujeito como forma de aliviar um sofrimento intolerável, embora essa busca revele o seu desconhecimento acerca dos efeitos da operação. A introdução do *phármakon* no corpo causa uma desordem na linguagem e no pensamento, funcionando como um “corpo estranho” tóxico.

A partir de uma perspectiva lacaniana, Poulichet utiliza os conceitos de suplemento e suplência fálica para estruturar sua análise, compreendendo-os como

dois pilares fundamentais da operação toxicomaniaca. Embora os trate separadamente, a autora reconhece que ambos podem se interconectar, já que não se excluem mutuamente.

2.4.1 Toxicomania de suplência

No caso da *toxicomania de suplência*, observa-se, em geral, uma falência do Outro enquanto instância terceira, suporte de uma função simbólica. Nessa configuração, o sujeito não dispõe de significantes que lhe permitem expressar seu corpo em palavras e recorre à substância tóxica como forma de tratar sua subjetividade, marcada por uma espécie de “hemorragia”. O corpo é tratado como uma máquina, um conceito adotado por Poulichet para designar a tentativa do sujeito de assumir o controle de si mesmo, funcionando como maquinista de sua subjetividade, sendo a droga a engrenagem que possibilita uma restauração “adequada” do funcionamento psíquico.

No contexto das psicoses, Poulichet (1997/2019) observa que a substância pode ser utilizada como um recurso último para que o sujeito evite encarnar plenamente o desejo do Outro. Em situações de alienação extrema e incapacidade de lidar com a ausência, a toxicomania de suplência busca restabelecer uma integridade corporal precária, oferecendo bordas ao corpo para proteger o sujeito da invasão do gozo do Outro.

Nesse cenário, a narcose aparece como um meio secundário para moldar um corpo ainda não formado simbolicamente. Segundo a autora, nos casos em que não houve elaboração simbólica suficiente, a toxicomania surge como uma defesa que tenta “fechar” um circuito pulsional. Essa estratégia é particularmente relevante nas psicoses, em que a toxicomania busca criar barreiras corporais que impedem a invasão simbólica do Outro.

A autora também apontou que, mesmo em contextos não psicóticos, algumas formas de suplência narcísica podem ser observadas, como nos casos em que o trajeto pulsional permanece parcialmente bloqueado. Nessas situações, a ausência de coordenadas simbólicas impede a elaboração plena da falta e deixa marcas que

dificultam o desenvolvimento subjetivo. Ela afirmou que, “na clínica que aqui evoco, o corpo da criança permaneceu parcialmente suspenso do corpo do Outro primordial, no lugar onde este se manifestou como não-ausente” (ibidem, p. 128, tradução minha).

Ademais, Poulichet ilustrou, por meio de recortes clínicos, as dinâmicas que resultam no bloqueio da simbolização. Por exemplo, ela apresentou o caso de uma filha que se molda a partir do fantasma de proteger a mãe, identificando-se com a crença materna de que os homens são inúteis e impotentes. Outro caso abordado foi o de um filho cuja origem paterna é ocultada pela mãe, o que restringia sua possibilidade de construir uma identidade simbólica. Ambos os exemplos evidenciam como a toxicomania pode funcionar como um meio de lidar com os impasses derivados de uma falha na inscrição simbólica.

2.4.2 Toxicomania de suplemento

Enquanto a toxicomania de suplência se caracteriza pela falência do Outro e pela tentativa de barrar o Seu gozo, a *toxicomania de suplemento* apresenta uma lógica distinta. Nessa perspectiva, o uso de substâncias é entendido como uma operação voltada ao Outro, buscando uma leitura e significação do ato pelo campo simbólico.

Poulichet (1997/2019) exemplifica essa dinâmica com o caso de Xavier, um paciente cujo consumo de heroína estava ligado a uma encenação perversa. Ele obtinha prazer ao transportar papéletes de droga nos bolsos, desafiando as autoridades ao afirmar: “Eles não têm ideia, mas estou passando por debaixo dos seus narizes.” Esse ritual de consumo estava a serviço de uma identificação com o avô e se apresentava como uma metáfora para atravessar a fronteira entre os sexos.

Apesar da associação do caso de Xavier à perversão, Le Poulichet advertiu que a toxicomania de suplemento não se restringe a encenações perversas. De forma mais ampla, a autora entendeu essas montagens como respostas a um sofrimento derivado de uma inadequação narcísica, vivida no registro imaginário. O *phármakon*,

nesse contexto, emerge como uma “prótese” destinada a ajudar o sujeito a lidar com o conflito que surge ao confrontar sua imagem real e sua imagem ideal.

No caso das neuroses, a autora identificou uma relação entre a toxicomania de suplemento e formas de insatisfação histérica ou impossibilidade obsessiva. Por exemplo, em algumas manifestações histéricas, a indeterminação narcísica do sujeito é tratada através do *phármakon*, que assume uma função fálica simbólica e reforça a relação imaginária com o outro. Nessa linha de raciocínio, Poulichet mencionou um caso clínico atendido por Perrier (19878): um homem histérico e toxicômano, que tentava externar uma imagem de masculinidade viril enquanto, internamente se acusava de ser o oposto disso.

A inclusão do *phármakon* na atividade sexual resulta em sua funcionalização, transformando o corpo em uma espécie de máquina sexual. Os efeitos associados ao seu uso durante este ato apresentam uma natureza contraditória. De um lado, ao empregá-lo como um instrumento, o indivíduo se protege da possibilidade de confrontar suas insuficiências no desempenho, operando como se possuísse um falo imaginário. Por outro lado, tal prática condiciona o prazer à administração de uma substância exógena, o que, por sua vez, exclui a oportunidade de expressar seu próprio desejo.

Por fim, é essencial distinguir a toxicomania de suplência da toxicomania de suplemento. Enquanto a suplência implica um curto-circuito simbólico e uma tentativa de barrar o gozo do Outro, o suplemento preserva a estrutura da fantasia, manifestando-se como uma adaptação narcísica do sujeito às demandas do Outro. Essa diferença fundamental reflete a complexidade das configurações subjetivas que envolvem o uso compulsivo de substâncias, destacando as múltiplas funções do recurso ao *phármakon* no campo psicanalítico.

CAPÍTULO 3 – COMPREENDENDO A PERSONALIDADE *BORDERLINE*: UMA ABORDAGEM METAPSICOLÓGICA

No campo da psicopatologia, a toxicomania tem sido amplamente estudada a partir de distintas abordagens teóricas, destacando-se nesta pesquisa as perspectivas psiquiátrica e psicanalítica. A visão psiquiátrica, ancorada em um paradigma positivista, considera a dependência de substâncias como fenômeno que implica um desequilíbrio neurológico persistente. Esse quadro é caracterizado pela dificuldade do sujeito em controlar o seu uso, mesmo diante de consequências negativas, e pela compulsividade associada ao consumo prolongado. Essa compulsividade é atribuída a alterações duradouras no sistema de recompensa cerebral, especialmente no *nucleus accumbens*, região do córtex em que se apresenta um aumento significativo nos níveis de dopamina em resposta ao uso repetido de drogas.

Por outro lado, o enfoque psicanalítico oferece uma perspectiva histórica e conceitual marcada por uma diversidade de modelos teóricos. Neste contexto plural, destacam-se as contribuições metapsicológicas de Poulichet e Bergeret, que propõem a existência de múltiplas formas de toxicomania. Em contraposição a teorias unificadas que associam o fenômeno a psicopatologias específicas, como a histeria ou a psicose maníaco-depressiva, esses autores enfatizam a multiplicidade de expressões e implicações psíquicas relacionadas ao consumo de substâncias.

Bergeret examinou a toxicomania como uma condição capaz de alterar o funcionamento secundário da estrutura psíquica quando esta se encontra em desequilíbrio. Para ele, o desafio clínico consiste em ultrapassar as barreiras iniciais impostas por essa condição, possibilitando ao profissional de saúde acessar o núcleo subjetivo do paciente. Essa abordagem facilita não apenas o diagnóstico, mas também a formulação de um plano terapêutico consistente, que auxilia o indivíduo a enfrentar a raiz de seus conflitos internos.

O autor delineou três categorias principais de toxicomanias, cada uma associada a uma estrutura psíquica distinta: à neurótica, à psicótica e à organização de personalidade limítrofe. No caso do toxicômano neurótico, o consumo de substâncias está relacionado a questões subjetivas de origem genital não elaboradas,

como o amor incestuoso e a rivalidade edipiana. Essas questões, ligadas a carências imaginárias, são mascaradas pelo uso de drogas. Já nos toxicômanos psicóticos, o comportamento compulsivo está relacionado a duas dimensões fundamentais: a defesa contra o transbordamento do imaginário e a justificativa desse mesmo transbordamento.

Em relação aos pacientes limítrofes, com destaque para aqueles com personalidade *borderline*, Bergeret enfatizou características como imaturidade, instabilidade emocional e necessidade de gratificação pulsional imediata. Essas características emergem devido à obstrução do imaginário genital, o que torna a droga um “objeto mágico” para esses indivíduos. O consumo de substâncias, nesse contexto, representa uma solução aparente para as frustrações geradas pelas relações objetais, que esses pacientes apresentam grande dificuldade em manejar psicologicamente.

Quanto ao tratamento, Bergeret sugeriu abordagens específicas para cada estrutura psíquica. Para os neuróticos, recomendou a aplicação da técnica psicanalítica clássica, baseada na interpretação gradual e sistemática da transferência. Em relação aos psicóticos, propôs intervenções voltadas para a administração das falências estruturais características dessa condição, como as falências das angústias, das defesas e das relações objetais. No entanto, no caso dos pacientes *borderline*, suas observações terapêuticas permaneceram limitadas, refletindo a complexidade desses quadros clínicos.

Na psicanálise, os pacientes *borderline* frequentemente são denominados “casos difíceis”. Essa designação reflete sua resistência ao tratamento, a alta frequência de *acting outs* e a ineficácia das abordagens analíticas convencionais. Mesmo em contextos institucionais, como internações psiquiátricas, esses indivíduos representam um desafio significativo para as equipes clínicas, que frequentemente enfrentam sentimentos de impotência diante da intensidade de seus impulsos destrutivos.

Com base nessas questões, o presente capítulo busca aprofundar a compreensão metapsicológica dos casos *borderline*, contemplando aspectos

relacionados à estruturação do ego, à formação do *self* e do objeto interno, aos afetos predominantemente expressos por esses pacientes, dentre outras particularidades.

3.1 O MODELO DE KERNBERG

A obra do psiquiatra e psicanalista Otto F. Kernberg permanece como uma referência essencial na análise dos transtornos de personalidade, especialmente no que concerne ao transtorno de personalidade *borderline* (TPB). Entre os diversos trabalhos publicados por esse autor, destaca-se a primeira seção de seu livro *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, em que Kernberg (1975/1992) apresenta uma relevante contribuição ao tema, fundamentada em amplo material clínico e hospitalar coletado durante sua atuação na instituição psiquiátrica *Menninger Foundation*.

Divergindo da perspectiva de Bergeret, que concebia a organização *borderline* como uma personalidade não estruturada, Kernberg (1992/1975e, p.3, tradução minha) definiu-a como uma “forma bastante específica e notavelmente estável de estrutura patológica do ego”. Essa estrutura ocupa uma posição intermediária entre dois polos estruturais: a neurose e a psicose.

Os pacientes diagnosticados com TPB enfrentam, de modo geral, graves perturbações nos relacionamentos interpessoais, associadas a alterações na percepção da realidade. Apesar disso, seu teste de realidade permanece relativamente preservado. Além disso, esses indivíduos tendem a apresentar uma identidade difusa e dificuldade em compreender os outros de maneira mais aprofundada, o que compromete suas interações sociais e afetivas.

Um dos aspectos centrais dessa condição clínica é a manifestação de conteúdos primitivos do Id na consciência, sem a presença de distorções significativas, como ocorre em casos de distúrbios neuróticos. Esses conteúdos não geram conflitos internos consistentes. Ao contrário, essas pessoas recorrem a uma pseudo-elaboração, dissipando a tensão emocional oriunda de tendências psíquicas opostas por meio de mecanismos de defesa rudimentares. Esse processo culmina em

uma dissociação entre os estados antagônicos do ego, evidenciando a fragilidade estrutural característica dessa organização psíquica.

Kernberg (1975/1992a) também identificou outras manifestações de fraqueza do ego, que ele denominou “inespecíficas”. Entre essas, destacam-se a dificuldade em controlar impulsos, a baixa tolerância à ansiedade e a incapacidade de sublimar conteúdos psíquicos. Essas características tornam-se evidentes tanto no âmbito das relações transferenciais quanto nas interações cotidianas, refletindo os aspectos patológicos das relações objetais internalizadas desses pacientes.

A partir dessa análise, Kernberg caracterizou a personalidade *borderline* por um conjunto de manifestações clínicas específicas. Entre elas, destaca-se o ódio como afeto predominante ou exclusivo, dificuldades persistentes nos relacionamentos interpessoais, ausência de uma identidade consolidada, solidão depressiva e uma sensação crônica de vazio interno. É importante enfatizar que, embora essas características sejam frequentemente observadas nesses indivíduos, elas não são exclusivas ao diagnóstico de *borderline*. Podem também estar presentes em outras condições psicopatológicas, o que torna o diagnóstico diferencial um desafio clínico significativo. Essa complexidade diagnóstica pode, por sua vez, impactar negativamente a formulação de estratégias terapêuticas mais eficazes e adequadas.

3.1.1 A entrada prematura no Complexo de Édipo

Há semelhanças entre as teorias de Kernberg (1975/1992e) e de Bergeret (1996/2006b) sobre a origem da organização *borderline*, segundo a qual a criança ingressa precocemente na situação edipiana. Contudo, Kernberg propôs explicações causais distintas das apontadas pelo psicanalista francês. Enquanto Bergeret destacou o trauma sexual precoce como fator primordial, Kernberg ampliou a análise, enfatizando não as experiências de frustração sexual na primeira infância, mas sobretudo o impacto central da agressividade, diferenciando entre agressividade primária e secundária, sendo ambas de origem pré-genital.

De acordo com o autor, nos casos *borderline*, o ingresso precoce na situação edipiana – que nesses casos ocorre entre o segundo e o terceiro ano de vida – é

resultado de uma interseção singular entre os conflitos pré-genitais e genitais. Nesse contexto, a agressividade pré-genital, sobretudo a oral e, em menor grau, a anal, desempenha papel central. Essa agressividade pode ser projetada de forma maciça nos objetos primordiais (agressividade primária) ou emergir como reação às frustrações severas associadas a esses objetos (agressividade secundária). A predominância desse componente agressivo sobre a libido gera uma distorção paranoide nas primeiras representações de objeto, particularmente em relação à figura materna.

A mãe, sob essa distorção, é percebida como uma figura ameaçadora, e o ódio gerado nessa relação é posteriormente transferido para a figura paterna, antes mesmo de ambos serem distinguidos como objetos separados. Esse processo é influenciado pela clivagem, principal mecanismo defensivo utilizado por pacientes *borderline*, que leva à formação de uma representação amalgamada de pai-mãe, percebida como ameaçadora. Essa dinâmica é reatualizada em relações interpessoais futuras, que passam a ser vistas como potencialmente perigosas devido à infiltração dessa agressividade.

Kernberg identificou diferenças significativas nos desenvolvimentos patológicos subsequentes à entrada prematura na situação edipiana, oscilando de acordo com o gênero. Essas distinções o levaram a propor uma metapsicologia do Complexo de Édipo específica para meninos e meninas.

Nos meninos, a genitalidade surge como uma tentativa de negar a dependência oral, mas essa estratégia frequentemente fracassa. Os temores edípicos, resultantes da proibição do incesto, são intensificados pelas ansiedades pré-genitais relacionadas à figura materna, percebida como extremamente castradora. Além disso, a agressividade pré-genital projetada sobre a mãe é transferida para o pai, aumentando ainda mais o medo em relação a ambos.

Como resultado, a resolução normal e positiva do Complexo de Édipo fracassa. A heterossexualidade pode ser percebida como uma ameaça, levando muitos desses indivíduos a reforçarem o Complexo de Édipo negativo. Essa dinâmica implica na

adoção de uma “posição feminina”, com inclinações homossexuais fundamentadas na oralidade, em que a submissão sexual ao pai é inconscientemente buscada.

Outra saída envolve a busca por satisfação em metas sexuais de natureza oral-agressiva dentro de relacionamentos heterossexuais. Kernberg (*ibidem*) observou essa dinâmica em homens que ele designou “promíscuos”, com traços narcisistas, que, ao se relacionarem com mulheres, procuram inconscientemente vingar-se delas, compensando imaginariamente as frustrações orais causadas por suas mães. Por fim, uma terceira alternativa abrange uma nebulosa relacional, independentemente da orientação sexual, caracterizada por uma condensação de metas genitais e pré-genitais, frequentemente expressas em tendências perversas polimorfas, marcadas pela liberação da agressividade.

Entre as meninas, as dificuldades na resolução do complexo de Édipo também são evidentes. O psicanalista austro-americano apontou que, em tentativas de estabelecer uma relação de objeto pautada na economia genital com o pai para compensar as gratificações orais negadas pela mãe, essas jovens frequentemente enfrentam frustrações. Isso ocorre porque a agressividade pré-genital, especialmente a raiva e a inveja orais, é desviada da mãe e projetada sobre o pai, intensificando a inveja do pênis. Como forma de lidar com essa inveja e evitar a dependência dos homens, essas meninas frequentemente recorrem à promiscuidade.

Uma alternativa resolutiva proposta por ele envolve o fortalecimento de inclinações masoquistas em relacionamentos heterossexuais, permitindo que essas satisfaçam as demandas de um superego patologicamente estruturado. Nesse caso, predominam imagens maternas ameaçadoras, internalizadas por meio da reintrojeção de elementos agressivos associados à genitalidade e à pré-genitalidade.

De forma semelhante ao observado entre os meninos, algumas meninas podem renunciar à heterossexualidade. Nesses casos, idealizam primitivamente suas mães, processo viabilizado pela clivagem que separa essas representações dos aspectos ameaçadores e perigosos que englobam a figura materna. No entanto, devido à persistência de elementos orais-agressivos, esses envolvimento homossexuais tendem a ser predominantemente sadomasoquistas.

Por fim, assim como entre os homens, o autor destacou a presença de tendências sexuais perversas polimorfas entre mulheres diagnosticadas com TPB, independentemente de sua orientação sexual. Essas tendências frequentemente refletem uma condensação de metas genitais e pré-genitais, manifestando-se por meio de comportamentos que buscam liberar a agressividade acumulada.

3.1.2 O impacto das relações objetais patológicas: formação do ego e do superego

O Complexo de Édipo – entendido como um marco central no desenvolvimento psicosexual – desempenha um papel crucial na configuração das estratégias psíquicas para lidar com o desejo e emoções complexas, como o amor, o ódio, a culpa e o ciúme. Nesse sentido, a análise das dinâmicas que envolvem as primeiras relações triangulares em pacientes com diagnóstico *borderline* revela contribuições significativas para a compreensão de duas características marcantes desses indivíduos: a dificuldade em estabelecer vínculos interpessoais profundos e a limitação na capacidade de compreender o outro de maneira empática e complexa.

Em personalidades neuróticas, o *self* e os objetos são integrados de forma mais coesa, o que permite maior estabilidade narcísico-identitária e a capacidade de sustentar a ambivalência nas interações. Indivíduos com essa estrutura psíquica conseguem relacionar-se com objetos totais, reconhecendo neles tanto aspectos positivos quanto negativos, além de manejar sentimentos conflitantes que emergem nas relações. Já nas personalidades *borderline*, a ativação precoce de investimentos genitais funciona como uma defesa contra impulsos pré-genitais agressivos que superam os de natureza libilinal, comprometendo o desenvolvimento psicosexual.

Kernberg argumentou que, em vez de transformar as frustrações orais vivenciadas com uma mãe percebida como ameaçadora em investimentos genitais libidinais, as representações parentais são distorcidas por meio do mecanismo de clivagem, consolidando relações objetais parciais, totalmente “boas” ou “más”. Esse aspecto, designado pelo autor *patologia das relações de objeto internalizadas*, é central na dificuldade desses indivíduos em manejar os conflitos edipianos e, por conseguinte, em estabelecer relacionamentos saudáveis.

Ele propôs que as operações defensivas e o processo de representação psíquica estão intrinsecamente ligados à estrutura e ao funcionamento do ego (KERNBERG, 1975/1992a; 1975/1992e). No caso das personalidades *borderline*, a clivagem é o mecanismo de defesa predominante. Essa defesa, embora seja normal nos primeiros estágios do desenvolvimento infantil, persiste ativada nesses indivíduos de forma patológica, comprometendo a integração de representações contraditórias de *self* e de objetos internos.

Durante o primeiro ano de vida, quando o ego ainda não é capaz de integração, as introjeções e identificações associadas a impulsos libidinais e agressivos se desenvolvem de maneira independente. A integração e diferenciação do *self* e dos objetos, tarefas essenciais do ego, dependem tanto de experiências de gratificação quanto de frustração pulsional. A satisfação facilita a percepção de interações com o outro, enquanto a frustração estimula o reconhecimento da ausência do objeto de prazer, promovendo a diferenciação entre o eu e o não-eu.

O segundo desafio do ego é integrar as representações de *self* e de objetos, unificando aspectos totalmente “bons” e “maus” em imagens mais realistas e complexas. Quando essas tarefas são bem-sucedidas, o desenvolvimento segue uma trajetória neurótica. No entanto, dificuldades na integração de imagens contraditórias ou diferenciação entre ambas as instâncias (*self* e objeto) podem gerar duas situações distintas:

- a. Estruturas psicóticas: Resultam de fracassos na primeira tarefa, onde a negação regressiva de representações frustrantes leva à fusão entre *self* e objeto. Esse processo visa reviver experiências de gratificação absoluta, mas impede a diferenciação clara entre o *self* e o objeto.
- b. Personalidades *borderline*: Aqui, o problema está na conclusão da segunda tarefa. Embora haja diferenciação suficiente para estabelecer limites ao ego, a integração das representações contraditórias de *self* e de objetos falha. A clivagem persiste, dissociando estados do ego associados a imagens positivas e negativas, que se formam isoladamente a partir de introjeções e identificações precoces. Essa dinâmica resulta na permanência de estados afetivos primitivos, na incapacidade de experimentar emoções como culpa e

preocupação, e na superficialidade emocional nas relações interpessoais. Essas dificuldades levam à dependência de objetos externos para o sujeito manter uma coesão identitária.

O fracasso na integração das representações “boas” e “más” também compromete também o desenvolvimento do superego. Isso porque em personalidades *borderline*, o superego tende a ser formado por imagens objetais extremamente sádicas, dificultando a internalização de representações parentais mais realistas. A incapacidade de unificar aspectos amados e odiados do *self* e dos objetos gera conflitos intoleráveis, protegidos através da dissociação pela clivagem.

Kernberg (1975/1992a) sublinhou que a fraqueza do ego é um elemento central nessas personalidades. Essa fraqueza se manifesta, primeiramente, na dificuldade de integrar representações contraditórias e, secundariamente, em características que ele categoriza como “fragilidade inespecífica”:

- a. Baixa tolerância à ansiedade: a resposta do ego à pressão é desproporcional, frequentemente resultando em regressão ou sintomas intensos.
- b. Falta de controle dos impulsos: diferente de transtornos impulsivos específicos, a impulsividade *borderline* é volúvel e imprevisível, indicando um ego incapaz de manejar tensões intrapsíquicas, que são descarregadas somaticamente.
- c. Déficit de sublimação: A ausência de prazer em atividades criativas e a falta de sublimação podem ser reflexo da fragilidade do ego. Embora esse aspecto deva ser analisado no contexto social e cultural do indivíduo, a dificuldade em canalizar impulsos para realizações simbólicas é frequentemente observada em pacientes *borderline*.

3.1.3 Mecanismos defensivos

O uso patológico da clivagem é amplamente reconhecido como uma característica definidora da personalidade *borderline*. Kernberg (1975/1992e) enfatizou que esse recurso, embora se apresente como o mecanismo defensivo primordial nessa estrutura psíquica, não opera de forma isolada, sendo acompanhado por uma série de estratégias defensivas subsidiárias. Essas defesas adicionais têm

como objetivo proteger as representações de *self* “bom” e objetos “bons”, frequentemente idealizadas, contra a ameaça constante das representações agressivas e persecutórias de *self* e objetos. Entre essas estratégias destacam-se a idealização primitiva, a identificação projetiva, a negação, a onipotência e a desvalorização.

a. Idealização primitiva e identificação projetiva

A idealização primitiva e a identificação projetiva podem ser compreendidas como manifestações distintas de um mesmo processo defensivo, caracterizado pela projeção intensa de aspectos do *self* sobre o ambiente e objetos externos. Esses mecanismos afetam profundamente a forma como o indivíduo *borderline* percebe o mundo e se relaciona com ele.

No caso da idealização primitiva, observa-se a atribuição exclusiva de características “totalmente boas” ao objeto, frequentemente representado pela figura materna defensivamente idealizada ou por outros indivíduos significativos ao longo da vida. Essa idealização transforma o objeto em uma personificação do ideal de ego, o que resulta em uma dependência extrema do sujeito em relação ao objeto externo.

Por outro lado, a identificação projetiva envolve a rejeição de aspectos “totalmente maus” do *self*, que são igualmente projetados sobre um objeto externo. Nesse processo, as características projetadas – fortemente marcadas pela agressividade – tornam o objeto ameaçador e persecutório. Essa dinâmica gera no sujeito a necessidade de se proteger ou atacar o objeto, criando um ciclo de projeções-introjeções em que os limites entre *self* e objeto se tornam confusos. Em ambos os casos, a projeção intensa compromete a capacidade do ego de estabelecer fronteiras claras, prejudicando a diferenciação entre sujeito e objeto.

b. Negação

A negação se destaca como um mecanismo que sustenta a dissociação entre estados emocionais contraditórios, os quais coexistem na consciência do indivíduo graças à clivagem. Clinicamente, esse mecanismo é perceptível quando o paciente relata experiências ou interações passadas e demonstra consciência de que seus

pensamentos, sentimentos e impressões sobre si mesmo ou sobre os outros mudaram drasticamente, por vezes, durante uma mesma sessão de análise.

No entanto, embora possam apresentar um *insight* cognitivo em relação a essa alternância, a conscientização permanece superficial, sem relevância emocional. A negação impede que o indivíduo se reposicione afetivamente em relação às experiências narradas. Como resultado, o paciente alterna entre diferentes estados de ego, negando tanto o estado atual quanto o anterior, preservando as memórias desses momentos, mas incapaz de conectá-las emocionalmente. Essa negação afeta a capacidade de integrar vivências contraditórias em uma narrativa coerente.

c. Onipotência e desvalorização

A onipotência e a desvalorização formam outro par defensivo complementar, profundamente enraizado nas identificações e introjeções primitivas.

Durante a manifestação da onipotência, o indivíduo estabelece uma relação exigente e intensamente idealizada com o objeto, mas sem uma preocupação genuína com ele. O objeto é percebido como uma extensão do *self*, ao invés de uma entidade autônoma. Apesar de sentimentos de insegurança e inferioridade subjacentes, frequentemente inconscientes, o indivíduo *borderline* mantém fantasias grandiosas de gratificação especial e privilégios proporcionados pelo objeto.

Já a desvalorização ocorre quando o objeto idealizado não atende às expectativas do indivíduo, falhando em oferecer as recompensas desejadas ou a proteção esperada. Diante dessa frustração, o objeto é descartado de forma impessoal, evidenciando a incapacidade de estabelecer um vínculo genuíno. Essa desvalorização pode ser alimentada pela destruição vingativa do objeto frustrante, bem como pelo desinvestimento defensivo (semelhante ao observado nas personalidades esquizoides). Este último protege o indivíduo contra seu próprio desejo de apego dependente e contra o medo associado a esse desejo.

Os mecanismos de defesa descritos revelam o profundo impacto das estratégias defensivas primitivas na organização psíquica da personalidade *borderline*. Ao lado da clivagem, essas defesas refletem a dificuldade em integrar

representações totalmente “boas” e “más” de *self* e objetos, perpetuando uma identidade não integrada e relações interpessoais marcadas por instabilidade e superficialidade. Dessa forma, idealização primitiva, identificação projetiva, negação, onipotência e desvalorização desempenham papéis centrais na sustentação da fragilidade do ego e na perpetuação das dinâmicas psíquicas patológicas que caracterizam essa estrutura de personalidade.

3.1.4 O paciente *borderline* e a relação analítica: uma transferência psicótica?

No preâmbulo desta seção, ao discutir as características gerais do TPB, destacou-se um aspecto central para distinguir esse grupo daqueles que apresentam uma estrutura psicótica: a preservação da capacidade de teste de realidade. Kernberg (1975/1992a) argumentou que esse critério é essencial para o diagnóstico diferencial, embora reconheça que pacientes *borderline* possam experimentar distúrbios na percepção da realidade devido a intensas distorções paranoides. Essas distorções, segundo o autor, são atribuídas às reintrojeções das projeções agressivas pré-genitais, que configuram uma realidade externa percebida como hostil e persecutória.

Apesar dessas dificuldades, o autor ressaltou que, de modo geral, o teste de realidade permanece intacto em indivíduos *borderline*, exceto na relação transferencial, especialmente se a regra fundamental for obedecida. Nesse contexto, ele introduziu o conceito de *psicose de transferência*, uma dinâmica particular que emerge durante o processo terapêutico desses pacientes (KERNBERG, 1975/1992a). Embora existam semelhanças entre essa condição e a *transferência psicótica*, ele sublinhou diferenças importantes em sua manifestação e impacto.

Entre os aspectos comuns a ambas as condições, Kernberg (*ibidem*) destacou três pontos principais:

- a. A formação de pensamentos delirantes envolvendo o terapeuta;

- b. A predominância de relações objetais primitivas e fantásticas²⁷ na dinâmica transferencial, e
- c. A ativação de mecanismos de defesa mais arcaicos e intensos.

Esses fatores frequentemente resultam em um estado de confusão, no qual o paciente sente que sua identidade se mistura com a do terapeuta, dificultando a separação entre *self* e objeto.

Contudo, as diferenças entre psicose de transferência e transferência psicótica também são marcantes. Na psicose de transferência, a perda da capacidade de teste de realidade não afeta de forma significativa o comportamento do paciente fora do contexto de tratamento. Assim, ainda que os conteúdos delirantes e as condutas psicóticas possam perdurar por dias ou até meses, sua manifestação se restringe ao *setting* analítico. Essa delimitação distingue os pacientes *borderline* daqueles que apresentam um quadro psicótico estrutural.

Outro elemento distintivo refere-se à manutenção de uma “fronteira” psíquica entre paciente e terapeuta, mesmo em meio à intensa dinâmica transferencial. Kernberg (*ibidem*, p. 177, tradução e interpolação minhas) descreveu essa característica da seguinte forma: “é como se ele [o paciente] mantivesse uma sensação de ser diferente do terapeuta o tempo todo, mas, ao mesmo tempo, ele e o terapeuta estivessem trocando aspectos de suas personalidades”. Esse reconhecimento, ainda que parcial, da alteridade do terapeuta reflete a preservação de certa integridade do ego, mesmo em um quadro de fragilidade e confusão identitária.

Portanto, a psicose de transferência nos pacientes *borderline* representa uma manifestação clínica singular, caracterizada pela coexistência de defesas primitivas e uma preservação relativa do teste de realidade, embora se apresente parcialmente prejudicada no contexto da dinâmica da transferência.

²⁷ Estruturas de fantasia moldadas por diversas imagens parciais de *self* e de objeto, que espelham as camadas mais primitivas das relações objetais internalizadas. Isso se distingue das relações triangulares edipianas, que geralmente se apresentam na dinâmica transferencial com pacientes de estrutura neurótica, por sua vez, mais alinhadas com as características reais dos objetos externos e resultantes de um ego e superego mais integrados.

3.1.5 O vazio interior: explorando o mundo interno dos pacientes *borderline*

A experiência subjetiva de sofrimento e perturbação – frequentemente descrita por pacientes como um sentimento de vazio interior, futilidade da vida e tédio – manifesta-se em diversas psicopatologias, incluindo a *borderline*. Kernberg (1975/1992d) destacou a variedade de suas causas, enfatizando a necessidade de diagnóstico diferencial para identificar os mecanismos defensivos predominantes e o tipo de relação com os objetos, examinando-os na dinâmica transferencial. Essa análise orienta intervenções terapêuticas que buscam atenuar o sofrimento decorrente do empobrecimento do mundo interno.

No contexto analítico, mesmo sem verbalização explícita, observam-se sinais dessa experiência, particularmente em atos compulsivos²⁸. Isso inclui intensa participação em atividades, interações sociais excessivas, compulsões sexuais e alimentares, compulsão em jogos, e consumo descontrolado de álcool e outras substâncias psicoativas – todas ações que desviam a atenção da experiência interna.

Kernberg (*ibidem*) relacionou diversas condições psicopatológicas à sensação de vazio com a perturbação da relação normal²⁹ entre o *self* e os objetos, especialmente os internos. Esses objetos são fundamentais na construção do significado pessoal das experiências e no desenvolvimento de uma identidade de ego integrada.

O vazio subjetivo pode manifestar-se de diversas formas, sendo transitório ou uma experiência fundamental na estrutura da personalidade.

²⁸ Estou me referindo ao tipo mais elementar de ato compulsivo, no qual predomina o aspecto econômico, como discutido por Freud (1920/2010) em seu artigo *Além do princípio de prazer*. Esse tipo de ato se difere das compulsões típicas da neurose obsessiva, pois as ações nessa última categoria podem ser vistas como estratégias de defesa dos pacientes contra seus impulsos sexuais inconscientes, intoleráveis para a consciência. A diferenciação entre essas duas formas de compulsão foi abordada no capítulo anterior deste trabalho.

²⁹ A relação "normal" entre o *self* e os objetos é compreendida como a preservação do ciclo de reafirmação psicológica mútua dessas entidades, por meio da contínua internalização de interações majoritariamente "boas" com o ambiente externo. Essas interações, por sua vez, fundamentam a construção de uma identidade de ego mais coesa.

Em sua forma transitória, o vazio pode ser associado a episódios depressivos em indivíduos neuroticamente estruturados. Esses indivíduos relatam perda na capacidade de amar, expressando-se de maneira autodepreciativa e percebendo os outros como distantes e insensíveis. Essa percepção reflete a projeção de seus próprios conteúdos internos, sugerindo a vivência de uma "perda" em relação a experiências passadas mais positivas. No plano latente, observa-se a influência de intensos sentimentos de culpa inconscientes e de um superego punitivo. Apesar da ameaça de perda dos objetos e das dificuldades em aceitar a presença do terapeuta, intervenções analíticas podem restaurar o ciclo de reafirmação mútua entre um *self* coeso e objetos totais, superando essa experiência dolorosa do paciente.

Entretanto, em alguns casos, o esvaziamento subjetivo é mais profundo e duradouro, até mesmo proporcionando alívio das tensões psicológicas geradas pelas interações socioafetivas. Essa sensação apaziguadora é observada em indivíduos esquizoides. Através de uma vinheta clínica, o psicanalista austro-americano ilustrou como uma paciente canalizava seus investimentos libidinais para atividades solitárias, defendendo-se da manifestação de seus desejos sexuais, incluindo aqueles em relação ao analista. A dissipação das emoções nas interações sociais proporcionava sensações de tranquilidade. Assim, o vazio experimentado por esquizoides difere da solidão dos pacientes com depressão neurótica, que mantêm a consciência da possibilidade, embora temporariamente distante, de relações significativas.

Em indivíduos com traços narcisistas – caracterizados por terem um *self* patologicamente grandioso e, por conseguinte, exibirem necessidade de adulação e apresentarem falta de empatia – o vazio é intrínseco à personalidade. Resultante da desarmonia estrutural entre o *self* e o objeto, provocada pela inflação do *self*, esses pacientes distorcem as interações socioafetivas. A incapacidade de conectar-se às emoções dos outros nos narcisistas é significativamente mais acentuada se comparada a de indivíduos neuróticos deprimidos e até mesmo de esquizoides. Embora os relacionamentos possam oferecer satisfação momentânea, ela é fugaz, deixando-os invadidos por vazio, tédio e apatia.

Finalmente, o vazio emocional é um traço importante da personalidade *borderline*, conforme o DSM-5 (APA, 2014). Embora Kernberg não o tenha discutido

especificamente, suas considerações sobre essa estrutura de personalidade permitem inferências. Similarmente às personalidades esquizoide e narcisista, a disfunção na relação entre o *self* e o objeto interno é essencial. Na personalidade *borderline*, essa disfunção decorre da dificuldade em integrar as facetas "boas" e "más" do *self* e dos objetos, formadas isoladamente a partir de derivados das pulsões libidinais e agressivas reintrojadas.

A falha nos processos integrativos resulta na síndrome da difusão da identidade, prejudicando a formação do ego e do superego, e levando a vínculos dependentes mais persistentes. A presença física dos objetos, oferecendo apoio anaclítico, é condição para a continuidade em suas experiências de pensamentos, emoções e ações. Entretanto, suas distorções paranoides, oriundas da projeção da agressividade nos objetos (principalmente sadismo oral), provocam instabilidade nas relações, levando-os a recuar.

Desse modo, a dinâmica proeminente desse tipo de personalidade pode ser compreendida como um movimento que oscila entre duas fases, nas quais uma atua como escudo contra a outra: períodos de interações conturbadas com objetos ameaçadores (mesmo com idealização defensiva) e períodos de afastamento, que se traduzem internamente como uma quebra na continuidade da experiência do *self*, levando à sensação de vazio vinculada à instabilidade narcísico-identitária.

3.2 A CONTRIBUIÇÃO DE BOLLAS PARA A COMPREENSÃO DA PERSONALIDADE *BORDERLINE*

O segundo autor referenciado neste estudo sobre a personalidade *borderline* é Christopher Bollas³⁰, um psicanalista contemporâneo que trouxe contribuições significativas para a compreensão desse tipo de personalidade. A inclusão de aspectos teóricos de sua obra se deve à originalidade de suas ideias, que, longe de

³⁰ Ao se formar na Sociedade Britânica de Psicanálise, Bollas integrou o *middle group*. Esse grupo, que contou com a participação de renomados nomes como Donald W. Winnicott e Michael Balint, se destacou por suas inovações teóricas, que desafiaram as abordagens "clássicas" de Melanie Klein e de seus colegas, bem como as perspectivas de Anna Freud e dos adeptos da psicologia do ego. Essa vinculação teórica gerou diferenças consideráveis em sua forma de abordar os casos *borderline* em comparação com Kernberg.

diminuir as contribuições já estabelecidas por Kernberg (1975/1992), enriquecem-nas ao ampliar o debate sobre as particularidades relacionadas à formação do *self* e dos objetos nos indivíduos foco deste estudo.

No capítulo dedicado à temática *borderline* de sua obra *Three Characters...*, Bollas (2021) apresentou uma série de pontos que dialogam com as observações de Kernberg, especialmente no nível descritivo. Ele sublinhou a propensão dos pacientes *borderline* a estabelecer vínculos dependentes de tipo anaclítico, embora desprovidos da fusão característica de quadros psicóticos. Além disso, enfatizou a turbulência emocional e a instabilidade afetiva que permeiam esses relacionamentos, bem como a alternância entre envolvimento intensos e períodos de retração nos investimentos pulsionais, que frequentemente resultam em uma sensação de “calma superficial”. Tal experiência é comparável ao vazio subjetivo descrito por Kernberg³¹.

Outro ponto de convergência entre Bollas e Kernberg diz respeito à expressão do sofrimento psíquico nos indivíduos *borderline*, o qual ocorre por meio de manifestações somáticas. Como apontado por André Green (1974/2017), essas somatizações diferem das conversões histéricas³², pois consistem em exclusões somáticas que dissociam os conflitos psicológicos, transferindo-os para o corpo. Nessa perspectiva, Bollas (2021) caracterizou a somatização *borderline* como descargas motoras puras que escapam de uma ligação ideativa, exprimindo “estados mentais como se fossem parte de um *continuum* de pensamentos sem fronteiras entre corpo e mente” (p. 27, tradução minha). Importante ressaltar que, ao contrário da histeria, as somatizações *borderline* não oferecem ganhos primários ou secundários³³ aos pacientes.

³¹ Conforme mencionado por Bollas (2021), a aparência de tranquilidade que se nota em determinados momentos em pacientes *borderline*, principalmente quando estão executando atividades mecânicas e rotineiras, decorre de uma clivagem do *self*, o que lhes possibilita uma adaptação superficial às demandas da realidade. Em contraposição a isso, é possível coexistir neles um outro estado interno, no qual essas pessoas se nutrem silenciosamente do negativo.

³² As conversões histéricas são formações de compromisso: expressões simbólicas (portanto, camufladas) que emergem como resultado de conflitos entre impulsos sexuais inconscientes e defesas contra a sua manifestação da realidade externa.

³³ O ganho primário diz respeito à maneira como um impulso sexual pode ser parcialmente satisfeito na realidade externa, de forma cifrada. Por outro lado, o ganho secundário se refere às vantagens sociais, materiais e relacionais que a pessoa adquire através desse sintoma. Essa concepção foi proposta por Freud (1905/2016), que, em uma nota de rodapé do artigo *Análise fragmentária de uma*

Por outro lado, as divergências entre as concepções de Kernberg e Bollas podem ser atribuídas às suas distintas afiliações paradigmáticas. Conforme Renato Mezan (2000) argumentou em seu artigo *Paradigmas e modelos atuais na Psicanálise*, a Psicanálise se caracteriza por uma diversidade de correntes que se desdobraram a partir do legado freudiano³⁴. Mezan propôs que essa multiplicidade de perspectivas pode ser compreendida pela análise de seus pressupostos metapsicológicos e filosóficos, situados em níveis mais abstratos da investigação. Nesse sentido, ele sugeriu que as diferentes escolas psicanalíticas podem ser organizadas em torno das dimensões centrais da experiência humana, “aquela que colore e impregna os atos, pensamentos e desejos do homem e que constitui o âmago do inconsciente, se permanecermos dentro da Psicanálise” (p.350).

Dentro dessa estrutura, a obra de Kernberg se insere no *paradigma pulsional*, com pressupostos fortemente influenciados pelas teorias de Melanie Klein. Em sua leitura, enfatiza-se a função da agressividade primitiva direcionada aos objetos internos, compreendendo o ser humano como um ser de impulsos e pulsões que busca “descarga e satisfação através de um complexo sistema de investimentos e desvios, cujo conjunto é exatamente o funcionamento psíquico” (Mezan, 2000, p. 350). Bollas (2021), por sua vez, embora não descarte completamente as ideias kleinianas, apresenta críticas relevantes, sobretudo à concepção de Klein sobre o *self*, sugerindo que essa autora o considera inserido em um “vácuo” com poucas referências ao outro real. Em oposição, Bollas privilegia a intersubjetividade e as interações sociais como fundamentos do funcionamento psíquico.

De acordo com Bollas (*ibidem*), as relações interpessoais dos indivíduos *borderline* representam uma crise que pode ser compreendida à luz do conceito winnicottiano de mãe-ambiente. Ao rejeitar a centralidade da pulsão na formação do inconsciente, Bollas insere-se no *paradigma objetal*, conforme definido por Mezan (2000), ao considerar que o núcleo do inconsciente se forma por meio de relacionamentos primordiais com objetos estruturantes. Para contextualizar suas

histeria, diferenciou o ganho primário como ligado à dimensão psicológica do benefício do sintoma, enquanto o ganho secundário está associado ao benefício relacional.

³⁴ De acordo com Mezan (2000), a identificação de variados paradigmas não refuta a proposta de que as diversas correntes da Psicanálise possam ser interligadas por meio da aceitação da teoria do inconsciente dinâmico de Freud.

contribuições clínicas inéditas, serão apresentados a seguir dois de seus conceitos fundamentais sobre o objeto, os quais oferecem uma base para a compreensão de suas ideias acerca dos casos *borderline*.

3.2.1 Conceitos fundamentais

Parece haver um consenso entre psicanalistas, mesmo entre aqueles afiliados ao paradigma pulsional, de que a dependência do recém-nascido em relação aos cuidados maternos é essencial para sua sobrevivência, devido à natureza prematura do nascimento humano. Ao atender às necessidades psicossomáticas do bebê, a mãe desempenha um papel crucial na introdução da criança ao universo da linguagem. Nesse contexto, essas interações iniciais constituem, para a criança, um verdadeiro *idioma*, ou, como afirmou Bollas (1987/2015a, p. 49), “uma estética do ser que se torna uma característica do *self* do bebê”.

Nos primeiros momentos de vida, a mãe não é reconhecida pelo bebê como um objeto, pois o aparato cognitivo do recém-nascido ainda não atingiu a maturidade necessária para tal. Em essência, a mãe representa seu ambiente total (WINNICOTT, 1963, citado por BOLLAS, 1987/2015a). Ao desempenhar suas funções de cuidado, ela não apenas promove mudanças na realidade externa da criança, mas também provoca alterações em sua realidade interna. Essa é a base do conceito de *objeto transformacional* elaborado por Bollas:

um objeto transformacional é identificado pelo bebê quando ele vivencia os processos que modificam a experiência do *self*. É uma identificação que surge da relação simbiótica, na qual o primeiro objeto é “conhecido” não como uma representação de objeto, mas como uma experiência recorrente do ser – mais existencial e oposta a um saber representacional (BOLLAS, 1987/2015a, p. 50).

Embora não haja uma representação psíquica propriamente dita, a interação com esse objeto cria uma espécie de memória para a criança. Essa memória, ainda que primitiva, contribui para que, na vida adulta, o indivíduo procure novos objetos capazes de desencadear metamorfoses semelhantes. Tal busca, segundo Bollas, não

é motivada pelo desejo, mas pela capacidade do objeto de desempenhar uma função transformadora.

É importante frisar que o objeto transformacional inscreve marcas muito primitivas no psiquismo, precedendo até mesmo o surgimento do *objeto transicional*, conforme proposto por Winnicott (1953/2019). Bollas observou que, nas primeiras interações entre mãe e bebê, não há uma ilusão na identificação do bebê com a mãe; essa identificação, realizada por meio da fusão inicial, serve como base para que, posteriormente, o bebê redirecione seus investimentos libidinais para diversos objetos subjetivos. Esse processo culmina na fase transicional, marcada pela transição da experiência puramente processual para a articulação subjetiva da experiência.

Bollas (1987/2015a) exemplificou como, na vida adulta, indivíduos buscam objetos transformacionais em contextos como a religião, relacionamentos amorosos e novos empregos. Essa busca carrega a esperança de uma experiência que os impacte existencialmente, frequentemente associada a uma memória relacionada ao ego pré-verbal.

Os principais aspectos do objeto transformacional incluem:

- a. Ele oferece ao bebê uma experiência estética do *self*, servindo como suporte para o desenvolvimento de um idioma próprio;
- b. A relevância desse objeto está relacionada às suas qualidades intrínsecas e à sua capacidade de impactar o *self* por meio de sua integridade estrutural, diferentemente de objetos que servem predominantemente como telas para projeções.
- c. O contato com o objeto transformacional deixa uma inscrição psíquica no ego inicial, formando a base do *conhecido não pensado* ³⁵;

³⁵ De acordo com Nettleton (2016/2018a, p. 37), o conceito de conhecido não pensado, desenvolvido por Bollas, refere-se aos “pressupostos aprendidos inconscientemente pelo bebê sobre a natureza da realidade, baseados crucialmente em experiências que se inscrevem no psiquismo antes do advento da linguagem”. Ele se forma à medida que o bebê capta a lógica por trás da interação que se estabelece entre ele e a mãe, em uma fase em que seu *self* ainda está imerso na ordem materna. Trata-se de um conhecimento que antecede as categorias conceituais, relacionado à sua própria existência e adquirido por meio das vivências cotidianas com a mãe.

- d. O indivíduo é influenciado passivamente pelas metamorfoses que o objeto provoca tanto em sua realidade externa quanto na interna.

Sarah Nettleton (2016/2018c), em *A metapsicologia de Bollas: uma introdução*, sugeriu que Bollas desenvolveu uma teoria sobre o inconsciente receptivo, enfatizando o papel dos objetos concretos na formação e funcionamento do psiquismo. No que diz respeito ao objeto transformacional, Nettleton destacou sua capacidade de promover mudanças no *self* em um estágio primitivo e pré-verbal, deixando memórias de processos transformadores que podem emergir na consciência por razões criativas. Assim, a busca por novos objetos transformacionais conecta-se ao idioma do *self*, formado nas interações iniciais.

Na interação com o objeto transformacional, o sujeito adota uma posição passiva, enquanto o objeto desempenha um papel ativo. Essa dinâmica contrasta com a do *objeto evocativo*, no qual o sujeito assume um papel ativo. Segundo Nettleton (2016/2018c), os objetos evocativos criam uma ressonância inconsciente, relacionada às marcas psíquicas deixadas por experiências transformadoras. Para Bollas, a escolha de um objeto evocativo reflete uma forma de pensamento inconsciente:

Nós escolhemos um objeto que atende a algumas necessidades internas num dado momento. As qualidades intrínsecas desse objeto ressoam conosco de forma idiossincrática e evocam aspectos de nosso idioma, nosso senso instintivo de forma. Deste modo, a realidade exterior atende à realidade interior” (*ibidem*, p. 61).

Podemos circunscrever a noção de objeto evocativo como atrelada ao objeto transformacional, embora eles não se identifiquem completamente. Tanto objetos animados quanto inanimados podem ser evocativos, provocando distintas experiências do *self*, como sensações, estruturas, conceitos, símbolos e memórias (BOLLAS, 1992/1998). O ponto comum entre eles é a capacidade de evocar memórias inconscientes, conectadas mais a processos do que a representações. Essas memórias, ainda que não completamente elaboradas, são reconhecidas em um nível existencial. O objeto evocativo está mais conectado a lembranças de processos do que aos pensamentos e/ou fantasias que emergem após a integração do *self* e sua diferenciação dos objetos.

Por fim, embora a experiência estética positiva seja frequentemente enfatizada, Bollas também discutiu marcas negativas deixadas pelo objeto transformacional no ego primitivo. Essas marcas podem influenciar a busca por objetos evocativos que remetam a experiências dolorosas. Pacientes *borderline*, foco neste capítulo, tendem a se vincular a objetos que geram dor psíquica, pois essas relações permitem que eles revivam, em um nível existencial, as origens de seu sofrimento. Esses aspectos serão analisados em maior profundidade adiante.

3.2.2 Uma análise sobre o ódio *borderline*

No segmento anterior deste capítulo, conforme indicado por Kernberg (1975/1992e), o ódio aparece como o afeto predominante em pessoas diagnosticadas como *borderline*. Essa temática despertou o interesse de Bollas (1987/2015b), que dedicou um capítulo de sua obra *A sombra do objeto: psicanálise do conhecido não pensado*, intitulado “O ódio amoroso”, para explorar de forma aprofundada as manifestações desse afeto em diferentes indivíduos, especialmente no grupo de pacientes que constitui o foco deste capítulo³⁶.

Bollas iniciou sua análise revisitando as formulações teóricas de Freud e de outros autores que se alinham ao paradigma pulsional. Das contribuições de Freud, o

³⁶ Embora a atenção muitas vezes recaia sobre o sentimento de ódio em pacientes com personalidade *borderline*, Bollas (2022) também explorou outros dois sentimentos relacionados a esse quadro: a depressão e a frieza psicótica.

Segundo Bollas, a depressão manifesta-se como uma resposta ao desespero do indivíduo em se desvincular do objeto de apego *borderline*. Ela emerge especialmente quando a projeção que sustentava o envolvimento com o negativo começa a falhar. O psicanalista explicou que a depressão ocorre quando “o self percebe que os objetos destinados a conter o indesejado estão perdendo a eficácia, não porque o objeto se afasta, mas porque o sentido de autenticidade do *borderline* começa a desqualificar essa identificação projetiva” (p. 38, tradução minha). Nesse cenário, o *borderline*, ao abandonar o envolvimento com o negativo, sente-se desamparado e incapaz de sustentar as dinâmicas emocionais que lhe garantiam, de maneira ambígua, certa estabilidade psíquica.

Por outro lado, a frieza psicótica está relacionada à intensificação do enredamento com o negativo. Essa frieza tem como função “criar atrito relacional que acenderá debates acalorados constantes, produzindo material para mais disputas, o combustível para a discórdia” (p. 39, tradução minha). Essa manifestação tende a ocorrer quando, tomado pela fúria, o indivíduo *borderline* afasta-se de maneira prolongada de seu parceiro, o que gera grande perturbação na relação. Nesse processo, ele anula os esforços do outro, reduzindo-os gradualmente a nada.

conceito de ódio é compreendido sob duas perspectivas principais, uma vinculada à primeira tópica e outra à segunda tópica.

Na primeira tópica, que discute o dualismo pulsional entre a pulsão do Eu e a pulsão sexual, Freud (1915/2010) analisou o ódio não como o oposto inevitável do amor, mas como uma emoção que se entrelaça ao amor nas etapas iniciais da vida sexual. Nesse contexto, o oposto do amor pode ser entendido como a indiferença, que reflete a ausência de investimento libidinal, e o ser amado, que reflete a dualidade ativa e passiva frente ao objeto. O ódio, como antítese do amor, está relacionado restritivamente à dualidade entre prazer e desprazer. Como Bollas (1987/2015b, p. 150) ressaltou, “o propósito do amor é buscar prazer e objetos que proporcionem prazer, enquanto o do ódio é afastar o desagradável e o que causa desprazer do nosso mundo”.

Já na segunda tópica, que contrapõe a pulsão de vida à pulsão de morte, o ódio é associado à pulsão de morte (Freud, 1920/2010). Esse afeto, ao se ligar a ações agressivas e destrutivas, reflete a tendência à quebra de laços e à regressão a estados inanimados, ilustrando a inclinação humana de ir contra a continuidade da espécie.

Bollas, ao revisar essas definições, observou que, em sua prática clínica, o ódio, embora frequentemente nocivo em termos interpessoais, nem sempre emana de intenções destrutivas. Ele identificou, em alguns pacientes, um “apaixonado investimento negativo” (Bollas, 1987/2015b, p. 150), que reflete uma busca inconsciente de conexão com o outro. Nesse sentido, o ódio, para esses indivíduos, representa uma forma distorcida de amor, expressa por meio de hostilidade. Essas manifestações, segundo Bollas, estão associadas à crença de que o outro não é capaz de retribuir o afeto, nem mesmo pelo ódio, e ao medo de ser ignorado ou relegado à indiferença. Nessa perspectiva, o ódio amoroso surge como uma alternativa ao amor, quando percebido como ausente.

Entre os exemplos analisados por Bollas, destaca-se George, um paciente cuja hostilidade estava ligada à sua percepção de desconsideração pelos outros. Desde a infância, George enfrentou a ausência prolongada da mãe, que o impediu de desenvolver introjeções criadoras de um objeto materno íntegro. Em vez disso, ele preencheu o “vácuo” psíquico deixado pela mãe com emoções negativas derivadas

da percepção de sua ausência prolongada. Essa lacuna gerou em George uma compulsão por “coleccionar provas” das ofensas que acreditava ter sofrido quando abandonado, projetando elementos de sua dinâmica interna em outras pessoas. Segundo Bollas, essas acusações buscavam não a justiça, mas a confissão, o que lhe permitiria regredir à dependência na dinâmica transferencial.

Outro exemplo, Jane, ilustra uma configuração familiar distinta, marcada pela superficialidade emocional. Embora a família de Jane aparentasse tranquilidade, faltava profundidade nos laços afetivos. Em dado momento, essa dinâmica familiar se alterou: emergiram conflitos intensos entre seus pais, o que revelou a hipocrisia que antes prevalecia; esse novo cenário causou tanto alívio quanto sofrimento à paciente. No relacionamento com Charles, seu parceiro amoroso na vida adulta, Jane oscilava entre momentos de intensa troca afetiva e reações explosivas. Bollas (1987/2015b, p. 157) analisou que essas dinâmicas refletiam “uma tentativa frustrada de fundir o amor e o ódio e de levar áreas não integradas do *self* a uma maior proximidade com o outro”.

Nessa lógica, Bollas identificou dois grupos distintos de pacientes que manifestam o ódio amoroso, cada um com dinâmicas familiares específicas que influenciam suas relações interpessoais. O primeiro grupo compreende indivíduos cujos pais não reconheciam suas demonstrações de amor ou agressividade³⁷, adotando uma postura predominantemente crítica. Essa dinâmica gerava conflitos frequentes, nos quais o amor, não validado ou correspondido, acabava sendo substituído pelo ódio como uma forma de ressonância afetiva.

O segundo grupo inclui pacientes provenientes de famílias caracterizadas pela superficialidade emocional e pela ausência de suporte afetivo genuíno. Nesses contextos, as manifestações de sofrimento da criança não eram exploradas ou compreendidas, limitando o desenvolvimento de suas capacidades introspectivas e

³⁷ O sentido que Bollas atribuiu à agressividade é diferente daquele utilizado por Kernberg. Conforme mencionado anteriormente, Kernberg, tendo se inspirado na teoria kleiniana, associa a agressividade à pulsão de morte, considerando-a um elemento constituinte do ser humano, variando apenas em intensidade. Ela tende a se expressar na forma de inveja e sadismo, por exemplo. Bollas, por sua vez, emprega o termo agressividade em conformidade com Winnicott. Para este psicanalista, a agressividade, que no início da vida é apenas motilidade e parte do apetite, tem uma acepção menos negativa: se for aceita e reconhecida pela mãe-ambiente, contribui para o desenvolvimento emocional do indivíduo. A capacidade de empregá-la terá uma importância fundamental para o desenvolvimento dos relacionamentos interpessoais, do brincar e do trabalhar, por exemplo (DIAS, 2000).

simbólicas. Na situação analítica, esses pacientes frequentemente reproduzem os clichês familiares que moldaram suas experiências, sem conseguirem construir uma vivência interna mais profunda. Quando o analista tenta aprofundar os aspectos emocionais subjacentes, eles tendem a responder com novos clichês, perpetuando a superficialidade. Além disso, esses indivíduos costumam romper relacionamentos com facilidade, substituindo-os rapidamente por novas conexões.

Em ambos os casos, Bollas observou que o ódio atua como uma defesa contra o vazio emocional e como uma tentativa inconsciente de estabelecer um vínculo significativo, ainda que de forma distorcida. No âmbito transferencial, o psicanalista observou que a negatividade contratransferencial gerada por esses pacientes cria uma sensação de “fusão” que lhes traz esperança. Para eles, a serenidade do analista é percebida como rejeição, enquanto a aceitação de sua negatividade é interpretada como uma forma de vínculo.

Para concluir a análise sobre o ódio amoroso, indicamos a sugestão de Bollas de que essa dinâmica afetiva pode emergir em constelações psicológicas que vão além do diagnóstico *borderline*, embora seja particularmente marcante nesse grupo. Um exemplo relevante é o caso de Paula, que exibia traços de personalidade mais condizentes com a histeria e cuja dinâmica familiar era singularmente caracterizada pela abundância de amor parental. Esse amor, repleto de demonstrações constantes de carinho e aprovação, levou Paula a temer ser consumida por tamanha intensidade afetiva. Como estratégia defensiva, ela desenvolveu uma relação odiadora com os pais, utilizando o ódio como forma de proteger sua autonomia psíquica diante do excesso parental.

No contexto analítico, ele observou que Paula reproduzia essa dinâmica ao provocar o ódio do analista. Esse comportamento representava uma tentativa de reviver aspectos de sua relação com a mãe, transformando a figura materna rejeitadora em um objeto percebido como mais seguro. Para Paula, o afeto exagerado da mãe era sentido como ameaçador, enquanto a rejeição oferecia uma sensação de segurança e estabilidade. Dessa forma, sua relação com o analista refletia um movimento inconsciente de buscar segurança através de dinâmicas de hostilidade, ao invés de se entregar à vulnerabilidade associada ao amor parental idealizado.

Com efeito, o ódio amoroso, longe de ser apenas uma expressão destrutiva, pode representar uma busca inconsciente por vinculação e reconhecimento, mesmo que de forma distorcida.

3.2.3 Forjando o *self borderline*: o papel do ambiente primitivo

A presença intensa do ódio, mesmo quando entrelaçado com o amor, induz uma turbulência relacional singular na vida de indivíduos com personalidade *borderline*. No tópico anterior, Bollas, à luz de sua experiência clínica, apresentou uma perspectiva teórica sobre a gênese do ódio amoroso, elucidando que ele emerge como uma resposta a dinâmicas familiares patológicas. Observou, por exemplo, que em tais ambientes, não há espaço para a aceitação das manifestações tanto de amor quanto de agressividade primária da criança. Com o tempo, essa dinâmica prejudica a elaboração psíquica das experiências afetivo-relacionais, fazendo prevalecer a descarga emocional sobre o pensamento.

Examinando os contextos variados que o psicanalista Bollas trouxe sobre a união entre pessoas mediante o ódio amoroso, ele descreveu quatro posturas parentais predominantes:

- a. Críticas excessivas direcionadas às crianças;
- b. Afastamento prolongado na infância precoce, em particular por parte da mãe;
- c. Superficialidade emocional mascarada por discursos estereotipados de temperança afetiva; e
- d. Demonstrações exageradas de amor e carinho.

No entanto, não é possível afirmar categoricamente que essas dinâmicas patológicas influenciam diretamente a formação da personalidade *borderline*. O ódio amoroso, ainda que marcante, não é exclusivo dessa constelação psicológica. Pergunta-se, então, se há um ambiente familiar ou dinâmica específica entre pais e filhos que se correlacione diretamente com tal personalidade.

A análise inicial de Bollas (2021) destaca o enfoque kleiniano, que enfatiza a clivagem *borderline* pelo amor e pelo ódio. Embora saliente a validade desta afirmação, o psicanalista a considera incompleta, uma vez que, em sua visão, a cisão

patológica do objeto interno decorre de como a criança vivencia a divisão de seu ambiente nos primeiros anos de vida.

Quanto ao ambiente, Bollas incorporou a visão de Winnicott (1963/2022) sobre o cenário inicial de adaptação ativa dos pais às necessidades do ego da criança. Isso implica um conjunto de cuidados voltados para atender suas demandas durante a transição do estágio de dependência absoluta para dependência relativa. Winnicott postulou a presença de um potencial herdado para o desenvolvimento emocional, englobando a evolução do ego, o fortalecimento das defesas e o destino das pulsões, juntamente com a imaturidade inicial do bebê, que requer um ambiente facilitador para seu amadurecimento.

Embora Winnicott tenha designado o ambiente infantil como "mãe", ele não o reduziu à figura materna, seja biológica ou substituta. O ambiente materno é impessoal, pois, para o bebê, a distinção entre sujeito e objeto não existe neste estágio. Em situações patológicas, é possível a coexistência de uma mãe-objeto hábil e uma mãe-ambiente traumatizante, sendo esta última uma atmosfera familiar inadequada para satisfazer as necessidades da criança.

É pertinente associar a ideia de mãe-ambiente de Winnicott ao conceito de objeto transformacional (BOLLAS, 1987/2015a). Este objeto se manifesta no inconsciente receptivo do bebê por meio da identificação na relação fusional, tornando-se uma experiência recorrente do *self*, de natureza mais existencial do que representacional. As interações com o objeto transformacional deixam registros que impactam tanto nas experiências estéticas do *self* quanto no desenvolvimento do idioma³⁸ da criança.

³⁸ Bollas propõe que cada indivíduo nasce com um núcleo essencial do *self*, comparável a uma impressão digital, que confere uma particularidade estética única a essa pessoa. Esta estética manifesta-se através de um idioma, uma forma de comunicação não verbal desenvolvida por cada indivíduo ao longo de suas experiências fundamentais. Tais experiências são expressas prospectivamente por meio de gestos, atitudes e maneiras singulares de se relacionar com o mundo. Convém ressaltar que, segundo Bollas, este idioma não envolve significados latentes; em vez disso, representa uma estética da personalidade, que busca descobrir objetos conectados a experiências internas ricas em significados (NETTLETON, 2016/2018b).

Especificamente em relação à personalidade *borderline*, Bollas (2021) não detalhou as características do ambiente que influenciam o seu desenvolvimento dessa linhagem, mas mencionou uma “atmosfera familiar contaminada por raiva ou frustrações” (p. 30, tradução minha). É evidente que, no início da vida da criança, predominaram experiências estéticas do *self* desfavoráveis, resultantes principalmente de vínculos com objetos negativos.

A criança vivencia uma relação tumultuada com a mãe-ambiente (seu primeiro objeto transformacional), o que gera uma intensa agitação em seu *self*, quase a levando à loucura. Consequentemente, no futuro, ela tende a buscar conexão com objetos capazes de afetá-la de modo semelhante, proporcionando-lhe, paradoxalmente, um senso de organização ao remeter-lhe às suas origens.

Referindo-se à complexidade dos relacionamentos com figuras significativas, incluindo o analista, Bollas (2021, p.29, tradução minha) destacou que “os *borderlines* se tornam especialistas em realizar uma espécie de coreografia na qual partes de seu *self* são projetadas no outro, enquanto este é convidado a fazer o mesmo”. Eles são impulsionados pelo desejo de reconectar-se a forças abstratas – as marcas no *self* deixadas pelo objeto transformacional “mãe” – presentes no início das suas vidas.

3.2.4 O objeto *borderline*: dinâmicas relacionais e implicações clínicas

Neste capítulo, analisou-se, sob a ótica da teoria psicanalítica, aspectos como aqueles relacionados à formação da *self* e dos objetos internos, ao afeto característico do grupo de pacientes *borderline*, além da interação com o ambiente primitivo. Para tanto, examinaram-se as contribuições de Otto Kernberg e Christopher Bollas.

De acordo com Kernberg (1975/1992a; 1975/1992e), a estrutura da personalidade *borderline* caracteriza-se pela fragilidade do ego, que ele definiu, no âmbito restritivo (ou específico) como uma *patologia das relações de objeto internalizadas*. Essa fragilidade manifesta-se, principalmente, pela distorção paranoide nas representações do objeto, que se afastam significativamente das características do objeto externo, ou seja, do outro real. Essa dinâmica decorre do uso

frequente do mecanismo defensivo de clivagem, que divide essas representações em “todas boas” e “todas más”.

Para Kernberg, a personalidade *borderline* resulta de uma combinação de conflitos pré-genitais e genitais, nos quais predomina a agressividade pré-genital, frequentemente projetada sobre os objetos primários, em detrimento dos investimentos libidinais. Esse uso intensivo da clivagem visa proteger o “eu bom” dos objetos persecutórios internos e resguardar o indivíduo de sentimentos ambivalentes em relação a si próprio e ao outro.

Por outro lado, Bollas (1987/2015a; 2021) apresentou uma perspectiva distinta. Ele questionou o papel central da teoria pulsional na compreensão do núcleo do inconsciente, enfatizando a relevância das relações primordiais com objetos estruturantes. Em sua visão, o conceito de *objeto transformacional* é central para entender o desenvolvimento do psiquismo, inclusive em pacientes *borderline*. Bollas argumentou que a clivagem, observada nesses indivíduos, emerge como uma resposta às deficiências do ambiente primitivo, em particular às falhas da mãe-ambiente em atender às necessidades egóicas da criança durante seus primeiros anos de vida.

Bollas diferenciou a “mãe-ambiente” – a primeira atmosfera de cuidados – e a “mãe-objeto”, esta compreendida como uma figura individual. Pacientes *borderline*, ao longo da vida, buscam incessantemente recriar a experiência com a mãe-ambiente primitiva, ligando a ela suas flutuações de ansiedade, raiva e depressão. Bollas (2021) descreveu como esses indivíduos têm uma habilidade peculiar para identificar parceiros com configurações psicológicas similares às suas, estabelecendo com eles um *contrato borderline*. Esse contrato inconsciente sustenta-se em uma troca mútua de afetação negativa, ou, como ele mesmo definiu, “festivais de dor”, onde ambos os parceiros “sabem exatamente quais botões pressionar para produzir um fluxo constante de sentimentos violentos” (p. 28, tradução minha).

Os dados apresentados em *Exemplo clínico* (2.3.1) corroboram a observação de Bollas acerca da tendência dos pacientes *borderline* em concentrar seus investimentos pulsionais em relacionamentos diádicos permeados por negatividade. Mesmo diante de queixas frequentes sobre tais interações e da possibilidade de

desenvolver vínculos mais saudáveis – por exemplo, com o analista suficientemente bom – esses indivíduos demonstram resistência em desinvestir e abandonar esses relacionamentos nocivos.

Bollas destacou que essa tendência não é motivada pela busca de satisfação pulsional. Em vez disso, ele a relacionou à necessidade desses pacientes de se reconectarem com as forças abstratas que marcaram o início de suas vidas – isto é, com as impressões deixadas pelo primeiro objeto transformacional (a mãe-ambiente). Essa dinâmica não se apoia em representações psíquicas claras, mas em padrões relacionais abstratos. Dessa forma, a busca por um outro que participe desse “festival de dor” representa uma tentativa de dar forma e expressão à angústia psíquica.

Embora Kernberg e Bollas concordem que os indivíduos *borderline* enfrentam dificuldades em superar barreiras internas para se relacionar com o outro real, suas explicações divergem significativamente. Conforme supracitado, Kernberg atribui essa dificuldade à distorção paranoide do objeto interno, resultante da ativação da clivagem e de mecanismos defensivos arcaicos subsidiários. Já Bollas associou a problemática à incapacidade de formar representações psíquicas coerentes do objeto, decorrente de um ambiente inicial traumático e confuso.

Outro ponto de divergência diz respeito à interpretação da agressividade característica das relações de objeto *borderline*. Kernberg (1975/1992e) relacionou essa agressividade às tendências sexuais perverso-polimorfias, especialmente ao sadismo oral. Por outro lado, Bollas (2022) concentra-se no desejo de fusão com um objeto primordial despersonificado, ligado às origens psíquicas do paciente. Para Bollas, o traço negativo que permeia o contrato *borderline* não visa à satisfação pulsional, mas torna possível a existência de uma relação de objeto que, de outro modo, não se configuraria.

Em síntese, para o psicanalista pertencente ao *middle group*, o sofrimento psíquico constante dos indivíduos *borderline*, embora gerador de intenso desconforto, não é algo que eles buscam eliminar. Pelo contrário, eles o internalizam e o transformam em uma forma de sofrimento comunicável, capaz de ser verbalizado, ao invés de ser descarregado no *soma*. Essa transformação permite que o vínculo com

o outro – embora marcado pela negatividade – funcione como um meio de expressão psíquica e de sobrevivência emocional.

CAPÍTULO 4 – REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO CLÍNICO DE INDIVÍDUOS TOXICÔMANOS COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*

O presente capítulo tem como objetivo discutir sobre o cuidado clínico oferecido a indivíduos toxicômanos, com ênfase naqueles diagnosticados com TPB. A análise abordará tanto aspectos gerais quanto particularidades do campo assistencial, reconhecendo a alta complexidade que caracteriza esse grupo. Tal complexidade frequentemente demanda a integração de diferentes profissionais e instituições, considerando as especificidades de cada fase do tratamento e a gravidade do quadro clínico.

Do ponto de vista da Psicanálise, a dependência de substâncias – aqui referida como toxicomania – é compreendida como uma condição patológica com características autônomas. No entanto, não é reconhecida como uma categoria independente dentro da Psicopatologia Estrutural, ou seja, não se configura como uma estrutura de personalidade. Em contraposição, a Psiquiatria, que adota uma abordagem psicopatológica essencialmente descritiva, reconhece uma psicopatologia específica relacionada ao uso de substâncias. Essa perspectiva fundamenta a criação de dispositivos clínicos especializados para o tratamento desses indivíduos³⁹.

Minha atuação como psicanalista na enfermaria psiquiátrica de um hospital geral, voltada ao atendimento de toxicômanos, levou-me a defender que a abordagem terapêutica a esses pacientes deve considerar as especificidades das categorias diagnósticas de neurose, psicose e organizações limítrofes da personalidade. Neste capítulo, dedicarei atenção especial ao manejo clínico, às técnicas e aos objetivos de tratamento para pacientes com TPB.

No capítulo anterior, desenvolvi uma fundamentação metapsicológica sobre a personalidade *borderline*, com base nas contribuições teóricas de Otto Kernberg e Christopher Bollas. Esses autores possibilitam uma compreensão aprofundada de

³⁹ No Brasil, além dos consultórios particulares, podemos destacar os Centros de Atenção Psicossocial “Álcool e outras Drogas”, as Comunidades Terapêuticas, os ambulatórios médicos de especialidades, tanto públicos quanto privados, os hospitais-dia e as unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, por exemplo.

aspectos centrais dessa categoria diagnóstica, incluindo o processo de formação da personalidade, a constituição do *self* e dos objetos internos, os afetos predominantes e as características fenomenológicas que se manifestam nas ações e nas relações interpessoais dos indivíduos *borderline*.

Além disso, ao longo desta dissertação, evidenciou-se a tendência significativa desses pacientes ao uso de substâncias, muitas vezes culminando na toxicomania. Segundo Gérard Pirlot (2009/2014), essa predisposição está intimamente ligada à organização psíquica desses sujeitos, especialmente à ativação da clivagem como mecanismo defensivo predominante. Esses pacientes frequentemente oscilam entre a busca de apoio anaclítico em objetos externos e a manifestação de intensos sentimentos de raiva e desespero, frequentemente associados à percepção de rejeição. A dependência afetiva vivenciada por esses pacientes caracteriza-se como uma experiência paradoxalmente almejada e intolerável, marcada por sentimentos alternados de atração e temor. Em muitos casos, essa dependência afetiva é substituída pela dependência de substâncias ou por comportamentos adictivos relacionados a diferentes objetos.

O atendimento clínico a pacientes com TPB apresenta desafios consideráveis para os profissionais envolvidos. No contexto da intervenção analítica, esses indivíduos frequentemente atuam suas necessidades patológicas na dinâmica transferencial, o que pode comprometer a continuidade do processo terapêutico. Diante disso, é essencial que o analista estruture de forma sólida o campo de intervenção desde o início do tratamento⁴⁰, buscando prevenir interrupções decorrentes de comportamentos regressivos ou de atuações que podem se tornar incontroláveis em fases posteriores.

Kernberg (1975/1992b) apresentou parâmetros técnicos fundamentais para o estabelecimento do enquadre terapêutico, conforme descrito em seu capítulo intitulado *Overall Structuring and Beginning Phase of Treatment*. Tais parâmetros têm como objetivo mitigar os efeitos das distorções transferenciais e controlar as condutas

⁴⁰ Mais adiante, serão delineadas duas modalidades psicoterápicas distintas, ambas elaboradas por Kernberg, direcionadas ao tratamento de "casos graves", especialmente aqueles com diagnóstico de personalidade limítrofe, incluindo os pacientes *borderline*.

impulsivas dos pacientes, que frequentemente colocam em risco sua integridade física e prejudicam significativamente suas relações amorosas, sociais e ocupacionais.

Além disso, Kernberg (1975e/1992) enfatizou que a *patologia das relações de objeto internalizadas* constitui um aspecto central da personalidade *borderline*. Esses indivíduos tendem a manter representações do *self* e do objeto de natureza arcaica (parciais). Entretanto, em algumas circunstâncias, podem apresentar transferências mais integradas, nas quais se observa maior congruência subjetiva em relação ao outro real. Nesse contexto, o principal objetivo do tratamento é promover a integração dos elementos clivados, tanto do *self* quanto dos objetos internos. Tal integração busca favorecer um funcionamento psíquico mais coeso e adaptativo, contribuindo para o enfrentamento, por parte do paciente, tanto de suas necessidades emocionais patológicas quanto para uma melhor adequação às exigências da realidade externa.

4.1 ADAPTANDO A TÉCNICA PSICANALÍTICA AO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*

Esta seção discute os fundamentos técnicos essenciais para o tratamento clínico de pacientes com TPB, com ênfase na técnica psicanalítica. De acordo com Gill (1954, citado por KERNBERG, 1984/1995b), esta se estrutura em três pilares fundamentais, conforme estabelecido na tradição freudiana:

- a. a manutenção da neutralidade por parte do analista;
- b. a aplicação consistente da interpretação como ferramenta de intervenção; e
- c. a facilitação e resolução da neurose de transferência por meio de sucessivas interpretações transferenciais.

A neutralidade técnica versus a empatia no tratamento

De início, é essencial distinguir a neutralidade técnica da ausência de empatia. Independentemente da abordagem utilizada, o terapeuta deve desenvolver uma postura empática e acolhedora. No caso de pacientes *borderline*, essa capacidade é ainda mais crucial, pois permite compreender as experiências emocionais do paciente

e estabelecer uma conexão com os aspectos dissociados de sua personalidade. Assim, a neutralidade técnica não implica distanciamento emocional absoluto, mas um equilíbrio entre envolvimento afetivo e objetividade.

Nesse cenário, a contratransferência destaca-se como uma ferramenta diagnóstica e terapêutica central. Kernberg (1975/1992c) explorou duas concepções predominantes na Psicanálise sobre esse fenômeno. A primeira, denominada “clássica”, considera a contratransferência como um obstáculo ao tratamento, sendo necessário que o analista supere suas reações emocionais para preservar a eficácia do processo analítico. A segunda concepção, chamada “totalística”, amplia a função da contratransferência, considerando-a uma ferramenta para compreender o núcleo da questão subjetiva do paciente e enriquecer o trabalho clínico, especialmente em casos de pacientes não neuróticos.

Henrich Racker (1957, citado por KERNBERG, 1975/1992c) contribuiu para a compreensão totalística da contratransferência ao propor duas formas de identificação que podem emergir na relação terapêutica: a *identificação concordante* e a *identificação complementar*. A identificação concordante refere-se à conexão entre o analista e as estruturas psíquicas do paciente, como ego com ego e superego com superego, favorecendo uma empatia mais profunda. Já a identificação complementar envolve o analista assumindo o papel de objeto interno do paciente, facilitando a expressão de conteúdos inconscientes e a ressignificação de experiências passadas.

A neurose de transferência e o papel da interpretação

Outro pilar da técnica psicanalítica é o manejo transferencial, que envolve tanto a facilitação quanto a resolução da neurose de transferência. Esse conceito, central na obra de Freud (1914/2010), descreve a possibilidade de o paciente reeditar, no *setting* analítico, conflitos e vivências infantis que moldaram seu funcionamento psíquico. Na neurose de transferência, sentimentos e padrões relacionais profundamente enraizados na subjetividade do paciente são projetados no analista, permitindo que elementos centrais de sua personalidade sejam acessados e trabalhados analiticamente.

A resolução da neurose de transferência ocorre por meio de interpretações, que ajudam o paciente a transformar conteúdos latentes em manifestos. No entanto, a ativação de mecanismos de defesa, como o recalque, o deslocamento e o isolamento, pode dificultar esse processo. Na análise de pacientes neuróticos, a desarticulação dessas defesas é um objetivo essencial, permitindo o acesso às vivências reprimidas.

Particularidades do tratamento de pacientes *borderline*

O tratamento de pacientes *borderline* apresenta desafios distintos, devido à predominância de mecanismos de defesa primitivos, como a clivagem e a identificação projetiva. A clivagem impede a integração de representações contraditórias de *self* e de objetos internos, protegendo o paciente da ambivalência emocional, mas dificultando a síntese psíquica. Já a identificação projetiva manifesta-se em rápidas alternâncias de pensamentos e sentimentos em relação ao analista, resultando em uma dinâmica transferencial complexa.

Kernberg (1975/1992a;1984/1995a) descreveu essas alternâncias como características da psicose de transferência, em que o paciente perde os limites egóicos e a capacidade momentânea de realizar o teste de realidade. Nesse estado, os conteúdos psíquicos dissociados são projetados no analista, criando uma confusão entre aspectos internos e externos, passado e presente, comprometendo a elaboração psíquica.

O manejo da transferência em pacientes *borderline* requer estratégias específicas. Desde o início do tratamento, o analista deve identificar vestígios transferenciais psicóticos e manejá-los adequadamente. Kernberg sugeriu duas abordagens terapêuticas derivadas da Psicanálise para lidar com esses casos: a *psicoterapia expressiva* e a *psicoterapia de apoio*.

Psicoterapia expressiva e psicoterapia de apoio

Kernberg (1984/1995b;1984/1995c) propôs diferenciar essas duas abordagens a partir de critérios como a profundidade da análise transferencial, as ferramentas técnicas utilizadas e o grau de neutralidade mantido pelo analista. A psicoterapia

expressiva busca explorar a transferência em profundidade, promovendo a conscientização dos conteúdos inconscientes e uma maior integração em relação aos conceitos de *self* e de objeto interno. Já a psicoterapia de apoio adota uma postura não interpretativa, mas confrontadora, focada ou no fortalecimento emocional do paciente frente à sua realidade ou na modificação dessa realidade frente às suas necessidades emocionais, quando não patológicas. Nos tópicos seguintes, serão detalhadas as especificidades das abordagens expressiva e de apoio, ressaltando suas aplicações clínicas e implicações teóricas.

4.1.1 Psicoterapia expressiva

Kernberg e seus colaboradores, ao examinarem os alcances e limitações das abordagens psicoterapêuticas supracitadas, destacaram a superioridade da psicoterapia expressiva em comparação com a psicoterapia de apoio. Essa conclusão foi baseada em uma pesquisa realizada na *Menninger Foundation*, que avaliou a eficácia do tratamento em pacientes com fragilidade egóica, como aqueles diagnosticados com TPB. O estudo revelou que os pacientes submetidos à psicoterapia expressiva apresentaram resultados mais positivos do que os tratados com a psicoterapia de apoio (KERNBERG et al., 1975, citado por KERNBERG, 1984/1995b).

No contexto da psicoterapia expressiva, o analista deve preservar um elevado grau de neutralidade. No entanto, circunstâncias específicas podem exigir flexibilizações nessa postura, especialmente quando é necessário proteger a integridade física do paciente em situações marcadas por ações impulsivas. Intervenções como proibições ou interações, quando indispensáveis, devem ser acompanhadas de esclarecimentos e interpretações que justifiquem essas exceções temporárias, visando restabelecer a neutralidade assim que possível.

Interpretação da transferência

Um aspecto central da psicoterapia expressiva é o manejo da transferência, especialmente a transferência negativa. Kernberg (1984/1995a) sugeriu que a

interpretação sistemática⁴¹ e imediata da transferência negativa contribui para integrar aspectos dissociados da personalidade, fortalecendo o ego do paciente. No entanto, o analista deve evitar a reconstrução genética de experiências patogênicas, concentrando-se na interpretação da transferência no “aqui e agora”. Essa abordagem busca diferenciar o objeto interno, distorcido por mecanismos de clivagem, do objeto externo, real.

Além disso, a interpretação deve considerar a ativação das defesas primitivas do paciente, priorizando a identificação e a correção das distorções causadas por essas defesas no relacionamento terapêutico. Esse manejo evita a fixação da transferência em pontos negativos latentes, promovendo maior integração psíquica.

Etapas do manejo clínico

Kernberg (1984/1995b) propôs três etapas para uma interpretação abrangente da dinâmica transferencial:

- a. *Reconhecimento e reconstrução da relação objetal parcial*: O analista identifica a relação objetal primitiva ativada transferencialmente e reflete sobre sua relevância emocional na interação presente.
- b. *Clarificação do afeto vinculado à interação*: Ele interpreta os sentimentos associados à dinâmica transferencial, enriquecendo a experiência emocional e promovendo maior compreensão do paciente sobre suas fantasias inconscientes.
- c. *Integração das relações objetais parciais*: Busca-se vincular essas relações parciais a outras representações, correlatas ou antagônicas, inicialmente dissociadas, promovendo maior coesão nos conceitos de *self* e de objeto interno.

Essas etapas facilitam a transformação de transferências primitivas em transferências avançadas (ou neuróticas), permitindo maior integração psíquica e fortalecimento do ego.

⁴¹ Embora menos sistemática do que ocorre em uma análise clássica.

Exemplo clínico: o caso da srta. M.

Kernberg (1984/1995a) ilustrou esses princípios em um caso clínico envolvendo a srta. M., uma paciente de trinta anos, *borderline*, com um quadro depressivo grave, ideação suicida, alcoolismo e dificuldades acadêmicas e relacionais. Antes de iniciar o tratamento, o analista estabeleceu condições específicas, como a interrupção do uso compulsivo de álcool e o compromisso de discutir abertamente pensamentos suicidas durante as sessões.

Durante uma sessão analítica específica, a paciente exibiu claros sinais de desorganização emocional, caracterizados por oscilações entre hostilidade e passividade, além de manifestações de desconfiança, retraimento e comportamentos incongruentes. Observou-se uma evidente contradição entre o conteúdo verbal e não verbal apresentados ao longo do encontro: enquanto verbalizava que sua vida transcorria sem dificuldades, suas expressões comportamentais indicavam um estado emocional profundamente abalado, sugerindo um iminente colapso. Entre os fatores que a afligiam estavam a possibilidade de término de seu relacionamento amoroso e a ameaça de expulsão da instituição onde estudava, que representavam fontes significativas de sofrimento.

Além da clivagem, a identificação projetiva desempenhou um papel central na dinâmica transferencial, pois a paciente percebia o analista como uma figura autoritária e ameaçadora, ao mesmo tempo em que ansiava por sua proteção. Esse dilema refletia sua dificuldade em integrar imagens parentais contraditórias⁴²,

⁴² A teoria da *bitriangulação*, proposta por Green (1974/2017), ofereceu uma compreensão específica da estrutura edipiana em pacientes *borderline*. Diferentemente dos psicóticos, que estabelecem predominantemente relações duais, os *borderline* conseguem formar relações triangulares. Contudo, sua relação com os objetos se distingue daquela observada na estrutura edipiana neurótica: em vez de se basearem em distinções sexuais ou funcionais, os objetos desses pacientes são diferenciados pelos critérios de “bom” e “mau”, ou pela oposição entre ausência/perda e presença dominadora. Assim, no contexto da relação com o casal parental, a triangulação nesses pacientes é estruturada em torno de dois objetos simetricamente opostos que, essencialmente, representam uma única entidade. No caso apresentado, a paciente recorreu a mecanismos de defesa, como a clivagem e a identificação projetiva, como estratégias para lidar com a emergência de sentimentos ambivalentes em relação a seus pais. Por um lado, ela demonstrava um desejo intenso de proteção e acolhimento diante de seu sofrimento; por outro, rejeitava a superproteção do casal, que frequentemente intervinha para poupá-la das frustrações impostas pela realidade. Ela paciente percebia essas ações como desprovidas de genuína preocupação parental, interpretando-as como desinvestidas de sentimentos autênticos de carinho, afeto e ternura.

projetando no analista, maneira alternada, características de um “objeto bom” idealizado e de um “objeto mau” persecutório.

Intervenções e resultados

Consciente da dinâmica transferencial, Kernberg optou por interpretar as contradições da paciente, recusando-se a realizar intervenções ambientais que, embora demandadas inconscientemente pela paciente, poderiam comprometer a neutralidade técnica. Ao oferecer um *holding* satisfatório, ele ajudou a *srt. M.* a distinguir entre seu objeto interno (casal parental) e o objeto externo (analista). Como resultado, ela foi capaz de exibir maior coerência entre seus comportamentos, sentimentos, comunicações verbais e conteúdos ideativos, o que levou ao fortalecimento do ego.

Com o avanço do tratamento, a paciente começou a reconhecer suas falhas, como a dificuldade em abster-se do álcool, e a expressar sentimentos de culpa. Esse processo contribuiu para a redução da pressão inconsciente por intervenções ambientais, promovendo maior autonomia e capacidade de enfrentar suas dificuldades.

A experiência clínica relatada por Kernberg demonstra a eficácia da psicoterapia expressiva no manejo de transferências primitivas e na integração de aspectos dissociados da personalidade. Essa abordagem enfatiza o equilíbrio entre a neutralidade técnica e a sensibilidade às necessidades do paciente, oferecendo um modelo eficaz para o tratamento de pacientes com transtornos graves de personalidade.

4.1.2 Psicoterapia de apoio

Kernberg (1984/1995c) apresentou a psicoterapia de apoio como uma alternativa à psicoterapia expressiva, especialmente no tratamento de pacientes gravemente enfermos. Historicamente, essa modalidade, fundamentada na Psicanálise, busca “reforçar as defesas do paciente e, assim, melhorar seu

funcionamento geral”⁴³ (*ibidem*, p. 127). Diferentemente da abordagem expressiva, que enfraquece as defesas, reorganiza o ego e promove uma reordenação na personalidade, a psicoterapia de apoio tem como foco auxiliar o paciente em um funcionamento mais adaptativo, sem a exigência de profundas mudanças intrapsíquicas.

Apesar de demonstrar preferência pela psicoterapia expressiva, Kernberg reconheceu a relevância da abordagem apoiadora, especialmente em contextos institucionais de saúde mental, onde a alta demanda de pacientes frequentemente supera a disponibilidade de profissionais capacitados. Essa realidade torna a psicoterapia de apoio uma estratégia viável e prática.

Limitações da psicoterapia expressiva

A psicoterapia expressiva exige atendimentos regulares, de no mínimo duas sessões semanais, podendo evoluir para quatro ou cinco, devido à intensidade dos *acting outs*, comuns nesses pacientes. A ausência dessa frequência pode gerar dificuldades em dois aspectos principais: a sobreposição da realidade externa ao trabalho terapêutico; a dissociação entre os aspectos transferenciais e a vida cotidiana do paciente. Nessas circunstâncias, o enquadre expressivo tende a ser substituído pela abordagem apoiadora, mais adequada para lidar com os desafios apresentados.

Fundamentos da psicoterapia de apoio

A psicoterapia de apoio não deve ser confundida com uma abordagem superficial ou de baixa frequência. Para ser eficaz, ela exige planejamento cuidadoso, incluindo a definição clara de objetivos terapêuticos e a integração entre os conteúdos abordados nas sessões e as experiências vividas pelo paciente fora do ambiente de

⁴³ Kernberg contestou a ideia predominante na Psicanálise de que a psicoterapia de apoio deve priorizar o fortalecimento das defesas, sobretudo quando destinada a pacientes *borderline*. Para ele, essa abordagem parte de uma suposição equivocada de que flexibilizar essas defesas poderia causar uma regressão no paciente. No entanto, é justamente a ativação de mecanismos defensivos como clivagem, identificação projetiva e negação que enfraquece o ego desses indivíduos. Nesse sentido, este tópico abordará de forma mais detalhada os aspectos técnicos do manejo clínico de pacientes *borderline* na psicoterapia de apoio.

tratamento. Essa integração evita ex-cisões defensivas e promove uma relação mais coesa entre o tratamento e a realidade do paciente.

Embora não focada na interpretação da transferência, ela requer habilidades analíticas refinadas, já que os fenômenos transferenciais não são sistematicamente explorados. Kernberg (*ibidem*) enfatizou que o manejo nessa modalidade envolve intervenções mais diretas e não interpretativas, como a *sugestão* e o *partidarismo* (nos termos do autor), que demandam do analista uma postura engajada e sensível às necessidades do paciente.

Abordagem técnica: sugestão e partidarismo

Na psicoterapia de apoio, o analista pode recorrer à sugestão e ao partidarismo para auxiliar o paciente a enfrentar conflitos de forma mais adaptativa. Essas intervenções não na equivalem ao simples aconselhamento, pois buscam promover a consciência dos efeitos desorganizadores das defesas primitivas na vida do paciente. Por exemplo, ao abordar comportamentos prejudiciais no ambiente de trabalho, o analista pode alinhar-se às demandas da realidade externa, incentivando mudanças práticas enquanto acolhe as necessidades emocionais do paciente. Contudo, é fundamental enfatizar que, dentro desse enquadre, o analista não deve propor soluções específicas para os problemas do paciente, especialmente se este já passa ser capaz de encontrá-las por conta própria.

Estudo de caso: o sr. S.

Kernberg exemplificou a aplicação da psicoterapia de apoio com o caso do sr. S., que apresentava conflitos recorrentes com figuras de autoridade. Durante o tratamento, o analista confrontou diretamente as atitudes desafiadoras do paciente, ajudando-o a reconhecer os prejuízos profissionais decorrentes de seu comportamento. Através de confrontações pontuais (não interpretativas) da dinâmica transferencial, o analista promoveu maior clareza sobre o padrão relacional do paciente e reforçou sua capacidade de adotar posturas mais flexíveis e adaptativas em relação ao seu meio social e ocupacional.

Indicações

A psicoterapia de apoio complementa a abordagem expressiva, apresentando-se como uma alternativa viável para pacientes cujo comprometimento psíquico ou condições externas limitam a aplicação da segunda modalidade supracitada. Embora não se baseie na interpretação direta, essa abordagem requer refinamento técnico e uma postura clínica ativa, envolvendo a confrontação dos fenômenos transferenciais com a realidade externa do indivíduo.

Kernberg destacou sua eficácia em contextos que demandam maior flexibilidade terapêutica, favorecendo o desenvolvimento emocional e a adaptação funcional dos pacientes. No caso de indivíduos com TPB, a psicoterapia de apoio pode auxiliar na construção da capacidade de buscar e utilizar estruturas de suporte ambiental. Isso é especialmente relevante para pacientes que exibem, simultaneamente, TPB e toxicomania. Eles frequentemente apresentam baixa adesão ao tratamento, por vezes devido à ativação do mecanismo de desvalorização, que dificulta a aceitação e o recebimento de ajuda humana.

4.2 MANEJO AMBIENTAL E TERAPÊUTICO DA TOXICOMANIA EM PACIENTES COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*

No contexto do processo analítico (ou psicoterapêutico de base psicanalítica), pacientes com TPB frequentemente mobilizam operações defensivas primitivas, dificultando a representação psíquica e promovendo comportamentos de atuação (*acting outs*). Essas defesas impactam de maneira significativa a dinâmica transferencial, intensificando os desafios enfrentados durante o tratamento e exigindo do analista um preparo técnico específico para o manejo dessas situações.

De forma mais ampla, esses indivíduos apresentam uma combinação de instabilidade emocional, dificuldades nos relacionamentos interpessoais e ausência de recursos psíquicos mais elaborados para lidar com tensões emocionais. Essas limitações frequentemente se manifestam na forma de exclusões somáticas e comportamentos autodestrutivos, como a automutilação (*cutting*) e tentativas de suicídio, destacando a gravidade de suas condições clínicas.

Entre os mecanismos defensivos utilizados, o consumo de substâncias psicoativas, particularmente em sua forma mais grave – a toxicomania –, aparece como uma articulação defensiva ambígua frente à dor emocional e aos sentimentos de rejeição. Apesar de seus evidentes prejuízos, o uso de drogas oferece um alívio temporário para a angústia, além de criar um afastamento momentâneo dos objetos de desejo *borderline* (BOLLAS, 2003). Assim, a demanda por apoio anaclítico no objeto *borderline* pode ser deslocada para o objeto-droga, que muitas vezes se torna um substituto viável diante das intensas necessidades de amparo psíquico desses pacientes.

Dado esse panorama, torna-se evidente a necessidade de intervenções psicoterapêuticas estruturadas, que não apenas ofereçam condições adequadas para o tratamento, mas também contemplem o manejo das complexas demandas emocionais apresentadas por esses indivíduos. Otto Kernberg enfatizou, nesse contexto, a relevância da interpretação da transferência (com destaque para a transferência negativa) como a ferramenta terapêutica mais eficaz para o tratamento de pacientes *borderline*. Esse processo permite a transformação gradual de transferências primitivas – sustentadas por mecanismos como clivagem, identificação projetiva e outras operações defensivas auxiliares – em transferências avançadas. Como resultado, observa-se a progressiva evolução da psicose de transferência para uma neurose de transferência, representando um avanço importante no percurso terapêutico.

Para alcançar eficácia, é imprescindível que o analista siga rigorosamente os parâmetros técnicos descritos no tópico 4.1.1 deste trabalho. No entanto, as resistências ao progresso terapêutico apresentadas por esses pacientes podem variar amplamente, desde manifestações leves até formas extremamente severas. Nos casos mais graves, essas resistências podem ameaçar não apenas a continuidade do tratamento, mas também a integridade física e a própria vida do paciente.

Nessas situações, Kernberg (1984/1995b) destacou que a neutralidade técnica – um elemento central para o desenvolvimento de uma psicoterapia expressiva – pode ser comprometida. Quando isso ocorre, cabe ao analista restabelecê-la por meio da interpretação das motivações conscientes e inconscientes do paciente que

justificaram a flexibilização temporária dessa postura. Entretanto, em alguns casos, embora a forma e o conteúdo da interpretação sejam adequados, ela pode não ser suficiente para suprimir determinado comportamento. Nessas circunstâncias, desvios mais significativos da neutralidade podem ser necessários, abrangendo medidas como a imposição explícita de proibições ou em casos extremos o encaminhamento para hospitalização psiquiátrica.

Entre os comportamentos problemáticos que se opõem ao progresso terapêutico, a toxicomania se destaca como um dos mais desafiadores. No caso da *srt. M.*, relatado por Kernberg (1984/1995a) e analisado neste trabalho, observou-se que o quadro de alcoolismo dessa paciente foi mitigado por meio de proibições explícitas e interpretações transferenciais sucessivas, exclusivamente focadas no “aqui e agora”. Todavia, na prática clínica cotidiana, especialmente no tratamento de pacientes toxicômanos – incluindo indivíduos *borderline* e aqueles com outras estruturas de personalidade –, questiona-se a eficácia dessas estratégias no enfrentamento das barreiras impostas pela toxicomania.

Com base nas contribuições teóricas apresentadas e discutidas ao longo desta dissertação, juntamente com minha experiência clínica, argumento que a toxicomania deve ser compreendida como uma condição complexa que opera em um espectro de gravidade, variando de formas mais brandas a mais severas. Essa variabilidade reflete o comprometimento que o uso de substâncias acarreta às diversas áreas da vida do paciente, sendo influenciada por três fatores principais:

- a. *As propriedades bioquímicas da droga*: o potencial adictivo e as implicações clínicas associadas ao uso compulsivo de diferentes substâncias;
- b. *Fatores individuais*: incluem predisposições neurobiológicas, como diferenciais nos mecanismos inibitórios cerebrais, variações na atividade de neurotransmissores (como dopamina, acetilcolina, endorfina e anandamida), bem como características da personalidade do usuário, especialmente no que diz respeito ao uso defensivo da droga para lidar com a angústia em diferentes estruturas psíquicas;

- c. *O contexto de uso*: a história de vida do paciente e sua vulnerabilidade social desempenham um papel determinante na gravidade do quadro clínico e no impacto da toxicomania em sua vida.

Esses fatores destacam a complexidade do manejo clínico da toxicomania e reforçam a necessidade de estratégias terapêuticas individualizadas, capazes de considerar tanto os aspectos psíquicos quanto os contextuais e biológicos envolvidos nessa condição.

4.2.1 Assistência a usuários de substâncias psicoativas no Brasil: organização, diretrizes e desafios

A assistência a usuários de substâncias psicoativas no Brasil é estruturada por uma rede de serviços de saúde que opera em diferentes níveis de complexidade. Um marco fundamental nesse processo foi a criação do *Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, instituído pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b). O programa buscou promover uma abordagem integrada por meio da articulação entre as esferas federal, estadual e municipal.

Diretrizes e implementação do Programa

Entre as principais diretrizes, destaca-se a implementação de uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares, priorizando alternativas ao modelo hospitalocêntrico. Paralelamente, o Programa enfatizou a necessidade de intervenções preventivas para mitigar os danos físicos e sociais associados ao uso de substâncias, bem como o fortalecimento do suporte aos usuários e suas famílias, oferecendo estratégias de cuidado diversificadas e ajustadas às demandas individuais.

Outro aspecto central foi a organização de fluxos interinstitucionais para direcionar as demandas conforme o nível de complexidade exigido por cada caso. Além disso, houve grande ênfase na capacitação técnica das equipes de saúde mental, promovendo parcerias com instituições formadoras para qualificar os profissionais e garantir intervenções eficazes, baseadas em evidências.

Essas ações foram complementares à Portaria nº 336/2002, que instituiu os *Centros de Atenção Psicossocial*, os CAPS (BRASIL, 2002a). Dentre suas modalidades, o CAPS AD foi criado especificamente para atender usuários de álcool e outras drogas, com foco em pacientes com transtornos severos relacionados ao uso de substâncias.

Desafios na prática assistencial

Apesar dos avanços institucionais, a assistência enfrenta desafios significativos. Um dos mais relevantes diz respeito à escolha entre tratamento ambulatorial e internação. Essa decisão envolve fatores como custos, disponibilidade de recursos, necessidade de contenção e os impactos do afastamento familiar e social. Marcelo Soares Cruz (2006) argumentou que essa escolha deve ser fundamentada na avaliação clínica individualizada, considerando as especificidades de cada caso.

Cruz citou a revisão de Finney et al. (1996), que analisou 14 estudos sobre o tema e concluiu que não há evidências claras que favoreçam uma modalidade assistencial em detrimento da outra. No entanto, fatores como o ambiente terapêutico e a frequência de intervenções, incluindo o número consultas e sessões de psicoterapia, foram identificados como determinantes da eficácia do tratamento.

Apesar disso, pacientes com comorbidades psiquiátricas e sem histórico de internação apresentaram pior desempenho em termos de melhora do quadro de dependência e reinserção social. Isso evidencia a importância de considerar não apenas o tipo de assistência, mas também as características individuais dos pacientes e as condições do contexto terapêutico.

Diagnósticos comórbidos e capacitação profissional

A alta prevalência de comorbidades psiquiátricas entre usuários de substâncias reforça a necessidade de capacitar profissionais e adequar os serviços. Cruz alertou para a subnotificação de diagnósticos psiquiátricos em serviços especializados e gerais. Nos serviços de saúde mental, muitas vezes o transtorno associado ao uso de

drogas não é identificado adequadamente, enquanto, nos serviços especializados no cuidado a usuários com uso problemático de substâncias, outros transtornos psiquiátricos tendem a passar despercebidos.

Essa realidade foi confirmada na minha experiência clínica do *Hospital Estadual de Diadema*, onde é comum que diagnósticos comórbidos não sejam notificados no encaminhamento para a enfermaria psiquiátrica, mesmo quando primários em relação ao transtorno por uso de substâncias. Tal situação parece decorrer, em parte, da centralização da abordagem terapêutica no uso de drogas, negligenciando questões subjetivas subjacentes. Outra hipótese, com base na contribuição teórica de Bergeret, sugere que a toxicomania, embora altere apenas o funcionamento secundário da estrutura psíquica, pode obscurecer traços específicos de cada tipo de personalidade.

Nesse contexto, a internação psiquiátrica pode ser um recurso valioso, embora não essencial, para realizar diagnósticos diferenciais mais precisos e reformular projetos terapêuticos em uma perspectiva ampliada. Esse tipo de cuidado permite um entendimento mais profundo do sofrimento do indivíduo em processo de desintoxicação, possibilitando intervenções mais abrangentes e eficazes.

4.2.2 Estrutura e práticas clínicas na unidade psiquiátrica do Hospital Estadual de Diadema

Este tópico aborda a estrutura e as práticas clínicas da unidade psiquiátrica do Hospital Estadual de Diadema (HED), consolidada como um importante dispositivo na rede de atendimento público a indivíduos com transtorno por uso de substâncias. Oferecendo assistência de alta complexidade e integrada à rede ambulatorial, o serviço prioriza intervenções breves, com o objetivo de promover a autonomia dos pacientes e garantir a continuidade do cuidado, enfrentando os desafios impostos pelas condições clínicas e sociais dos indivíduos em tratamento.

Fundada em 2001 por psiquiatras vinculados ao *Programa de Orientação e Atendimento ao Dependente* (PROAD) da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), a unidade iniciou suas atividades com uma enfermaria destinada à assistência de toxicômanos, além de contar com os

serviços de interconsultas, pronto-atendimento e um ambulatório. No entanto, a falta de investimentos levou ao fechamento do ambulatório, impactando negativamente a qualidade do atendimento⁴⁴.

A enfermaria distingue-se por estar inserida em um hospital geral, o que permite o atendimento de casos que envolvem comorbidades psiquiátricas graves e condições clínicas não psiquiátricas. O funcionamento em regime de plantão 24 horas garante uma assistência contínua e eficaz, essencial para o manejo de situações críticas.

Infraestrutura

O setor dispõe de 10 leitos em 5 suítes, atendendo pacientes de todos os gêneros a partir de 14 anos, e conta com posto de enfermagem 24 horas, sala de convivência, corredor externo e quadra gradeada.

Encaminhamentos e integração com a rede de cuidados

A admissão ocorre prioritariamente por encaminhamento de serviços de menor complexidade situados no Grande ABC, como Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra e Diadema. Idealmente, o projeto terapêutico deveria ser articulado com o serviço de origem; entretanto, muitos desses serviços não possuem informações detalhadas e consistentes sobre o histórico e as demandas do paciente.

Além disso, os modelos assistenciais padronizados, frequentemente utilizados por alguns desses serviços, desconsideram as especificidades individuais, dificultando a personalização do cuidado.

⁴⁴ De acordo com os profissionais que atuam há mais tempo no setor, o fechamento do ambulatório impactou negativamente o serviço, pois os atendimentos nessa modalidade permitiam trabalhar questões emocionais, como angústias e fantasias, relacionadas ao processo de internação. Além disso, ofereciam uma perspectiva ampliada de assistência e possibilitavam avaliar, de forma mais precisa, a necessidade de internação ou encaminhamento para acompanhamento ambulatorial.

Objetivos da internação psiquiátrica

Os principais objetivos da internação psiquiátrica no HED incluem:

- a. *Desintoxicação*: reduzir o impacto sobre o organismo, sobre a vida social e ocupacional do uso de substâncias psicoativas, além de realizar o diagnóstico de forma mais precisa;
- b. *Reorientação do projeto terapêutico*: ajustar estratégias de cuidado às condições e necessidades de cada indivíduo em tratamento;
- c. *Proteção do paciente*: afastar temporariamente a pessoa de ambientes que representam risco à vida, violência ou criminalidade;
- d. *Tratamento de comorbidades*: abordar transtornos psiquiátricos e condições clínicas associadas para viabilizar o progresso terapêutico e a adesão ao tratamento.

Perspectivas sobre a internação

A indicação de internação varia de acordo com o contexto clínico e social do paciente:

1. Pacientes em acompanhamento ambulatorial

Para pacientes já em acompanhamento, a internação é indicada em momentos de crise, como:

- a. Aumento no consumo de substâncias.
- b. Eclosão de transtornos psiquiátricos (episódios psicóticos, maníaco-depressivos ou descompensações severas do funcionamento psíquico causadas transtornos de personalidade, por exemplo).
- c. Ruptura de laços sociais ou familiares e exposição a riscos constantes⁴⁵.

⁴⁵ Nesses casos, a internação representa uma intervenção ambiental fundamental, protegendo o paciente e permitindo à rede assistencial reorganizar condições favoráveis para a continuidade do acompanhamento ambulatorial.

2. Pacientes admitidos diretamente para internação

Para pacientes que iniciam o tratamento na unidade, a internação permite a construção intensiva de um projeto terapêutico. Esse processo considera:

- a. Histórico psiquiátrico e intervenções anteriores;
- b. Presença ou ausência de suporte familiar e social;
- c. Articulação com serviços externos para assegurar continuidade do cuidado.

A integração entre o hospital e o contexto social do paciente reduz rupturas na assistência e melhora a adesão ao tratamento.

Pilares éticos na internação psiquiátrica

Há dois pilares éticos que fundamentam as práticas clínico-assistenciais na enfermaria psiquiátrica do HED.

1. *Voluntariedade*

No tratamento de toxicômanos, a voluntariedade, entendida como “ação espontânea”, é questionável. Muitos pacientes chegam à unidade devido à pressão familiar, o que dificulta a avaliação da espontaneidade na demanda por tratamento. De acordo com Valéria Lacks e José Carlos Pitta (2006), os pacientes frequentemente negam o prazer associado ao uso de drogas para evitar enfrentar o sofrimento que acompanha a entrada em abstinência. Nesse cenário, os *acting outs*⁴⁶ podem surgir como estratégias inconscientes para causar o rompimento do processo terapêutico no ambiente hospitalar.

⁴⁶ No regime de internação hospitalar, duas condutas principais podem levar à descontinuidade do tratamento por alta administrativa: a prática de violência entre pacientes e o envolvimento em intercursos sexuais. Essas situações representam violações graves às normas da instituição, comprometendo não apenas a segurança, mas também a organização terapêutica do *setting* clínico.

A violência entre pacientes pode gerar riscos físicos e psicológicos, prejudicando o bem-estar coletivo e inviabilizando a convivência harmônica necessária ao tratamento. Já o intercursos sexuais, além de implicar questões éticas e legais, interfere no foco terapêutico e pode desestabilizar as dinâmicas grupais da unidade.

Diante desses cenários, a alta administrativa é aplicada como medida de proteção ao ambiente hospitalar e aos demais pacientes, reforçando a necessidade de respeito às regras institucionais para a continuidade do cuidado.

Adolescentes e indivíduos psicóticos apresentam desafios adicionais. Para adolescentes, questões jurídicas podem limitar sua autonomia em algumas decisões, inclusive pela descontinuidade do tratamento. Para psicóticos, embora a crítica sobre o quadro psiquiátrico seja limitada, eles demonstram alguma capacidade de expressar desejo de abstinência, conforme Lacks e Pitta (2006), por ser mais fácil para eles circunscrever os problemas com drogas do que compreender sua condição psicótica.

2. Brevidade

A internação psiquiátrica no HED segue o princípio da brevidade, com duração média de 15 dias. Essa prática está alinhada ao processo de desinstitucionalização, priorizando alternativas ao modelo hospitalocêntrico e incentivando o protagonismo e a autonomia do paciente em relação ao tratamento.

A eficácia da internação breve depende da integração da rede assistencial extra-hospitalar. Conforme apontado por Broome et al. (2002, citado por LACKS e PITTA, 2006), a rede de suporte social compreende a principal variável de sucesso terapêutico a longo prazo (após um ano). Além disso, o prazo de internação pode ser ajustado para tratar comorbidades psiquiátricas ou clínicas.

Avaliação e Admissão

O processo de avaliação e admissão na unidade psiquiátrica do HED é conduzido por um médico psiquiatra e tem como objetivo principal determinar a necessidade de internação para desintoxicação, bem como traçar as diretrizes iniciais do tratamento. Esse processo começa com uma entrevista diagnóstica detalhada, baseada nos critérios estabelecidos pelo DSM-5 para transtorno por uso de substâncias (conforme expostos na seção 1.1 desta dissertação). Embora o diagnóstico inclua aspectos farmacológicos, como tolerância e síndrome de abstinência, maior ênfase é dada aos fatores psicológicos, sociais e comportamentais, alinhando-se à versão mais recente do *Manual*, que prioriza uma abordagem mais ampla e menos centrada em aspectos fisiológicos.

Durante a entrevista, o médico avalia a gravidade do quadro, considerando não apenas o uso de substâncias, mas também comorbidades psiquiátricas ou clínicas

que possam influenciar o curso do tratamento. Além disso, analisa o histórico psiquiátrico do paciente, possíveis intervenções anteriores, presença de suporte familiar e social, e riscos associados à permanência no ambiente externo, como exposição à violência ou criminalidade.

Caso seja constatada a necessidade de internação, um termo de compromisso é elaborado. Este documento, apresentado ao paciente e seus familiares (ou acompanhante), esclarece a natureza e os objetivos do tratamento, estabelece as normas de conduta da enfermaria e detalha a responsabilidade dos familiares em acompanhar e apoiar o processo terapêutico. Tais normas são fundamentais para garantir a organização do ambiente hospitalar e orientar a relação do paciente com os profissionais e com a estrutura institucional.

Após a assinatura do termo, o paciente passa por um levantamento de pertences realizado pela equipe de enfermagem. Em seguida, é designado um leito, e o paciente é integrado à rotina da enfermaria, que inclui consultas psiquiátricas diárias, monitoramento constante pela equipe de enfermagem, atendimentos psicológicos individuais e sessões de psicoterapia em grupo.

A partir da admissão, o plano terapêutico inicial é desenvolvido de forma colaborativa entre o paciente os profissionais da equipe multidisciplinar. As reuniões clínicas semanais, que incluem discussões de caso entre médicos e psicólogos, asseguram a atualização contínua das estratégias de cuidado. Nesse contexto, a participação do paciente é incentivada, permitindo que ele expresse suas opiniões, reflexões e expectativas, promovendo um maior senso de protagonismo em relação ao próprio tratamento.

Rotina e recursos terapêuticos

A rotina da unidade psiquiátrica do HED é estruturada para oferecer um ambiente terapêutico acolhedor e organizado, favorecendo a estabilização clínica e o desenvolvimento de um plano terapêutico personalizado. As atividades incluem atendimento psiquiátrico diário, acompanhamento psicológico, intervenções em grupo e estratégias voltadas à reinserção social.

Os pacientes recebem consultas psiquiátricas regulares, nas quais são avaliados os avanços clínicos e ajustados os protocolos terapêuticos, incluindo medicações. Paralelamente, a equipe de enfermagem realiza monitoramento contínuo, garantindo segurança e suporte nos cuidados diários. Esse acompanhamento permite a identificação precoce de mudanças no quadro clínico e a implementação de intervenções imediatas, quando necessário.

As sessões de psicoterapia individual, conduzidas pelos psicólogos da equipe, oferecem um espaço de escuta qualificada e reflexões sobre os desafios enfrentados pelos pacientes. Além disso, são realizadas sessões de psicoterapia em grupo, que promovem a troca de experiências e o fortalecimento de vínculos sociais. Essas atividades são ajustadas conforme as necessidades individuais, respeitando o estágio de tratamento de cada paciente.

Outro recurso central é o encontro terapêutico de famílias, realizado por mim, semanalmente, em ambiente separado da unidade psiquiátrica. Esse momento tem como objetivo alinhar expectativas, fortalecer os vínculos e trabalhar aspectos emocionais e comportamentais mais “cronificados” da dinâmica familiar, que podem impactar negativamente a melhora dos pacientes. Durante a internação, o contato direto com familiares é restringido, estratégia que visa promover o foco no tratamento e nas dinâmicas internas do indivíduo em processo de desintoxicação.

A licença terapêutica, oferecida em casos e circunstâncias específicas da internação, é outro recurso clínico importante. Ela permite que o paciente se ausente da unidade por até 48 horas, desde que exista suporte familiar ou social adequado. Essa prática é utilizada para avaliar a reintegração do paciente no ambiente social externo, reforçar a conexão com serviços ambulatoriais ou mesmo cumprir obrigações judiciais, quando aplicável. O retorno à unidade após a licença é acompanhado por sessões de psicoterapia, que exploram as experiências vividas nesse período e sua relação com o tratamento.

4.2.3 Desafios psicanalíticos na assistência a pacientes toxicômanos e borderline: reflexões sobre estratégias clínicas em contexto hospitalar

A eficiência e a qualidade da assistência em saúde mental dependem, em grande parte, da formação técnica dos profissionais e da disponibilidade de recursos materiais. No entanto, esses elementos, embora fundamentais, não são suficientes para enfrentar os desafios inerentes ao processo terapêutico. Fatores externos, como a ausência de suporte ambiental – seja no âmbito familiar, institucional ou social – e a insuficiência de recursos financeiros, afetam diretamente a assistência prestada. Essa realidade é agravada pelo desinvestimento contínuo em políticas públicas de saúde mental, comprometendo especialmente o cuidado oferecido aos indivíduos internados em enfermarias psiquiátricas, como a do HED.

O atendimento a pacientes toxicômanos é uma das expressões mais evidentes da complexidade do sistema público de saúde, sendo diretamente influenciado por questões político-ideológicas. Em regimes democráticos, a alternância de governos frequentemente interfere nas práticas clínicas voltadas ao cuidado de usuários de substâncias psicoativas, com impactos positivos ou negativos. Essa temática é objeto de acalorados debates e divisões na sociedade. Historicamente, o Proibicionismo, como discurso consolidado ao longo do século XX, lançou as bases para a construção de um imaginário social que estigmatiza o usuário de substâncias, associando-o à figura do “louco” ou do “marginal”. Essa visão, amplificada por interpretações moralistas, transforma o uso de drogas em uma prática condenada, sobretudo por setores conservadores, dificultando a inserção desses indivíduos em espaços de cuidado e acolhimento (CARNEIRO, 2018; HAMILTON, 2019).

Para além dessas dificuldades externas, o manejo clínico de pacientes toxicômanos apresenta desafios intrínsecos relacionados à complexidade dos seus quadros psicopatológicos. Casos de toxicomania associados ao TPB são especialmente desafiadores, pois combinam instabilidade emocional, impulsividade e padrões de relacionamento turbulentos. Esses fatores tornam indispensável o uso de intervenções terapêuticas integradas e bem estruturadas. Em muitos casos, a internação psiquiátrica é necessária não apenas para o controle de sintomas, mas

também para garantir a proteção física do paciente e criar condições mínimas para o avanço do tratamento.

É comum que esses pacientes apresentem uma tendência à ação em detrimento da reflexão, evidenciando dificuldades na simbolização do sofrimento. Essa característica resulta em impasses terapêuticos que dificultam sua melhora clínica. Ainda que o foco principal deva estar no funcionamento patológico da personalidade, é inegável que a toxicomania constitui um obstáculo central ao cuidado. Esse padrão de uso reforça comportamentos impulsivo-compulsivos, colocando em risco constante suas vidas e integridade.

Além das dificuldades impostas pelo quadro psicopatológico, a prática clínica em contextos hospitalares enfrenta os desafios decorrentes das múltiplas dinâmicas transferenciais. No caso de pacientes internados, essas dinâmicas frequentemente transcendem a relação direta entre terapeuta e paciente, envolvendo familiares, serviços de saúde e, em algumas situações, até mesmo o Poder Judiciário. Esse conjunto de demandas gera reações contratransferenciais intensas, que exigem dos profissionais um manejo cuidadoso para preservar a objetividade no tratamento.

Na minha prática como psicanalista nesta unidade hospitalar, essas dificuldades têm demandado uma reflexão constante sobre os limites e as possibilidades do trabalho que realizo. O suporte proporcionado pela minha análise pessoal, combinado com certas observações teóricas de Freud, tem sido essencial para equilibrar empatia e realismo. Em *Caminhos da terapia psicanalítica* (1919/2010), Freud alertou sobre o *furor curandis* – a tendência de oferecer ao paciente mais do que é realista ou possível –, destacando que práticas excessivamente paternalistas podem comprometer o enfrentamento das dificuldades da vida ao criar refúgios ilusórios. Essa orientação tem sido fundamental para ajustar minha atuação profissional às limitações inerentes ao contexto hospitalar, permitindo a construção de um trabalho mais alinhado às possibilidades concretas de tratamento.

No que concerne à assistência de pacientes *borderline*, Kernberg apontou que a psicoterapia de base psicanalítica busca integrar aspectos dissociados do *self* e dos objetos internos, promovendo a substituição gradual de transferências parciais e altamente regressivas por transferências mais integradas e neuróticas. No entanto, no

âmbito da internação hospitalar, especialmente em regimes de curta ou média duração, os objetivos terapêuticos precisam ser adaptados às limitações e condições do programa clínico.

Freud (*ibidem*) conceituou a Psicanálise como uma prática voltada para trazer à consciência os conteúdos psíquicos reprimidos, bem como para desvelar as resistências que dificultam o progresso terapêutico. Esse processo implica a decomposição dos conteúdos psíquicos em suas partes fundamentais, permitindo ao paciente compreender os impulsos inconscientes que sustentam suas ações, relações e sintomas. Embora a internação imponha limitações temporais ao desenvolvimento de um processo analítico mais aprofundado, essa definição tornou-se um princípio norteador em minha prática clínica. A partir dela, busco auxiliar os pacientes a ampliar suas capacidades reflexivas, tanto no que diz respeito às práticas nocivas de consumo de drogas e aos danos associados, quanto em relação à natureza de seus sofrimentos e às estratégias psíquicas que empregam para mitigá-los.

As complexidades inerentes a essa prática assistencial tornam-se especialmente desafiadoras quando se trata de trabalhar, a partir de uma perspectiva psicanalítica, com pacientes que apresentam simultaneamente toxicomania e TPB. Os fragmentos de caso apresentados a seguir ilustram vividamente essas dinâmicas, destacando os impasses e avanços possíveis no manejo dessas condições no contexto da internação.

Fragmento do caso Márcia: complexidade da abordagem clínico-assistencial

Márcia foi encaminhada para desintoxicação por uma instituição de saúde mental de média complexidade. Ela apresentava condições físicas debilitadas e um comportamento retraído e desconfiado em relação aos profissionais do HED. A técnica que a acompanhava relatou que a paciente havia sido recusada em outro hospital após ferir gravemente um psiquiatra, o que evidenciava seu histórico de violência. Ela portava consigo uma faca, que utilizava para se proteger de situações que a faziam se sentir ameaçada, o que mais tarde foi compreendido como uma reação à percepção de rejeição.

Durante a entrevista de admissão, o psiquiatra plantonista expressou receio em admitir Márcia e solicitou-me uma avaliação mais detalhada. Ao encontrá-la, percebi sinais claros de insegurança, como tremores e olhar perplexo, contrastando com sua constituição física robusta e comportamento agressivo. A dinâmica da interação inicial entre nós sugeriu a presença de identificação projetiva, em que a paciente atribuía a mim a figura de uma mãe castradora e punitiva, enquanto se identificava com uma criança amedrontada e rejeitada, refletindo seus conflitos internos e angústias.

Márcia revelou ser usuária regular de psicoestimulantes e opioides, embora tenha solicitado tratamento apenas para os psicoestimulantes. Ela insistia em manter consigo a faca e as caixas de opioides, embora demonstrasse reconhecer cognitivamente os prejuízos causados por essas substâncias. Ao expor a contradição em seu discurso, destacando que ela afirmava não ter problemas com o uso de analgésicos, mas reagia de forma paranoica diante da possibilidade de restrição ao acesso a essas substâncias, a paciente expressou um medo profundo de interromper o uso. Ela relatou dores físicas relacionadas à intensa privação afetiva, além de percepções de constante rejeição por parte de sua família, que a levavam a anestesiá-las suas dores emocionais por meio do uso dessas medicações.

A paciente alternava entre idealização extrema e descrições totalmente negativas de seus familiares, evidenciando uma dinâmica defensiva de clivagem. Esse mecanismo de defesa foi identificado como uma estratégia para proteger a paciente da ambivalência afetiva e da dependência emocional em relação a essas figuras. Embora reconhecesse o impacto negativo de seu ambiente doméstico em sua saúde mental, a paciente demonstrava medo de se desvincular desse núcleo familiar, pois era tudo o que ela tinha.

O manejo clínico do uso de opioides representou um dos aspectos mais desafiadores do tratamento. Considerando a intensidade da angústia sustentada pelo uso compulsivo da substância, apresentei minhas observações à psiquiatra coordenadora da enfermaria. Como estratégia de manejo, foi concedida a Márcia uma dose diária de um medicamento congênere ao opioide que ela utilizava habitualmente, a ser administrado no horário de sua escolha. Essa abordagem foi decisiva para

promover a adesão de Márcia ao tratamento, proporcionando-lhe algum controle sobre o uso de substâncias e alívio para sua angústia emocional.

Embora a eficácia dessa abordagem possa ser questionada, considerando que o objetivo primário era a desintoxicação completa, os dados sobre tratamentos anteriores sugerem que essa internação proporcionou à paciente uma experiência singular. Márcia conseguiu deslocar parte de seus intensos investimentos no objeto-droga para a equipe de tratamento, estabelecendo uma dependência transferencial. Esse movimento permitiu avanços no tratamento, já que a paciente passou a desenvolver uma maior compreensão sobre seu apelo por relações de objeto de tipo anaclítico e o sofrimento decorrente da frustração em não as obter.

Fragmento do caso Alice: trauma, toxicomania e busca de identidade

Alice foi encaminhada para internação devido ao uso abusivo de múltiplas drogas psicoativas, comportamento que a colocava em situações de risco iminente, como a exposição à violência sexual, ocorrida pouco antes de sua admissão. Além disso, a adolescente havia interrompido seus estudos escolares; vinha atuando como “vapor”⁴⁷ em pontos de venda de drogas, comportamento adotado para sustentar o consumo, além de garantir-lhe a “emancipação financeira”.

No início da internação, Alice demonstrou orgulho em relação à sua capacidade de tolerar os efeitos das diversas substâncias que consumia e o reconhecimento social que recebia no contexto do tráfico. Relatava com frequência a expressão “na biqueira, os caras fortalecem” (sic), evidenciando a importância das interações sociais naquele contexto para a construção de sua identidade.

As entrevistas psicanalíticas revelaram um histórico de carência materna e violência no ambiente familiar. Durante a infância, Alice foi deixada sob os cuidados do pai, que era usuário abusivo de drogas e exercia controle violento sobre a família. Apesar disso, a adolescente idealizava essa figura paterna, sinalizando um padrão dissociado de apego.

⁴⁷ “Vapor” é o responsável direto pela venda de drogas para os consumidores.

A relação com a mãe também era permeada por conflitos e expectativas não correspondidas. A ausência materna, causada pela necessidade de sustento financeiro, era interpretada por Alice como rejeição, gerando angústia e comportamentos autodestrutivos. A tentativa de suicídio recente, por meio da ingestão de uma superdose de medicação psiquiátrica, foi mencionada como uma estratégia de lidar com a percepção de perda de amor materno após um desentendimento entre ambas.

Durante os primeiros dias de internação, Alice se destacou por suas habilidades de socialização, sendo prontamente acolhida pelos demais pacientes. Contudo, sua postura mudou drasticamente às vésperas do grupo de famílias, quando demonstrou intensa ansiedade e preocupação com a presença da mãe. Esse comportamento contraditório revelou a importância central da relação materno-filial em sua dinâmica intrapsíquica e intersubjetiva.

Ao longo do acompanhamento, emergiram aspectos relacionados à constituição do *self* da adolescente, profundamente marcados por experiências precoces de violência e negligência. A ideia de “fortalecimento”, frequentemente mencionada por Alice, foi interpretada como uma estratégia multifacetada: o uso de substâncias fortalecia tanto sua resistência emocional frente à ausência materna quanto seus laços sociais no ambiente do tráfico. Paralelamente, ela via na prática ilícita uma forma de prover financeiramente o sustento do lar, com a expectativa de, assim, garantir a presença constante da mãe.

A internação possibilitou uma transformação significativa no discurso de Alice, que passou a reconhecer o sofrimento subjacente ao uso abusivo de substâncias. Essa mudança foi acompanhada por uma nova forma de expressão emocional, manifestada por meio de poemas que relatavam sua dor e carência afetiva.

O caso de Alice evidencia como o uso de substâncias psicoativas pode ser entendido não apenas como uma prática de risco, mas também como uma tentativa de manejar angústias profundas relacionadas à estruturação psíquica e ao ambiente relacional. A intervenção psicanalítica mostrou-se fundamental para proporcionar a ressignificação de sua história e para fomentar novas formas de enfrentamento frente às suas vivências traumáticas.

CONSIDERAÇÕES NÃO FINAIS

Após percorrer o caminho teórico delineado nesta dissertação, optei deliberadamente por nomear esta última parte como "considerações não finais", refletindo a crença de que apenas esbocei o objeto desta pesquisa, que pode inspirar futuras investigações. A dissertação buscou entender a complexidade da dependência de substâncias psicoativas e suas intersecções com comorbidades psiquiátricas, especialmente o TPB. Através de um diálogo entre Psiquiatria e Psicanálise, aprofundi a análise abrangendo tanto aspectos objetivos da neurobiologia quanto dimensões subjetivas do conflito e do aparelho psíquico.

Os avanços do DSM-5 na reorganização dos critérios diagnósticos para transtornos por uso de substâncias estabeleceram uma base sólida para a análise psiquiátrica. Contudo, o enfoque biológico e categorial predominante mostrou-se insuficiente para capturar a complexidade da etiopatogenia e dos mecanismos subjacentes às práticas de uso quando estas se tornam prejudiciais ao indivíduo. A Psicanálise ampliou a compreensão desse quadro, destacando a importância de explorar as motivações singulares e mecanismos inconscientes que sustentam as práticas de uso de substâncias.

Sob a ótica psicanalítica, a dependência de drogas é vista como um fenômeno multifacetado, no qual a substância serve tanto como fonte de satisfação pulsional quanto como defesa contra o desprazer psíquico. Conceitos como *fetichização*, *coisificação* e *neonecessidade* foram cruciais para explorar a dinâmica de alienação que caracteriza o vínculo do sujeito com a droga, tratando-a como um objeto substitutivo quase indispensável.

Além disso, as vinhetas clínicas analisadas permitiram abordar, sob uma perspectiva psicanalítica, as diferentes funções que o uso de substâncias pode desempenhar, especialmente em formas mais graves. Autores como Sylvie Le Poulichet e Jean Bergeret ofereceram bases teóricas e clínicas sólidas para uma investigação mais detalhada das especificidades psicopatológicas da dependência de substâncias em conjunto com diferentes formas de estruturação do psiquismo.

Esses teóricos usaram o termo *toxicomania* para destacar a função defensiva do uso de substâncias em suas formas mais severas para mitigar intensos sofrimentos psíquicos, numa tentativa de manter um equilíbrio dinâmico e econômico no aparelho psíquico, quando faltam recursos imaginários e simbólicos ao sujeito. Para os indivíduos *borderline*, que exibem um padrão marcado de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, na autoimagem e na afetividade, e uma impulsividade acentuada, Bergeret apontou uma possível prevalência da toxicomania.

Os contributos de Otto Kernberg e Christopher Bollas, ainda que fundamentados em diferentes abordagens paradigmáticas na Psicanálise, ofereceram bases metapsicológicas cruciais para compreender os processos psíquicos subjacentes às ações e relações de indivíduos com TPB. Kernberg enfatizou como a entrada precoce no Complexo de Édipo contribui para a formação de objetos internos patológicos, que se manifestam nas dinâmicas transferenciais. Bollas, por sua vez, destacou a influência das características do ambiente primitivo na configuração da personalidade *borderline*, ampliando a compreensão das vulnerabilidades psíquicas presentes nesses casos. Esses aportes teóricos revelam-se indispensáveis para a prática clínica, inclusive a desenvolvida no contexto hospitalar.

O cenário hospitalar emergiu como um espaço privilegiado para observar a relação entre o consumo de substâncias e diversas modalidades de sofrimento psíquico que se intensificam no processo de desintoxicação. Apesar das limitações, a internação breve e voluntária mostrou-se um recurso eficaz em situações de crise subjetiva, viabilizando o replanejamento terapêutico e a articulação da rede de cuidados. Casos como os de Márcia e Alice ilustram bem essa dinâmica. Márcia beneficiou-se de uma abordagem interdisciplinar que integrou saberes da Psiquiatria e da Psicanálise, possibilitando a que essa paciente tivesse uma experiência de tratamento singularmente profunda. Alice, por sua vez, encontrou na escuta psicanalítica a oportunidade de iluminar uma intrincada trama inconsciente subjacente ao seu uso de drogas, que ocorria em contexto de marginalização.

Esses casos reforçam a necessidade de uma assistência integral, que transcenda a interrupção do consumo para investigar como ele se articula à história e

à dinâmica psíquica do paciente. A dependência de substâncias, ou toxicomania, não deve ser vista isoladamente, mas como parte de um espectro psicopatológico mais amplo, em que as comorbidades desempenham um papel central. Ao focar na ressignificação do sofrimento psíquico e na promoção da autonomia do sujeito, a prática clínica humanizada e interdisciplinar torna-se essencial para lidar com os desafios impostos pelo estigma social e pelas características de organização da personalidade desses pacientes.

Por fim, este estudo de mestrado enfatizou a relevância de integrar perspectivas psiquiátricas e psicanalíticas para enfrentar a complexidade desses casos. Estratégias de cuidado que considerem a singularidade do sujeito e respeitem a diversidade de suas manifestações psicopatológicas promovem intervenções mais abrangentes e eficazes. Espero que as reflexões aqui desenvolvidas contribuam para reduzir o impacto do estigma e fomentar um cuidado clínico mais humanizado, fundamentado no diálogo interdisciplinar como eixo central para avanços na assistência aos indivíduos que foram o foco deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA DAS REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos. In: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 481-590.

AZEVEDO, R. C. S. de; OLIVEIRA, K. D. Dependência de substâncias psicoativas: conceitos e abordagens. In: BOTEGA, N. J. (Org.). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 435-472.

BERLINK, M. T. O que é Psicopatologia Fundamental? *Psicologia: ciência e profissão*, v. 17, n. 2, 1997. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/qxZLLxncqMYYGqkWmHk3kKb/>>. Acesso em: 2 mar. 2024.

BERGERET, J. A noção de estrutura da personalidade. In: BERGERET, J. A *Personalidade Normal e Patológica*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006a. Tradução de Maria Elísia Valliatti Flores. p. 47-64.

_____. As anestruturas. In: BERGERET, J. A *Personalidade Normal e Patológica*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006b. Tradução de Maria Elísia Valliatti Flores. p. 117-144.

_____. As grandes estruturas de base. In: BERGERET, J. A *Personalidade Normal e Patológica*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006c. Tradução de Maria Elísia Valliatti Flores. p. 19-46.

_____. Balanço dos nossos conhecimentos sobre a personalidade do toxicômano. In: BERGERET, J. *Toxicomania e Personalidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983. Tradução de Roberto Cortes de Lacerda. p. 19-66. Texto originalmente publicado em 1982.

_____. Estruturas e normalidade. In: BERGERET, J. A *Personalidade Normal e Patológica*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006d. Tradução de Maria Elísia Valliatti Flores. p. 65-116.

BERGERET, J. A personalidade do toxicômano. In: BERGERET, J; LEBLANC, J. *Toxicomanias: Uma Visão Multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. Tradução de Maria Teresa Baptista. p. 91-106.

BOLLAS, C. O desejo borderline. *Revista Percurso*, n. 30, 1/2003. Disponível em: <https://revistapercurso.com.br/pdfs/p30_texto01.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2024.

_____. O objeto evocativo. In: BOLLAS, C. *Sendo um Personagem*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 21-32.

_____. O objeto transformacional. In: BOLLAS, C. *A Sombra do Objeto: Psicanálise Do Conhecido Não Pensado*. São Paulo: Escuta, 2015a. p. 49-64.

_____. O ódio amoroso. In: BOLLAS, C. *A Sombra Do Objeto: Psicanálise Do Conhecido Não Pensado*. São Paulo: Escuta, 2015b. p. 149-166.

_____. The borderline. In: BOLLAS, C. *Three Characters: Narcissist, Borderline, Manic Depressive*. Bicester, Oxfordshire: Phoenix Publishing House, 2021. p. 25-42.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Senado Federal. *Aumenta o número de pessoas com transtornos por uso de drogas e álcool*. Brasília: Senado Federal, 2023. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/sis/noticias-comum/aumenta-o-numero-de-pessoas-com-transtornos-por-uso-de-drogas-e-alcool>>. Acesso em: 20 jan. 2023.

CARDOSO, F; HOCHGRAF, P. B. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. In: GUIMARÃES-FERNANDES et al. *Clínica Psiquiátrica: Guia Prático*. 2. ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. p. 296-313.

CARNEIRO, H. A revolução psicoativa moderna e o capitalismo aditivo. In: CARNEIRO, H. *Drogas: a história do Proibicionismo*. São Paulo: Autonomia Literária, 2018. p. 346-401.

CRUZ, M. S. Internação versus tratamento ambulatorial. In: SILVEIRA, D. X. da; MOREIRA, F. G. *Panorama Atual de Drogas e Dependência*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 113-122.

DERRIDA, J. O phármakon. In: DERRIDA, J. *A farmácia de Platão*. São Paulo: Iluminuras, 2005. Tradução de Rogério da Costa.

DIAS, E. O. Winnicott: agressividade e teoria do amadurecimento. *Natureza Humana*, v. 2, n. 1, p. 9-48, jun. 2000. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302000000100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2024.

DIEHL, A. Comorbidades psiquiátricas. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRA, R. et al. *Dependência Química*. São Paulo: Artmed, 2011. p. 106-117.

GREEN, A. O analista, a simbolização e a ausência no enquadre analítico. In: GREEN, A. *A Loucura Privada: Psicanálise de Casos-Limite*. São Paulo: Escuta, 2017. p. 69-102.

FENICHEL, O. Perversões e neuroses impulsivas. In: FENICHEL, O. *Teoria Psicanalítica das Neuroses*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1981. Tradução de Samuel Penna Reis. pp. 306-360.

FERENCZI, S. O papel da homossexualidade na patogenia da paranoia. In: FERENCZI, S. *Obras Completas*, v. 1. São Paulo: Martins Fontes, 1991. pp. 155-172.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Rev. Opinião*, v. 92, pp.9-21, mar. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/nec/a/yQFZQG48VQvdYW8hQVMYbCd/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 mar. 2024.

FONSECA, V. A. da S; LEMOS, T. Farmacologia na dependência química. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRA, R. et al. *Dependência Química*. São Paulo: Artmed, 2011. p. 25-34.

FORMIGONI, M. L. O de S; QUADROS, I. M. H de. A psicobiologia das dependências. In: SILVEIRA, D. X da; MOREIRA, F. G. *Panorama Atual de Drogas e Dependência*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 31-37.

FREUD, S. A dissecção da personalidade psíquica. In: FREUD, S. *Obras Completas*, v. 18. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. Tradução de Paulo César Lima de Souza. Texto originalmente publicado em 1932. pp. 139-159.

_____. Além do princípio do prazer. In: FREUD, S. *Obras Completas*, v. 14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. Tradução de Paulo César Lima de Souza. Texto originalmente publicado em 1920. pp.120-178.

_____. Análise fragmentária de uma histeria ("O caso Dora"). In: FREUD, S. *Obras Completas*, v. 6. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. Tradução de Paulo César Lima de Souza. Texto originalmente publicado em 1905. pp.173-320.

_____. Caminhos da terapia psicanalítica. In: FREUD, S. *Obras Completas*, v. 14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. Tradução de Paulo César Lima de Souza. Texto originalmente publicado em 1919. pp.209-219.

_____. Introdução ao narcisismo. In: FREUD, S. *Obras Completas*, v. 12. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. Tradução de Paulo César Lima de Souza. Texto originalmente publicado em 1914. pp.9-36.

_____. Companhia das Letras, 2010. Tradução de Paulo César Lima de Souza. Texto originalmente publicado em 1923. pp.9-64.

_____. Os instintos e seus destinos. In: FREUD, S. *Obras Completas*, v. 12. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. Tradução de Paulo César Lima de Souza. Texto originalmente publicado em 1915. pp.38-60. pp.38-60.

_____. Recordar, repetir e elaborar. In: FREUD, S. *Obras Completas*, v. 10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. Tradução de Paulo César Lima de Souza. Texto originalmente publicado em 1914. pp.38-60. pp.146-158.

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, S. *Obras Completas*, v. 6. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. Tradução de Paulo César Lima de Souza. Texto originalmente publicado em 1905. pp. 13-172.

GURFINKEL, D. Drogas, adicções e toxicomanias. In: GURFINKEL, D. *A Pulsão e seu Objeto-Droga: Estudo Psicanalítico sobre a Toxicomania*. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 25-58.

_____. O conceito psicanalítico de adicção. In: *Adicções: Paixão e Vício*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 46-76.

HAMILTON, O. Criminalizando as drogas. In: *Drogas: Criminalização Simbólica*. Natal: OWL, 2019. p. 85-142.

HEGENBERG, M. Contribuições da Psicanálise na compreensão do *borderline*. In: *Borderline*. Coleção clínica psicanalítica dirigida por Flávio Carvalho Ferraz. 6. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

KAPLAN, H. I; SADOCK, B. J. Transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos. In: KAPLAN, H. I; SADOCK, B. J. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 616-624.

KERNBERG, O. Differential diagnosis and treatment. In: KERNBERG, O. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc., 1992a. p. 153-184.

_____. Manejo da transferência na psicoterapia expressiva. In: KERNBERG, O. *Transtornos Graves De Personalidade: Estratégias Psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995a. p. 96-111. Texto originalmente publicado em 1984.

_____. Psicoterapia expressiva. In: KERNBERG, O. *Transtornos Graves De Personalidade: Estratégias Psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995b. p. 83-95. Texto originalmente publicado em 1984.

_____. Psicoterapia de apoio. In: KERNBERG, O. *Transtornos Graves De Personalidade: Estratégias Psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995c. p. 126-140. Texto originalmente publicado em 1984.

_____. Overall structuring and beginning phase of treatment. In: KERNBERG, O. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc., 1992b. p. 213-226.

_____. The countertransference. In: KERNBERG, O. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc., 1992c. p. 49-68.

_____. The subjective experience of emptiness. In: KERNBERG, O. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc., 1992d. p. 213-226.

_____. The syndrome. In: KERNBERG, O. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc., 1992e. p. 3-48.

KOHUT, H. Discussion of "The self: a contribution to its place in theory and technique". In: ORNSTEIN, P. H. (Ed.). *The search for the self: selected writings of Heinz Kohut*, vol. 2, p. 577-588. Londres: Karnac, 2011.

LACKS, V; MOREIRA, F. G; D. X da. Comorbidades psiquiátricas: considerações gerais e transtornos de humor. In: SILVEIRA, D. X da; MOREIRA, F. G. *Panorama Atual de Drogas e Dependência*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. pp. 67-73.

LACKS, V; PITTA, J. C. A unidade psiquiátrica no hospital geral. In: SILVEIRA, D. X. da; MOREIRA, F. G. *Panorama Atual de Drogas e Dependência*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 196-203.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J-B. *Vocabulário da Psicanálise*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2016a. Tradução de Pedro Tamen.

MARQUES, A. C. P. R. et al. Transtorno de dependência a substâncias psicoativas. In: MELEIRO, A. (Coord.). *Psiquiatria: Estudos Fundamentais*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 326-355.

MASSON, J. M. (Ed.). *A correspondência completa de Sigmund Freud a Wilhelm Fliess (1887-1904)*. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

MEZAN, R. Paradigmas e modelos da Psicanálise atual. In: PELLANDA, N. M. C; PELLANDA, L. E. C. *Psicanálise Hoje: Uma Revolução Do Olhar*. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. p. 347-355.

MICHAELIS. *Dicionário brasileiro da Língua Portuguesa* (online). São Paulo: Melhoramentos, 2024. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro>>. Acesso em: 03 mar. 2024.

NETTLETON, S. O conhecido não pensado. In: NETTLETON, S. *A Metapsicologia De Bollas: Uma Introdução*. São Paulo: Escuta, 2018a. p. 36-41.

_____. O idioma. In: NETTLETON, S. *A Metapsicologia De Bollas: Uma Introdução*. São Paulo: Escuta, 2018b. p. 28-35.

_____. Objetos evocativos. In: NETTLETON, S. *A Metapsicologia De Bollas: Uma Introdução*. São Paulo: Escuta, 2018c. p. 55-64.

OLIEVENSTEIN, C. A infância do toxicômano. In: *Destino do Toxicômano*. São Paulo: Almed, 1985. Tradução de Marie Dominique Grandy. p. 79-102.

PIRLOT, G. Modelos metapsicológicos da adicção: falências dos autoerotismos, no narcisismo e da representação pulsional. In: PIRLOT, G. *Psicanálise das Adicções*. São Paulo: Ideias&Letras, 2014. p. 138-210.

POULICHET, S. L. El deseo em suspenso o la razón de los tóxicos. In: POULICHET, S. L. *Toxicomanías y Psicoanálisis: Las Narcosis del Deseo*. 2. ed. Amorrortu: Buenos Aires, 2019. Tradução de José Luis Etcheverry. Texto originalmente publicado em 1997.

ROSENFELD, H. Da toxicomania. In: ROSENFELD, H. *Os Estados Psicóticos*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1968. Tradução de Jayme Salomão e Paulo Dias Corrêa.

RUI, T. *Nas Tramas do Crack: Etnografia da Abjeção*. São Paulo: Terceiro Nome, 2014. 466 p.

SLOTEMA, C. W. et. al. Comorbid diagnoses of psychotic disorders in borderline personality disorder: prevalence and influence on outcome. *Frontiers in Psychiatry*, v.9, art. 94, mar. 2018. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5861147/>>. Acesso em: 8 out. 2024.

STAHL, S. M. Impulsividade, compulsividade e adicção. In: STAHL, S. M. *Psicofarmacologia: Bases Neurocientíficas e Aplicações Práticas*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 765-823.

_____. Neurobiologia da recompensa e da dependência. In: STAHL, S. M. *Transtornos Relacionados a Substâncias e do Controle de Impulsos* (Ilustrados). Porto Alegre: Artmed, 2016a. p. 21-43.

_____. Uso de substâncias e dependência: visão geral. In: STAHL, S. M. *Transtornos Relacionados a Substâncias e do Controle de Impulsos* (Ilustrados). Porto Alegre: Artmed, 2016b. p. 11-20.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *Escritório de Ligação e Parceria no Brasil: Relatório mundial sobre drogas 2022*. Viena: WHO, 27 jun. 2022. Disponível em: <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2022/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2022-do-unodc-destaca-as-tendencias-da-pos-legalizacao-da-cannabis-os-impactos-ambientais-das-drogas-ilicitas-e-o-uso-de-drogas-por-mulheres-e-jovens.html>>. Acesso em: 16 fev. 2024.

WINNICOTT, D. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: WINNICOTT, D. *Processos De Amadurecimento e Ambiente Facilitador*. São Paulo: Ubu Editora, 2022. p. 104-116.

_____. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: WINNICOTT, D. O *Brincar E A Realidade*. São Paulo: Ubu Editora, 2019. p. 13-51.